

## Rookstopbegeleiding in AZ Sint-Lucas Brugge

### 1 Inleiding

De laatste 25 jaar is het aantal rokers in ons land bijna gehalveerd: waar in 1985 nog 40% van de Belgen rookte, is dat in 2010 teruggevallen naar ongeveer 25%.

Meerdere factoren zijn hiervoor verantwoordelijk, niet het minst een toenemend bewustzijn bij de modale Belg van de nadelen van tabaksgebruik. Toch is stoppen met roken vaak niet evident. Roken is immers niet zomaar een levensstijl, of een manier om zich te conformeren aan zijn omgeving. Waar initieel de sigaret gewaardeerd wordt voor zijn onmiddellijke positieve effecten, ontwikkelt zich immers al snel een echte afhankelijkheid aan tabak. Stoppen met roken lokt bij veel rokers lichamelijke ontwenningverschijnselen uit, waarbij bovendien een moeilijk te weerstande drang naar nieuwe sigaretten opduikt, die meestal resulteert in herval. Het laatste decennium werden nieuwe medicamenten ontwikkeld, die de kans op een succesvolle rookstop verhogen. Het blijven echter hulpmiddelen, geen mirakelmedicijnen. Uit wetenschappelijk onderzoek is al langer gebleken dat de efficiëntie van deze hulpmiddelen nog hoger wordt wanneer ze gebruikt worden in combinatie met begeleiding door een geëngageerde hulpverlener. De overheid heeft hierop ingespeeld door aan artsen en paramedici een opleiding aan te bieden als tabakoloog. Bovendien werd een financiële tegemoetkoming voor de kandidaat-rookstopper voorzien.

### 2 De pijlers van een efficiënte rookstopbegeleiding

#### 2.1 Evaluatie van de roker

**1/ Motivatie.** Stoppen met roken kan een impulsieve overweging zijn, waarbij de roker abrupt zijn idee in daden omzet en van de ene dag op de andere het roken staakt. Vaak groeit echter het idee om komaf te maken met de sigaret meer geleidelijk, waarbij de roker een aantal stadia in een motivatieproces doorloopt (zgn. transtheoretisch model van Diclemente en Proschaska). Beoordeling van deze motivatie is van groot belang. Er is geen perfecte, gestandaardiseerde manier om de motivatiegraad te kwantificeren, waarboven rookstopbegeleiding succesvol zal zijn. Praktisch wordt aangeraden dit te doen aan de hand van een Lickertschaal (0 = helemaal niet gemotiveerd; 10 = extreem gemotiveerd). Een motivatie van 5/10 lijkt een minimum.

**2/ Zelfvertrouwen.** Daarnaast moet gepeild worden naar de “self-efficacy”: dit is de mate waarin een roker er vertrouwen in heeft dat hij kan slagen.

Rokers die én goed gemotiveerd zijn, én een groot zelfvertrouwen hebben, kunnen snel concrete stappen zetten naar rookstop. Is de motivatie hoog, maar de self-efficacy laag, dan moet deze eerst aangepakt worden. Is de motivatie laag, maar het zelfvertrouwen hoog, dan dient uitgebreide gezondheidsvoorlichting te gebeuren. Een combinatie van lage motivatie en laag zelfvertrouwen vergt voldoende tijdsbesteding aan motivationele gespreksvoering.

**3/ Verslavingsgraad.** In welke mate een roker verslaafd is, kan het best beoordeeld worden door middel van de Fagerström Nicotine Dependentie Test, waar op 6 vragen geantwoord wordt, waarbij de roker de lijst zelf invult, of de hulpverlener de vragen overloopt. De 2 zwaarstwegende vragen zijn het aantal sigaretten dat een roker verbruikt, en de tijd die verstrijkt tussen het opstaan en het roken van de eerste sigaret. Een score boven de 5 wijst op een ernstige verslaving, waarbij hulpmiddelen praktisch zeker aangewend zullen moeten worden.

**4/ Comorbiditeit.** De voornaamste comorbiditeit is depressiviteit. Depressieve rokers kunnen moeilijker stoppen en hebben een grotere kans op herval. Bovendien kan een rookstop poging een depressie uitlokken. Bij aanwezigheid of vermoeden van een depressieve episode kan het soms aangewezen zijn externe hulpverlening in te schakelen voor deze problematiek. Al dan niet kan het proces tot rookstop uitgesteld worden tot de rookstopper over meer draagkracht beschikt

...

Andere pathologieën die belangrijk kunnen zijn, zijn onder meer epilepsie, diabetes en nierinsufficiëntie, omdat ze mee de keuze of de dosis van de medicamenten zullen bepalen.

**5/ Onderhoudsmedicatie.** Vanwege mogelijke interacties is het voor de tabakoloog belangrijk te weten welke medicijnen de roker inneemt.

**6/ Vroegere rookstop pogingen.** Informatie hierover kan uiterst nuttig zijn. De eventueel aangewende hulpmiddelen, de duur van het succes, de aanleiding tot herval, de manier waarop de roker zijn rookvrije periode beleefd heeft ... zijn alle elementen die mee het toekomstige rookstopbeleid kunnen bepalen.

**7/ Spirometrie.** Vanaf bepaalde waarden van longfunctieverlies is in bepaalde omstandigheden een verhoogde terugbetaling van bupropion voorzien.

## 2.2 Kort overzicht van de hulpmiddelen

### 1/ Farmacologische middelen

Deze hulpmiddelen kunnen onderverdeeld worden in nicotinesubstitutiepreparaten en in perorale medicijnen. Deze laatste groep valt op zijn beurt uiteen in specifiek voor rookstop erkende producten, en middelen die off-label gebruikt kunnen worden.

Het doel van de farmacologische hulpmiddelen is de tijd tot het verdwijnen van het nicotine-ontwenningssyndroom te overbruggen. Binnen de 24 uur ontwikkelen veel rokers immers ontwenningssverschijnselen, zoals rusteloosheid, slapeloosheid, angst, neerslachtigheid, concentratieproblemen ... met een sterke hunker ("craving") naar sigaretten. Deze klachten nemen in de loop van de volgende weken progressief af, op voorwaarde dat de roker werkelijk volledig abtinent blijft.

Er is géén algemeen aanvaard algoritme dat de keuze tussen de verschillende farmacologische hulpmiddelen voor een individuele roker bepaalt. Welk product gebruikt wordt hangt af van onder meer vroegere ervaringen, comorbiditeit en de persoonlijke wens van de roker.

- ↪ De *nicotinesubstitutiepreparaten* bestaan in diverse vormen. De keuze moet met de roker besproken worden. Sommige vormen zoals kleefpleisters zijn "slow-release", andere vormen zoals lozenges (zuigtabletten) geven een snelle verlichting van craving. Dit hangt samen met de farmacokinetiek van de preparaten. Praktisch wordt vaak aangeraden een combinatie van kleefpleisters met zuigtabletten te gebruiken.
- ↪ De *specifiek voor rookstop erkende medicijnen*:
  - Bupropion (Zyban) is van origine een antidepressivum, dat evenwel via centrale werking nicotineontwenning kan onderdrukken. Het wordt langzaam opgebouwd, waarbij de gebruiker na 1 week het roken moet stoppen. Een praktisch probleem is dat er nogal wat contra-indicaties (vooral dan epilepsie en alcohol) en interacties met andere medicijnen zijn.
  - Varenicline (Champix) werd specifiek als rookstopmedicijn ontworpen. Het werkt centraal, deels als agonist op de nicotinereceptoren waardoor de roker een analoog gevoel van welbevinden krijgt als van nicotine. Tezelfdertijd is het een antagonist die verhindert dat eventuele nicotine door roken de kans krijgt om zich te binden.
- ↪ De *off-label gebruikte medicijnen*. Vooral nortriptyline, in mindere mate clonidine, kunnen effectief zijn bij rookstop. Ze zijn evenwel niet als dusdanig in ons land voor die indicatie erkend.

## **2/ Psychologische ondersteuning**

Stoppen met roken betekent voor veel gezonde rokers een radicale breuk met een jarenlang bestaand gedrag, dat ingebakken zit in automatismen en rituelen. Bovendien kan het ook een manier van coping zijn met bijvoorbeeld stresssituaties, emotionele problemen ...

Vaak staan deze rokers aanvankelijk ambigu tegenover de noodzaak tot en hun slaagkansen bij rookstop. Velen hebben al meerdere mislukte pogingen ondernomen, wat begrijpelijkerwijze het zelfvertrouwen ondermijnt. Herhaaldelijk aangespoord worden tot rookstop door artsen vanwege gezondheidsproblemen kan in deze omstandigheden soms zelfs averechts werken, zeker bij patiënten bij wie roken het enige overblijvende middel lijkt om hun levenskwaliteit te behouden. In al deze gevallen kan psychologische ondersteuning een belangrijke en soms noodzakelijke aanvulling zijn bij de farmacologische hulpmiddelen.

Deze begeleiding kan gebeuren door een geëngageerde huisarts, of door een andere, specifiek opgeleide hulpverlener, zoals een psycholoog.

## **3 Gestructureerde rookstopbegeleiding**

Wanneer een roker in samenspraak met zijn arts besluit tot het ondernemen van een rookstop poging, gebeurt dit het best op een gestructureerde manier.

1/ Vooraf dient de roker systematisch geëvalueerd te worden: rookgedrag, ernst van de verslaving, motivatie, zelfvertrouwen, medicatiegebruik, bijkomende ziekten ...

2/ Er wordt een overzicht gegeven van de diverse farmacologische hulpmiddelen, en er wordt in overleg met de roker een keuze hieruit gemaakt. De te verwachten ontwenningverschijnselen worden uitgelegd, waarbij benadrukt wordt dat dit slechts tijdelijke fenomenen zijn. Er wordt overlopen wat de stopper kan doen wanneer hij door hunker naar sigaretten overvallen wordt. Er wordt uitgelegd dat het doel van de rookstop een complete abstinentie moet zijn: zelfs het roken van 1 sigaret (na een eventuele inlooperperiode van de medicijnen) lokt immers meestal een herval uit.

3/ Er wordt een concrete datum voor rookstop vastgelegd.

4/ Er wordt van het begin af afgesproken wanneer de stopper zich op de vervolgraadplegingen zal aanbieden, bijv. 1 week, 2 weken, 4 weken, 8 weken, 12 weken, 6 maanden en 12 maanden na de rookstop.

5/ Wanneer een roker niet volledig kan stoppen 3 weken na de rookstopdatum, wordt dit beschouwd als een falen. Hierbij moet een positieve houding tegenover de roker aangenomen worden. Immers, uit deze rookstop poging kan hij nieuwe ervaringen opgedaan hebben, en vaak hebben rokers meerdere pogingen nodig om daadwerkelijk te stoppen.

## **4 Samenwerking AZ Sint-Lucas Brugge en de huisartsen: intentie**

Hoewel huisartsen het dichtst bij hun patiënten staan, ontbreekt het hen soms aan de mogelijkheid om gestructureerd aan rookstopbegeleiding te doen. De psychologische aspecten, gaande van motivationeel interviewen tot gedragsondersteunende gesprekken, vergen immers veel tijd. Dit staat soms haaks op de mogelijkheden van een drukke huisartsenpraktijk.

De overheid heeft daarom een opleiding, met daaraan verbonden een erkenning, als tabakoloog gecreëerd. Deze opleiding staat open voor artsen en voor een aantal paramedici.

Ook in AZ Sint-Lucas kan rookstopbegeleiding op een gestructureerde manier gebeuren. Het rookstopteam (mevr. Bieke Deroo, dr. Ph. Rogiers en dr. R. Schildermans) geeft er de voorkeur aan dit in nauw overleg met de huisartsen te doen.

Om die reden werd, na overleg met de huisartsen, een heen-en-weerverwijzingsprotocol opgesteld. De intentie hiervan is, rekening houdend met de wens van de roker en van zijn huisarts, tot een optimale samenwerking te komen.

## 5 Rookstopbegeleiding AZ Sint-Lucas: praktisch

- ↪ Rookstopteam:
  - Mevr. Bieke Deroo: psycholoog-tabakoloog
  - Dr. Philippe Rogiers: pneumoloog-tabakoloog
  - Dr. Rob Schildermans: pneumoloog
- ↪ Telefoonnummer: 050 36 58 04
- ↪ E-mail: [rookstopbegeleiding@stlucas.be](mailto:rookstopbegeleiding@stlucas.be)
- ↪ Informatiebrochure voor de patiënt
- ↪ Formulieren voor de verwijzende huisarts:
  - U hebt zelf geen eerste rookstopconsult verricht en aangerekend: formulier 1 volstaat (“verwijsbrief naar tabakoloog”).
  - U hebt zelf het eerste rookstopconsult verricht en aangerekend: graag óók formulier 2 (“verslag van de eerste rookstopraadpleging”).

U kunt deze formulieren ofwel meegeven met de patiënt, ofwel digitaal bezorgen op het bovenstaande e-mailadres, ofwel faxen naar het nummer 050 36 51 59 t.a.v. de tabakoloog.
- ↪ Fagerström Nicotine Dependence Test
- ↪ Nuttige links:
  - [www.logowvl.be](http://www.logowvl.be)
  - [www.vrgt.be](http://www.vrgt.be)
  - [www.domusmedica.be/kwaliteit/aanbevelingen](http://www.domusmedica.be/kwaliteit/aanbevelingen)
  - tabakstoplijn: 0800 111 00
  - [www.erkendetabakologen.be](http://www.erkendetabakologen.be)