

Ondersteuning van rookstop bij COPD-patiënten



Aanbevelingen voor gezondheidswerkers in contact met COPD-patiënten

November 2012

Met steun van de federale overheid

—

Verantwoordelijke uitgever:

Prof. Dr. S.Schol, algemeen directeur VRGT

Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel

ISBN-nummer: 9789081620635

**Deze tekst werd ontwikkeld door het rookstopteam
van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg
en Tuberculosebestrijding (VRGTvzw) in samenwerking met het expertencomité.**

Dr. W. Arrazola de Oñate, medisch directeur
Mevr. E. Excelmans, tabakoloog - projectmedewerker
Mevr. A. Lievens, tabakoloog - projectmedewerker
Mevr. S. Neusy, tabakoloog - projectmedewerker
Prof. Dr. S. Schol, algemeen directeur
Mevr. L. Van Nuffel, gezondheidspromotor - projectmedewerker
Dhr. J.M. Wouters, tabakoloog - coördinator

Het expertencomité

Dr. R. Baeten, coördinator preventie Domus Medica
Prof. Dr. H. Boudrez, psycholoog en tabakoloog UZ Gent
Mevr. K. Colebrants, verpleegkundige en tabakoloog dienst pneumologie UZ Antwerpen
Mevr. S. Gabriels, manager tabakspreventie Stichting tegen Kanker
Dr. J.P. Hoengenaert, huisarts en tabakoloog, expert Domus Medica
Prof. W. Janssen, expert COPD Belgische Vereniging voor Pneumologie
Dr. M. Meysman, pneumoloog en tabakoloog UZ Brussel
Prof. Dr. K. Nackaerts, pneumoloog en tabakoloog UZ Leuven
Prof. Dr. J. Vandevoorde, docent huisartsgeneeskunde

Inhoud

5 Inleiding

6 COPD

7 COPD en roken

7 COPD en passief roken

8 Rookstop bij COPD-patiënten

9 Hoe rookstop bespreekbaar maken?

12 Rookstopbegeleiding wordt gedeeltelijk terugbetaald

12 Conclusie

14 Referenties

Inleiding

Binnen het project “**in iedere roker zit een stopper**” focust de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding (VRGTvzw) in 2012 op patiënten met (risico op) chronische obstructive pulmonaire long disease (COPD). COPD is een ziekte die heel wat slachtoffers maakt en waarvan verwacht wordt dat de prevalentie in de toekomst nog zal toenemen.

Eenzijds heeft dit project als doel om bij het grote publiek de symptoomherkenning te doen toenemen en het belang van rookstop te benadrukken. Onderzoek van de Belgische Vereniging voor Pneumologie (BVPvzw) geeft aan dat slechts 17% van de Belgen al van de term ‘COPD’ heeft gehoord, 73% van hen kent de symptomen. Ongeveer de helft van de onderzochten wist dat roken de belangrijkste oorzaak van deze ziekte is (1). Verdere sensibilisering is dus noodzakelijk.

Een tweede doelgroep zijn de gezondheidswerkers. Uit de literatuur blijkt namelijk dat rookstop de belangrijkste behandeling is van COPD. Daarom ontwikkelde de VRGTvzw in samenwerking met het Fonds des Affections Respiratoires (FARESasbl) deze aanbevelingen. We willen hiermee de professionelen in contact met COPD-patiënten een houvast geven in het bespreken van het rookgedrag en een eventuele rookstop.

Voor het opstellen van deze aanbevelingen werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij ‘Pubmed’ en ‘Web of science’ werden gescreend met verschillende zoektermen o.m. ‘COPD’, ‘smoking’ tobacco use’, ‘passive smoking’, ‘smoking cessation’, ‘5A’s’, ‘interventions’, ‘motivation’. Er werd getracht enkel bronnen uit te periode 2000-2012 te includeren. Hierop werden echter enkele uitzonderingen gemaakt.



COPD

COPD is een vermijdbare en behandelbare longziekte, die evenwel niet volledig omkeerbaar is. Het ontstaat door een vernauwing van de luchtwegen waardoor het luchtstroomdebiet vermindert en het transport van lucht naar de longen belemmerd wordt. De luchtstroomvermindering is meestal progressief en wordt geassocieerd met regelmatige of chronische ontstekingsreacties van de luchtwegen op inhalatie van schadelijke deeltjes of gassen, voornamelijk afkomstig van sigarettenrook (2-4).



Exacerbaties en comorbiditeit dragen bij tot de ernst van de ziekte. De symptomen van COPD zijn dyspnoe (kortademigheid), chronische hoestbuien en sputumproductie (slijmproductie) (2). Naast de dagelijkse symptomen van COPD hebben patiënten ook last van acute verslechtingen van de aandoening. Deze exacerbaties veroorzaken verlies van longfunctie en kunnen leiden tot meer permanente beschadiging (emfyseem) of verandering van het longweefsel (fibrose). Beide zorgen voor verdere longfunctievermindering en kunnen op termijn de dood tot gevolg hebben (5-7).

De WHO schat dat er wereldwijd 210 miljoen mensen aan COPD lijden (6,8). In België lijden naar schatting 680.000 mensen aan deze ziekte (3). Momenteel is COPD de vierde belangrijkste doodsoorzaak. Het mortaliteitspercentage neemt echter steeds toe (9-10). Binnenkort zal COPD de derde doodsoorzaak zijn in de Westerse wereld (6,11-12). Ook in de ontwikkelingslanden neemt de prevalentie toe (13).

Het feitelijke aantal COPD-patiënten ligt waarschijnlijk nog veel hoger. De prevalentie wordt namelijk onderschat omdat de ziekte vaak niet gediagnosticeerd wordt totdat de toestand van de patiënt klinisch relevant is en de COPD dus al sterk is gevorderd. Naar schatting is de helft tot zelfs 75% van de patiënten niet gediagnosticeerd (12). De vroege symptomen zoals hoesten en slijmproductie worden in veel gevallen genegeerd omdat ze ervaren worden als een normaal gevolg van het rookgedrag (7). Meestal zoekt een patiënt pas laatstijdig hulp als hij kortademig wordt (6-7,9).

Vroegtijdige diagnose van COPD is niet alleen belangrijk om toenemende longschade te voorkomen, het detecteert ook een groep rokers die een verhoogd risico heeft op ontwikkelen van longkanker, cardiovasculair hartlijden, spierzwakte en osteoporose. Deze aandoeningen komen immers frequenter voor bij personen met COPD.

Het besef groeit dat COPD een belangrijke impact heeft op mortaliteit en duidelijk associeert met meer morbiditeit en een verminderde levenskwaliteit (14). Daarnaast vormen afwezigheden op het werk, ziekenhuisopnames en doktersbezoeken een belangrijke economische kost voor de maatschappij (9).

COPD en roken

Belangrijke oorzaken van COPD zijn blootstelling aan stof en chemicaliën, luchtvervuiling binnen- en buitenshuis, infecties en astma (13). Dé belangrijkste oorzaak is echter met voorsprong 'roken' (8,11,13-14). Van de COPD-patiënten is negen op de tien een roker of ex-roker. Cijfers over de kans op het ontwikkelen van COPD bij rokers variëren sterk; gaande van 20% (5,8) tot 50% (11,14). Volgens deze laatste bronnen ontwikkelt tot de helft van de rokers op termijn COPD zoals gedefinieerd door de Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD). De kernboodschap die aan rokers moet worden meegegeven is dat als zij blijven roken, zij één op twee kansen hebben om COPD te ontwikkelen. Bij rookstop halveert dit risico (14). De enige manier om het ontwikkelen van ernstige COPD tegen te gaan is een vroege diagnose gevolgd door rookstop (9).

Door jarenlang tabaksgebruik is de long van een COPD-patiënt in slechte toestand. Er is meer risico om een infectie op te lopen en er zijn bovendien minder mogelijkheden om met de gevolgen van de infectie om te gaan. De interactie tussen de tabaksblootstelling en de infectie leidt tot een verdere beschadiging van de longen (5).

Niet alle rokers ontwikkelen dus COPD. Genetische factoren spelen immers ook een rol evenals leeftijd; hoe ouder men is hoe meer kans op het ontwikkelen van COPD tengevolge van veranderingen in het immuunsysteem (5).

COPD en passief roken

Passief roken is het onvrijwillig inademen van tabaksrook in de omgevingslucht (15). Tabaksrook in de omgevingslucht bestaat uit de rook die door de roker uitgeademd wordt (uitgeademde hoofdstroomrook), de rook die vrijkomt uit de verbranding van het uiteinde van de sigaret en de rook die door het sigarettenpapier diffundeert (zijstroomrook) (15). De combinatie van uitgeademde hoofdstroomrook en zijstroomrook noemt men 'secondhand smoke'. Naast het inademen van 'secondhand smoke' omvat passief roken ook de opname van 'thirdhand smoke'. 'Dit zijn de schadelijke stoffen die vrijkomen bij het verbrandingsproces van de sigaret en zich doorheen de tijd in de ruimte opstapelen (16). Deze schadelijke stoffen worden via onvrijwillige inademing of via de mond of de huid in het lichaam opgenomen (17).

Passief roken werd gedurende de laatste decennia grondig onderzocht als een risicofactor voor longziekten bij niet-rokers (18-19).

Onderzoek toont aan dat COPD ook voorkomt bij niet-rokers en dat passief roken hiertoe bijdraagt. Personen die veel blootgesteld worden aan passief roken hebben 48% meer kans om COPD te ontwikkelen dan personen die niet worden blootgesteld aan passief roken. Algemeen kunnen we stellen dat passief roken een risicofactor is voor het ontwikkelen van COPD bij niet-rokers (20-21).

Blootstelling van de foetus aan rook tijdens de zwangerschap zorgt voor een vermindering van longfunctie na de geboorte, waardoor er meer gevoeligheid is voor het ontwikkelen van COPD op latere leeftijd (5). Ook wanneer kinderen blootgesteld worden aan omgevingsrook vergroot dit de kans op het ontwikkelen van COPD. Het draagt namelijk bij tot een beperkte longgroei, hetgeen het maximale niveau van de longfunctie limiteert (20).

Rookstop bij COPD-patiënten

Rookstop zou de eerste stap moeten zijn in een succesvolle behandeling van COPD. Het is de meest effectieve strategie om de gezondheid van patiënten in alle stadia van COPD te verbeteren (11,22-25). Het vertraagt de ziekteprogressie in alle fases van de ziekte (24), het kan leiden tot verbetering van de respiratoire symptomen (22) en voorkomt verslechtingen (23-26). Bijgevolg doet het de levensverwachting toenemen (2).

Rookstop in een vroege fase van COPD kan de prognose verbeteren en is effectiever dan in een latere fase. Er werd aangetoond dat herhaalde pogingen tot stoppen met roken, zelfs in geval van herval, verlies van longfunctie kunnen voorkomen, vooral bij patiënten met milde COPD (21). Als een roker met gevorderde COPD stopt met roken zal de verloren longfunctie niet herstellen, maar de snelheid van de longfunctie verslechting zal wel normaliseren (11).

Alhoewel controversieel, zijn er aanwijzingen dat gespreksvoering waarbij een patiënt met de diagnose van COPD wordt geconfronteerd de kans verhoogt dat hij met roken zal stoppen (22). De diagnose van COPD en het besef van de gezondheidsgevolgen van COPD of het besef dat men risico loopt COPD te ontwikkelen, zijn sterke motivatoren voor rookstop (2,9,27). Rokers met COPD die niet gemotiveerd zijn om te stoppen, zijn niet overtuigd dat zij deze problemen zelf kunnen aanpakken (2).

Even controversieel is het gebruik van enkel spirometrie om feedback te geven over de onmiddellijke impact van roken en als motivator om te stoppen met roken. Spirometrie in combinatie met rookstopbegeleiding doet vermoedelijk de kans op een succesvolle rookstop toenemen (2,6,28). Dit als gevolg van een toenemend risicobesef en geloof in eigen-effectiviteit en door het verminderen van geloof in eigen onkwetsbaarheid (29).



Naast rookstop is het belangrijk om alle patiënten aan te raden een gezonde levensstijl te hanteren en regelmatig te bewegen. Het algemene doel van de behandeling van COPD is ziekteprogressie tegen gaan. Naast absolute rookstop moet er aandacht zijn voor inhalatietherapie welke de longfunctie verbetert, de klachten vermindert en het risico op opstoten reduceert. Daarnaast is de behandeling ook gericht op het voorkomen en behandelen van geassocieerde aandoeningen zoals cardiovasculair lijden, longkanker en spier- en botafbraak (7).

Hoe rookstop bespreekbaar maken?

Gezondheidswerkers zijn de sleutel tot het overbrengen van de rookstopboodschap. Zij kunnen alle patiënten aansporen tot stoppen met roken, ook zij die nog geen symptomen van COPD vertonen of andere rookgerelateerde klachten hebben (11). Rookstop is de enige interventie waarvan bewezen is dat deze de verdere achteruitgang van longfunctie bij COPD-patiënten aanpakt en moet dus de eerste stap zijn in het behandelingsplan (23,30-31). Onderzoek toont aan dat wanneer patiënten met COPD een intensieve rookstopbegeleiding (gedragsverandering, nicotinegom en regelmatige follow-up ondersteuning) aangeboden kregen, er 22% gestopt was met roken gedurende de volledige vijf jaar van het onderzoek (32). In een andere studie werden COPD patiënten die rookten behandeld met varenicline of placebo, korte sessies counselling en alsook gedurende één jaar opgevolgd. In de vareniclinegroep was na één jaar nog 18,6% van de COPD-patiënten gestopt met roken tegenover 5,6% in de placebogroep (33).

Pneumologen, huisartsen en andere gezondheidswerkers in contact met COPD-patiënten zijn goed geplaatst om patiënten die roken hierover aan te spreken. Elk jaar brengen meer dan 70% van de rokers een bezoek aan een arts. Algemeen stelt men vast dat 35% van de rokers aangeven serieus te overwegen om een rookstop poging te ondernemen (11,34). Een rookstopadvies van slechts drie minuten blijkt al effectief te zijn (23-24).

Het gebruik van de 5 A's is een eenvoudige strategie voor het overbrengen van de rookstopboodschap (11,16,34). De vijf A's structureren de interventie aan de hand van vijf begrippen: ask, advice, assess, assist en arrange. Belangrijk bij het bespreekbaar maken van roken is dat de hulpverlener geen oordelende houding aanneemt (15).

ASK

Het is essentieel dat artsen en gezondheidswerkers het roken van patiënten systematisch identificeren (34). Bevraag daarom bij elk contact het rookgedrag van de patiënt en van naasten in zijn omgeving. Deze anderen zijn rokende personen waarmee de patiënt vaak en direct in contact komt. Actief roken vormt een belangrijke oorzaak voor het ontwikkelen van COPD, maar ook een passieve blootstelling aan tabaksrook vormt een belangrijke risicofactor voor COPD (20).

Algemeen kunnen we stellen dat het van belang is om systematisch het rokersprofiel van de patiënt te bevragen. Vraag dus aan de patiënt of hij/zij rookt en moedig eventuele rookstopintenties aan. Het bevragen van het rookprofiel van de patiënt opent de deuren voor een succesvolle interventie en zorgt er ook voor dat artsen de bereidheid van de patiënt om te stoppen met roken kunnen evalueren (34).

ADVICE

Raad rokers aan te stoppen met roken. Bied advies op een duidelijk, sterke en gepersonaliseerde manier aan de patiënt aan (34).

- **Duidelijk** “Het is belangrijk om nu te stoppen met roken en ik kan je daarbij helpen”.
- **Sterk** “Als jouw behandelende arts vind ik het belangrijk dat je weet dat stoppen met roken het beste is wat je kan doen om je gezondheid nu en in de toekomst te beschermen”.
- **Gepersonaliseerd** “Je vertelt me dat ..., Wanneer je stopt met roken, levert jou dat ... op”. Verbind het tabaksgebruik aan de huidige gezondheidstoestand van de patiënt, de sociale en economische kosten, de motivatie/bereidheid om te stoppen met roken, en de impact van tabaksgebruik op anderen in de nabije omgeving van de patiënt. Een gepersonaliseerde boodschap vergroot de waarschijnlijkheid dat de roker een succesvolle poging zal ondernemen om te stoppen met roken (34-35).

Motiveer rokers die niet willen stoppen met roken om dit toch te overwegen. COPD-patiënten behoren tot een specifieke doelgroep en dienen bijkomende informatie te krijgen omtrent hun ziektebeeld, invloed van rookstop op symptomen en dergelijke (34-35).

ASSESS

Bevraag de bereidheid om te stoppen met roken. Veel rokers willen immers stoppen. Ongeveer 70% van de rokers ondernam minstens één rookstop poging en ongeveer 46% van de rokers probeert elk jaar te stoppen. De meeste rokers hebben meerdere pogingen nodig alvorens ze tot een succesvolle rookstop komen (36). Indien de patiënt een stoppoging wenst te ondernemen, voorzie dan begeleiding. Wenst de patiënt deel te nemen aan een intensieve begeleiding, voorzie dan een dergelijke begeleiding of verwijst door naar een erkend tabakoloog of huisarts. Geeft de patiënt daarentegen duidelijk aan dat hij momenteel niet bereid is om een stoppoging te ondernemen, voorzie een motiverend gesprek (34-35).

Enkele tips om de rookstopmotivatie te verhogen aan de hand van de 5 R's (35).

- **Relevance:** Bevraag de persoonlijke relevantie om te stoppen met roken.
Waarom is stoppen met roken belangrijk voor jou? Focus hierbij op de gezondheidsstatus, sociale situatie, leeftijd, geslacht en andere persoonlijke karakteristieken zoals vroegere stoppogingen en persoonlijke barrières.
- **Risks:** Als professional is het belangrijk dat je de patiënt vraagt om mogelijke negatieve gevolgen van tabaksgebruik te benoemen. Als hulpverlener kan je aangeven welke aspecten relevant zijn voor de patiënt. Bij de bespreking van de risico's is het van belang dat je focust op acute risico's, lange termijn effecten en omgevingsrisico's. *Welke negatieve gevolgen zijn er verbonden aan jouw tabaksgebruik?*

Welke risico's zijn er verbonden op korte en langere termijn?

Heeft jouw rookgedrag een negatieve invloed op jouw omgeving en indien ja op welke manier?

- **Rewards:** Bevraag wat de voordelen zijn om te stoppen met roken voor de patiënt.
Wat zijn voor jou de voordelen om te stoppen met roken?
- **Roadblocks:** Het is belangrijk om stil te staan bij mogelijk barrières die stoppen met roken kunnen bemoeilijken, zoals ontwenningverschijnselen, angst om te falen, gewichtstoename, gebrek aan sociale ondersteuning, ...
Zijn er bepaalde aspecten van je rookstoppoging waarover je je zorgen maakt?
Welke moeilijkheden verwacht je?
- **Repetition:** Een motiverend gesprek zou aangeboden moeten worden elke keer dat er zich een ongemotiveerde patiënt aanmeldt in een klinische setting. Aan rokers die reeds eerdere rookstoppogingen ondernomen hebben, en hervallen zijn, is het belangrijk aan te geven dat de meerderheid meerdere pogingen moet ondernemen voor ze erin slagen om succesvol te stoppen met roken.

ASSIST

Help de patiënt bij het stoppen met roken. Bij het begeleiden van de rookstop kan men gebruik maken van de volgende tips (34-35):

- Plan een stopdatum. Deze stopdatum zou best binnen de twee weken plaatsvinden.
- Moedig aan om anderen in de omgeving zoals familie, vrienden en collega's op de hoogte te brengen dat men een stoppoging wenst te ondernemen.
- Anticipeer op veranderingen die gepaard gaan met een stoppoging, voornamelijk binnen de eerste weken van de stoppoging. Bijvoorbeeld:

verlies van sociale rookpauze, gewoontes gerelateerd aan het rookgedrag, regels over het rookgedrag van gezinsleden,...

- Verwijder alle tabaksproducten uit de omgeving, vermijd roken op plaatsen waar men veel tijd spendeert.

Daarnaast is het belangrijk dat je als hulpverlener praktische counseling voorziet (34-35).

- Bespreek dat een volledige onthouding essentieel is.
- Bespreek vorige rookstop pogingen en identificeer samen wat hielp en welke factoren hebben bijgedragen tot hervat.
- Bespreek samen met de patiënt hoe deze kan anticiperen op triggers of uitdagingen.
- Alcohol is sterk geassocieerd met hervat. De patiënt zou het gebruik van alcohol moeten beperken/onthouden gedurende het proces.
- Andere rokers in het huishouden zijn een belangrijke bron voor hervat. Hierdoor is het van belang dat er aandacht gegeven wordt aan het rookgedrag van gezinsleden. Bespreek met de patiënt een rookstop poging bij de gezinsleden. Indien zij niet wensen te stoppen kan men adviseren hen te vragen om buiten te roken of niet te roken in aanwezigheid van de patiënt.
- Help de patiënt met sociale steun. Voorzie een ondersteunde klinische omgeving. Ondersteun de patiënt in zijn stop poging. Help de patiënt met het ontwikkelen van sociale ondersteuning buiten de behandeling.
- Raad het gebruik van farmacotherapie aan wanneer een gedragsmatige behandeling weinig effect heeft. Leg uit dat deze medicatie het succes van de rookstop poging verhoogt en de ontwenningssymptomen reduceert. De eerste lijnsmedicatie die men aanbiedt bij rookstop zijn nicotinesubstitutie (nicotinegom, nicotine-inhaler, nicotinezuigtabletten, nicotinepleisters en nicotinesublingualetabletten), bupropion en varenicline.

ARRANGE

Organiseer een follow-up gesprek rond rookstop. Deze datum moet zo snel mogelijk na de stopdatum gepland worden, bij voorkeur binnen de eerste week. Het tweede follow-up gesprek dient binnen de eerste maand te gebeuren. Gedurende deze opvolgingsgesprekken is het belangrijk om de patiënt te feliciteren met zijn rookstop. Indien er toch sprake was van tabaksgebruik is het belangrijk om de omstandigheden te exploreren waarin men gerookt heeft. Moedig hervallers aan om opnieuw te stoppen. Hervat moet namelijk niet gezien worden als een falen maar als een mogelijkheid om te leren voor de volgende poging (35).

Verder kan men aandacht besteden aan de problemen die men tegenkomt en leren anticiperen op deze veranderingen in de onmiddellijke toekomst (34). Indien hier nood aan is kan bijkomende informatie gegeven worden over medicatie die de ontwenningssymptomen doet afnemen (37).

Rookstopbegeleiding wordt gedeeltelijk terugbetaald

Professionele rookstopbegeleiding kan de kansen op succes bij een rookstop poging significant verhogen (15,38). Literatuur geeft echter aan dat rookstopadvies een zekere belasting vormt voor vele gezondheidswerkers (24).

Is er onvoldoende tijd om patiënten te begeleiden bij hun rookstop poging dan kan men hen doorverwijzen naar een erkend tabakoloog of naar Tabakstop (**0800 111 00**). Tabakstop is een gratis dienst, die een antwoord geeft op alle vragen over roken of gewenning en die hulp biedt bij het stoppen met roken.

Sinds 1 oktober 2009 wordt in België rookstopbegeleiding (individueel of in groep), uitgevoerd door een erkend tabakoloog of arts, gedeeltelijk terugbetaald. Voor de eerste consultatie (minimum 45 minuten) bedraagt de terugbetaling 30 euro. Voor de tweede tot de achtste consultatie (minimum 30 minuten) bedraagt de terugbetaling 20 euro. Men heeft recht op terugbetaling van één reeks van acht consultaties per twee kalenderjaren.

De lijst van erkende tabakologen kan u vinden op www.erkendetabakologen.be.

Bent u geïnteresseerd in de opleiding tot erkend tabakoloog, dan kan u voor meer informatie terecht op www.vrgt.be.

Conclusie

COPD is een chronische, progressieve ziekte met een hoge prevalentie en hoge mortaliteit, die wellicht in de toekomst nog zullen toenemen. COPD kent heel wat oorzaken maar de belangrijkste is zonder twijfel het roken van tabak. Rookstop is dan ook dé behandeling van COPD in alle fasen van de ziekte, het vertraagt de ziekteprogressie en kan leiden tot verbetering van de respiratoire symptomen.

Het is de taak van de gezondheidswerker om rookstop te bespreken met de patiënt. Het gebruik van de 5A's - een stappenplan waarbij de patiënt centraal staat en de nadruk op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ligt - wordt sterk aanbevolen. Voor uitgebreide begeleiding van het rookstopproces kan de patiënt ook doorverwezen worden naar een erkend tabakoloog of arts. Deze rookstopsessies worden gedeeltelijk terugbetaald.



Referenties

1. Belgische vereniging voor pneumologie vzw. COPD-Chronische obstructieve longziekte 2012. (Enquête GfK) Persconferentie Wereldspirometriedag 2012.
2. Hilberink SR, Jacobs JE, Schlösser M, Grol RPTM, de Vries H. Characteristics of patients with COPD in there motivational stages related to smoking cessation, *Patient Education and Counseling*, 2005;61:449-57.
3. Van Meerhaeghe A. Wat is COPD? Alles over COPD, 2012. Beschikbaar via <http://www.spirometrie.be/index.cfm?fuseaction=artperrub&c=4>. Geraadpleegd op 26 juli 2012.
4. Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 2012, 379, 1341-1351.
5. Taylor JD. COPD and the response of the lung to tobacco smoke exposure, *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 2010; 23:376-83.
6. COPD-more than just tobacco smoke [editorial]. *Lancet* 2009;374:685-95.
7. Bartolome RC. Update on the management of COPD, *Chest*, 2008;6:133.
8. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricus P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population, *Thorax*, 2006;61:935-39.
9. Zieliński J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening, *Chest*, 2001;119:731-36.
10. Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. C.E. Rycroft e.a., *Int J of COPD*, 2012;7:457-94.
11. Laniado-Laborin R. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) parallel epidemics of the 21th century. *Int. J Environ Res Public Health*, 2009;6:209-24.
12. Yildiz T, Topçu F, çelik Y, Akyildiz L, Ates G, Durak D. Effect of passive smoking on the development of chronic obstructive pulmonary disease in southeastern Turkey, *Turk J Med Sci*, 2012;40:349-55.
13. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends, *Lancet*, 2007;370:765-73.
14. Smoking and COPD: What really are the risks? [correspondence]. *Eur Respir J*, 2006;28:883-86.
15. Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. *Paediatric Nursing*, 2006;18,29-31.
16. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments, 2009. Beschikbaar via http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Geraadpleegd op 2 aug 2012.
17. Matt EG, Quintana PJ, Destailats H, Gundel, LA, Sleiman, M, Singer, BC, et.al.. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ Health Perspect*. 2011;119:1218-26.
18. Trédaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. Exposure to environmental tabacco smoke and adult non-neoplastic respiratory diseases. *Eur Respir J*, 1994;7:173-85.
19. Eisner MD, Balmes J, Katz PP, et al. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Enviromental Health*, 2005; 4:7, 1-8.
20. Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax*, 1998;53:381-7.
21. Kalandidi A, Trichopoulos D, Hatzakis A, Tzannes S, Saracci R. Passive smoking and chronic obstructive lung disease; *The Lancet*, 1987;330:1325-6.
22. Stratelis G, Mølsted S, Jakobsson P, Zetterström O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD, *Scand J of Prim Health Care*, 2006;24:133-9.
23. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhana MA. Smoking cessation interventions in COPD a network meta-analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009;34:634-40.
24. Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma, *Eur Respir J*, 2007;29:438-45.
25. Schermer T, van Weel C, Barten F, et al. Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*, 2008; 16(5), 363-377.
26. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen M, Rutten-van Mölken PMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711-8.
27. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: smoking cessation by hospitalization, *Nicotine Tob Res*, 2008;5:883-90.
28. Buffels J, Degryse J, Decramer M, Heyrman J. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: a randomised clinical trial. *Respiratory Medicine*, 2006, 100 (11), 2012-7.
29. Kotz D, Huibers MJ, West RJ, Wesseling G, van Schayck OC. What mediates the effect of confrontational counselling on smoking cessation in smokers with COPD? *Patient Educ Couns* 2009;76:16-24.
30. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket guide to COPD diagnosis, managment and prevention. 2011. Beschikbaar via: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_May2512.pdf. Geraadpleegd op 31 juli 2012.
31. Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation, *Patient Educ Couns*, 2005;57:126-33.
32. Rowe PM. Smoking and COPD, *The Lancet*, 1994;344:1428.
33. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest*, 2011, 139(3), 591-599.
34. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An evidenced based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Bolletjes zijn bolletjes*. *Chest*, 2002;121:932-41.
35. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in the patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-13.
36. Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passive and active. *Pediatr Pulmonol suppl* 2004;26:183-7.
37. Sheahan SL, Free TA. Counseling parents to quit smoking. *Pediatric Nursing* 2005;31:98-109.
38. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration* 2009;58.

Een initiatief van



in het kader van het Fonds tot Bestrijding van de Verslaving

Met de steun van

