

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/29964> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Verbiest, Marjolein Elisabeth Anna

Title: The implementation of smoking cessation care in general practice

Issue Date: 2014-12-02



Nederlandse samenvatting

1 De Wereldgezondheidsorganisatie heeft de tabaksepidemie uitgeroepen tot een
2 van de grootste bedreigingen voor de publieke gezondheid die de wereld ooit
3 heeft gekend. Om die reden wordt het ontmoedigen van tabaksgebruik gezien als
4 de meest urgente interventie om de prevalentie van niet-overdraagbare ziekten
5 terug te dringen. In **hoofdstuk één** van dit proefschrift wordt wetenschappelijk
6 onderzoek besproken dat de positieve effecten van farmacologische en gedrags-
7 matige stoppen-met-rokenbegeleiding heeft aangetoond. Onderzoek laat tevens
8 zien dat zorgprofessionals in de huisartspraktijk een belangrijke rol kunnen
9 spelen bij tabaksontmoediging door deze vormen van begeleiding routinematig
10 aan patiënten aan te bieden. De literatuur laat echter ook zien dat er een kloof
11 bestaat tussen enerzijds de wetenschappelijk aangetoonde positieve effecten van
12 stoppen-met-rokenbegeleiding en anderzijds de implementatie hiervan in de da-
13 gelijkse praktijkvoering van huisartsen; rokers worden niet structureel door hun
14 huisarts geadviseerd en begeleid bij het stoppen met roken. Om die reden is het
15 doel van dit proefschrift de implementatie van stoppen-met-rokenbegeleiding in
16 de huisartspraktijk te onderzoeken. De implementatie van onderzoeksbevindingen
17 in de praktijk wordt door tal van factoren beïnvloed. Deze factoren worden
18 in een sociaalecologisch model in vijf niveaus ingedeeld: het niveau van de
19 zorgprofessional, de patiënt, de organisatie, de community, en het beleid. Op elk
20 niveau zijn er factoren die de implementatie van stoppen-met-rokenbegeleiding
21 in de huisartspraktijk kunnen belemmeren of verbeteren. Dit sociaalecologisch
22 model vormt het raamwerk van dit proefschrift; alle empirische studies in het
23 proefschrift behandelen een of meerdere factoren gerelateerd aan een of meer-
24 dere niveaus van dit model.

25

26 Hoofdstuk twee, drie en vier van dit proefschrift richten zich op het niveau
27 van de huisarts en de huisartspraktijk. In **hoofdstuk twee** wordt nagegaan wat
28 het effect is van een training aan zorgprofessionals in het begeleiden van hun
29 patiënten bij het stoppen met roken. Ook wordt nagegaan welke eigenschappen
30 van dergelijke trainingen het meest effectief zijn, zoals de inhoud van de train-
31 ning, de wijze van trainen en de intensiteit van de training. In totaal werden 17
32 studies samengevoegd waarin het effect van een training aan zorgprofessionals
33 in het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken werd vergeleken met
34 een controlegroep waarin zorgprofessionals niet getraind werden. Alle studies
35 bekeken het effect van de training van zorgprofessionals op het rookgedrag van
36 patiënten minimaal zes maanden na de training. Alle studies zijn gevonden door
37 middel van een systematische zoekprocedure waarbij gebruik werd gemaakt van
38 een gespecialiseerd register van de *Cochrane Tobacco Addiction Group*, elektronische
39 databases en bibliografieën van de geïdentificeerde studies. Twee onderzoekers

1 extraheerden onafhankelijk van elkaar informatie over de studies met betrek-
2 king tot de eigenschappen van de participanten, uitkomstmaten en onderzoeks-
3 methoden. Waar mogelijk werden de bevindingen van de studies samengevoegd
4 in een meta-analyse. Deze analyses toonden een statistisch en klinisch signi-
5 ficant effect aan van de training van zorgprofessionals op het rookgedrag van
6 patiënten. Bovendien bleek dat getrainde zorgprofessionals vaker stoppen-met-
7 rokenactiviteiten ontplooiden dan ongetrainde professionals, zoals samen met
8 de patiënt een stopdatum bespreken en het maken van een vervolgspraak.
9 Geen effect werd gevonden op het voorschrijven van nicotinevervangende mid-
10 delen. Wat betreft de eigenschappen van de training vonden we dat patiënten
11 van zorgprofessionals die een training gevolgd hadden bestaande uit een enkele
12 sessie en in groepsverband even vaak gestopt waren met roken als patiënten van
13 professionals die een training gevolgd hadden van meerdere één-op-één sessies
14 (face-to-face met de trainer). Ook vonden we dat een training van tussen de 40
15 minuten en twee uur even effectief was, en in sommige studies zelfs effectiever,
16 als een training die langer dan twee uur duurde. Op basis van deze bevindingen
17 kan geconcludeerd worden dat het trainen van zorgprofessionals in het bege-
18 leiden van hun patiënten bij het stoppen met roken positieve effecten heeft op
19 de prevalentie van roken en op de prestaties van de zorgprofessionals. De enige
20 uitzondering hierop was het voorschrijven van nicotinevervangende middelen.
21 Dit verschilde niet tussen getrainde en ongetrainde gezondheidsprofessionals.

22

23 Vervolgens ontwikkelden we voor huisartsen een één-uur-durende, op de praktijk
24 afgestemde training in het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken.
25 Deze training had tot doel het verminderen van barrières die huisartsen ervaren
26 bij het structureel vragen naar de rookstatus van patiënten, het adviseren van
27 rokers om te stoppen, en het doorverwijzen van rokers naar stopondersteuning.
28 In **hoofdstuk drie** van dit proefschrift wordt de effectiviteit van deze training
29 besproken. In een cluster gerandomiseerde, gecontroleerde trial werden 49
30 huisartsen en 3.401 patiënten (677 rokers) geïncludeerd. Twee patiëntengroepen
31 namen deel: 2.068 patiënten (433 rokers) voor de interventie en 1.333 patiënten
32 (244 rokers) na de interventie. Aan de vervolgmeting (na 9 maanden) namen nog
33 225 rokers van beide groepen deel. De primaire uitkomstmaat vormde de mate
34 waarin de huisarts tijdens het consult aandacht besteedde aan het rookgedrag
35 van de patiënt (vragen naar de rookstatus, adviseren om te stoppen met roken,
36 het voorschrijven van farmacotherapie en doorverwijzen naar stopondersteu-
37 ning). Secundaire uitkomstmaten waren de attitude, gepercipieerde eigenef-
38 fectiviteit en intentie van de huisarts om patiënten routinematig stoppen-met-
39 rokenbegeleiding aan te bieden, de intentie van de patiënt om te stoppen met

1 roken en het rookgedrag van de patiënt op de lange termijn. Deze uitkomstmaten
2 werden gemeten door middel van zelfrapportage van de huisartsen en patiënten
3 en vervolgens geanalyseerd met behulp van multilevel regressie-analyses. Deze
4 analyses toonden aan dat patiënten van getrainde huisartsen vaker gevraagd
5 werden naar hun rookgedrag dan patiënten van ongetrainde huisartsen. Volgens
6 de zelfrapportage van huisartsen werden rokende patiënten van getrainde
7 huisartsen ook vaker geadviseerd om te stoppen dan patiënten van ongetrainde
8 huisartsen. Ook verbeterde de training de eigeneffectiviteit en intentie van de
9 huisartsen. We vonden geen effect van de training op het voorschrijven van
10 farmacotherapie, doorverwijzen naar stopondersteuning, intentie van de patiënt
11 om te stoppen met roken en het rookgedrag van de patiënt op de lange termijn.

12

13 Een van de onderdelen van de hierboven beschreven training aan huisartsen
14 was het maken van actieplannen. Voor deze actieplannen beschreven de huis-
15 artsen de wijze waarop zij van plan waren enkele zorgtaken op het gebied van
16 stoppen-met-rokenbegeleiding in de toekomst te gaan implementeren. Deze
17 actieplannen waren gerelateerd aan de volgende taken: 1) het vragen naar de
18 rookstatus, 2) het adviseren om te stoppen met roken, en 3) het regelen van
19 stopondersteuning voor rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen. De huis-
20 artsen formuleerden ook een copingplan waarin zij weergaven wat ze zouden
21 doen als zij rokers spraken die ongemotiveerd bleken te zijn om te stoppen
22 met roken. De huisartsen beschreven wie deze verschillende taken zou gaan
23 uitvoeren, wanneer deze plannen zouden worden uitgevoerd en hoe deze taken
24 in het huisartsinformatiesysteem geregistreerd zouden gaan worden. Eerdere
25 studies lieten zien dat wanneer het gaat om gezondheidsgedrag (zoals stoppen
26 met roken, meer bewegen, deelname aan kankerscreening) het formuleren van
27 dergelijke plannen een positief effect had op het uitvoeren van het gewenste
28 (gezondheids)gedrag. In **hoofdstuk vier** van dit proefschrift wordt nagegaan of
29 deze gedragsveranderingsstrategie ook een positief effect had op het aanbieden
30 van stoppen-met-rokenbegeleiding door de huisartsen. Hierbij lag de nadruk op
31 de kwaliteit van de plannen die de huisartsen maakten. De kwaliteit van deze
32 plannen, met andere woorden de specificiteit van de plannen, werd bepaald
33 door de onderzoekers. Daarnaast rapporteerden de huisartsen zes weken na de
34 training in hoeverre zij de plannen hadden uitgevoerd zoals beschreven. Multi-
35 level regressie-analyses werden gebruikt om het effect van de specificiteit en de
36 uitvoering van de plannen op de daadwerkelijke stoppen-met-rokenactiviteiten
37 van de huisartsen voor en na de training te bepalen. Deze analyses toonden aan
38 dat patiënten vaker gevraagd werden naar hun rookgedrag indien huisartsen
39 hiertoe een hoog-specifiek plan maakten, vooral wanneer huisartsen daarnaast

1 tevens aangaven dit plan te hebben uitgevoerd. Dit effect was het sterkst onder
2 huisartsen die voorafgaand aan de training al een hoge intentie hadden om rou-
3 tinematig stoppen-met-rokenbegeleiding te bieden. We vonden geen significant
4 effect van de (kwaliteit van de) actieplannen op het aantal rokende patiënten dat
5 geadviseerd werd om te stoppen, of waarvoor stopondersteuning was geregeld
6 door de huisarts. Voor toekomstige trainingen wordt om die reden aanbevolen
7 om voor de implementatie van deze activiteiten op maat gesneden copingplan-
8 nen als onderdeel van een training toe te voegen. Deze plannen kunnen mogelijk
9 leiden tot meer positieve effecten op de stopadvisering en doorverwijzing van
10 rokers naar stopondersteuning door huisartsen.

11

12 **Hoofdstuk vijf** verschaft meer inzicht in de interactie tussen professionals in de
13 huisartsenpraktijk en hun patiënten tijdens consulten waarin het rookgedrag
14 van de patiënt besproken wordt. Oftewel, in hoeverre beïnvloeden factoren op
15 het niveau van de patiënt de implementatie van stoppen-met-rokenbegeleiding
16 in de huisartsenpraktijk? Hiertoe werden 52 video-opnames van consulten in de
17 huisartspraktijk geobserveerd (van 17 huisartsen en 16 praktijkondersteuners
18 (POH's)). In alle consulten initieerden de professionals het gesprek over het rook-
19 gedrag van de patiënt. De dialogen tussen professionals en patiënten werden
20 letterlijk uitgeschreven. Gesprekseenheden van professionals werden vervolgens
21 gecodeerd op basis van de kernaspecten van de NHG-Standaard Stoppen met
22 roken (5 A's; Ask, Advise, Assess, Assist en Arrange). Gesprekseenheden van de
23 patiënten werden gecodeerd als positieve of negatieve uitlatingen over stoppen
24 met roken. Alle andere gesprekseenheden van professionals en patiënten werden
25 gecodeerd als 'anders (niet-)rookgerelateerd'. Met behulp van beschrijvende en
26 sequentieanalyses werd nagegaan of bepaalde volgorden van gesprekseenheden
27 vaker of minder vaak voorkwamen dan verwacht zou kunnen worden op basis
28 van toeval. Deze analyses toonden aan dat huisartsen vaker naar de rookstatus
29 van hun patiënten vroegen en rokers adviseerden om te stoppen dan POH's. POH's
30 assisteerden daarentegen de rokers vaker bij het stoppen. Daarnaast toonden de
31 analyses aan dat rokende patiënten zich tijdens de consulten vaker negatief dan
32 positief uitlatingen over stoppen met roken, met name wanneer POH's vroegen naar
33 de motivatie om te stoppen of hen assisteerden bij het stoppen. Na een negatieve
34 uitlating over het stoppen met roken van de patiënt leken huisartsen minder
35 vaak het gebruik van de richtlijn voort te zetten dan na een positieve uitlating
36 van de patiënt. Deze bevinding kon echter niet statistisch bevestigd worden. Op
37 basis van de bevindingen wordt aanbevolen om de taken van de huisartsen te
38 beperken tot het vaststellen van de rookstatus van de patiënt, het adviseren van
39 de roker om te stoppen en het regelen van stopondersteuning. Deze aanpak lijkt

1 het minst te leiden tot negatieve uitlatingen van de patiënt over het stoppen met
2 roken en sluit goed aan bij de taken en vaardigheden van POH's ten aanzien van
3 leefstijlbegeleiding.

4

5 De voorgaande onderzoeken zijn met name gericht op kenmerken van de
6 patiënt, huisarts en huisartsenpraktijk die de implementatie van stoppen-met-
7 rokenbegeleiding in de huisartspraktijk kunnen beïnvloeden. Maatregelen op be-
8 leidsniveau kunnen hierin echter tevens een rol spelen. In **hoofdstuk zes** wordt
9 daarom een populatieonderzoek beschreven naar de effecten van twee nationale
10 maatregelen om tabaksgebruik te ontmoedigen op het aantal voorschriften van
11 stoppen-met-rokenmiddelen vanuit de huisartspraktijk alsook de prevalentie
12 van roken. Het betreft de invoering van de NHG-Standaard Stoppen met roken in
13 2007 en de invoering van de vergoeding van het stoppen-met-rokenprogramma
14 in 2011. Deze laatste beleidsmaatregel betrof een vergoeding voor een combi-
15 natie van farmacologische en gedragsmatige begeleiding van rokers bij het
16 stoppen met roken vanuit de basiszorgverzekering, waar de roker een keer per
17 kalenderjaar gebruik van kan maken. Deze vergoeding werd een jaar later, in
18 januari 2012, afgeschaft en in 2013 weer ingevoerd. In dit ecologisch onderzoek
19 werden data (kwartaalcijfers) van drie nationaal representatieve databases
20 geanalyseerd door middel van tijdreeksanalyses. Deze analyses toonden geen
21 effect aan van de invoering van de NHG-Standaard Stoppen met roken op het
22 aantal voorschriften en uitgiften van stoppen-met-rokenmiddelen door respec-
23 tievelijk de huisarts en apotheker. Kort na de invoering van de vergoeding van
24 het stoppen-met-rokenprogramma in 2011 steeg echter het aantal voorschriften
25 en uitgiften van stoppen-met-rokenmiddelen significant met respectievelijk 6,3
26 en 17,3 per 1.000 rokers. Deze stijging in het aantal voorschriften en uitgiften van
27 hulpmiddelen in het eerste kwartaal van 2011 ging gepaard met een significante
28 daling van 2,9% van de prevalentie van roken. Onmiddellijk nadat de vergoeding
29 van het stoppen-met-rokenprogramma werd afgeschaft (eerste kwartaal 2012)
30 steeg de prevalentie van roken weer met 1,2% en daalde het aantal uitgiften
31 van stoppen-met-rokenmiddelen door apothekers met 21,6 per 1.000 rokers.
32 Dit hoofdstuk sluit dan ook af met aanbevelingen voor beleidsmakers om deze
33 bevindingen in overweging te nemen bij de ontwikkeling van toekomstig beleid
34 op het gebied van de ontmoediging van tabaksgebruik.

35

36 De algemene discussie in **hoofdstuk zeven** bespreekt de onderzoeksbevindingen
37 beschreven in dit proefschrift. Daarnaast biedt dit hoofdstuk inzicht in
38 hetgeen de onderzoeksbevindingen voor de praktijk en toekomstig onderzoek
39 betekenen. Om verder inzicht te verschaffen in de factoren die de implementatie

1 van stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk beïnvloeden worden
2 theoriegestuurde determinantenvragenlijsten aanbevolen. Op basis van deze
3 kennis kunnen in de toekomst strategieën verder ontwikkeld worden die het kli-
4 nisch handelen van huisartsen volgens de richtlijn verder verbeteren. Daarnaast
5 worden experimentele studies met grotere steekproeven aanbevolen om na te
6 gaan wat de effecten zijn van trainingsprogramma's voor huisartsen waarin or-
7 ganisatorische factoren alsook actie- en coping planning geïncorporeerd worden.
8 Tevens wordt in dit hoofdstuk aanbevolen om het populatieonderzoek naar de
9 effecten van de vergoeding van stoppen-met-rokenprogramma's te herhalen. Op
10 die manier kunnen ook de langetermijneffecten van deze beleidsmaatregel op
11 het voorschrijven van stoppen-met-rokenmiddelen en op de prevalentie van ro-
12 ken onderzocht worden. Ten slotte wordt een alternatieve aanpak voor stoppen-
13 met-rokenbegeleiding in de huisartspraktijk besproken, de zogenaamde Ask-
14 Advise-Connect (A-A-C) aanpak. In vergelijking met het huidige 5A-Model worden
15 de taken van de huisarts binnen de A-A-C aanpak beperkt tot het routinematig
16 identificeren en adviseren van rokers. Daarnaast worden rokers op proactieve
17 wijze doorverwezen voor stopondersteuning. Amerikaans onderzoek laat zien
18 dat door middel van deze proactieve aanpak significant meer rokers uiteindelijk
19 gebruikmaken van professionele stopondersteuning. Toekomstig (kwalitatief)
20 onderzoek zou kunnen nagaan hoe patiënten en huisartsen in Nederland tegen
21 deze aanpak aankijken. Tevens worden studies aanbevolen die de haalbaarheid
22 en het effect van de A-A-C aanpak in de Nederlandse huisartspraktijk onderzoe-
23 ken.

24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

