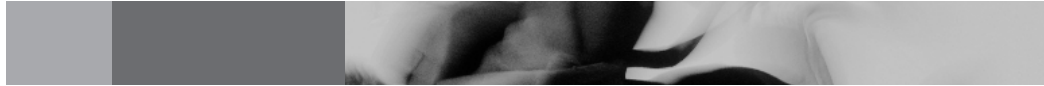


Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering

Stoppen met roken



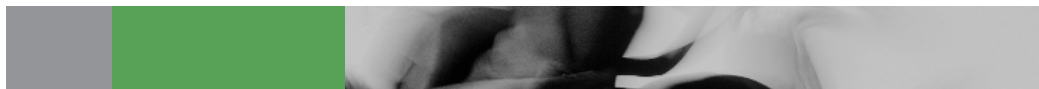


De auteur

- *Jean-Pierre Hoengenaert is huisarts in Deinze en lid van de WVVH-Taakgroep Preventie.*

Deze aanbeveling

- *kwam tot stand met de medewerking van de WVVH-Taakgroep Preventie.*
- *kwam tot stand met de steun van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen.*
- *werd gevalideerd door de Onafhankelijke Validatiegroep onder het nummer 2001/03.*
- *wordt als volgt omschreven: HOENGENAERT J.-P. WVVH-Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken. Berchem: WVVH, 2001.*
- *verscheen ook reeds in Huisarts Nu 2001;30:242-54.*



STOPPEN MET ROKEN

Gevalideerd onder het nummer 2001/03.

Auteur: Jean-Pierre Hoengenaert

Inleiding

Het terugdringen van het tabaksgebruik is één van de vijf prioriteiten binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen van gewezen minister DEMEESTER: *"In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel bij vrouwen als mannen en specifiek bij jongeren, met 10% zijn gedaald."*

Deze tekst is een aanbeveling voor huisartsen om rookstop in de huisartsenpraktijk te implementeren.

De volgende vragen worden zo optimaal mogelijk beantwoord:

- wat zijn de verschillende benaderingsmethodes en wat zijn hun respectievelijke resultaten,
- bij wie moet rookstop worden aangeboden en bij welke risicogroepen is dit prioritair,
- wat is de plaats van de huisarts in een rookstopbeleid?

De aanbeveling is een Vlaams analoog van de guidelines die recent wereldwijd over stoppen met roken zijn verschenen ¹.

Gezien de bijzondere aanpak van de problematiek wordt hier niet ingegaan op het precounselen en het aanbieden van rookstop bij jongeren. Dit kan eventueel het onderwerp uitmaken van een afzonderlijke aanbeveling.

Begrippen en definities

• Minimale interventie

Een minimale interventie is een consultatie die drie à tien minuten duurt en wordt gevolgd door één follow-upbezoek. Tijdens het initiële consult vraagt de huisarts of en in welke mate de patiënt rookt en bepaalt hij/zij de nicotineafhankelijkheid (*zie bijlage 2: test van Fagerström*). In een tweede

stap peilt de huisarts naar de motivatie van de patiënt ². Wanneer dit nodig blijkt, worden de gezondheidsrisico's van roken op korte en lange termijn besproken. Ook de voordelen, vooral van het stoppen op korte termijn, kan de huisarts aanhalen. Bij niet-gemotiveerde patiënten kan de huisarts ingaan op de redenen die de patiënt aanhaalt om niet met roken te stoppen. Een verdere stap in de interventie bestaat uit het opsporen van de barrières die de patiënt verwacht bij zijn rookstop poging. Deze barrières worden verkend en, als dat nodig blijkt, verder uitgediept.

Een stopdatum wordt afgesproken en er kunnen ondersteunende hulpmiddelen zoals folders en boekjes worden verstrekt.

Meestal vindt binnen de vier weken een opvolgconsult plaats waarin de huisarts de patiënt verder ondersteunt en aanvullende informatie verstrekt ³.

• Model van Prochaska en Di Clemente

Zie bijlage 1.

• De test van Fagerström

Zie bijlage 2.

• Intensieve ondersteuning

Een intensieve ondersteuning is alles wat meer is dan een minimale interventie. Dit kan gaan van het verstrekken van meerdere opvolgconsulten, telefonische counseling of opvolging, het verstrekken van multiële hulpmiddelen aan de patiënt (bijvoorbeeld video) tot een groepsmatige aanpak en het gebruik van specifiek gedragsbeïnvloedende technieken (aversie, positieve bekrachtiging, enzovoort).

1 • ANEAS. Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac, 8 et 9 octobre 1998. Hôpital Pitié-Salpêtrière-Amphith'âtre Charcot. Texte de recommandations:1998.

• ACPHR. The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking cessation clinical practice guideline. *JAMA* 1996;275:1270-80.

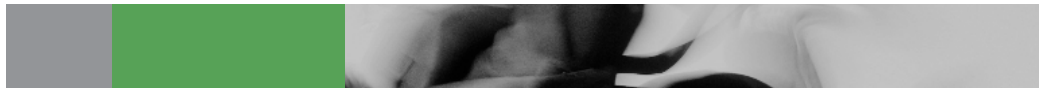
• RAW M, MCNEILL A, WEST R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53:S1-19 (part 1).

2 Men kan de motivatie peilen door twee vragen te stellen:

- heeft u er wel eens over nagedacht om te stoppen met roken?
- zou u op korte termijn willen stoppen?

Een positief antwoord op de tweede vraag betekent dat de patiënt sterk gemotiveerd is om te stoppen met roken. Een antwoord dat alleen positief is op de eerste vraag, duidt erop dat men de motivatie van de patiënt verder moet versterken.

3 STIVORO (Stichting Volksgezondheid en Roken). Stoppen met roken m.b.v. de huisartsenpraktijk. Handleiding voor huisarts en assistente bij de Minimale Interventie Strategie, februari 1994.



• Counseling

Counseling is praktische psychologische hulp in de vorm van gestructureerde gesprekken met als doel beter met een situatie om te gaan of het probleem op te lossen.

• Roker

Een roker is een persoon die tabak rookt. Bij onderzoek naar prevalentie wordt er verder onderscheid gemaakt tussen occasionele rokers, regelmatige rokers en dagelijkse rokers.

• Supplementaire stopper

Heel wat rokers pogen op eigen wilskracht te stoppen. Na zes maanden blijkt slecht 3% hierin te slagen⁴. Supplementaire stoppers zijn diegenen die dankzij één of andere interventiemethode, hieraan worden toegevoegd.

• Community intervention

Een 'community intervention' is een mix van activiteiten, gericht op alle inwoners van een gemeenschap.

De interventie wordt verder gekenmerkt:

- door de participatie van de inwoners bij de planning en uitvoering van het project,
- de intersectorale samenwerking,
- de sociale netwerkbenadering: informatie wordt verspreid via het bestaande sociale netwerk,
- de omgevingsgerichtheid: er wordt niet alleen op het individu, maar ook op zijn sociale en fysieke omgeving gewerkt,
- het aansluiten bij de bestaande situatie,
- de multimediale en multimethodische aanpak,
- de nadruk die ligt op een verandering in leefwijze.

Doelstelling

Rookstopadvies door de huisarts heeft bij analyse tegenover andere interventies een hoge kosteneffectiviteitverhouding⁵. Om dit potentieel maximaal te benutten is het noodzakelijk dat de huisartsen voldoende op de hoogte zijn van de waarde en de impact van de diverse interventiemethodes. Het geven van een rookstopadvies in de huisartsenpraktijk kan immers een substantiële invloed hebben op de volksgezondheid⁶. Huisartsen zijn ontegensprekelijk de katalysator bij uitstek in het proces van gedragsverandering. Deze aanbeveling heeft als doel om het noteren van het rookgedrag van de patiënt in het medisch dossier te stimuleren en de huisarts een bruikbaar instrument aan te reiken om rookstopinterventies in zijn praktijk te implementeren. Dit zou uiteindelijk moeten leiden tot het verhogen van het aantal rookstopinterventies door huisartsen.

Evaluatie is mogelijk op het niveau van de individuele praktijk (noteren van het roken alsook van de motivatie en barrières van de roker) en op Vlaams niveau (daling van het aantal rokers).

Einddoel is het aantal rokers in Vlaanderen substantieel te verminderen, waarbij de hogervermelde streefcijfers van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen een target vormen.

Taakomschrijving van de huisarts

Naast curatieve taken heeft de huisarts een duidelijke opdracht bij het aanbieden van preventie. Door zijn regelmatig contact met de patiënten en de lage drempel bevindt de huisarts zich in een unieke situatie om deze taak optimaal op te nemen⁷. Juist deze positionering stelt hem in staat om op de geschikte manier in te spelen op het rookgedrag van zijn patiënt⁸. Door zijn contacten met een brede populatie,

4 HUGHES JR, GULLIVER SB, FENWICK JW, VALLIERE WA, CRUSER K, PEPPER S, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.

5 Verschillende methodes om te stoppen met roken werden op basis van kosten/effectiviteit met elkaar vergeleken. Hierbij werden naast het rookstopadvies door de huisarts ook schoolprogramma's, promotie van het beperken van roken op de werkplaats, betaalde mediacampagnes voor rookstop, onbetaalde mediacampagnes, fiscale politiek en reclameverbod geëvalueerd.

• REID DJ, KILLORAN AJ, MC NEILL AD, CHAMBERS JS. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco Control* 1992;1:185-97.

6 Huisartsen blijken tot 80% van de bevolking minstens één keer per jaar op consult te hebben. Alhoewel het effect van een minimale interventie veelal laag wordt ingeschat (één supplementaire stopper op vijftig) zou het systematisch uitvoeren hiervan, door het hoge populatiebereik van de huisarts, een substantiële invloed hebben op de volksgezondheid. In praktijk blijken huisartsen echter slechts minimaal over te gaan tot preventieve counseling.

• ANDA RF, REMINGTON PL, SIENKO DG, DAVIS RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987;257:1916-9.

• WILSON A, McDONALD P, HAYES L, COONEY J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ* 1992;304:227-30.

• LENNOX AS, TAYLOR R. Smoking cessation activity within primary health care in Scotland: present constraints and their implications. *Health Educ J* 1995;54:48-60.

7 OCKENE JK. Smoking intervention: the expanding role of the physician. *Am J Public Health* 1987;77:782-3.

8 ROLLNICK S, HEATHER N, BELL A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *J Ment Health* 1992;1:25-37.



die alle socio-economische klassen omvat, is hij bij uitstek de geschikte figuur om ook moeilijk te bereiken doelgroepen te benaderen. Zijn interventie heeft bovendien een interessante kosteneffectiviteitscore⁹.

De taak van de huisarts zal erin bestaan de rokers onder zijn patiënten te inventariseren, dit in het dossier te noteren en hen rookstopadvies aan te bieden.

Roken als bedreiging van de gezondheid

Roken is verantwoordelijk voor ongeveer drie miljoen overlijdens per jaar in de hele wereld¹⁰ en is dus de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak¹¹. Ook in Vlaanderen is de tabaksgerelateerde mortaliteit ongetwijfeld de belangrijkste oorzaak van overlijden¹².

Tijdens het roken van tabak komen de volgende substanties vrij, die verantwoordelijk zijn voor de schadelijke effecten van het roken: nicotine, koolstofmonoxide en teer (teer is samengesteld uit ongeveer vierduizend chemicaliën).

Gevolgen van roken

Verscheidene epidemiologische studies tonen sinds 1950 de nefaste invloeden van het rookgedrag aan¹³. Zo is tabak als sterk carcinogeen verantwoordelijk voor met roken gerelateerde kankers. Het overgrote deel van alle kankers van de longen en luchtwegen, de larynx en de farynx, de mondholte en de slokdarm, kunnen aan tabaksgebruik worden toegeschreven. Roken kan ook verantwoordelijk worden gesteld voor een deel van de nier-, blaas-, prostaat-, baarmoederhals- en pancreaskankers¹⁴.

Roken versnelt ook het arteriosclerotisch proces en is een belangrijke onafhankelijke risicofactor voor hartinfarct,

9 REID DJ, KILLORAN AJ, MC NEILL AD, CHAMBERS JS. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco Control* 1992;1:185-97.

10 BULL WORLD HEALTH ORGAN. Plans for international convention to control tobacco move ahead. 1999;77:293-4.

11 BARTECCHI CE, MACKENZIE TD, SCHRIER RW. The human costs of tobacco use (1). *N Engl J Med* 1994;330:907-12.

12 PETO et al. ontwikkelden in 1992 een model, gebaseerd op overlijdensstatistieken, waarmee vrij nauwkeurig deze gerelateerde mortaliteit kan worden bepaald.

Wordt deze oefening voor Vlaanderen gedaan, dan komen wij tot de volgende cijfers: in 1997 zijn 8.511 of 1/3 van de overlijdens bij de mannen en 1.113 of 1 op 23 van de overlijdens bij vrouwen rechtstreeks of onrechtstreeks veroorzaakt door tabaksgebruik.

• PETO R, LOPEZ AD, BOREHAM J, THUN M, HEATH C JR. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78.

• AELVOET W, FORTUIN M, HOOFT P, VANOVERLOOP J. Gezondheidsindicatoren 1997. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap:181.

13 De prospectieve 'nurses health study', waarin 117.001 verpleegsters werden opgevolgd gedurende twaalf jaar, gaf als resultaat dat de totale mortaliteit bij rokers bijna dubbel zo groot was als bij niet-rokers (relatief risico (RR) 1,87 met 95% CI 1,65 tot 2,13).

• KAWACHI I, COLDITZ GA, STAMPFER MJ, WILLET WC, MANSON JE, ROSNER B, et al. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann Intern Med* 1993;119:992-1000.

14 • US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publication (CDC) 89-8411:703.

• US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smokeless tobacco: a report of the advisory committee to the surgeon general. Washington DC: Government Printing Office, 1986. DHHS Publication (PHS) 86-2874.

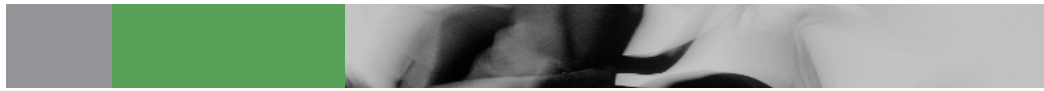
• BUENO DE MESQUITA HB, MAISSONNEUVE P, MOERMAN CJ, et al. Life-time history of smoking and exocrine carcinoma of the pancreas: a population-based case-control study in the Netherlands. *Int J Cancer* 1991;49:816-22.

• SOOD AK. Cigarette smoking and cervical cancer: meta-analysis and critical review of recent studies. *Am J Prev Med* 1991;7:208-13.

• HARTGE P, SILVERMAN DT, SCHAIRER C, HOOVER RN. Smoking and bladder cancer risk in blacks and whites in the United States. *Cancer Causes Control* 1993;4:391-4.

Er is duidelijk evidentie over het risico van roken voor colorectale kanker. Het geadjusteerde RR (95% CI) voor rokers t.o.v. niet-rokers bedraagt 1,32 (1,16-1,49) voor mannen en 1,41 (1,26-1,58) voor vrouwen. Dit risico verhoogt met het aantal gerookte sigaretten per dag en het aantal jaar dat men rookt.

• CHAO A, THUN MJ, JACOBS EJ, HENLEY SJ, RODRIGUEZ C, CALLE EE. Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *J Nat Cancer Inst* 2000;92:1888-96.



coronaire vaataandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen en perifeer vaatlijden¹⁵.

Roken is een belangrijke risicofactor voor luchtwegaandoeningen, waarbij vooral het verband werd aangetoond met COPD en pneumonie¹⁶.

Nicotine in de tabak is een sterk verslavend middel¹⁷.

Tabak is ook verantwoordelijk voor een verhoogd risico op osteoporose¹⁸. Roken tijdens de zwangerschap is oorzaak van perinatale overlijdens, laag geboortegewicht en vroeg-tijdige bevallingen¹⁹. Passief roken verhoogt het risico op longkanker en cardiovasculaire aandoeningen bij niet-rokers. Het verhoogt de frequentie van middenooreffusies en lage luchtwegeninfecties bij kinderen van rokers²⁰.

Roken is ook verantwoordelijk voor een deel van de woningbranden en de hieruit voortvloeiende overlijdens²¹.

Alhoewel het aantal rokers in België tot 1992 voortdurend afnam, is sindsdien, en dit zowel bij mannen als vrouwen, opnieuw een stijgende trend waar te nemen. In 1999 bedroeg het totale percentage dagelijkse rokers, die ouder zijn dan 15 jaar, 28% van de bevolking. Opgesplitst naar geslacht is dit bij mannen 31% en bij vrouwen 26%²². In het Vlaamse gewest rookt de meerderheid van de rokers dagelijks. Bijna één derde rookt meer dan twintig sigaretten per dag. Ook bij jongeren valt een stijging van het dagelijks roken op te merken, wat vooral is te wijten aan de sterke toename van het dagelijks roken bij meisjes²³.

Effecten van stoppen met roken

Meerdere studies tonen ondubbelzinnig het positief effect aan van het stoppen met roken op de gezondheid van de gewezen roker²⁴. Rokers die stoppen voor hun vijftig jaar,

15 Meerdere studies tonen een verhoogde incidentie aan op hart- en vaataandoeningen bij rokers ten opzichte van niet-rokers (RR 1,7).

• US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health benefits of smoking cessation: a report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on smoking and Health, 1990. DHHS Publication (CDC) 90-8416.

Rokers op middelbare leeftijd blijken bovendien meer kans te maken op een eerste niet-fataal myocardinfarct in vergelijking met niet-rokers (RR bij mannen 2,9 met 95% CI 2,4 tot 3,4; RR bij vrouwen 3,6 met 95% CI 3,0 tot 4,4).

• ROSENBERG L, KAUFMAN DW, HELMRICH SP, SHAPIRO S. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* 1985;313:1511-4.

• ROSENBERG L, PALMER JR, SHAPIRO S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med* 1990;322:213-7.

Een analoge duidelijke evidentie bestaat voor cerebrovasculaire accidenten (RR 1,5 met 95% CI 1,4 tot 1,6).

• SHINTON R, BEEVERS G. Meta-analysis of relation between smoking and stroke. *BMJ* 1989;298:789-94.

Deze is nog meer uitgesproken bij herseninfarct (RR 1,92 met 95% CI 1,71 tot 2,16) en subarachnoïdale bloeding (RR 2,93 met 95% CI 2,48 tot 3,46).

• US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smoking: cardiovascular disease: a report of the surgeon general. Public Health Services, Office on Smoking and Health, 1983. DHHS Publication 84-5024.

• SIDNEY S, STERNFELD B, GIDDING SS, JACOBS DR JR, BILD DE, OBERMAN A, et al. Cigarette smoking and submaximal exercise test duration in a biracial population of young adults: the CARDIA study. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:911-6.

16 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smoking: chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on smoking and Health, 1984. Publication DHHS (PHS) 81-50205.

17 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on smoking and Health, 1988. DHHS publication (CDC) 88-8406.

18 SEEMAN E, MELTON LJ, O'FALLON WM, RIGGS BL. Risk factors for spinal osteoporosis in men. *Am J Med* 1983;75:977-83.

19 • ABELL TD, BAKER LC, RAMSEY CN JR. The effects of maternal smoking on infant birth weight. *Fam Med* 1991;23:103-7.

• MITCHELL EA, FORD RP, STEWARD AW, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993;91:893-6.

20 • HOLE DJ, GILLIS CR, CHOPRA C, HAWTHORNE VM. Passive smoking and cardiorespiratory health in a general population in the west of Scotland. *BMJ* 1989;299:423-7.

• US ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington DC: Environmental Protection Agency, Office of Health and Environmental Assessment, 1992. Publication EPA/600/6-90/006F.

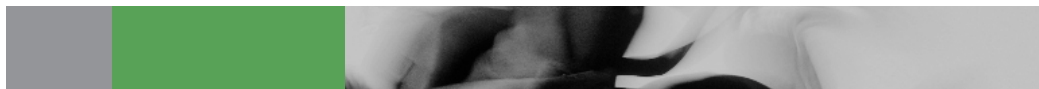
• US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS, september 1999.

21 MILLER AL. The US smoking-material fire problem through 1991: the role of lighted tobacco products in fire. Quincy MA: National Fire Protection Association, 1993.

22 OIVO. Persbericht 18 maart 1999. Instelling van openbaar nut, Ridderstraat 18, 1050 Brussel.

23 MAES L, VEREecken C. Jongeren en gezondheid 1990-1998 (deel van WGO cross-nationale studie). Universiteit Gent.

24 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on smoking and Health, 1990. Publication DHHS (CDC): 90-8416.



verminderen met de helft hun kans op overlijden in de volgende vijftien jaar ten opzichte van diegenen die blijven roken. Ook stoppen op latere leeftijd sorteert nog effect.

Het risico op overlijden door een coronair accident vermindert na één jaar stoppen met roken met de helft²⁵ en is na twee à drie jaar ongeveer gelijk aan dat van niet-rokers²⁶. De kans op een cerebrovasculair accident begint ook na twee jaar te verminderen en na vijf tot vijftien jaar is die terug ongeveer gelijk aan die van personen die nooit hebben gerookt²⁷.

Tien jaar na het moment van rookstop is het risico op longkanker gehalveerd, terwijl dit reeds na vijf jaar geldt voor mond- en slokdarmkanker²⁸.

Ook voor de overige, hogervermelde aandoeningen werd de positieve impact van rookstop aangetoond.

Samengevat kunnen we stellen dat de tabaksgerelateerde mortaliteit ook in Vlaanderen de belangrijkste vermijdbare overlijdensoorzaak vormt en dat stoppen met roken de nefaste invloed van tabaksgebruik vermindert of tenietdoet.

Doelgroep

De doelgroep van de huisarts zal iedere patiënt zijn die rookt, waarbij idealiter een vaste arts-patiëntrelatie bestaat²⁹.

Methode

Bereiken van de doelgroep

Via het regelmatig contact met de patiënt en een systematisch noteren van het rookgedrag van iedere patiënt in het medisch dossier, is de huisarts de figuur bij uitstek om tot een rookstopinterventie over te gaan.

Het succes van een interventie in termen van al dan niet stoppen met roken zal hoofdzakelijk worden bepaald door het stadium waarin de patiënt zich bevindt op het moment van de rookstopinterventie (zie bijlage 1: model van Prochaska en Di Clemente).

Momenteel gaan heel wat stemmen op om een verschuiving van de patiënt in het model van Prochaska en Di Clemente evenzeer als succesvol te beschouwen. Hierbij is enig inzicht van de huisarts in dit model van gedragsverandering wenselijk.

De laagdrempeligheid van de huisartspraktijk en de frequentie van het huisarts/patiëntcontact biedt de huisarts de mogelijkheid om op een systematische manier rookstopadvies aan te bieden en zijn patiënt te ondersteunen in het doorlopen van de verscheidene stadia van gedragsverandering³⁰.

De interventies

In alle studies over rookstopinterventies moet men rekening houden met een aantal biassen³¹.

25 NEGRI E, LA VECCHIA C, D'AVANZO B, NOBILI A, LA MALFA RG. Acute myocardial infarction: association with time since stopping smoking in Italy. GISSI-EFRIM Investigators. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto. *Epidemiologia dei Fattori di Rischio dell'Infarto Miocardico. J Epidemiol Community Health* 1994;48:129-33.

26 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. Public Health Services, Centers for Disease Control, 1990. DHHS publication (CDC) 90-8416.

27 WANNAMETHEE SG, SHAPER AG, WHINCUP PH, WALKER M. Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men. *JAMA* 1995;274:155-60.

28 YU MC, GARABRANT DH, PETERS JM, MACK TM. Tobacco, alcohol, diet, occupation and carcinoma of the esophagus. *Cancer Res* 1988;48:3843-8.

29 Alhoewel op ieder ogenblik een zinvolle rookstopinterventie kan worden uitgevoerd, zal deze altijd gekaderd blijven in het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt. Het spreekt dan ook vanzelf dat in dit systematisch begeleiden van de patiënt bij deze gedragsverandering een vaste arts-patiëntrelatie optimaliserend werkt.

30 Zoals reeds vermeld, geven artsen slechts in beperkte mate rookstopadvies aan hun patiënten. De meeste artsen verkiezen bovendien om dit advies te koppelen aan probleemsettings rechtstreeks veroorzaakt door het rookgedrag. Concreet betreft het hier adviezen bij klachten rond COPD, bij cardiovasculaire aandoeningen of bij zwangerschap en bevalling.

• COLEMAN T, WILSON A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996;46:87-91.

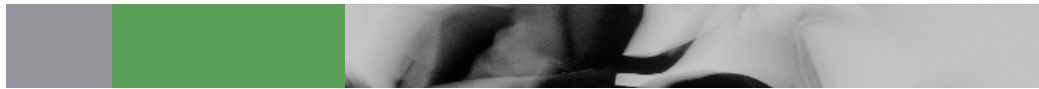
31 Hoe nauwgezet een literatuurstudie over de resultaten van de verscheidene interventies bij rookstop ook gebeurt, steeds zal men moeten rekening houden met een aantal biassen. Het resultaat van het onderzoek zal altijd worden bepaald door de selectie van de doelgroep. Wordt de groep geselecteerd via een advertentie, uit een patiëntenverband, in ziekenhuisverband? Zijn er concomitante aandoeningen? Dit zijn maar een paar items die bij de evaluatie van eenzelfde methode reeds onmiddellijk de impact van de doelgroepsselectie aantonen. Ook de samenstelling naar geslacht zou volgens talrijke studies (***) het resultaat van de interventie bepalen, alsook het aantal rookstop pogingen dat reeds werd ondernomen (**).

* GRUNBERG NE, WINDERS SE, WEWERS ME. Gender differences in tobacco use. *Health Psychol* 1991;10:143-53.

** SCHMEISER-RIEDER A, SCHOBERBERGER R, KUNZE M. Frauen und rauchen. *WMW* 1995;4:73-6.

*** HUNT W, BARNET L, BRANCH L. Relapse rate in addiction programs. *J Clin Psych* 1977;27:455-6.

Bij de analyse van de literatuurgegevens is ook heel wat materiaal over farmaceutische interventies beschikbaar, terwijl er heel wat minder te vinden is over gedragsmatige interventies en zeker over de aangrijpingspunten hiervan. Dit wordt verklaard door de ongelijkheid in de financiële ondersteuning van de onderzoeken.



Alle studies tonen een kleine maar duidelijke winst voor rookstop bij het verstrekken van een minimale interventie³². Evaluatie na één jaar toont aan dat één supplementaire stopper verkregen wordt voor iedere vijftig rookstopadviezen die worden verstrekt. Alhoewel voor veel artsen dit effect ontgoochelend klein zal lijken, blijkt de impact op bevolkingsniveau niet te verwaarlozen³³.

Hoewel het effect van intensieve ondersteuning nog hoger is, namelijk één supplementaire stopper op 35 adviezen³⁴, weegt dit in de huisartsenpraktijk niet op tegenover de minimale interventie. Intensieve ondersteuning vraagt immers te veel tijdsdruk en arbeidsbelasting van de huisarts.

• Nicotinesubstitutietherapie

Nicotinesubstitutietherapie in haar verschillende vormen is efficiënt gebleken bij patiënten met gedocumenteerde nicotineafhankelijkheid³⁵. Deze afhankelijkheid staat gelijk met het roken van minstens tien sigaretten per dag of een positieve score op de test van Fagerström (score >4). Het gebruik van nicotinesubstitutietherapie verdubbelt het aantal met roken gestopte patiënten in om het even welke setting. Gecumuleerde cijfers na één jaar tonen een stijging van de onthoudingsratio met 72% ten opzichte van placebo

(RR 95% met 95% CI 60%-84%)³⁶. Tussen de verschillende vormen van nicotinesubstitutietherapie zouden geen noemenswaardige verschillen in efficiëntie bestaan³⁷.

Ook de respectievelijke bijwerkingen (hik of tandgeurtsproblematiek bij de kauwgom, huidirritatie bij de patch) beïnvloeden het gebruik slechts minimaal. De duur van de therapie met nicotinesubstitutie kan tot acht weken worden beperkt, waarna deze therapie abrupt mag worden gestopt. Hogere dosering dan 22 mg/24 uur verhogen het slaagpercentage bij zware rokers (meerdere pakjes per dag). Combinaties van verschillende vormen van nicotinesubstitutietherapie kunnen een meerwaarde bieden (RR 1,9 met 95% CI 1,3-2,6)³⁶. Zo wordt dikwijls de spray in combinatie met de patch gebruikt om acute craving van de patiënt op te vangen³⁸.

Bij het gebruik van de patch is het aanbrengen gedurende zestien uur even effectief als wanneer dit gedurende een volledig etmaal gebeurt³⁹.

• Clonidine en mecamlamine

Clonidine en mecamlamine hebben een positief effect op de ontwenning bij nicotineafhankelijkheid maar worden omwille van de bijwerkingen niet aanbevolen⁴⁰.

32 KOTTKE T, BATTISTA R, DEFRIESE G, BREKKE M. Attributes of succesful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA* 1988; 259: 2883-89.

33 Een systematische review van de literatuur tot 1995 toont duidelijke evidentie voor het nut van de minimale interventie: OR 1,32 met 95% CI 1,18 tot 1,45. Voor intensieve ondersteuning is dit: OR 1,46 met 95% CI 1,18 tot 1,80.

• R, SILAGY C, WELLER D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* 1997;14:160-76.

34 HAJEK P. British experience in smoking cessation programmes for general practitioners. In: FROUR P (ed.). Proceedings of 2nd EMASH Seminar. Zandvoort, 1991.

35 • FIORE MC, SMITH SS, JOENBY DE, BAKER TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1940-7.

• IMPERIAL CANCER RESEARCH FUND GENERAL PRACTICE RESEARCH GROUP. Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994;308:1476-7.

36 SILAGY C, MANT D, FOWLER G, LANCASTER T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Library* 2000;(3):CD000146.

37 BLONDAL T, GUDMUNDSSON L, OLAFSDOTTIR I, GUSTAVSON G, WESTIN A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999;318:285-8.

38 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Treating tobacco use and dependence. A report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS June 2000.

39 TONNESEN P, NORREGAARD J, SIMONSEN K, SAWE U. A double blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991;325:311-5.

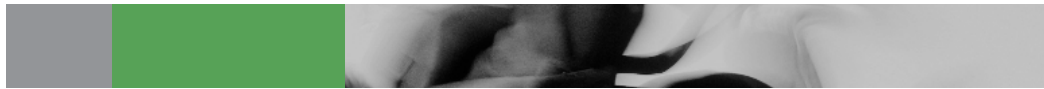
40 Clonidine, een oorspronkelijk antihypertensief middel, wordt bij verslaving aan opiaten en alcohol gebruikt om ontwenningssymptomen tegen te gaan. Verscheidene studies tonen een positieve invloed op nervositas, angst en andere uitingen van craving. Ook bij rookstop is er eenzelfde positief effect op de ontwenning bij nicotineafhankelijkheid.

• GLASSMAN AH, COVEY LS, DALACK GW, STETNER F, RIVELLI SK, FLEISS J, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1993;54:670-9.

Anderzijds zijn de bijwerkingen van clonidine zo uitgesproken dat er van een systematisch gebruik in de eerste lijn geen sprake kan zijn.

Eenzelfde redenering geldt voor mecamlamine, een middel dat de centrale werking van nicotine blokkeert.

• ROSE JE, BEHM FM, WESTMAN EC, LEVIN ED, STEIN RM, RIPKA GV. Mecamlamine combined with nicotine skin patch facilitates smoking cessation beyond nicotine patch treatment alone. *Clin Pharmacol Ther* 1994;56:86-99.



• Antidepressiva

Bupropion, een antidepressivum, dat bij ons sinds kort te verkrijgen is, lijkt veelbelovende resultaten te geven (RR 2,1 met 95% CI 1,3-2,6), vergelijkbaar met nicotinesubstitutietherapie⁴¹. De wisselende resultaten van trials met meerdere andere antidepressiva zetten echter aan tot enige omzichtigheid in de beoordeling van dit product. De gebruikelijke dosering bedraagt 150 mg tweemaal daags met een tussentijd van minimum acht uur. Patiënten moeten zeven à negen weken worden behandeld en de behandeling moet twee weken voor het stoppen met roken worden gestart. Het product is niet aangewezen bij een voorgeschiedenis van convulsies, boulimie en anorexia nervosa. Als bijwerking wordt hoofdzakelijk een dosisafhankelijk risico op convulsies gezien.

• Acupunctuur en hypnose

Acupunctuur wordt sinds jaren als middel gebruikt tegen rookstop. Alhoewel de resultaten na de eerste weken therapie hoopgevend zijn en alleszins hoger scoren dan niets doen, blijken de resultaten na zes maanden niet significant verschillend van placebo⁴².

Tot op heden is er geen evidentie voor het effect van hypnose⁴³. Studies die op een objectieve manier een effect aantonen, ontbreken.

Ook het belang van ondersteunend materiaal, zoals folders en andere, moet worden herbekeken. Er is geen enkele evidentie dat folders op zich enige invloed hebben op de gedragsverandering van patiënten⁴⁴. Hoogstens kan worden aangenomen dat zij in het kader van een minimale inter-

ventie en/of het voorschrijven van nicotinesubstitutietherapie een ondersteunende functie hebben.

Interval

Het systematisch vermelden van het rookgedrag in het medisch dossier van de patiënt is een essentieel item in het bijhouden van dit dossier. Een jaarlijks opnieuw bevragen (bijvoorbeeld bij de inschrijving voor het globaal medisch dossier) lijkt aangewezen. Aan dit bevragen kan een rookstopinterventie gekoppeld worden als de patiënt dit wenst. Vertonen patiënten bijkomende risico's zoals hypertensie, hypercholesterolemie, hormonale anticonceptie, ... dan kunnen deze consulten worden gebruikt om opnieuw op het onderwerp in te gaan. Nochtans is dit niet prioritair vermits het de patiënt zelf is die bepaalt of er al dan niet op het onderwerp wordt ingegaan.

Het verloop van een rookstopinterventie zal afhankelijk zijn van het stadium in de cyclus van Prochaska en Di Clemente waarin de patiënt zich op dat ogenblik bevindt (zie bijlage 1). De huisarts verneemt dit tijdens een consultatievoering door aandachtig te luisteren naar de patiënt. Als de huisarts zijn interventie hierop kan afstellen, zullen zowel de eigen verwachtingen als die van de patiënt meer met de realiteit overeenstemmen.

Rookstopinterventies worden tegenwoordig eerder geëvalueerd naar het effect dat zij hebben op het opschuiven in de 'stages of change' dan naar het al dan niet bereiken van rookstop⁴⁵.

41 • JORENBY DE, LEISCHOW SJ, NIDES MA, RENNARD SI, JOHNSTON JA, HUGHES AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-91.

• HURT RD, SAGHS DP, GLOVER ED, OFFORD KP, JOHNSTON JA, DALE LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-202.

• US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Treating tobacco use and dependence. A report of the surgeon general. Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS June 2000.

42 TER RIET G, KLEIJNEN J, KNIPSCHILD P. A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *Br J Gen Pract* 1990;40:379-82.

43 KATZ NW. Hypnosis and the addictions: a critical review. *Addict Behav* 1980;5:41-47.

44 OXMAN AD, THOMSON MA, DAVIS DA, HAYNES RB. No magic bullets: a systemic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1423-31.

45 OWEN N, WAKEFIELD M, ROBERTS L, ESTERMAN A. Stages of readiness to quit smoking: population prevalence and correlates. *Health Psychol* 1992;11:413-7.

AANBEVELING

- Bij iedere patiënt moet systematisch worden nagevraagd of hij/zij rookt en in welke mate. Dit moet duidelijk in het medisch dossier worden genoteerd. Een jaarlijkse updating hiervan is wenselijk.
 - Bij iedere roker moet de nicotineafhankelijkheid (test van Fagerström of variante) worden bepaald.
 - Bij iedere roker wordt een minimale interventie aangeboden, gecombineerd met nicotinesubstitutietherapie bij nicotineafhankelijkheid⁴⁶. Er wordt gezorgd voor follow-up waarbij de nadruk wordt gelegd op ondersteuning. Blijkt een herval, dan wordt dit uitdrukkelijk geduid als een leerproces.
- 1 Bevraag systematisch het rookgedrag van iedere patiënt.
 - 2 Noteer dit in het dossier op een hiervoor voorziene plaats.
 - 3 Bepaal de nicotineafhankelijkheid van uw patiënt en noteer.
 - 4 Biedt een minimale interventie aan.
 - 5 Verstrek nicotinesubstitutietherapie bij nicotineafhankelijkheid.

Researchagenda

- Over nicotinesubstitutietherapie en gedragsbeïnvloedende aanpak bestaat er een zeer grote discrepantie in de beschikbare, wetenschappelijk verantwoorde data⁴⁷. Ook verder onderzoek naar de basiskennis over gedragswijziging blijft vanuit diezelfde optiek noodzakelijk.
- Heel wat onderzoek werd gedaan in kortlopende trials (zes maanden à één jaar) waarbij het effect op langere termijn niet werd gecontroleerd. Aanvullend onderzoek is hierbij wenselijk.
- Ondanks de overtuiging dat een globale strategie bij het stoppen met roken, bestaande uit een mix van interventies, noodzakelijk is, roept de tot op heden meest ambitieuze trial (COMMIT) ook hierover serieuze vragen op⁴⁸. Deze 'state of the art of community intervention' toonde een slechts minimaal effect aan op rookstop bij matige rokers en geen bij ernstige rokers.
- Het gebruik van bupropion in rookstopinterventies lijkt veelbelovend, afgaand op de resultaten van de beschikbare studies. Een groter aantal studies is echter noodzakelijk om deze resultaten te bevestigen.
- Aanvullend onderzoek om rookstopinterventies door huisartsen aan te moedigen, zijn evenzeer noodzakelijk.

46 Het effect van deze minimale interventie zal worden bepaald door de fase waarin de patiënt zich op dat ogenblik bevindt in het model van Prochaska & Di Clemente. Het is derhalve aangewezen dat iedere huisarts enige kennis bezit van het model. Knowhow in het omgaan met ambivalentie, motivering en weerstanden in het consultatievoeren is evenzeer nuttig.

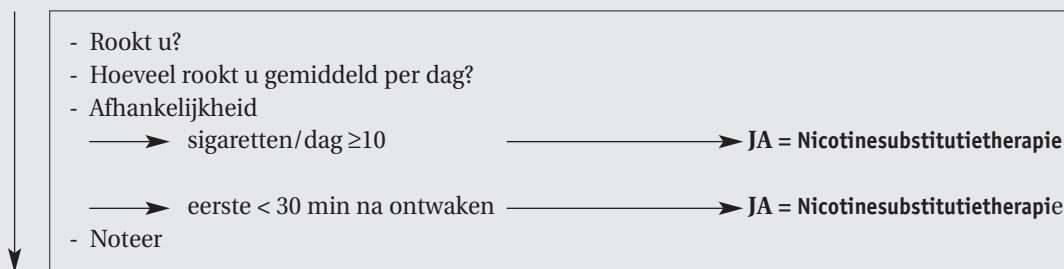
47 Een verklaring is dat vele van de gedragsbeïnvloedende interventies werden nagekeken op te kleine groepen om significante resultaten te kunnen aantonen. Ook de standaardisering van studies over gedragsbeïnvloedende interventies schept heel wat bijkomende moeilijkheden. Ondanks de hoge kost en de methodologische moeilijkheden is nieuw onderzoek wenselijk om ook op dit vlak evidence based te werk te kunnen gaan.

48 COMMUNITY INTERVENTION TRIAL FOR SMOKING CESSATION (COMMIT) I. Cohort results from a four-year community intervention. *Am J Public Health* 1995;85:183-92.

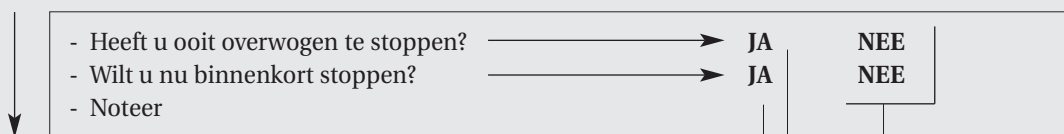


S T R O O M D I A G R A M : R O O K S T O P A D V I E S

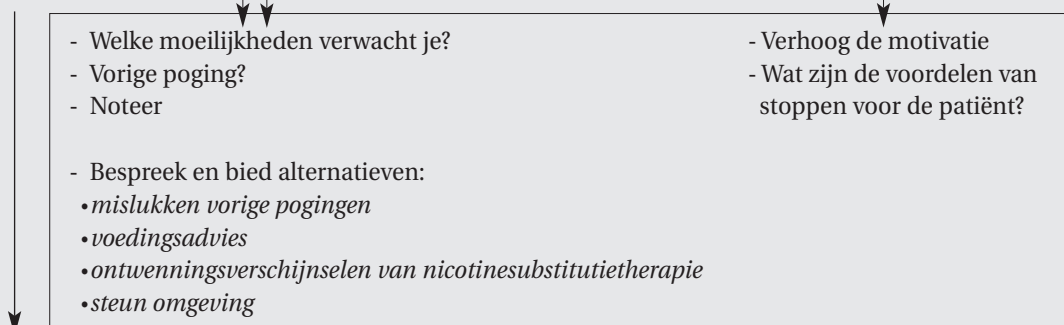
Bepaal het profiel



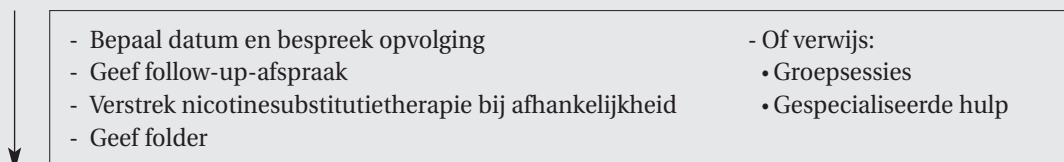
Weeg de motivatie



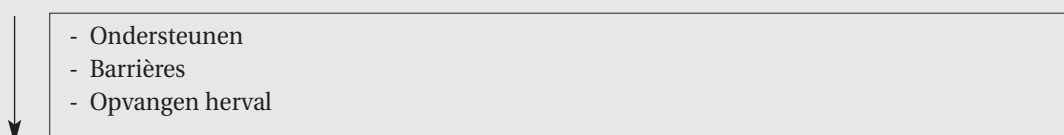
Verken de barrières



Stop akkoord



Bied follow-up



Randvoorwaarden

- Zoals bij iedere preventieve act is het gebruik van een medisch dossier een belangrijke meerwaarde bij rookstop-interventie. Gezien de impact van roken op de volksgezondheid en persoonlijke gezondheid, moet dit medisch dossier een specifieke rubriek voor rookgedrag bevatten⁴⁹. Een duidelijke vermelding dat rookstopadvies tot het takenpakket van de huisarts behoort en het verhogen van de vaardigheden hierin, zijn een noodzaak⁵⁰.
- Het inzicht in de verscheidene stadia van gedragswijziging en het omgaan hiermee behoort momenteel nog te weinig tot de basiskennis van de huisarts. De wijze waarop hieraan het best kan worden tegemoetgekomen, is nog niet uitgemaakt⁵¹.
- Vanuit de literatuur blijkt duidelijk een noodzaak aan andere aanpakken in continue navorming waarbij dit zeker geldt voor een zo moeilijke materie als het geven van rookstopadvies. Een invulling van deze noden op een adequate manier lijkt dan ook in de toekomst een primordiaal gegeven⁵².
- Ten slotte kan er niet genoeg op worden gewezen dat de adviezen die huisartsen verstrekken in verband met stoppen met roken, niet los kunnen worden gezien van de overige maatregelen in het kader van een algemene strategie voor een tabaksbeleid⁵³. Huisartseninterventies zijn een

deel van een programma dat bestaat uit een mix van interventies, waarbij de huisarts fungeert als katalysator.

Totstandkoming

Een search in Medline werd begin 1998 uitgevoerd met als trefwoorden: Smoking-cessation /all subheadings, smoking-cessation/methods en Family-practice/all subheadings, Physicians Family/ all subheadings. Op basis van de opgevraagde teksten schreef dr. Jean-Pierre Hoengenaert een eerste ontwerp-tekst. Deze tekst werd aangepast aan de opmerkingen van de Taakgroep Preventie en voorgelegd en getoetst door 26 huisartsen op de vijfde Studiemiddag Preventie (28 november 1998).

Vervolgens werd de ontwerp-tekst voor externe toetsing voorgelegd aan dr. Kristien Piette (huisarts), mevr. Marleen Lambert (VIG), dhr. Luc Joossens (OIVO), prof. Prignot (VRGT) en mevr. Lea Maes (VRGT). De tekst werd aangepast aan de opmerkingen van de experts en vervolgens getoetst in vier lokale kwaliteitsgroepen (Heusden-Zolder, Zoutleeuw, Brussel en Merelbeke). Na herwerking werd de ontwerp-aanbeveling opnieuw besproken in de Taakgroep Preventie. De aanbeveling werd in mei 2001 gevalideerd door de onafhankelijke Validatiegroep.

Deze aanbeveling kwam tot stand met de steun van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen.

49 Bovenstaande stelling blijkt des te belangrijker wanneer uit verscheidene onderzoeken blijkt dat het geven van rookstopadvies in de dagelijkse huisartsenpraktijk nog in onvoldoende mate wordt uitgevoerd.

- ANDA RF, REMINGTON PL, SIENKO DG, DAVIS RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987;257:1916-9.
- WILSON A, McDONALD P, HAYES L, COONEY J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ* 1992;304:227-30.
- LENNOX AS, TAYLOR R. Smoking cessation activity within primary health care in Scotland: present constraints and their implications. *Health Educ J* 1995;54:48-60.

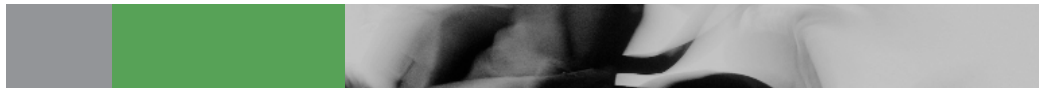
50 COLEMAN T, WILSON A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996;46:87-91.

51 Ondanks het feit dat continue navorming duidelijk de kennis van artsen verhoogt, blijkt de invloed op de praktijkvoering vrijwel onbestaand. Het onderwijs, als alleenstaand gegeven, van minimale interventietechnieken of het omgaan met modellen van Prochaska & Di Clemente, heeft geen enkele impact op het medische handelen. Continue navorming heeft dan ook enkel zin in een bredere strategie waarin de praktijkvoering is betrokken. Als alternatief wordt momenteel soms verwezen naar de 'stepped care' benadering, waarbij de huisarts het rookprobleem detecteert en vervolgens verwijst naar in de materie gespecialiseerde hulpverleners.

- OXMAN AD, THOMSON MA, DAVIS DA, HAYNES RB. No magic bullets: a systemic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;53:1423-31.

52 ROSSER WW, SHAFIR MS. Evidence-based family medicine. London: BC Decker Inc, Hamilton, 1998.

53 Kabinetswerkgroep roken/VIG/ml/20.08.1998. Tussenaanbeveling van strategisch plan voor de gezondheidsdoelstelling met betrekking tot roken.



Bijlagen

Bijlage 1: Model van Prochaska en Di Clemente

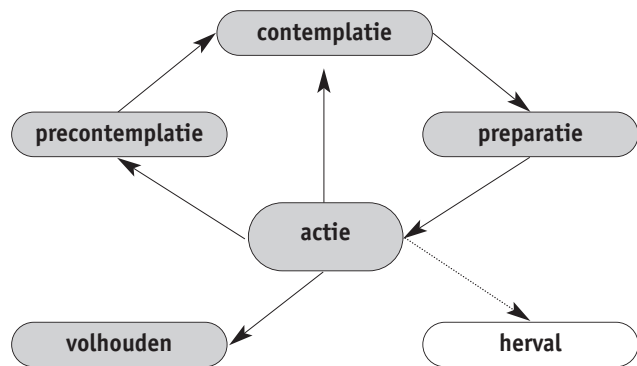
• Gedragsverandering

Het transtheoretische model van Prochaska en Di Clemente (*stages of change*) is één van de belangrijkste modellen die gedragsverandering probeert te verklaren en veel bij de analyse van rookgedrag wordt gebruikt^{54,55}.

Volgens dit model doorlopen mensen bij een poging tot gedragsverandering meerdere stadia:

- In de *precontemplatiefase* denkt de roker nog helemaal niet na over één of andere wijze van stoppen met roken. Roken is voor hem helemaal geen probleem; gerelateerde gezondheidsproblematiek wordt betwijfeld of ontkend. Er zijn voor de roker in deze fase veel belangrijker problemen dan roken.
- In een volgend stadium belandt de roker in de *contemplatiefase*: in deze fase is de ambivalentie van de roker het prominentste kenmerk. Roken wordt nu erkend als een probleem, maar wordt als niet zo ernstig ervaren. Het eigen rookgedrag wordt geminimaliseerd en de gevolgen worden weggeschoven. De idee om ooit eens te stoppen met roken is aanwezig maar dit moment ligt nog ver in de toekomst.
- Een volgende fase is de *preparatiefase*: hierin maakt de roker zich op om tot actie over te gaan. Hij weet onderhand dat roken ongezond is en dat stoppen met roken niet evident is. Hij overweegt alle moeilijkheden die het stoppen met roken in de weg staan en verzint oplossingen. De beslissing om te stoppen met roken in de zeer nabije toekomst heeft hij genomen, alleen het geschikte moment dient nog te worden afgewacht.
- In de *actiefase* wenst de roker tot stoppen over te gaan. Hij onderneemt concrete daden om zijn doel te realiseren: hij spreekt met zichzelf een stopdatum af, wendt zich eventueel voor assistentie tot gespecialiseerde hulpverleners, schaft zich nicotinesubstitiemiddelen aan, enzovoort.

- Eens gestopt met roken, komt de roker terecht in de fase van het *behouden* van de gedragsverandering. Het vermijden van risicosituaties en het ermee leren omgaan komen in deze fase aan bod.
- Slaagt de roker niet in dit gedragsbehoud, dan komt hij terecht in de fase van *herval*. Het leren uit de ervaringen die hij heeft opgedaan bij het doorlopen van deze processen van gedragsverandering, moet de roker hier als een meerwaarde ervaren.



Sinds het baanbrekend werk van Prochaska & Di Clemente is ook bij het stoppen met roken bewezen dat vooraleer rokers dit doel (rookstop) bereiken, zij door verscheidene stadia van gedragsverandering moeten. Stoppen met roken is immers een procesgebeuren. Dit concept van 'stages' (fasen) die men doormaakt bij het wijzigen van zijn gedrag, is sterk wetenschappelijk onderbouwd. Het vindt ook zijn toepassing in andere doelgebieden van de preventieve gezondheidszorg (voeding, alcohol, middelenmisbruik,...).

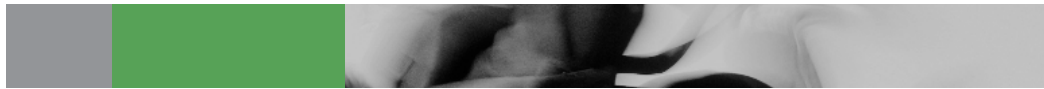
Het opschuiven naar een volgende fase in dit model van gedragsverandering is een waardemeter voor de succeskans die de roker bezit om effectief te stoppen met roken. Een rookstopinterventie die een verschuiving van de roker in dit model van gedragsverandering teweegbrengt, is ook een zinvolle interventie.

54 • PROCHASKA JO, DI CLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.

• PROCHASKA JO, GOLDSTEIN MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12:727-35.

55 Alhoewel het model van Prochaska en Di Clemente algemeen als basis van een goed onderbouwde rookstopinterventie wordt beschouwd, rijzen er toch nogal wat problemen om dit model in de huisartsenpraktijk toe te passen. Eerst en vooral vereist het een gedegen opleiding in interview en motiveringstechniek van de arts, maar daarnaast vraagt de praktische uitvoering ervan heel wat meer tijd dan wat onder een minimale interventie wordt verstaan. Wordt het model aangepast naar een schema dat past in een minimale interventiestrategie, dan zijn tot op heden onvoldoende studiegegevens voorhanden om het effect hiervan in een dergelijke setting te evalueren.

• PROCHASKA JO, GOLDSTEIN MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12:727-35.



• Minimale interventie

Tijdens een minimale of kortdurende interventie (drie à tien minuten) vraagt de arts het rookgedrag van de patiënt na en noteert hij dit. Tijdens dit consult peilt hij naar de motivatie van de roker, zijn weerstand en de barrières. Ook de nicotineafhankelijkheid wordt bepaald. Essentieel in deze korte interventie is de wijze waarop de arts met zijn patiënt omgaat.

In een eerste tijd van het consult peilt hij naar de motivatie en weerstand van de roker. Rokers die zich in de precontemplatiefase bevinden, hebben geen nood aan een persuasief agressief be- toog van de arts, want dit zal hun weerstand eerder verhogen. Een empathisch luisteren waarop het 'hertalen' van de boodschap van de patiënt en duiding volgen, is hier zinvoller. Personen zijn eer- der geneigd verandering in hun gedrag aan te brengen, wanneer dit is gebaseerd op hun eigen beslissing dan als gevolg van de vraag van iemand van buitenaf⁵⁶. Het samenvatten en hertalen van de boodschap van de roker berusten op eenzelfde onderliggend idee: personen zijn meer overtuigd van hetgeen ze zelf vertellen dan van de woorden van anderen⁵⁷.

Eenmaal de arts zicht heeft op de bereidheid tot verandering van zijn patiënt, peilt hij naar de ambivalentie (barrières) van de roker. Een luisterend oor, het stellen van open vragen en het aan- bieden van mogelijke oplossingen maken hiervan deel uit. Het omgaan met stressproblematiek, gewichtstoename, falen van vo- rige pogingen en andere moeilijkheden komen hier aan bod. Het streven in gezamenlijk overleg naar bereikbare doelen is daarbij een essentie. Bevindt de roker zich in de contemplatiefase, dan zal vooral de reflectie worden benadrukt, terwijl in de prepara- tiefase actief wordt gezocht naar antwoorden op de resterende vragen die de roker zich stelt⁵⁸. Eenmaal de patiënt in de actiefase zit, wordt met hem een stopdatum afgesproken en verdere ondersteuning aangeboden. Een folder kan worden verstrekt, een opvolgconsult wordt afgesproken en nicotinesubstitutie therapie wordt, indien nodig, voorgeschreven.

Het ondersteunen van de roker op het even welk ogenblik in zijn poging tot gedragsverandering, verhoogt zijn slaagkans substan- tieel⁵⁹.

In de fase van gedragsbehoud (cfr. opvolgconsult) zal de klem- toon hoofdzakelijk op deze ondersteuning liggen. Ook het ver- kennen van inmiddels opgetreden probleemsituaties hoort hier thuis.

Ten slotte zal de arts ook een taak hebben in het omgaan met her- val. De oorzaken van het herval worden samen met de patiënt na- gekeken en eventuele faalgevoelens worden opgevangen. De na- druk wordt gelegd op de positieve waarde van wat de patiënt uit deze ervaring heeft geleerd. Duiding dat hervallen kan deel uit- maken van een proces naar definitief stoppen met roken, is hier- bij nuttig.

Basisprincipes voor een succesvolle minimale interventie zijn:

- luisterbereidheid van de arts (empathie),
- eerbied voor de zelfbeschikking van de patiënt,
- ondersteuning van de patiënt,
- aanbieden van objectieve evidence based informatie.

Te mijden strategieën zijn daarentegen:

- het aangaan van een confrontatie,
- het geven van kritiek,
- het voortdurend onderbreken van de patiënt,
- het beoordelen en willen overtuigen.

De interpersoonlijke stijl van de arts is een belangrijk middel om de roker door de stadia van gedragsverandering te loodsen⁶⁰.

Bijlage 2: De test van Fagerström

De test van Fagerström bepaalt aan de hand van zes vragen de nicotineafhankelijkheid, gaande van sterk over licht tot geen af- hankelijkheid. Kortere versies, die uit twee of drie vragen bestaan, worden vooral om praktische redenen gebruikt⁶¹.

56 BREHM S, BREHM W. Psychological reactance. A theory of freedom and control. New York: Academic Press 1981.

57 BEM D. Self-perception theory. In: L. BERKOWITZ (ed.). Advances in experimental social psychology. New York: Academic Press, 1972:2-62.

58 • ROLLNICK S, MASON P, BUTLER C. Health behavior change. A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
• BANDURA A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman, 1994.

60 MILLER W, BENEFIELD R, TONIGAN J. Enhancing motivation for change in problem drinking. A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-61.

61 Meestal wordt de nicotineafhankelijkheid gescoord aan de hand van het antwoord op de volgende twee vragen, die reeds een goede indicatie kunnen geven van de ernst van de afhankelijkheid:
- aantal sigaretten: >10 per dag,
- eerste sigaret binnen de 30 minuten na het opstaan.
Een positief antwoord op één van beide vragen duidt op afhankelijkheid. Deze twee vragen geven de grootste variatie in de totaalscore bij de Fagerström- test. Bij tijdsgebrek worden daarom dikwijls enkel deze twee vragen gebruikt.
• HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *B J Add* 1991;86:1119-27.
• LICHTENSTEIN E, MERMELSTEIN RJ. Some methodological cautions in the use of the tolerance questionnaire. *Addictive Behaviours* 1986;11:439-42.



D E T E S T V A N F A G E R S T R Ö M

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. Kan 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