KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Effect van een praktijkverbeteringsproject op de registratie van de rookstatus door artsen en op rookstop door patiënten?

Nele De Ron, KU Leuven

Promotor: Dr. Geert Goderis, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

HAIO: Nele DE RON
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Dr. Geert GODERIS
Praktijkopleider: Dr. Kathleen GEENS

Context: Roken is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in België. Rookstop is de meest kosteneffectieve interventie op korte en lange termijn. De huisarts speelt een belangrijke rol in de detectie van rokende patiënten, alsook in het motiveren tot rookstop.

Onderzoeksvraag:
Literatuur: Hoe vaak zou de rookstatus nagevraagd moeten worden (en bij wie) en zijn patiënten sneller bereid een rookstoppoging te ondernemen wanneer hun huisarts hen hierop aanspreekt? Er werd gezocht naar de barrières van de arts om de rookstatus niet na te vragen en wat het effect van een systematische bevraging en registratie van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier is op rookstop.
Praktijkproject: Wat is het effect van een praktijkverbeteringsproject op de registratie van de rookstatus door artsen? Wat is het effect hiervan op pogingen tot rookstop door patiënten?

Methode:
Na een literatuurstudie werden gedurende 5 maanden patiënten tussen 18 en 75 jaar die op consultatie kwamen, gevraagd of ze rookten en gemotiveerd waren om te stoppen met roken. De rookstatus werd in het medisch dossier geregistreerd. Nadien werden alle rokers die gemotiveerd waren om te stoppen, uitgenodigd voor een rookstopconsultatie. Twee focusgroepen werden georganiseerd om de beweegredenen van rokers die wel/niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, te kennen.

Resultaten:
Literatuur: De huisarts zou bij elke patiënt die op consultatie komt, de rookstatus moeten bevragen en registreren. Tijdgebrek en angst voor de arts-patiëntrelatie zorgen ervoor dat dit niet altijd gebeurt. Er is een grotere slaagkans op rookstop wanneer advies op maat wordt gegeven en wanneer dit herhaald wordt. Screening van de rookstatus doet de interventie door een arts toenemen, maar geeft geen significante toename van rookstop.
Praktijkproject: 5 huisartsen van onze praktijk registreerden de rookstatus van 738 patiënten tussen 18 en 75 jaar. 156 van deze patiënten roken, en 28 patiënten hiervan zijn gemotiveerd te stoppen met roken de volgende 3 maanden. 16 patiënten kwamen op rookstopconsultatie, van wie 5 patiënten een rookstoppoging hebben gedaan, maar zij zijn nadien allen hervallen.

Conclusies: Hoewel artsen patiënten kunnen motiveren en helpen bij rookstop, blijkt dit proces erg tijdrovend te zijn met vaak tegenvallende resultaten (herval). Kort rookstopadvies vraagt daarentegen weinig tijd en is bij herhaling ook succesvol. Screening en registratie van de rookstatus geeft geen significante toename van rookstop.

ICPC-code: P17

Contact: nelederon@hotmail.com

Inhoud

1. Inleiding 4
2. Literatuuronderzoek 6
   2.1 Onderzoeksvragen 6
   2.2 Methode 6
   2.3 Resultaten 7
   2.3.1. Hoe vaak zou de rookstatus nagevraagd moeten worden? Bij wie? *7*
   2.3.2 Zijn patiënten sneller bereid een rookstoppoging te ondernemen wanneer hun huisarts hen hierop aanspreekt? Welke rol speelt de huisarts hierin? *10*
   2.3.3. Welke barrières vermeldt de arts om de rookstatus niet na te vragen? *13*
   2.3.4 Wat is het effect van een systematische bevraging en registratie van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier, op rookstop? Heeft het registreren van de rookstatus een invloed op rookstop? *13*
3. Praktijkproject 15
   3.1 Onderzoeksvragen 15
   3.2 Methode 15
   3.3 Resultaten 16
      3.3.1 Cijfers & random steekproef 16
      3.3.2 Interview collega's vóór praktijkproject 17
      3.3.3 Overzicht registratie rookstatus 19
      3.3.4 Registratie patiënten per arts 20
      3.3.5 Indeling volgens motivatie 21
      3.3.6 Uitnodiging patiënten voor rookstopconsultatie 21
      3.3.7 Cijfers rookstop en rookstoppogingen 22
      3.3.8 Cijfers steekproef post-registratieperiode 23
      3.3.9 Focusgroep 23
      3.3.10 Interview collega's na praktijkproject 25
4. Discussie & interpretatie 26
   4.1 Literatuur 26
   4.2 Registratie 27
   4.3 Cijfers rookstop 28
   4.4 'Chronic care model' 30
5. Conclusie 30
6. Bijlagen 31
   6.1 Prochaska en di Clemente: model voor gedragsverandering 31
   6.2 Strategie van de 5A's 31
   6.3 ABC-model 31
   6.4 Interview tabacoloog OLV Aalst (Roel Voorspoels) 32
   6.5 Algemeen invulformulier rookstatus 35
   6.6 Protocol voor collega's groepspraktijk 36
   6.7 Folder rookstop: voordelen 40
   6.8 Computerprogramma Medidoc: Rookstatus als parameter in het Centrale Invoerscherm 41
   6.9 Goedkeuring Ethische Commissie 42
7. Referenties 43
8. Dankwoord 45

1. Inleiding

Roken is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in België (1,2). Volgens de nationale gezondheidsenquête rookte 25% van de Belgische bevolking in 2010 (waarvan ongeveer 18% dagelijks) en één op twee hiervan zal sterven aan een tabakgerelateerde aandoening. Niet te verwonderen dus dat tabak een belangrijke risicofactor is! (1,3)

Roken heeft een immense negatieve impact op de algemene gezondheid (zowel op morbiditeit als op vroegtijdige sterfte). Niet alleen longaandoeningen en luchtweginfecties, maar ook andere problemen zien we frequenter bij rokers. Men ziet bijvoorbeeld een toename van het risico op hart- en vaatziekten (2,5 x meer kans ten opzichte van een niet-roker). (3) Er bestaat een oorzakelijk verband tussen verschillende kankers (blaas, nier, pancreas, baarmoederhals, maag, …) en roken. 38% van de kankers wordt geassocieerd met roken in het verleden. Uiteraard wordt roken het meest geassocieerd met longkanker, en terecht: in 8 op de 10 gevallen wordt dit veroorzaakt door tabaksmisbruik, net zoals het risico op chronische ademhalingsproblemen. (1,2)

Ook de omgeving van de roker lijdt eronder: passieve rokers (kinderen, zwangere vrouwen, …) hebben 25% meer kans op longaandoeningen en hart- en vaatziekten (4,5).

Stoppen met roken heeft een belangrijke gezondheidswinst, zowel op individueel als op maatschappelijk vlak, door een daling van de morbiditeit en de mortaliteit. Stoppen met roken voor de leeftijd van 35 jaar geeft de patiënt de kans om zijn risico's te reduceren tot deze van een niet-roker. (4,6) Tegenwoordig beschouwt men roken tevens als een chronische aandoening, waarbij herhaaldelijke interventies en meestal verschillende rookstoppogingen noodzakelijk zijn. Men moet zich ervan bewust zijn dat herval en remissie kunnen optreden. Hierdoor kunnen artsen en rokers weleens ontmoedigd geraken. (7)

Huisartsen hebben bij het begeleiden van rookstop een belangrijke taak. Als vertegenwoordigers van de gezondheidszorg hebben zij immers verschillende kansen om patiënten op de gevaren van roken te wijzen en hen te ondersteunen bij het rookstopproces. De meeste patiënten (meer dan 80%) gaan jaarlijks één keer bij de huisarts langs. De gemiddelde tijd die nodig is om te vragen naar het rookgedrag en kort rookstopadvies te geven, is 2 minuten (4).

Het is de taak van de huisarts om patiënten te wijzen op deze belangrijke interventie, aangezien het bewezen is dat rookstop de meest kosteneffectieve interventie is, zowel op korte (het risico op cardiovasculaire aandoeningen vermindert onmiddellijk) als op lange termijn (COPD, kanker, andere aandoeningen).

Men kan zelfs stellen dat rookstop een goedkope investering is voor de gezondheid. (1) Het rookverbod in publiek toegankelijke ruimten (onderdeel van het Federaal Plan ter Bestrijding van de Tabaksconsumptie) sinds juli 2011 lijkt een invloed te hebben op het tabaksgebruik van rokers. Zij zouden volgens statistische waarnemingen minder roken. (3)
Studies tonen aan dat de helft van de rokers (50%) aangeven dat ze wensen te stoppen. Meer dan 66% heeft ooit al een poging ondernomen, zonder succes. Het aantal pogingen is hoog, vaak zelfs meerdere pogingen per jaar per persoon. De helft van deze mensen verwacht niet meer te roken na één jaar, toch stopt slechts 2-3% per jaar. (6,8,3) Genoeg redenen dus om hier werk van te maken! (1)

Als startende huisarts ben ik geïnteresseerd in preventieve geneeskunde: op welke manier kan ik patiënten helpen om aandoeningen en complicaties te voorkomen? In de dagelijkse praktijk is het niet gemakkelijk om hier tijdens elke consultatie op in te gaan. Het elektronisch medisch dossier (EMD) geeft ons wel enkele tools om het zo efficiënt mogelijk aan te pakken (denk maar aan het invoeren van parameters en het GMD+[1]).
Tijdens mijn opleiding tot huisarts heb ik gemerkt dat het EMD niet optimaal gebruikt werd in de groepspraktijk waarin ik werkte. De rookstatus stond niet als parameter geregistreerd in het Centrale Invoerscherm van het computerprogamma (Medidoc) en tabaksmisbruik werd niet als risicofactor ingevuld. Op basis van de gecodeerde registratie van medicatie leidde ik af dat rookstop wel bespreekbaar was tijdens de consultatie, maar hier werd verder niets over geregistreerd in het EMD.
Ik besloot na te gaan hoe ik het suboptimale gebruik van het EMD in kader van rookstop in deze praktijk kon aanpakken en startte een praktijkproject aan de hand van volgende onderzoeksvragen:
Wat is het effect van een praktijkverbeteringsproject op de registratie van de rookstatus door artsen? Wat is het effect op pogingen tot rookstop door patiënten?

Alvorens het uitvoeren van een praktijkproject startte ik met een literatuurstudie om te achterhalen of er wetenschappelijke evidentie bestaat rond registratie in het EMD en rookstop(pogingen) en wat het effect hiervan is.

[1] GMD+: Globaal medisch dossier, jaarlijkse preventieve vragenlijst voor patiënten tussen 45 en 75 jaar

2. Literatuuronderzoek

2.1 Onderzoeksvragen

Voorafgaand aan het praktijkproject (rookstopmanagement) in de groepspraktijk te Opwijk, doorzocht ik de wetenschappelijke literatuur om een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvragen:

** Hoe vaak zou de rookstatus nagevraagd moeten worden? Bij wie?*

** Zijn patiënten sneller bereid een rookstoppoging te ondernemen wanneer hun huisarts hen hierop aanspreekt? Welke rol speelt de huisarts hierin?*

** Welke barrières vermeldt de arts om de rookstatus niet na te vragen?*

** Wat is het effect van een systematische bevraging en registratie van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier op rookstop? Heeft het registreren van de rookstatus een invloed op rookstop?*

2.2 Methode

De literatuurstudie werd uitgevoerd aan de hand van de 'watervalmethode'. Deze methode laat toe de informatiebronnen zodanig hiërarchisch te rangschikken dat er een duidelijk overzicht bestaat van de gevonden literatuur. Op deze manier wordt er snel en efficiënt een antwoord gevonden op de gestelde onderzoeksvragen.

Men start met het zoeken naar quaternaire bronnen. Die vinden we onder de vorm van standaarden en aanbevelingen en ze bevatten wetenschappelijk onderbouwde informatie die relevant is voor de huisarts. Nadien zet men de zoektocht verder met behulp van tertiaire bronnen, waarbij groepen deskundigen de literatuur (meestal systematische reviews en meta-analyses) onderwerpen aan een kritische blik. Indien er nog geen duidelijk antwoord geformuleerd kan worden, kan men verder zoeken via secundaire bronnen. Dit zijn systematische reviews en meta-analyses die men kan raadplegen via databases. Tot slot kan men ook de primaire bronnen raadplegen, indien nog geen afdoend antwoord gevonden kan worden. Dit zijn de oorspronkelijke publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. (9)

Om een antwoord te vinden op mijn onderzoeksvragen, zocht ik eerst naar richtlijnen en aanbevelingen, op nationaal en internationaal vlak.

Zowel Domus Medica als het Nederlands Huisartsengenootschap hebben een Nederlandstalige richtlijn over rookstop met algemene informatie.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft een rapport gepubliceerd in 2004 over de effectiviteit van rookstop. Verder vond ik een Britse richtlijn en een aanbeveling voor het nationaal beleid rond rookstop in Nieuw-Zeeland.
In BMJ vond ik een klinische review van Aveyard en West over het beleid rond rookstop. Via de termen '*smoking cessation consult*' en '*medical records*' werden via Medline en de Cochrane library nog aanvullende artikels gevonden.
Uiteindelijk heb ik via de ICHO-website drie masterproeven gevonden die eveneens relevant waren voor mijn onderzoek. Voor epidemiologische gegevens heb ik vooral informatie verkregen van het OIVO[2].

Ik selecteerde initieel op basis van de titel en de abstract, en nadien op basis van beschikbaarheid. Ik gebruikte termen zoals 'rookstop', 'rookstopconsult', '*smoking cessation*', '*smoking cessation consult*', '*managing smoking cessation*', '*medical records*', …

2.3 Resultaten

2.3.1. Hoe vaak zou de rookstatus nagevraagd moeten worden? Bij wie?

Minder dan de helft van de huisartsen bepaalt het rookgedrag van hun patiënten. (10) Rookstatus wordt vaak niet routinematig geregistreerd of geüpdatet. Er bestaat wel een variabiliteit tussen artsen onderling.

Zowel in de richtlijn van Domus Medica als in Amerikaanse en Britse richtlijnen wordt de rookstopstrategie ontleed in een proces van 5 stappen. Dit wordt de strategie van de 5A's genoemd ('*ask*', '*advise to quit*', '*assess willingness to make a quit attempt*', '*assist in quit attempt*', '*arrange follow-up*') (zie bijlage). (4,11)
De eerste stap in het behandelen van roken is de identificatie van rokers. (11) Men raadt aan om het rookgedrag van elke patiënt na te vragen en te registreren in het elektronische medische dossier.
Ideaal zou dit bij elk contact moeten worden herhaald, op voorwaarde dat men erover waakt dat dit de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet ondermijnt. Bij een ex-roker of een niet-roker wordt dit best minstens éénmaal per jaar geëvalueerd. (4,11)

[2] Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties

EBMPracticeNet beveelt zelfs een zesde 'A' aan, namelijk '*account*' (registreer) tussen stap 2 en stap 3. Registreer de rookstatus, en vooral de hoeveelheid en de duur (pakjaren[3]). Vraag ook verder naar de rookgewoonten. (7) De andere richtlijnen verwachten dat bij het navragen ('*Ask*') onmiddellijk een registratie in het EMD plaatsvindt.

Volgens een clinical review van West (2007) kan je het ook eenvoudiger benaderen: vraag naar de rookstatus, erken het feit dat je patiënt mogelijks in het verleden geprobeerd heeft te stoppen (eerdere ervaringen) en ga de discussie aan over een mogelijke rookstoppoging in de toekomst. Men zou het kunnen vergelijken met een weegschaal waarbij motivatie ten opzichte van angsten/ervaringen wordt vergeleken. De meeste patiënten reageren positief wanneer ondersteuning wordt aangeboden, zelfs indien ze (nog) niet gemotiveerd zijn. (6)

In de richtlijn van EBMPracticeNet adviseert men een jaarlijkse bevraging van de rookstatus, bijvoorbeeld in aansluiting op bepaalde onderzoeken of diagnoses. Men zou alle patiënten weliswaar de mogelijkheid moeten geven om roken en rookstop bespreekbaar te maken. (7) Het advies zou ongeacht de leeftijd gegeven moeten worden. Het is bewezen dat er op elke leeftijd nog risicoreductie plaatsvindt bij rookstop. (12)

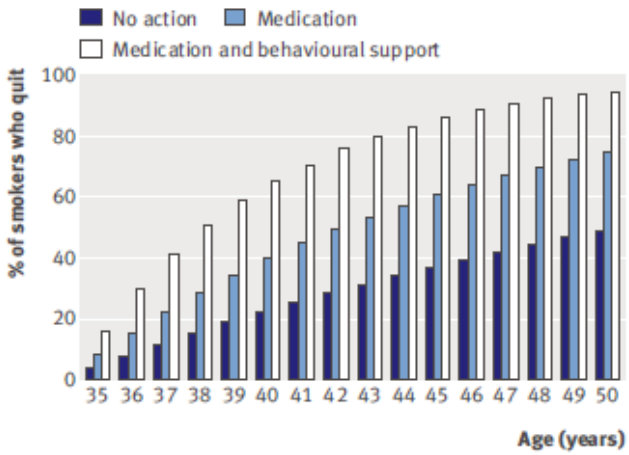
Anamnestisch is het van belang te achterhalen of de patiënt rookt, het startjaar en de hoeveelheid sigaretten per dag (dit wordt dan herberekend naar het aantal pakjaren). De schade die geleden is, is voornamelijk het gevolg van het aantal jaren dat men gerookt heeft (eerder dan de dagelijkse hoeveelheid). (5) Het registreren van de status is een belangrijke eerste stap in de cascade van de rookstopbehandeling. Het is evenwel niet voldoende op zichzelf. De volgende, aansluitende stappen zijn minstens even belangrijk. (13)

Volgens een Amerikaanse richtlijn moeten we proberen om de routine in de praktijk te veranderen en ervoor zorgen dat we zeker zijn dat elke patiënt die rookt, geïdentificeerd is en rookstopadvies heeft gekregen. Als maatschappij moeten we voor ogen houden dat huisartsen en specialisten niet de enigen zijn die hiervoor kunnen zorgen. Advies dat door verschillende artsen en gezondheidsmedewerkers wordt gegeven, is vaak effectiever dan advies afkomstig van één arts. (11)

[3] Pakjaren: Eén pakjaar komt overeen met het roken van één pakje per dag gedurende één jaar.

In Nederland raadt men aan om de rookstatus in kaart te brengen van patiënten die vragen om ondersteuning bij hun rookstop, en bij patiënten bij wie rookstop van belang is. We hebben het hier dan over zwangere vrouwen en hun partner, patiënten met een klacht of een diagnose die aan roken gerelateerd is, ouders van kinderen met astma, vrouwen die orale anticonceptie gebruiken, … Het is aan de huisarts om deze groep uit te breiden naar zijn rokende patiëntenpopulatie bij wie hij de grootste gezondheidswinst kan halen. Door zowel medische als psychologische ondersteuning te bieden zou hij op die manier een stoppercentage van 20% kunnen bereiken. (5) In figuur 1 wordt duidelijk dat een combinatie van medicatie en gedragstherapie meer patiënten doet stoppen met roken in vergelijking met medicatie alleen.

Figuur 1: Effect van rookstopstrategieën: geen interventie versus medicatie versus combinatie van medicatie en gedragstherapie (6):



In de Nieuw-Zeelandse richtlijn gebruikt men het 'ABC-model' in plaats van de '5 A's' ('*ask*', '*brief advice*', '*cessation support*') (zie bijlage). (14)
Er wordt aan alle patiënten gevraagd of zij roken, en dat wordt geregistreerd in het EMD. De arts dient dit regelmatig te controleren, liefst eenmaal per jaar. Wanneer men de rookstatus als (vitale) parameter instelt, zorgt dit voor een herinnering voor de arts.

Volgens de NICE-*guidelines* (Verenigd Koninkrijk) zouden alle gezondheidsmedewerkers in de eerste lijn (huisarts, tandarts, verpleegkundige, diëtist, vroedvrouwen, …) een specifieke opleiding moeten hebben genoten om kort rookstopadvies te geven.

Zij raden tevens aan dat deze groep professionelen de rookstatus van alle patiënten navraagt en registreert. (2) Het advies dat door een arts, tandarts of verpleegkundige wordt gegeven, heeft vaak een gering, maar waardevol effect. (8,14) Advies van een arts om te stoppen met roken is trouwens een belangrijke motiverende factor, omwille van zijn/haar geloofwaardigheid. (11)
Ook in de preoperatieve fase (geplande ingrepen) ziet men kansen om rookstop bespreekbaar te maken en aan te moedigen. Roken heeft immers een belangrijke impact op herstel en wondgenezing achteraf. Er worden minder postoperatieve complicaties waargenomen. Ziekenhuizen zouden hier dus nog op kunnen inspelen. (2,8)

2.3.2 Zijn patiënten sneller bereid een rookstoppoging te ondernemen wanneer hun huisarts hen hierop aanspreekt? Welke rol speelt de huisarts hierin?

Ongeveer 4 op 5 patiënten consulteert de huisarts minstens éénmaal per jaar. (4) Rookstopadvies wordt vooral gegeven bij patiënten met een hoger risico op bepaalde aandoeningen (vb. COPD, cardiovasculaire aandoeningen) of bij zwangere vrouwen. Bij deze laatste groep bemerkt men een hoger rookstoppercentage na rookstopadvies door de (huis)arts.
In de Belgische aanbeveling raadt men huisartsen aan steeds op de hoogte te zijn van het rookgedrag van hun patiënten en bij elke rokende patiënt rookstopadvies te bieden. Elke patiënt die een rookstoppoging wil ondergaan, zou ook de nodige begeleiding moeten krijgen. Men merkt dat er een grotere slaagkans is op volledige rookstop wanneer advies op maat wordt gegeven en wanneer dit herhaald wordt. (4)
Jaarlijks stoppen 1-5% van de rokers op spontane wijze (geen medicamenteuze of psychologische interventie).
Een roker die gemotiveerd is om te stoppen en een rookstoppoging onderneemt, heeft een kans van 5% om na één jaar volledig rookvrij te zijn. (3) Men maakt meer kans op volledige rookstop als men meer pogingen onderneemt. (8)
Internationale richtlijnen bevelen een systematische interventie aan op een proactieve manier. Er zou met andere woorden bij alle rokers een interventie (advies) moeten gebeuren, zelfs als de patiënt hier geen vragende partij voor is. Advies dat door de huisarts gegeven is, verhoogt het aantal patiënten dat stopt met roken.

Deze korte interventie (vaak minder dan 2 minuten tijd) is de interventie met de beste kosten-batenverhoudingen. (4,8) Tot op heden wordt slechts 20% van de rokers geadviseerd te stoppen. (15)

Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft gericht advies door een professionele hulpverlener een groot effect, namelijk een number-needed-to-treat (NNT[4]) van 50 (rookstoppercentage van 2%). In vergelijking met een rookstoppoging zonder extra hulp (psychologisch en medicamenteus) stijgt de absolute kans op volledige rookstop na één jaar met 2%. Een verdubbeling van dit percentage zien we bij individuele psychologische ondersteuning door een opgeleide consulent (vb. tabacoloog): 4% meer kans op absolute rookstop na 12 maanden (NNT 25). (1)
Men kan een rookstoppercentage bereiken van 20% wanneer de huisarts psychologische en medische ondersteuning aanbiedt (5). Ondanks dit bewijs wordt er (nog) niet op een systematische manier gepeild naar de rookstatus of wordt er niet altijd rookstopadvies gegeven. (16)
Zelfs bij een gering individueel effect zorgt een systematische toepassing door een groot deel van de artsen voor een groot effect op de maatschappij. Men raadt aan om routinematig rokers te identificeren en rookstopadvies aan te bieden. Levensstijlveranderingen (zoals rookstop) spelen in een groot deel van frequente aandoeningen een belangrijke rol (COPD, metabool syndroom, diabetes, …). (1,8)

In de Verenigde Staten heeft men aangetoond dat rookstopprogramma's en ondersteuning vanuit de apotheek duidelijk kosten-effectiever zijn dan rookstoppogingen zonder enige vorm van interventie.
Medicamenteuze ondersteuning biedt een significant voordeel.
We zien een toename van 7% van het aantal rokers dat nicotinevervangende medicatie gebruikt (17% van de rokers met NST[5] zijn gestopt), ten opzichte van een controlegroep (10% rokers die zonder medicatie of psychologische ondersteuning zijn gestopt). (8)

[4] Number Needed to Treat: Getal dat aangeeft hoeveel personen behandeld moeten worden om één extra geval van een ziekte te genezen of te voorkomen. In dit geval: het aantal personen dat kort rookstopadvies moet krijgen vooraleer één patiënt beslist om te stoppen met roken. (17)
[5] Nicotinesubstitutietherapie

'Chronic care model'

Patiënten begeleiden bij een rookstoppoging vraagt voldoende motivatie van verschillende partijen. Aangezien roken tegenwoordig als een chronische ziekte wordt beschouwd, kan men het Chronische zorgmodel van Wagner gebruiken. Dit heeft als doel de chronische patiënt te activeren via een proactief team en definieert 6 elementen (voorgesteld als assen) die bijdragen aan een kwaliteitsvolle zorgverlening in het kader van chronische aandoeningen. Deze zijn lokale ondersteuning, (her)organisatie van de gezondheidszorg, ondersteuning van patiënten, (her)organisatie van het zorgproces, beslissingsondersteuning en klinische informatiesystemen. Chronische zorg wordt best benaderd via een horizontaal denkkader, namelijk op zo'n manier dat alle aspecten en alle 'spelers' van de gezondheidszorg geïntegreerd zijn. (18)

In het kader van rookstop kan men met behulp van het Chronisch Zorgmodel de samenwerking van verschillende partijen optimaliseren om zo volledige rookstop te bekomen. Met het versterken van de lokale ondersteuning (as 1) beoogt men de bevolking bewust te maken van het probleem en biedt men steun aan om dit aan te pakken. Dit kan men doen in de vorm van thema-avonden die door bepaalde verenigingen georganiseerd worden. As 2 focust op de organisatie van de gezondheidszorg. Er zou een duidelijke strategie op poten gezet moeten worden op nationaal niveau, waarbij verschillende spelers (apothekers, artsen, verpleging, …) ieder hun rol spelen. Zo zou men een terugbetaling van bepaalde nicotinesubstitutiepreparaten kunnen voorzien bij alle patiënten die wensen te stoppen met roken en hiervoor regelmatig hun arts raadplegen. *'Self management support'* of *'patient empowerment'* (as 3) houdt in dat men acties zal ondersteunen die vooral gericht zijn op het stimuleren van zelfzorg en ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving. Hieronder kan men informatienamiddagen verstaan, educatieve sessies en folders, een informatiepunt, organisatie van individuele sessies alsook sessies in groep, het opstellen van een persoonlijk behandelplan met gerichte en haalbare doelstellingen, … As 4 (de organisatie van het zorgproces) gaat zich meer richten op het optimaliseren van de samenwerking. Gerichte informatie moet voorhanden zijn en duidelijke afspraken onderling (tussen verschillende specialisaties). Het proactief begeleiden van een rookstopproces met de huisarts als centrale coördinator wordt vanuit as 4 ondersteund.

'Beslissingsondersteuning' (as 5) zijn protocollen die worden opgesteld om bepaalde doelstellingen te halen en wetenschappelijke evidentie correct te gebruiken. As 6 (klinische informatiesystemen) is erop gericht om een goede ondersteuning op het vlak van het elektronisch medisch dossier en informatica in het algemeen te bieden.

Zo zou een applicatie (smartphone, tablet) een extra ondersteuning kunnen bieden naar de patiënt die wenst te stoppen met roken, en zou een uitgewerkt protocol rond rookstop beschikbaar zijn in het computerprogramma bij de huisarts. (18)

2.3.3. Welke barrières vermeldt de arts om de rookstatus niet na te vragen?

Artsen of systemen falen nog al te vaak in het consistent bevragen en behandelen van rookstop. Behandelingen worden vooral aangeboden aan patiënten die al tabakgerelateerde aandoeningen hebben. (11)
Artsen vrezen de routinematige bevraging van de rookstatus omwille van het feit dat dit mogelijk storend is voor hun arts-patiëntrelatie. (1) Te weinig tijd en de vrees voor ongemotiveerde patiënten worden ook aangehaald. (4)
Men zegt te weinig kennis te hebben over hoe men rokers op een eenvoudige en efficiënte manier kan identificeren, alsook over de verschillende soorten behandelingen. (11) Wanneer een patiënt een arts consulteert om een acuut probleem (niet-preventief consult), zal de arts ook minder geneigd zijn de rookstatus te bevragen.
Het is evenwel van belang te weten dat het bevragen van de rookstatus en het behandelen van roken vaak leidt tot een grote tevredenheid van de patiënt. (11,19) De meerderheid van de artsen gelooft ook dat rookstopadvies door de huisarts patiënten kan overtuigen of ondersteunen.
Huisartsen vinden het wel belangrijk om de zorg van hun patiënt zoveel mogelijk zelf te dragen, waardoor ze dus minder geneigd zijn te verwijzen. Patiënten vertrouwen hun eigen huisarts en verwachten dan ook dat deze hen zou kunnen helpen bij een rookstopinterventie. (19)

2.3.4 Wat is het effect van een systematische bevraging en registratie van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier, op rookstop? Heeft het registreren van de rookstatus een invloed op rookstop?

Screening van de rookstatus doet de interventie door een arts significant toenemen, maar geeft geen significante toename van rookstop. (11) Het registreren van de status in het EMD is niet genoeg om artsen te motiveren een (juiste) behandeling te starten. Het blijkt wel een eerste belangrijke stap te zijn naar de hulp bij rookstop. (20)

Het elektronisch medisch dossier heeft veel potentieel om de gezondheidszorg op preventief en kwalitatief vlak te ondersteunen. In dit geval zou het zowel de kwaliteit als de efficiëntie van behandelingen om te stoppen met roken verbeteren. Dit is evenwel (nog) niet bevestigd. (13,21)

In de Verenigde Staten merkt men een toename in registratie en verwijzing (naar een rookstopkliniek) wanneer men het EMD meer gaat gebruiken. Men ziet hier een kans om het gebruik van richtlijnen rond rookstop te doen toenemen. Met behulp van het EMD zou men hier inderdaad voordeel uit kunnen halen. (10,13,22)

Door tabaksgebruik als vitale parameter te classificeren, worden artsen eraan herinnerd de rookstatus te noteren en te bespreken door kort advies te geven en zo nodig medicamenteuze ondersteuning voor te schrijven. Door verschillende richtlijnen wordt aanbevolen om systematisch de rookstatus te identificeren en te behandelen. We zien inderdaad dat er meer gedocumenteerd wordt in het dossier.

Sommige acties die door de richtlijnen worden aangeraden, worden dus meer toegepast dankzij het EMD.(13) We zien bijgevolg een toename van de registratie en verwijzing, maar het effect op de rookstop zelf is nog niet aangetoond. Verschillende heterogene studies kunnen hier geen besluit uit trekken.

In een review van Fiore uit 2010 worden 10 studies vergeleken die het gebruik van het EMD testen om meer rookstopinterventies uit te voeren. Slechts één studie meet de veranderingen van rookstatus gedurende een periode (en dus onrechtstreeks de patiënten die gestopt zijn met roken). De andere studies vergelijken eerder het aantal registraties dan het effect op rookstop zelf. (13)

Er is onvoldoende bewijs om het effect van het EMD op de rookstatus te ondersteunen. Er zijn daarentegen veelbelovende resultaten. Ook qua opvolging geeft de rookstatus als vitale parameter feedback aan de (huis)arts. Meer gerichte studies zouden moeten beoordelen of de registratie van de rookstatus de rookstopbehandeling kan verbeteren. (10) Men hoopt dat het EMD voor een verbetering van de gezondheidszorg zal zorgen. Het is een potentieel waardevol instrument dat de kwaliteit in de praktijk ten goede zou kunnen komen. (13)

In het verleden documenteerde men reeds het belang van een goede anamnese en een kort rookstopadvies. De toename hiervan betekent evenwel niet dat de andere fases (zoals het bevragen van de motivatie, het correcte advies en de behandeling) niet zouden verbeterd moeten worden. (20)

3. Praktijkproject

3.1Onderzoeksvragen

Na het beëindigen van de literatuurstudie, die ik uitvoerde om te achterhalen of er bewijs bestaat dat registratie in het EMD een invloed heeft op rookstop en rookstoppogingen, startte ik met een praktijkproject.
In onze praktijk wordt Medidoc als computerprogramma gebruikt. Registratie van de rookstatus kan hier op verschillende manieren, namelijk als parameter, als risicofactor, als diagnose en als probleem.
Ik merkte dat registratie van de rookstatus zelden werd genoteerd (af en toe in het Journaal, niet gecodeerd) en vond het interessant om uit te zoeken of ik de artsen kon motiveren dit frequenter te registreren. In de literatuur werd immers reeds aangegeven dat het aanbevolen is dat elke huisarts op de hoogte is van het rookgedrag van zijn patiënten (4), zodat er persoonlijk rookstopadvies gegeven kan worden.

Ik wilde met behulp van het praktijkproject volgende onderzoeksvragen beantwoorden:
Wat is het effect van een praktijkverbeteringsproject op de registratie van de rookstatus door de artsen? En wat is het effect op pogingen tot rookstop door de patiënten?
Ik trachtte eveneens het belang van registratie aan de collega-huisartsen te benadrukken.

3.2Methode

In de periode tussen 19 mei 2014 en 19 oktober 2014 werd gepoogd om iedere patiënt tussen 18 en 75 jaar (18 en 75 jaar inclusief) die op consultatie kwam, te bevragen naar de rookstatus. Van belang was ook dat deze patiënten een GMD vanaf 2011 hadden (en bijgevolg dus gekend waren in de praktijk). De exclusiecriteria waren huisbezoeken, urgenties, een Globaal Medisch Dossier (GMD) voor 2011 en de leeftijd (<18 jaar of > 75 jaar).
Ik stelde de rookstatus en het aantal pakjaren in als parameter onder in het Centrale Invoerscherm (zie bijlage).

Men stelde de eenvoudige vraag ‘Rookt u?’ tijdens de consultatie. Indien er negatief op geantwoord werd, werd vervolgens gevraagd of de patiënt in het verleden gerookt heeft. Bij een positief antwoord werd de rookstatus vervolledigd met het aantal pakjaren. Deze gegevens werden in het EMD genoteerd (in het Centrale Invoerscherm, bij ‘parameters’).

De huisarts probeerde nadien te peilen naar de motivatie om te stoppen met roken. Patiënten die niet gemotiveerd waren om een rookstoppoging te ondernemen, werden geadviseerd te stoppen met roken. Eventuele hulp door de huisarts werd benadrukt. Aan patiënten die graag wilden stoppen met roken, werd gevraagd of zij dit binnen de drie daaropvolgende maanden wilden proberen, of in de verre toekomst.

Aangezien het niet mogelijk was om de rookstopmotivatie in te geven in het elektronische medische dossier (en er ook nog geen mogelijkheid bestaat om deze gegevens te extraheren), werd een apart registratieformulier opgesteld (zie bijlage). Hierop noteerde de huisarts steeds de naam van de patiënt wiens rookstatus werd bevraagd, de rookstatus zelf en de motivatie tot rookstop. Patiënten die aangaven om in de volgende drie maanden een rookstoppoging te willen ondernemen, werden telefonisch gecontacteerd door de huisarts-in-opleiding. Zij werden uitgenodigd voor een rookstopconsultatie: een 40-minuten durende consultatie waarin dieper werd ingegaan op het rookgedrag en rookverleden. Daarnaast werd uitgezocht of de patiënt een ondersteunende medicamenteuze behandeling wenste en zo ja, op welke manier. In onderling overleg werd een vervolgconsult één week na de rookstopdatum gepland.

3.3Resultaten

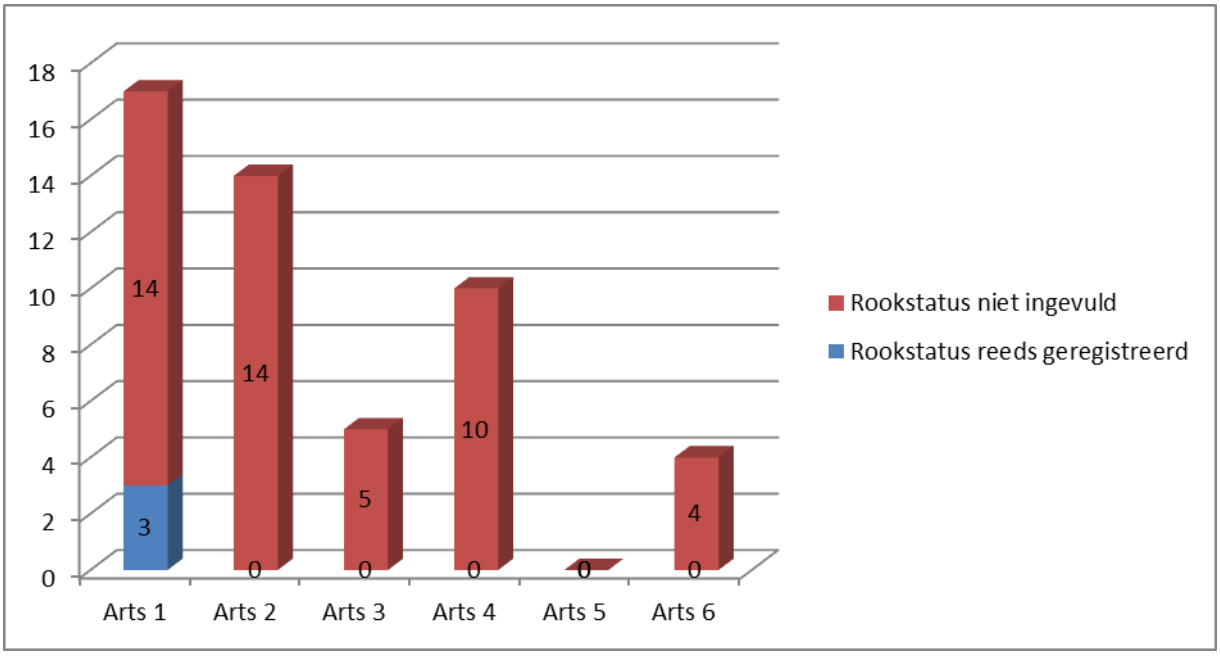
3.3.1 Cijfers & random steekproef

4040 patiënten hebben een GMD vanaf 1 januari 2011 in onze groepspraktijk (5 artsen en 1 huisarts-in-opleiding). Hiervan zijn er 3885 patiënten die geïncludeerd kunnen worden in onze studie (leeftijd van 18 jaar tot en met 75 jaar).
In de periode van 5 maanden waarbij we de rookstatus registreerden, zijn er ongeveer 6383 consultaties geweest in de praktijk (alle leeftijden), uitgezonderd de consultaties van huisarts 6 (zie verder).

Alvorens te starten met het onderzoek zocht ik de huidige cijfers op omtrent het registreren van de rookstatus. Ik voerde een steekproef uit bij 50 willekeurige patiënten tussen 18 en 75 jaar met een Globaal Medisch Dossier vanaf 2011.

In drie gevallen werd de rookstatus reeds genoteerd onder 'parameters', allen patiënt van huisarts 1. Bij de andere huisartsen werden geen gecodeerde gegevens rond rookstatus gevonden (ook niet als risicofactor). Bij 8 patiënten werd er in het verleden wel rookstopmedicatie voorgeschreven of werd er in het Centrale Invoerscherm iets genoteerd over het rookgedrag. Dit werd niet gecodeerd. Bij deze patiënten werd af en toe varenicline (champix®) gecodeerd voorgeschreven, niet altijd voorzien van informatie rond het tabaksgebruik. Onder 'risicofactoren', 'probleem' of 'diagnoses' werd tabaksmisbruik nergens ingevuld. In de praktijk wordt ongeveer 50% van allerhande diagnoses gecodeerd, voornamelijk diagnoses die van belang kunnen zijn in de toekomst (bijvoorbeeld 'arteriële hypertensie' of 'diverticulitis'), maar geen diagnoses met betrekking tot hun rookgedrag. Huisarts 5 is huisarts-in-opleiding en heeft bijgevolg geen eigen (vaste) patiënten (geen GMD's). Huisarts 6 trekt zich nadien terug uit het onderzoek (zie 3.3.3).

Figuur 2: Steekproef naar de registratie van de rookstatus (volgens GMD)



3.3.2 Interview collega's vóór praktijkproject

Alvorens de start van het praktijkproject, heb ik gepeild bij mijn collega's over hun gewoonten en ervaringen rond rookstopregistraties en –consultaties.

Op de vraag bij wie ze gaan vragen naar de rookstatus, antwoordden ze bijna allemaal bij zwangere patiënten, nieuwe patiënten en patiënten met bepaalde klachten die mogelijks tabakgerelateerd zijn (bijvoorbeeld luchtweginfecties), ongeacht de leeftijd. Van velen weten ze niet wie er rookt en wie niet (meer), maar ze vinden het wel interessant om dit te weten. Vooral bij jongeren weten ze niet of ze roken of niet. Je ziet hen ook veel minder op consultatie, in vergelijking met de oudere bevolking. Alle artsen zijn benieuwd naar de effecten van een regelmatige bevraging van de rookstatus.

Hoewel de rookstatus af en toe wordt bevraagd, wordt dit niet altijd genoteerd. Wanneer men dit noteert, zal dat vooral in het journaal zelf zijn en niet gecodeerd. Arts 1 gebruikt het GMD+ zelden en noteert dan effectief de rookstatus, andere artsen doen dit zelden in een algemeen preventief consult. Arts 6 (die later uit het project stapt) geeft aan alle rokende patiënten te kunnen aanduiden en verklaart dat lichaamsgeur veel verraadt. De andere artsen spreken dit allemaal tegen. Je kan niet alleen op geur afgaan.

In het verleden hebben 3 van de 5 artsen een periode gerookt, vooral tijdens hun studies Geneeskunde. Zij zijn alle drie spontaan gestopt, vooral door hun rol als gezondheidsmedewerker.

Een herevaluatie van de rookstatus wordt niet altijd uitgevoerd. Men zal dit vooral nagaan bij de aanwezigheid van andere cardiovasculaire risicofactoren. De artsen zijn allen van mening dat dit gemakkelijker zou gaan als het genoteerd staat.

Niet iedereen is overtuigd van het nut van de herevaluatie. Bij bepaalde verstokte rokers, bij wie regelmatig over rookstop in het verleden werd gepraat, is niet altijd meer duidelijk wat de huidige rookstatus is en dit zou mogelijks een tegengesteld effect kunnen uitlokken. Dat is het enige nadeel dat ze kunnen aanhalen bij regelmatige herevaluatie van de rookstatus.

Patiënten komen zelden voor rookstop alleen op consultatie. Vooral de artsen met de meeste chronische patiënten (oudere populatie) zien deze patiënten af en toe. Ze geven ook aan dat er in de maand januari meer mensen om deze reden op consultatie komen.

Bij navraag van hun rookgedrag is er wel een moment om de verslaving en de noodzaak tot rookstop aan te kaarten en te onderstrepen. Kort advies is effectief, weten ze, en patiënten geven dan ook wel aan dat ze soms nadenken over stoppen met roken. Of ze hierdoor sneller gaan stoppen, daar twijfelen alle artsen aan. Andere risicofactoren aanhalen zou misschien ondersteunend kunnen werken en hun motivatie doen toenemen. Alles staat of valt met de motivatie.

Meestal wordt er medicatie voorgeschreven, vooral varenicline (champix®) en zelden bupropion (dit laatste vooral door arts 1).

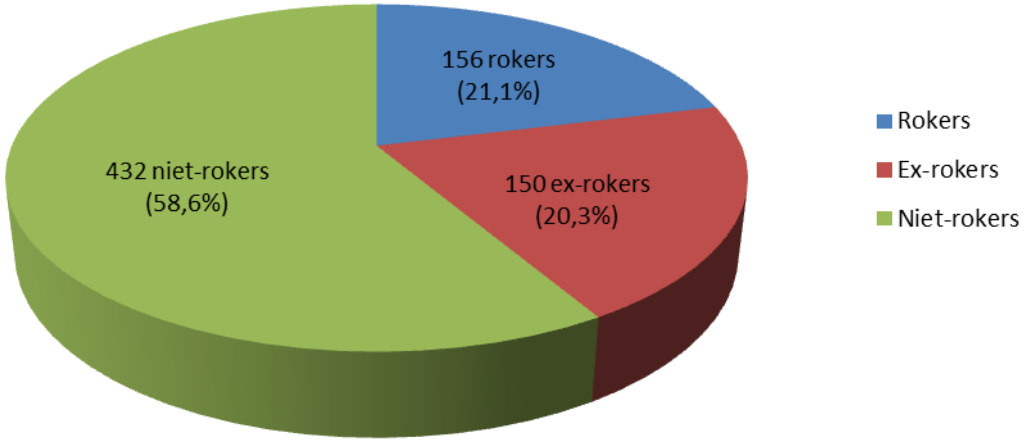
Omwille van de terugbetaling wordt varenicline gemakkelijk aan de patiënt voorgesteld. Nadien zien ze de patiënt niet terug op consultatie (alle papieren worden direct meegegeven). Ook de beperkte kennis met betrekking tot het gebruik van bepaalde nicotinesubstitutiepreparaten (bijvoorbeeld nicotinepleisters) zijn een barrière om deze ondersteunende medicatie voor te schrijven (deze medicatie krijg je *'over the counter'* in de apotheek). Het gebruik van nortriptyline als rookstopmiddel is wel vaag gekend, maar wordt niet in de praktijk gebruikt. Concrete informatie over het gebruik hiervan is noodzakelijk. Zelfhulpmateriaal wordt ook positief onthaald, maar dit is de laatste jaren moeilijk te verkrijgen. Met de huidige applicaties op tablet en smartphone kan men wel ondersteunende informatie verkrijgen.

Eén van de mogelijke redenen waarom de rookstatus zelden wordt bevraagd, is tijdgebrek. Bij een drukke agenda hiernaar vragen met de kans om er uitgebreider op in te moeten gaan (wanneer men het goed wil doen), zorgt ervoor dat ze dit vaak zullen uitstellen.
In het verleden kreeg deze groepspraktijk reeds ondersteuning van een rookstopverpleegkundige in functie van hun deelname aan een studie rond COPD. Er hebben op die manier een zevental patiënten geprobeerd om te stoppen met roken, maar zij zijn allen hervallen.

3.3.3 Overzicht registratie rookstatus

In totaal werd bij 738 patiënten tussen 18 en 75 jaar de rookstatus geregistreerd tijdens de consultatie. 58,6% (432 / 738) hiervan zijn niet-rokers, 21,1% (156 / 738) zijn rokers en 20,3% (150 / 738) zijn ex-rokers (gestopt met roken sinds 6 maanden). Wanneer we dit vergelijken met het algemene gemiddelde van rokers in België, kunnen we stellen dat in België 25% van de populatie rokers zijn (waarvan 17,6% elke dag rookt en de andere 7,5% eerder sporadisch rookt).

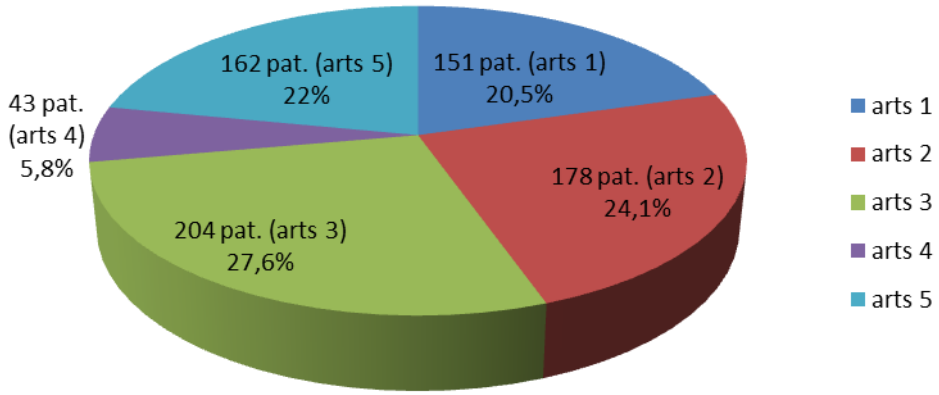
Figuur 3: Overzicht registratie naargelang de rookstatus



3.3.4 Registratie patiënten per arts

In totaal werd de rookstatus van 738 patiënten door 5 artsen geregistreerd in het EMD. Huisarts 6 trok zich voortijdig terug uit het onderzoek, onder meer omwille van het beperkt gebruik van het computerprogramma. Huisarts 4 was goed voor 5,8% van de registraties. De andere artsen hebben elk voor minstens 20% van de registraties gezorgd. .

Figuur 4: Overzicht registratie volgens arts

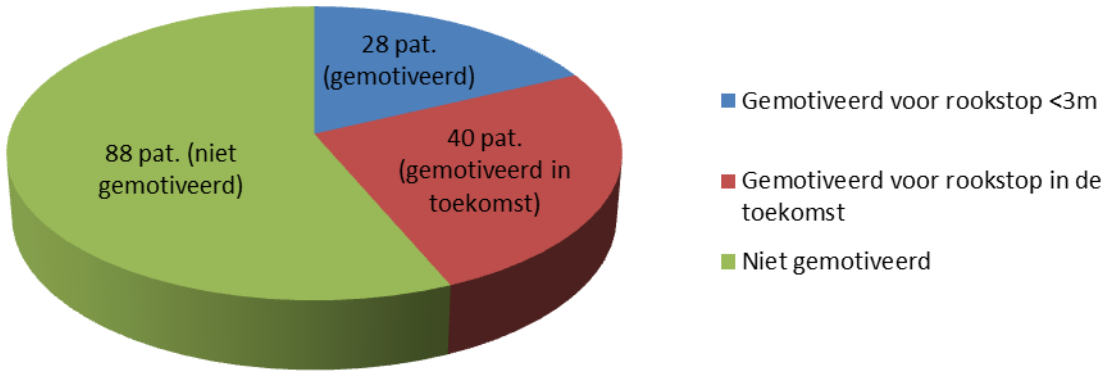


3.3.5 Indeling volgens motivatie

Bij alle 156 rokers die we registreerden werd de vraag gesteld of ze geïnteresseerd en gemotiveerd waren om te stoppen met roken. Bij een positief antwoord vroegen we hen of ze dit in de nabije (in de volgende drie maanden) of in de verre toekomst zagen zitten. 43,5% van de patiënten was gemotiveerd om te stoppen met roken, de andere 56,5% was niet geïnteresseerd in rookstop. Van de gemotiveerde rokers dacht 41% (28 patiënten) na over rookstop in de volgende drie maanden.

De motivatiestatus werd apart genoteerd op een registratielijst. Dit kan niet gecodeerd ingevoerd worden in het Centrale Invoerscherm. Dit kunnen we beschouwen als een beperking van het medische programma. Het extraheren van de gegevens die we tijdens dit project invoerden is eveneens onmogelijk. Dit 'probleem' zou in de loop van de volgende jaren aangepakt worden, verduidelijkte een medewerker van Corilus.

Figuur 5: Overzicht motivatiestatus van rokers

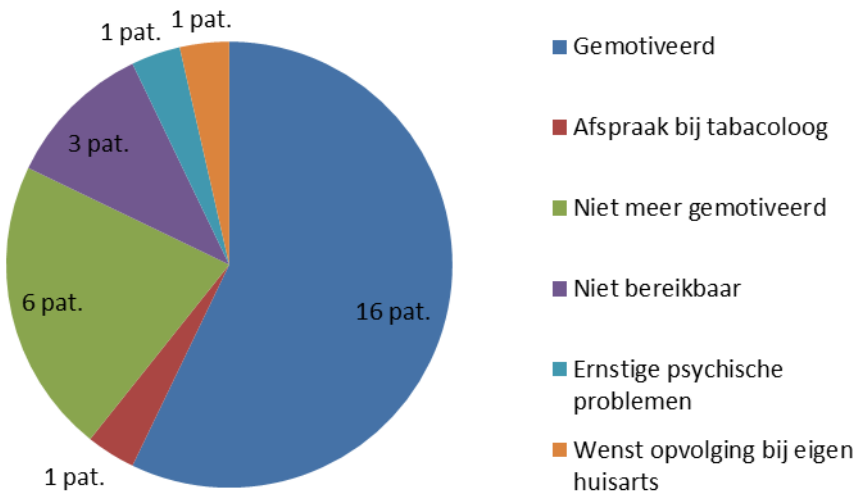


3.3.6 Uitnodiging patiënten voor rookstopconsultatie

De 28 patiënten die positief reageerden op een rookstoppoging in de volgende drie maanden, werden telefonisch gecontacteerd voor een rookstopconsultatie bij de huisarts-in-opleiding. Dit gebeurde na het einde van de registratieperiode.
Initieel hoopten we dat patiënten zelf de stap zouden zetten om hier verder op in te gaan, maar dit was niet het geval.

Zestien patiënten maakten telefonisch een afspraak voor een consultatie. Zes patiënten waren niet meer gemotiveerd. Drie patiënten waren niet bereikbaar (foute administratieve gegevens beschikbaar). Eén persoon vermeldde dat zij reeds een afspraak had bij een tabacoloog. Eén persoon werd (in overleg met de eigen huisarts) niet gecontacteerd omwille van ernstige psychische problemen (rookstop was hier niet aan de orde). Eén patiënt wenste verdere begeleiding door de eigen huisarts.

Figuur 6: Overzicht motivatie van rokers na telefonische uitnodiging voor een rookstopconsultatie



3.3.7 Cijfers rookstop en rookstoppogingen

Van de zestien personen die op rookstopconsultatie gekomen zijn, zijn er vijf personen die effectief een poging ondernomen hebben. Twee patiënten stopten met behulp van nicotinesubstitutie, twee patiënten gebruikten varenicline (champix®) en één patiënt die in het verleden reeds rookvrij was dankzij bupropion (zyban®), onderging een rookstoppoging met hetzelfde product (op eigen vraag).

Volledige rookstop werd bij geen enkele patiënt bekomen. De patiënten die varenicline gebruikten als hulpmiddel, waren 4 dagen en de ander 8 weken rookvrij, de patiënten onder nicotinesubstitutie 2 en 6 weken en de patiënt die probeerde te stoppen onder Bupropion kon 4 weken rookvrij blijven.

Alle patiënten zijn hervallen, maar roken nu gemiddeld de helft minder en zijn gemotiveerd om een nieuwe poging te ondernemen over enkele weken.

3.3.8 Cijfers steekproef post-registratieperiode

Enkele weken na de registratieperiode controleerde ik de steekproef opnieuw. Vijf van de 50 patiënten waren tijdens deze vijf maanden niet op consultatie geweest. Arts 1 heeft bij 11 van zijn patiënten de rookstatus ingevuld.
Arts 2 deed dat bij 3 patiënten, arts 3 bij 6 en arts 4 bij 1 patiënt. In totaal waren er 21 registraties op 50 willekeurig gekozen patiënten, waarvan er 5 niet op consultatie geweest zijn tussen 19 mei en 19 oktober 2014.
Dit zijn bijgevolg 21/45 registraties (47%) in vergelijking met 3/50 (6%) vóór de registratieperiode. We kunnen dus een toename van 41% registraties noteren.

3.3.9 Focusgroep

3.3.9.1 Focusgroep 1: patiënten die gemotiveerd zijn te stoppen

Ik contacteerde vijf mensen die ik eerder begeleidde tijdens een rookstopconsultatie en vroeg hen deel te nemen aan een focusgroep.
Hun doorslaggevende motivatie om te stoppen met roken, waren gezondheidsredenen (unaniem). Het financiële aspect en de sociale druk waren eveneens motieven. Zij hadden reeds in het verleden hierover gesproken met hun arts. Het feit dat dit werd herhaald, was voor sommigen doorslaggevend. Twee personen vermeldden tevens dat er tijdens deze studie concrete stappen gezet werden, namelijk de verwijzing naar een collega. Dit was het laatste zetje dat zij nodig hadden. Gezinsleden geven gemakkelijk commentaar, maar de huisarts overtuigt gemakkelijker. Zij weten dat dit geen garantie is voor volledige rookstop.

Er werd hen gevraagd wat de impact was van een systematische bevraging. Ze waren allen overtuigd dat het de taak van de huisarts is om dit onderwerp aan te brengen, maar wensen dit niet bij elke consultatie. De boodschap is duidelijk en moet blijven doordringen. Dit gebeurt niet wanneer dit bij elke consultatie wordt vermeld. Alles hangt ook af van de frequentie van de consultaties. Dokters kunnen patiënten daarentegen wel overtuigen om te stoppen.

Zelfhulpmateriaal is gewenst. Patiënten geven er de voorkeur aan om met de neus op de feiten gedrukt te worden.
Wanneer een spirometrie (longfunctiemeting) initieel wordt uitgevoerd, wensen ze deze te herhalen na enige tijd om dan te kunnen concluderen dat stoppen met roken effectief voordelig is voor de gezondheid.
Zij waren ook overtuigd van de positieve boodschap die ik hen meegaf: een groot deel van de schade kan hersteld worden. Het foldertje met de gevolgen van rookstop werd in het algemeen goed onthaald (zie bijlage). Zo konden ze meevolgen hoe hun lichaam verandert door die rookvrije dagen.
Op de vraag of ze andere personen (dan de huisarts) kenden of wensten die hen hielpen met rookstop, werd er negatief geantwoord. De huisarts is hier geschikt voor.
Wat zij vooral misten, was een bijeenkomst met andere rokers om elkaar moed in te spreken, tips te geven, informatie te geven, … 'Je wil zelf stoppen, de huisarts helpt je te starten en dan sta je er alleen voor.' Vooral op momenten van '*craving*' (drang) is er nog veel advies nodig. Het nut van de combinatie van zowel medicamenteuze als psychologische ondersteuning is voor elk van deze patiënten wel duidelijk. Beide zijn noodzakelijk, volgens hen.

3.3.9.2 Focusgroep 2: patiënten die niet gemotiveerd zijn te stoppen

Voor deze focusgroep trachtte ik antwoorden te krijgen van rokende patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. Twee van de vijf personen die ik contacteerde zijn komen opdagen.
Eén van de twee heeft in het verleden reeds meerdere malen geprobeerd om te stoppen met roken. Hiervoor zocht hij geen hulp bij de (huis)arts. Voor hem is het duidelijk dat je eigen motivatie primeert. Wanneer je zelf niet voldoende gemotiveerd bent om te stoppen met roken, kan de huisarts daar niets aan veranderen. De tweede aanwezige beaamt dit. Hij heeft zelf geen poging ondernomen, maar deelt de mening.
Een arts heeft voor hen de taak om achter de rookstatus te vragen. Het zou wel enigszins storend werken wanneer dit bij elke consultatie zou gebeuren. Rokende patiënten willen niet met de vinger worden nagewezen en beseffen zelf wat de gevolgen zijn van tabaksmisbruik. Wanneer patiënten gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, kan een gesprek met de huisarts ondersteunend werken, maar dit is geen vereiste voor de rookstoppoging. De entourage (familie, vrienden) speelt hier een belangrijkere rol. Deze personen hebben een veel nauwere band met hen en kunnen hier wel een verschil maken.

Met hun gevoelens houden ze sneller rekening. Voor de huisarts primeert gezondheid uiteraard, maar professioneel advies zal hun interne motivatie niet veranderen.
Extra informatie via brochures is altijd welkom, aangezien geschreven informatie nadien regelmatig bekeken kan worden. Groepsessies rond rookstop worden niet positief onthaald. Een rookstoppoging is een persoonlijk en intiem gebeuren, waarbij alleen de naaste omgeving een positieve (soms ook negatieve) invloed op kan hebben.

3.3.10 Interview collega's na praktijkproject

De collega-huisartsen waren allemaal positief na het praktijkproject. De registratie bleek duidelijk en niet te moeilijk, zowel in Medidoc als op het extra registratieformulier. De rookstatus van vele patiënten was niet gekend. Het bevragen en bespreekbaar maken van het rookgedrag opende heel wat deuren. Er werd na de registratieperiode ook meer gepeild naar de rookstatus, maar minder consequent dan voordien. Arts 1 gebruikt het GMD+ nu meer, waardoor hij alle riscofactoren bevraagt, maar dit geldt dan ook enkel bij 45+'ers. Arts 3 krijgt meer nieuwe patiënten over de vloer, waardoor deze sneller de volledige medische voorgeschiedenis en rookgedrag gaat bevragen.
Tijdsdruk zorgt er regelmatig voor dat men er bewust niet naar vraagt. Wanneer men een goed motiverend gesprek rond rookstop wil voeren, moet men daar ook de tijd voor nemen. Het bevragen zorgt automatisch voor een tweede deel van de consultatie. De artsen stellen dan liever de bevraging uit.
Ze hebben geen schrik om de vertrouwensrelatie te schaden. Als arts ben je bevoegd en ben je zelfs in de positie om naar het rookgedrag te vragen. De meeste patiënten vinden het logisch dat de arts dit bevraagt. Zelden vonden patiënten de bevraging storend of vroegen ze zich af waarom de arts dit vroeg. Deze reactie kwam er vooral wanneer er niet onmiddellijk werd uitgelegd dat dit kaderde in de masterproef. In deze 5 maanden kon men zich sneller verantwoorden. Het is in bepaalde contexten ook veel gemakkelijker om dit allemaal te bevragen, bijvoorbeeld bij luchtweginfecties.
Voor sommigen was de vraagstelling van de huisarts het duwtje in de rug om opnieuw na te denken over stoppen met roken. Arts 1 geeft aan dat hij nu op een andere manier hier aandacht aan geeft. Alle artsen beamen dat het nu wel interessant was dat er een project aan gekoppeld werd en dat ze patiënten intern konden doorverwijzen.
De verwachtingen werden grotendeels ingelost. De invoering van de rookstatus als parameter werd als zeer vlot ervaren.

Het grote probleem bij rookstop is het herval. Dit is moeilijk te bevragen of moeilijk te volgen en daar zijn geen duidelijke schermen in het computerprogramma voor.
De motivatie kan niet geregistreerd worden en dat is nog een fout in het computerprogramma.
Wanneer een patiënt een ex-roker wordt, wordt er weinig gecontroleerd of de patiënt nog steeds gestopt is.
Op zich zijn de huisartsen overtuigd van het nut van rookstop, maar wordt dit in de praktijk af en toe verwaarloosd. De tijd die je moet spenderen en het povere resultaat werken snel demotiverend.

4. Discussie & interpretatie

4.1 Literatuur

Individueel advies dat door een arts wordt gegeven, blijkt doeltreffend. (1) In de literatuur merken we een toename in het aantal rookstoppogingen na gericht advies. De taak van de huisarts op preventief vlak blijkt dus essentieel. Algemeen kan men uit de richtlijnen samenvatten dat het noodzakelijk en zinvol is om de rookstatus minstens éénmaal per jaar te bevragen en te registreren. Het lijkt erg tijdrovend en belastend indien dit bij elke consultatie zou gebeuren. Meer nadruk kan en moet gelegd worden op rookstop, indien de patiënt lijdt aan een tabakgerelateerde aandoening.
Nadien is een herevaluatie jaarlijks voldoende, indien de patiënt niet (meer) rookt. Bij een roker wordt er kort advies gegeven om te stoppen met roken. De huisarts kan helpen bij een rookstoppoging. De arts-patiëntrelatie zal hierdoor niet in het gedrang komen. Integendeel zelfs, de meerderheid van de patiënten vindt het de taak van de huisarts om rookstop bespreekbaar te maken.
Naar mijn mening zijn er goede initiatieven vanuit de algemene gezondheidszorg, bijvoorbeeld het GMD+, waarbij er gerichte preventieconsultaties plaatsvinden. De preventie wordt dan in grote lijnen op hetzelfde moment besproken en behandeld, doch wel binnen een bepaalde leeftijdsgroep. Ik vind daarentegen dat we nog een stapje verder kunnen gaan. Rookstopconsultaties dienen aangemoedigd te worden op nationaal vlak. We merken betere uitkomsten indien patiënten psychologische ondersteuning krijgen, gecombineerd met medicatie. Is het niet mogelijk om bijvoorbeeld nicotinesubstitutietherapie aan een voordelige prijs te krijgen (zo niet gratis) na een gerichte consultatie? Bij correct en voldoende advies heeft dit immers meer effect.

4.2 Registratie

Er zijn onvoldoende gerichte studies die het effect van het elektronisch medisch dossier bij het behandelen van tabaksmisbruik onderzoeken. Er is onvoldoende bewijs om tot een besluit te komen betreffende volledige rookstop. (13) Screening van de rookstatus geeft geen significante toename van rookstop. Een toename in de registraties wordt wel waargenomen. We zien eveneens een verandering van motivatie. Artsen benutten tevens niet alle mogelijkheden van het elektronisch dossier. Niet alleen voor rookstop, maar ook op andere vlakken kan dit voor feedback, ondersteuning, registratie, … zorgen.

Rookstop werd in deze praktijk al uitgevoerd, vooral op vraag van de patiënt of bij duidelijke risicofactoren of klachten die gerelateerd zijn aan het roken.
Er werden geen gegevens geregistreerd in de daarvoor voorziene schermen (sporadisch onder 'subjectief' of 'evaluatie' genoteerd in het Centrale Invoerscherm). Eventuele medicatie zoals varenicline werd elektronisch voorgeschreven (en bijgevolg dus gecodeerd). Nicotinesubstitutiepreparaten worden niet voorgeschreven, aangezien ze zo te verkrijgen zijn in de apotheek en patiënten dit op eigen houtje gaan halen.
Initieel stond de rookstatus niet als parameter in het Centrale Invoerscherm ingevoerd. Mede hierdoor vermoed ik dat het zelden werd ingevuld, aangezien deze gegevens niet opvielen. Door het praktijkproject hoopte ik het belang hiervan aan mijn collega's duidelijk te maken.

De registratieperiode kende zijn ups en downs. In de periodes waarin enkele collega's afwezig waren, bleken drukte en tijdsgebrek spelbrekers te zijn waardoor er geen registratie van de rookstatus plaatsvond. Als huisarts-in-opleiding heb ik eveneens geen eigen consultatieruimte. Door het vele verplaatsen werd mijn registratieformulier niet altijd duidelijk klaargelegd, waardoor ik zelf ook pas na enkele consultaties vaststelde dat ik het registreren vergeten was.

Op een totaal van 6383 consultaties bij 5 huisartsen (waarvan sommige patiënten meerdere keren kwamen consulteren en er geen rekening werd gehouden met de leeftijd) lijken de 738 registraties slechts een beperkt aantal. Uit de steekproef blijkt eveneens dat een systematische registratie niet mogelijk was in deze praktijk: na de registratieperiode is de rookstatus bij 21 op 45 patiënten ingevuld (47% in vergelijking met 6% initieel). Nochtans denk ik dat we tevreden kunnen zijn met dit aantal. Het is niet evident om gedurende 5 maanden tijdens elke consultatie aan de rookstatus te denken.

Naar mijn mening is dit de start van de registratie die ik met dit praktijkbevorderend project kon geven, zodat er in de toekomst gemakkelijker gepeild kan worden naar de huidige rookstatus.

In deze groepspraktijk werd het belang van gecodeerd registreren recent nog eens onderstreept dankzij de eHealth-sessies[6] (na het praktijkproject). De voordelen werden duidelijk en men probeert het computerprogramma nu efficiënter te gebruiken.

Het GMD+ wordt in deze praktijk niet uitgevoerd met behulp van de vooropgestelde vragenlijst. Er wordt wel algemeen gepolst naar mogelijke risicofactoren en de bestaande screeningsonderzoeken (zoals het uitstrijkje en mammografie) worden nagekeken. Het is mogelijk dat hierdoor de rookstatus vergeten wordt. Op deze manier werden de resultaten ook niet efficiënt in Medidoc ingevoerd.
De vragenlijst van het GMD+ kan enkel voorgelegd worden aan 45- tot 75-jarigen. Ik ben daarentegen van mening dat men bij elke 18+'er de rookstatus moet navragen. Het is van belang hier voor jezelf een systematiek in te vinden, zodat je op een natuurlijke manier tijdens de consultatie deze informatie kan inwinnen.

4.3 Cijfers rookstop

Van de 738 registraties bleken 21,1% van de patiënten rokers te zijn. Dit cijfer wijkt licht af van het gemiddelde cijfer van de Belgische bevolking (25% rokers). Dit kan te maken hebben met het feit dat er in het praktijkproject enkel bevraagd werd naar dagelijks roken. In de interviews waarop het percentage rokers in België werd gebaseerd, splitst men dit op in dagelijks/regelmatig roken en sporadisch roken (3). Wij hebben dit onderscheid hier niet gemaakt.
De 28 personen die erg gemotiveerd waren om te stoppen met roken (preparatiefase), werden allen telefonisch gecontacteerd. Initieel hoopte ik dat de patiënten zelf het initiatief hiervoor zouden nemen, maar dit is niet gebeurd. De barrière om niet de eigen huisarts te moeten aanspreken, maar een collega, zou hier de oorzaak van kunnen zijn. De mogelijkheid om in de toekomst reeds in de wachtkamer informatie te verspreiden over rookstop, zou de kansen op een rookstoppoging kunnen toenemen. In de masterproef van dr. Verbeke Hanne blijkt daarentegen dat een poster een beperkt effect heeft (23).

[6] eHealth: informatie- en communicatietoepassing in de gezondheidszorg

Uit de groep (van 28) bleken 16 patiënten bereid om op consultatie te komen. Zij wensten meer uitleg en eventueel concrete stappen om volledig van hun verslaving af te geraken. Uiteindelijk hebben slechts 5 patiënten een concrete rookstoppoging ondernomen (31% van de rookstopconsultaties of 18% van de patiënten die oorspronkelijk wensten te stoppen of 3,2% van het aantal rokers) in de periode van oktober tot december 2014 (na een rookstopconsultatie).

Wanneer de huisarts zijn patiënt begeleidt met behulp van psychologische en medicamenteuze ondersteuning, kan men een slaagpercentage bekomen tot 20% (volledige rookstop na één jaar). 1-5% stoppen jaarlijks op spontane wijze, zonder interventie van de huisarts (zie eerder). Het aantal rookstoppogingen is in dit project te beperkt om dit met algemene cijfers te vergelijken.
De vijf patiënten die hervallen zijn contacteerde ik nadien opnieuw. Zij waren allen nog steeds gemotiveerd om vrij snel een nieuwe poging te ondernemen en roken nu allemaal minder dan 50% van hun vorige gebruik. Zij blijven enthousiast over de ondersteuning vanuit de praktijk en wensen blijvende ondersteuning tijdens het stoppen (zelfs in groep).

Ondanks de teleurstellende resultaten (geen volledige rookstop bekomen) en de intense tijdsbesteding die in dit project werd gestopt, denk ik dat dit wel een praktijkverbeterend project is geweest. De artsen zijn meer bewust en gemotiveerder om de rookstatus te bevragen en te registreren. Het blijkt nog maar eens dat rookstop een proces van lange adem is, met een grote kans op herval. Zowel de motivatie van de patiënt als die van de huisarts zijn noodzakelijke voorwaarden voor een volledig rookvrij bestaan. Op die manier kunnen we patiënten aansporen en motiveren hun risicofactoren aan te pakken.

Om proactief patiënten telefonisch te contacteren, is een praktijkproject uitermate geschikt. In de dagelijkse praktijk is dit helaas niet mogelijk, voornamelijk omwille van een tekort aan tijd. Als huisarts is het van belang om jezelf de nodige systematiek op te leggen om rookstopconsultaties in de eigen praktijk te volbrengen. De patiënten motiveren tijdens consultaties die plaatsvinden om een andere reden, kan een cruciale rol spelen om hen uiteindelijk klaar te maken voor de grote stap. Ik raad wel aan om aparte rookstopconsultaties hiervoor te plannen.

4.4 ‘Chronic care model’

Er is wetenschappelijke evidentie dat men met bepaalde samenwerkingsverbanden betere cijfers voor rookstop kan bekomen, bijvoorbeeld begeleiding bij een tabacoloog, de combinatie van medicatie en psychotherapie, … (zie eerder). Vanuit de overheid zouden meer middelen moeten aangereikt worden om de samenwerking tussen huisarts, tabacoloog, specialisten, apothekers, … te optimaliseren en de zorg rond rookstop verder te ondersteunen. Het Chronische Zorgmodel kan hier een houvast voor zijn, bijvoorbeeld door gedeelde medische gegevens en financiële voordelen bij rookstop (indien men medische en psychologische ondersteuning combineert).

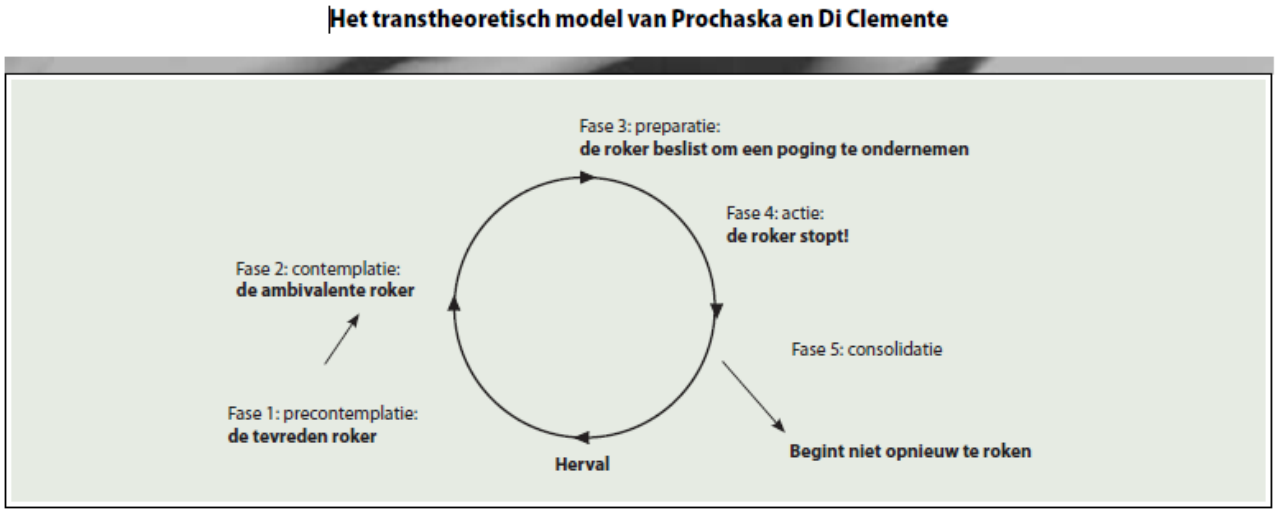
5. Conclusie

Het bevragen van de rookstatus is de taak van de huisarts. Een herevaluatie éénmaal per jaar lijkt voldoende. Een algemeen besluit op de vraag of systematische registratie leidt tot meer rookstoppogingen, kan niet getrokken worden uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Meer studies (met dezelfde uitkomstmaten) dienen te worden uitgevoerd om een mogelijk verband tussen de registratie van de rookstatus en rookstop aan te tonen.

De cijfers voor dit praktijkproject zijn te beperkt om hier conclusies uit te trekken.
In deze praktijk wordt er nu meer navraag gedaan naar de rookstatus. Door het aanpassen van de parameters in het computerprogramma en door de registratieperiode werd er meer nadruk gelegd op het invullen hiervan. Een systematische bevraging is onmogelijk. Een invloed van de registratie op het aantal stoppogingen kan niet bewezen worden. Het zorgt er wel voor om het onderwerp bespreekbaar te maken.

6. Bijlagen

6.1 Prochaska en di Clemente: model voor gedragsverandering



Bron: richtlijn Domus Medica (4)

6.2 Strategie van de 5A's

Ask	Rookgedrag identificeren en documenteren voor alle patiënten en bij elk contact.
Advise to quit	De patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, kordate en gepersonaliseerde boodschap.
Assess willingness to make a quit attempt	De wil van de patiënt om te stoppen met roken evalueren en versterken.
Assist in quit attempt	Aan rokers de nodige farmacologische ondersteuning bieden om te stoppen met roken.
Arrange follow-up	Een opvolgconsult voorzien, liefst in de week na de start van de rookstop.

Bron: richtlijn Domus Medica (4)

6.3 ABC-model

• A – Ask about smoking status.

• B – Give Brief advice to stop smoking to all people who smoke.

• C – Provide evidence-based Cessation support for those who express a desire to stop Smoking

Bron: richtlijn Nieuw-Zeeland (14)

6.4 Interview tabacoloog OLV Aalst (Roel Voorspoels)

N: Het doel van de thesis is om te kijken of het systematisch bevragen van de rookstatus invloed heeft op het aantal rookstoppogingen. Bent u het hiermee eens? Wat is uw ervaring hiermee?

RV: Hier ben ik van overtuigd. Het gewoon bevragen van de rookstop doet al heel wat. De rookstatus systematisch bevragen zou voor velen de klik kunnen maken om er iets aan te doen. Heel wat artsen zijn nog te bang om hun patiënt te bruuskeren. Het mag geen verwijtende vraag zijn, je moet eerder bezorgd zijn.
Mensen stappen spontaan naar de apotheek voor nicotinesubstitutietherapie. Ze krijgen niet altijd optimaal advies, maar ook geen opvolging. Het is niet de beste manier, mensen zijn zelf medicatiegericht en nemen wanneer het hen uitkomt. Ik ken mensen die voorheen champix® gebruikten zoals bij NST.

Ik denk dat er door huisartsen al heel wat wordt gedaan, dat ze er zich wel bewust van zijn, maar dat ze er niet genoeg tijd voor hebben. Je hebt veel dingen om op te letten. Weinigen komen alleen voor rookstop.

N: Door wie worden mensen doorverwezen of komen ze eerder op eigen initiatief?

RV: De meesten komen hier op eigen initiatief. In de gang wordt de werking van de rookstopkliniek via tv-schermen uitgelegd (= grote instroom). Relatief weinig via huisartsen, vooral via interne verwijzing (cardiologie, pneumologie, weinig via gynaecologie). De huisarts wordt altijd op de hoogte gebracht (verslag van zowel pneumoloog als tabacoloog). We werken voornamelijk met individuele sessies. Er is weinig vraag naar groepssessies, tenzij bij bedrijven waar er grote groepen rokers gemotiveerd zijn om te stoppen.

N: Zijn alle patiënten die de rookstopkliniek raadplegen, goed gemotiveerd?

RV: Wanneer patiënten op eigen initiatief komen, zitten ze meestal in de preparatiefase en dan zijn ze er meestal wel klaar voor. Anderen worden doorverwezen door artsen (of door echtgenoot) en hebben dan ook een externe motivatie. Bijvoorbeeld preoperatief, zo niet gaat de heelkundige ingreep niet door. De aanpak is vooral anders.

Bij een lage motivatie gaan we interventionele gespreksvoering doen en het aantal sessies voor de rookstop neemt dan ook toe. Praktisch is de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en di Clemente een goede leidraad, een goede basis, om mensen in categorieën in te delen en zo ook de aanpak. In de praktijk doorlopen mensen deze cirkel wel drietal keer op enkele dagen. Dit gaat heel snel. We komen hier wel wat van op terug, want het is een stijf model. Tegenwoordig kijken we naar het (flexibelere) model van de Primetheorie van Robert West: 'Eender hoe, we beginnen eraan en we zien wel hoe het loopt.'

N: Hoe gebeurt jullie intakegesprek? Zit daar een systematiek in?

RV: De algemene intake is een medische check-up bij de pneumoloog met longfunctietest. Nadien komen ze bij de tabacoloog en overlopen ze de vragenlijst (anamnese rond roken) die ze op voorhand hebben ingevuld. Het peilen naar diepere motieven en drijfveren in een eerste gesprek is niet zinvol.
Soms wordt er met een diëtist samengewerkt, maar niet systematisch, enkel indien nodig.

N: Hebt u de indruk dat de cijfers of feiten de motivatie doen verhogen?

RV: Soms wel, soms niet. Iemand met een lage zelfwerkzaamheid (*self-efficacy*) zal bij een slechte test (slecht resultaat) eerder angst krijgen, dit zal niet motiverend werken ('ik kan hier niets aan doen'). Anderen zullen bij een resultaat dat slechter is dan 5 jaar eerder, meer motivatie krijgen om er iets aan te doen. Dit varieert sterk. We doen dit wel standaard, het is een goed startpunt.

N: Wordt er altijd met medicamenteuze ondersteuning gewerkt?

RV: Niet standaard. We zien wel dat dit het succes vergroot. We overlopen samen wat er is. Het voorschrift wordt door de huisarts geschreven (beslissing door de huisarts). Mensen vertrouwen hun huisarts.
Mijn eigen ervaring met medicatie: het zijn goede hulpmiddelen als ze goed gebruikt worden in combinatie met een goede motivatie. Ze zijn niet goed als ze 'zomaar' worden gebruikt, bijvoorbeeld gewoon het voorschrift champix® meegeven zonder verdere afspraken. Het onderliggende plan en motivatie zijn erg belangrijk.
Mijn voorkeur is wat het best in het profiel van de patiënt past.

We gebruiken de Fagerström-score als maat *(= zestal vragen waardoor de afhankelijkheid van nicotinegebruik gescoord kan worden).*

N: Hoe gebeuren de vervolgconsultaties? Wanneer?

RV: De follow-up is afhankelijk van het traject en de motivatie. Gemiddeld twee sessies vóór de stopdag, de derde sessie na de rookstop. De eerste drie sessies gebeuren dan wekelijks, nadien twee weken tussen, vier weken tussen, 3 maand en op 6 maand de laatste sessie. De hervalkansen zijn op dat moment dan ook laag, de curve van verval vervlakt dan. Herval tijdens het traject: we stoppen niet, de sessies volgen korter op elkaar. Soms hebben we dan ook meer dan acht sessies nodig, maar dat hebben mensen er wel voor over.

N: Hebt u tips voor afleiding bij rookstop?

RV: Je zoekt het best samen met de patiënt. 'Wat zou jij dan kunnen doen?' Zelf zoeken werkt veel beter. Zo nodig geef je zelf adviezen. Bijvoorbeeld: naar het toilet gaan en handen wassen (= doe-mensen), rekensommen maken, dieren met een D (=denk-mensen). Probeer je aandacht te richten op een denktaak en die golf van goesting verdwijnt dan snel. Sporten werkt bijvoorbeeld niet bij iedereen. Hoe meer opties ze hebben, des te beter. Zo zijn ze voorbereid en hebben ze een breed repertoire van mogelijkheden. Wat je ook doet, doe iets, maakt niet uit wat.
De vraag is ook: 'wat had de functie van je sigaret in je leven?'. Bijvoorbeeld een sociale functie of pauzemoment. Hou die functies, maar probeer die sigaret te bannen, doe het op een andere manier. Hou iets vast, zoals een appel. De kans op een nieuwe verslaving bestaat bij sommige patiënten, in hun zoektocht naar vervanging.

N: Welk doel heeft het meeste kans op slagen?

RV: Gezondheid wordt het meest gezegd, maar ik weet niet of dit de sterkste motivator is. Voor velen is de afhankelijkheid van de sigaret die ze niet meer willen, belangrijk. Het kan een interne of externe motivatie zijn. Elke 'MOET'-ivatie (soort 'verplichte' motivatie) heeft minder kans om door te wegen dan een interne motivatie. Wat is het meest waardevolle in het leven? Eigen ervaringen wegen door, bijvoorbeeld kleinkinderen.

N: Hebt u tips voor de huisarts om een niet-gemotiveerde roker te doen twijfelen?

RV: Ik geloof in een motivationeel interview. Eerst meegaan in het roken en dan systematisch aftoetsen, voelen of er discrepanties zijn tussen wat ze vertellen. Er zijn soms toch dingen die ze niet zo leuk vinden, bijvoorbeeld naar buiten moeten gaan om te roken. Dus eerst aansluiten bij het rookgedrag, meegaan in hun beleving en verslaving, dan discrepanties zoeken en kijken of ze meegaan met u. Als je veel gaat botsen op de weerstand van mensen, dan gaat de weerstand van de roker nog vergroten (bijvoorbeeld met argumenteren). Dat werkt niet. Zijn argumenten worden sterker en je verliest altijd. 'Ik kies toch voor mijn leven?'

Je moet zoeken naar discrepanties in dat leven en waar hij/zij last van heeft. Een gesprek is meer waard dan een preek. Dat schrikwekkende (beelden, woorden), is kortdurend en personen gaan nog meer in een traditioneel rigide patroon vallen (dus roken).

6.5 Algemeen invulformulier rookstatus

Naam patiënt	**EMD op voorhand ingevuld? (+, -)**	**Rookstatus (+, -, ex)**	**Motivatie rookstop? (+, -, toekomst)**

Naam arts: **Datum:**

6.6 Protocol voor collega's groepspraktijk

Praktijkgids
Thesis 'Rookstop in de praktijk'

- **Wie?**

Alle patiënten vanaf 18 tot 75 jaar (GMD vanaf 2011) die op consultatie komen
Uitgezonderd: huisbezoek, palliatieve patiënten, urgenties.

- **Wanneer?**

19/05/2014 tot en met 19/10/2014

- **Registratie:**

1. Bevragen en noteren in EMD (centraal invoerscherm) van
- De huidige rookstatus: *rookt, rookt niet, ex-roker*
- Pakjaren

2. Registratieformulier:
   Noteren van naam, rookstatus (+, - of ex), reeds ingevulde status in EMD (+, -) en motivatie tot rookstop (+, -, toekomst)

- *Motivatie rookstop? Vrijblijvend consultatie bij HAIO, op eigen initiatief*
- *Op latere basis telefonische vraag tot rookstop door HAIO (indien gemotiveerd)*

- **Algemene aanpak:**

Mondelinge toestemming:
'Vindt u het goed als ik u enkele vragen stel in verband met uw rookstatus? Dit gebeurt in het kader van de masterproef van onze collega Dr. De Ron, maar dit is ook essentieel als aanvulling van uw elektronisch medisch dossier.'

- Rookt u? *Ja – neen – ex-roker (>6 maanden geleden gestopt)*
- Pakjaren: *aantal pakjes sigaretten/dag X aantal jaren*
- Staat de rookstatus in het medisch dossier ingevuld? *Zo neen, vul de huidige rookstatus opnieuw in.*

INDIEN ROKER:

- Hebt u er al eens over nagedacht om te stoppen met roken?
  Wil u stoppen met roken en zo ja, wanneer?

Rookstopfasen volgens Prochaska en Di Clemente:	
PRECONTEMPLATIEFASE – tevreden roker (niet gemotiveerd)	
Patiënt denkt niet aan stoppen	
CONTEMPLATIEFASE – twijfelende roker	
Patiënt denkt soms aan stoppen	*>6 maanden*
PREPARATIEFASE – ontevreden roker	
Patiënt denkt aan stoppen (toekomst)	*>1 maand en <6 maanden*
ACTIEFASE – ontevreden roker	
Patiënt maakt zich klaar om te stoppen (gemotiveerd)	*<1 maand*

- Wenst u een tweede consult bij de HAIO voor het verder uitdiepen van een (mogelijke) rookstoppoging?

Afspraak op eigen initiatief.
Zonder verdere verplichting.
Psychologische en/of medische ondersteuning aangeboden.
Eventueel met aanvulling van spirometrie.
Vervolgconsulten op regelmatige basis (1e vervolgconsult, consultatie 1e week na effectieve rookstop en zeker 1e maand na effectieve rookstop; individueel bepaald)

ALGEMEEN VERLOOP CONSULTATIE ROOKSTOP (HAIO):

- Uitdiepen van de motivatie voor rookstop
  - Reeds plannen gemaakt?
  - Reeds eerder geprobeerd? Hoe? Succesvol?
  - Rookstopdatum
- Fägerstrom-test met behulp van EMD = opsporen fysieke afhankelijkheid
  - → *Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?*
  - → *Hoeveel sigaretten rookt u per dag?*
  - *Kunt u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?*
  - *Welke sigaret zou u het moeilijkste kunnen missen? De eerste of eender welke andere?*
  - *Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken van de rest van de dag?*
  - *Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag in bed moet blijven?*

  Sterk afhankelijk >8, lichte afhankelijkheid 4-7,
  geen afhankelijkheid <4
- Psychische afhankelijkheid: roken in bepaalde situaties (vb. stress, verdriet)?
- Situationele factoren

- Algemene strategie volgens de 5 A's:
  - 'Ask' – bevragen rookstatus
    - Deels met eigen huisarts tijdens normale consultatie, niet bedoeld voor rookstop (zie eerder)
    - Deels door HAIO, dieper op ingaan
    - Ideeën: wanneer begonnen? In welke situaties roken? Reden van eventueel herval? Moeilijkheden? Persoonlijke voor- en nadelen?
  - 'Assess willingness to make a quit attempt'
    - Evaluatie motivatie van de patient
    - Persoonlijke reflectie, in aansluiting op eerdere ideeën over rookgedrag
  - 'Advise to quit'
    - Normaal als 2de stap
    - Gepersonaliseerde boodschap om te stoppen met roken
    - Precontemplatiefase:
      - Persoonlijke voordelen van rookstop
      - Ondersteuning bieden
      - Geen medicamenteuze interventie
    - Contemplatiefase:
      - Kort motivatiegesprek
      - Patiënt doen nadenken over rookgedrag
      - Persoonlijke voordelen voor gezondheid
    - Preparatiefase:
      - Kort motivatiegesprek
      - Gedragsveranderende en cognitieve technieken (meer naar praktische kant toe: Hoe bepaalde moeilijkheden het hoofd bieden? Hoe omgaan met bepaalde situaties? enz.)
        - Stimuli vermijden
        - Emotionele gewaarwordingen, geassocieerd met roken (vb. verdriet)
        - Verstoren van rookgedrag (vb. linkshandig roken ipv rechts)
  - 'Assist in quit attempt' – ondersteuning
    - Medicamenteuze en/of
    - Psychologische begeleiding:
      - Rookstopplan
      - Copingmechanismen
      - Anticiperen op voorziene situaties, probleemoplossende aanpak
      - Nadruk: herval als leermoment, geen falen!

        - ‘Arrange follow-up’ – opvolgconsultaties
            - Wanneer?
                - Tijdens de eerste week
                - Tijdens de eerste maand
                - Nadien: afhankelijk van voorziene moeilijkheden, op individuele basis afgesproken (+/- per drie weken)
            - Evaluatie op mentaal en fysiek vlak, medicamenteus, situationeel
            - Zo nodig verwijzing naar tabacoloog / pneumoloog
    - Strategie volgens motivatie:
        - Kort motivatiegesprek:
            - Actief luisteren, empathie, overtuigen van mogelijkheden
            - Alternatieven voorstellen, keuze aan patiënt laten
            - Geen aanval starten, niet te hard aanpakken
            - Redenen om te veranderen
            - 5R’s
                - ‘*Relevance*’: persoonlijk voordeel van rookstop (toegespitst op specifieke situatie) door arts
                - ‘*Risks*’: schadelijke factoren van roken (op korte en lange termijn, omgeving)
                - ‘*Rewards*’: potentiële voordelen door patiënt
                - ‘*Roadblocks*’: barrières en moeilijkheden met oplossingen
                - ‘*Repetition*’: verhogen van de motivatie
        - Minimale interventiestrategie:
            - Individueel motivatiegesprek, tijdens apart consult
            - 2x 10 minuten
    - Aanbieden van spirometrie (kan gratis met behulp van verpleegkundige of bij HAIO), bespreking in een vervolgconsult

Bronnen:
Richtlijn Domus Medica ‘Stoppen met roken’(4)
Richtlijn NHG Standaard ‘Stoppen met roken’(5)
Transparantiefiche BCFI ’Hulpmiddelen bij rookstop’(8)
Presentatie Farmaka: ‘Hulp bij rookstop’(15)

6.7 Folder rookstop: voordelen

Onmiddellijke voordelen

Normalisering van huidtemperatuur, polsslag en bloeddruk
Normalisering van de zuurstofspiegel in het bloed

Na 24 uur is de CO uit het lichaam verwijderd
Na 48 uur is alle nicotine uit het lichaam
Na 72 uur beginnen de ontwenningsverschijnselen af te nemen

Voordelen na enkele weken

De smaak- en reukzin verbeteren
Het ademen gaat gemakkelijker
Vermindering van hoesten en fluimen
Verbetering van de conditie
Vermindering van de meeste ontwenningssymptomen

Voordelen na 1 jaar

Het risico op een hartaanval is met de helft verminderd
De longfunctie verbetert

Voordelen na 5 jaar

Het risico op een beroerte is gelijk aan het risico van een niet-roker
Het risico op mond-, slokdarm- en blaaskanker is met de helft verminderd

Voordelen na 10 jaar

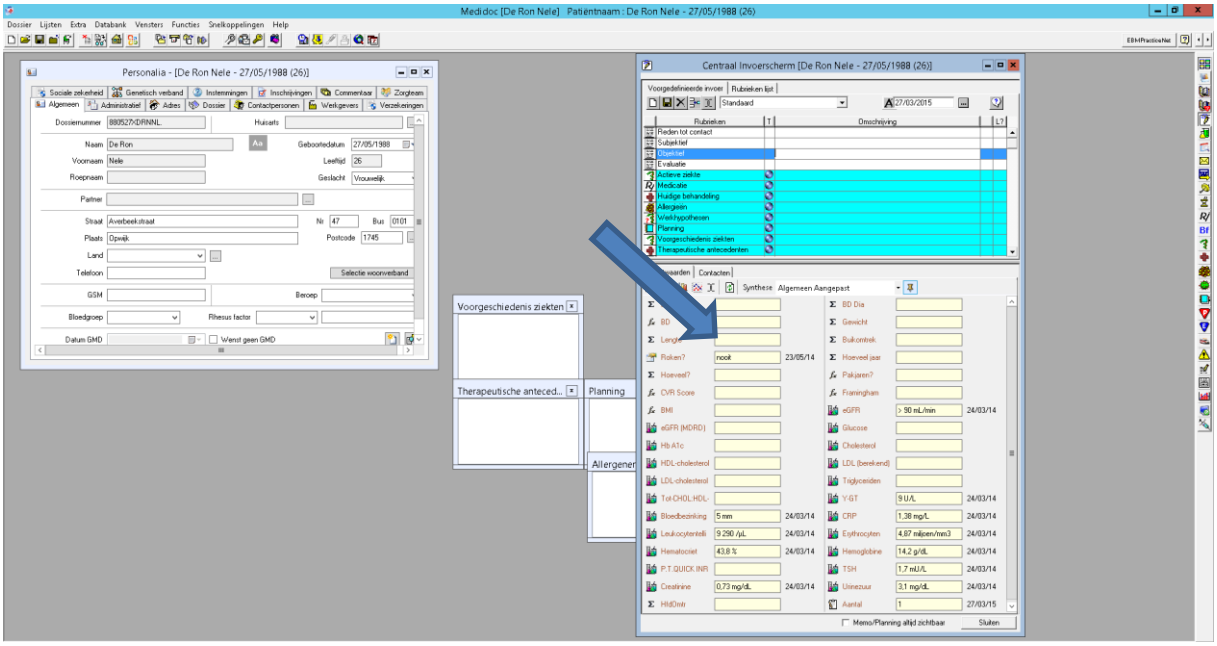
Het risico op longkanker is met de helft verminderd

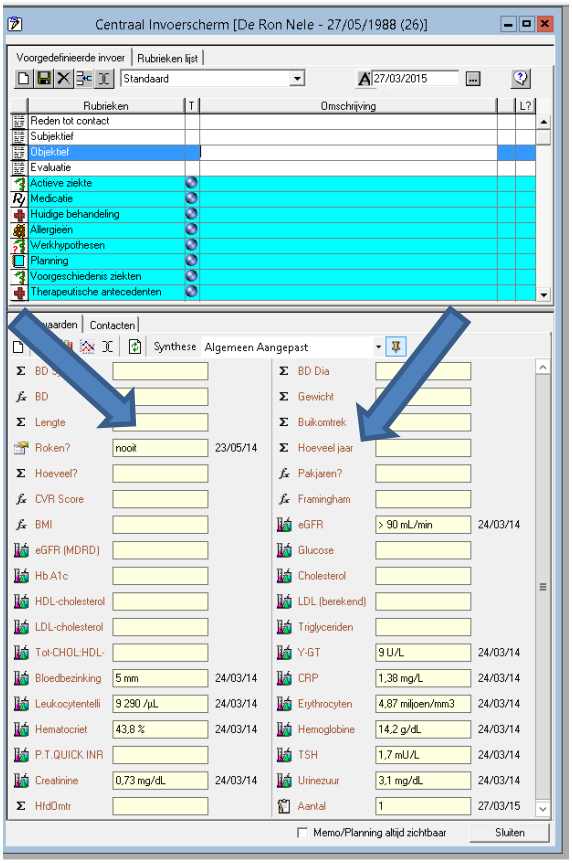
Voordelen na 20 jaar

Het risico op longkanker is bijna gelijk aan het risico van een niet-roker

Bron: www.vrgt.be (24)

6.8 Computerprogramma Medidoc: Rookstatus als parameter in het Centrale Invoerscherm





6.9 Goedkeuring Ethische Commissie

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10463
LEUVEN, 22 april 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE De implematie van de richtlijn 'rookstop' in de eerste lijn: een praktijkbevorderend project in een Vlaamse groepspraktijk.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 18 april 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies heeft de Commissie dan ook geen bezwaar over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 68 09 Fax +32 16 34 66 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

7. Referenties

1. 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.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services. Manchester: NICE; 2008.
3. OIVO (Onderzoeks en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties) Documentatiemap 'Roken'. Uitgave 2012.
4. Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006;35(7):395-425.
5. Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD et al. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap (Huisarts Wet) 2007; 50: 306-314
6. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. BMJ 2007;335:37-41
7. EBMPracticeNet. (richtlijn 'rookstop' en 'de meest voorkomende gezondheidsrisico's van roken). Beschikbaar via https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Welkom.aspx. Geraadpleegd op 2014 februari 15.
8. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Transparantiefiche rookstop. 2008. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN_TABA.pdf.
9. http://med.kuleuven.be/education/gids/HA/cb16/cb04066_nl.html
10. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12, Art. No.:CD008743.
11. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
12. Brinson D. How to Increase the Delivery of Effective Smoking Cessation Treatments in Primary Care Settings: Guidance for doctors, nurses, other health professionals and healthcare organisations: Summary Report. Wellington: Ministry of Health and HSAC, University of Canterbury. 2009
13. Boyle RG, Solberg LI, Fiore MC. Electronic Medical Records to Increase the Clinical treatment of Tobacco Dependence. A Systematic Review. Am J Prev med. December 2010; 39:S77-82.

14. Ministry of Health. 2007. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. Wellington: Ministry of Health.
15. 'Hulp bij rookstop': presentatie Farmaka (via www.farmaka.be, gebaseerd op Transparantiefiche BCFI)
16. Ahluwalia JS, Gibson CA, Kenney RE, Wallace DD, Resnicow K. Smoking Status as a vital sign. J Gen Intern Med. 1999; 14:402-408
17. Van Driel M, Chevalier P. Verklarende woordenlijst. Evidence-Based Medicine. Minerva 2008; p. 57
18. Heyrman J, Van Geystelen V, Dragon U, Vermeire A. Uitbreiding naar brede chronische zorg: leerpunten en kritische reflectie vanuit zorgtrajecten. Themadocument. 2013. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/suggestiemenu/downloads/doc_download/823-themadocument-chronische-zorg-2013.html Geraadpleegd op 2015 april 6.
19. Wilson A, Agarwal S, Bonas S, Murtagh G, Coleman T, Taub N, et al. Management of smokers motivated to quit: a qualitative study of smokers and GPs. Fam Pract. 2010 Aug;27(4):404-9.
20. Spencer E, Swanson T, Hueston WJ, Edberg DL. Tools to improve Documentation of Smoking Status. Arch Fam Med. 1999; 8(1):18-22.
21. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, Kelley JHK, Brawarsky P, Schnipper JL, et al. Clinician characteristics and use of novel electronic health record functionality in primary care. J Am Med Inform Assoc 2011;18:i87-i90.
22. Clapham D, Vafaie M, Bradford K. Effective smoking cessation strategies in primary care: a rapid review of the evidence. Region of Peel. Aug 2011
23. Verbeke A. Rookstop: hoe op een efficiënte manier rokers aanzetten tot stoppen met roken? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
24. Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw. 2015. Beschikbaar via http://www.vrgt.be/tabakspreventie Geraadpleegd op 2014 april 15.

8. Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar iedereen die mij gesteund heeft tijdens de opleiding tot huisarts, in het bijzonder bij het creëren en schrijven van deze masterproef.

Ik bedank mijn promotor, dr. Geert Goderis, voor de ondersteuning en adviezen, zodat de masterproef vorm en inhoud kreeg.

Dank aan Dr. Kathleen Geens, mijn praktijkopleider, en de collega's van de groepspraktijk in Opwijk om mij de kans te geven dit praktijkproject te volbrengen.

Verder dank aan Frederik, aan mijn zussen en aan mijn moeder, om mij te steunen, vooral tijdens de moeilijke momenten.

Een speciale vermelding voor papa en opa, die altijd in mij geloofd hebben.