

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/69259>

Please be advised that this information was generated on 2020-09-25 and may be subject to change.



Stopadvies aan rokende patiënten: haalbaar in de tandartspraktijk?

Roken kan leiden tot parodontale aandoeningen en verhoogt de kans op mondkeuter. De nationale 'Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving' beveelt aan dat tandheelkundige zorgverleners alle rokende patiënten actief een stopadvies geven. In 12 tandartspraktijken werd onderzocht hoe deze richtlijn kan worden geïmplementeerd. De implementatiestrategie bevatte een centrale training voor het praktijkteam, een protocol voor een minimaal, kort stopadvies of voor een intensievere stopbegeleiding, een patiëntenfolder en herhaalde monitoring met terugkoppeling van het door patiënten ervaren adviesgedrag. Voorafgaand aan de training en 3 maanden later werden via vragenlijsten gegevens verzameld bij zorgverleners ($n = 38$) en bij een aselechte steekproef van rokende patiënten ($n = 197$). Een meerderheid van patiënten accepteerde een adviserende rol (95%) of een begeleidende rol (68%) van de tandarts. Na 3 maanden bleek het adviesgedrag van de tandheelkundige zorgverlener, zoals gerapporteerd door de patiënt, op alle onderdelen van de protocollen significant verbeterd.

Maassen ITHM, Jacobs JE, Plasschaert AJM, Allard RHB, Schattenberg G, Hilberink SR. Stopadvies aan rokende patiënten: haalbaar in de tandartspraktijk? Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 460-465

Inleiding

In 2005 rookte 28% van alle Nederlandse volwassenen. Met jaarlijks meer dan 20.000 vroegtijdige doden door tabaksgebruik vormt roken in Nederland de grootste vermijdbare oorzaak van overlijden (Stivoro, 2005). Naast de gevolgen voor de algemene gezondheid heeft roken ook een negatieve invloed op de mondgezondheid. Roken kan leiden tot diverse parodontale aandoeningen en afwijkingen van het mondslijmvlies, zoals leukoplakie, stomatitis nicotina en rokers' melanose (Sham et al, 2003). Rokers blijken meer marginaal botverlies, diepere pockets en meer verlies van gebitselementen te hebben (Sham et al, 2003). Ook heeft roken een negatieve invloed op genezingsprocessen, bijvoorbeeld na een implantatie. Roken verhoogt eveneens de kans op mondkeuter (Sham et al, 2003). Er bestaat een dosisresponsrelatie tussen de mondgezondheid, het aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt en het aantal jaren dat is gerookt: hoe meer sigaretten per dag en hoe langer men rookt, des te groter het negatieve effect op de mondgezondheid. Stoppen met roken verbetert de mondgezondheid: parodontale ontstekingen zijn minder ernstig en komen minder frequent voor, er treedt minder verkleuring van tanden en kiezen op en 5 tot 10 jaar na het stoppen met roken is de kans op mondkeuter hetzelfde als bij nooit-rokers (Allard, 2002).

Mede op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) werd in 2000 het samenwerkingsverband Stop met Roken opgericht. Dit verband bestaat uit meer dan 20 publieke en private organisaties en richt zich op het reduceren van het aantal rokers door het bevorderen van

een adequate behandeling van een tabaksverslaving. Hiertoe is in 2004 onder begeleiding van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO de 'Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving' opgesteld (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Het doel van de richtlijn is alle zorgverleners, waaronder tandheelkundige zorgverleners, te stimuleren actief aan een rookontmoedigingsbeleid mee te werken. De algemene doelstellingen zijn dat iedere roker op de nadelige effecten van het roken moet worden gewezen, een stopadvies krijgt en ondersteuning wordt aangeboden bij het stoppen met roken. Hoewel er weinig gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken over het geven van het stopadvies aan rokende patiënten door tandartsen zijn uitgevoerd, zijn er aanwijzingen dat een stopadvies in de tandartspraktijk effectief is. Afhankelijk van de duur en de frequentie van het stopadvies stopt 2-13% van alle rokers voor ten minste 12 maanden met roken (MacGregor, 1996; Severson et al, 1998). De internationale tandartsorganisatie FDI World Dental Organisation dringt er dan ook bij alle leden van het tandheelkundig team op aan patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken (FDI World Dental Organisation, 1996).

Het is echter de vraag hoe de 'Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving' het beste kan worden geïmplementeerd in de tandartspraktijk. De richtlijn beveelt aan tandartsen te betrekken bij de stop-met-rokencampagnes, trainingen voor het tandheelkundig team te organiseren, educatiemateriaal voor patiënten te ontwikkelen of te verbeteren en het stopadvies aan rokende patiënten te vergoeden (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Silagy et al

(1994) toonden aan dat het trainen van medewerkers in de gezondheidszorg, inclusief tandheelkundige zorgverleners, leidt tot een hogere frequentie van voorlichting en tot een toename van het aantal stoppogingen bij patiënten. De implementatie van richtlijnen bij verschillende (para)medische disciplines kunnen effectief zijn in combinatie met andere interventies en wanneer de educatie interactief is (Grol en Grimshaw, 2003). Het terugkoppelen naar zorgverleners van via patiënten verkregen gegevens (monitoring), liet zowel positieve als negatieve effecten zien en herinneringen hadden overwegend positieve effecten (Grol en Grimshaw, 2003). Uit Canadees onderzoek bleek dat als het hele tandheelkundige team betrokken is bij het rookontmoedigingsbeleid de resultaten gunstiger zijn dan wanneer dit niet zo is (Jennett et al, 1998; Campbell et al, 1999). Training van het hele tandheelkundige team verbeterde de kwaliteit en de kwantiteit van het adviserende gedrag (Wood et al, 1998; Warnakulasuriya, 2002).

Op basis van deze gegevens is door de afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) van het UMC St Radboud Nijmegen een op het hele tandheelkundige team gerichte strategie ontworpen ter bevordering van het stop-met-rokenadvies in de tandartspraktijk. De strategie omvat een protocol voor het adviseren van de patiënt, een patiëntenfolder over (stoppen met) roken en mondgezondheid, een centrale training voor het tandheelkundig team en terugkoppeling naar de praktijk van via patiënten verkregen gegevens over de ontvangen stop-met-rokenadvies en -ondersteuning. In een pilotonderzoek werd bekeken of deze strategie, die in deze samenstelling en bij deze populatie nog niet eerder was onderzocht, uitvoerbaar is in de dagelijkse tandheelkundige praktijk en wat het oordeel hierover is van de tandheelkundige zorgverleners en hun patiënten.

Materiaal en methode

Gedurende 3 maanden werd in 2005 een pilotonderzoek uitgevoerd in 12 tandartspraktijken, waarin de vraag naar de haalbaarheid van de strategie centraal stond. Deze praktijken werden gerekruteerd door middel van een oproep op de website van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), in het Nederlandse Tandartsenblad en via een mailing in de regio Nijmegen. Voorwaarde voor deelname aan het project was dat alle tandheelkundige zorgverleners (tandarts, mondhygiënist en assistent) van de praktijk zouden participeren. Alle rokende patiënten en niet rokende patiënten van 18 jaar en ouder werden at random via de praktijken geïncludeerd door middel van het uitreiken van een vragenlijst in een door de onderzoekers bepaalde week in het voorjaar van 2005.

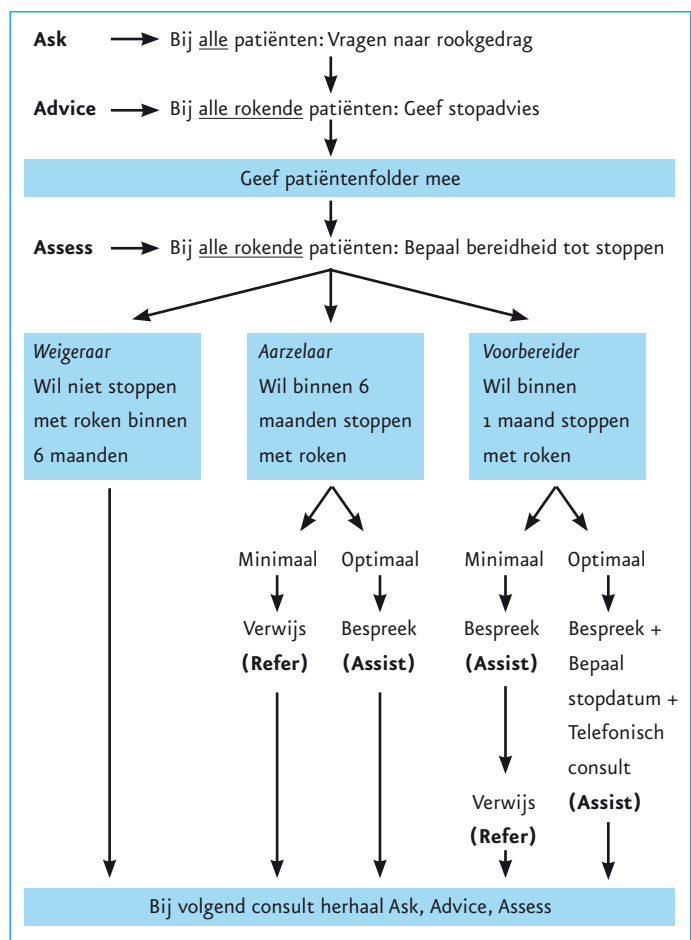
De gecombineerde implementatiestrategie voor de richtlijn bestond uit de volgende onderdelen:

1. Een centrale, 4 uur durende training voor alle tandheelkundige zorgverleners uit de tandartspraktijk. De training werd verzorgd door een tandarts met expertise op het

gebied van de relatie roken-mondgezondheid en door een psycholoog met expertise op het terrein van verslavingsgedrag en gedragsverandering. De training was gericht op kennisoverdracht en vaardigheidsoefeningen door middel van rollenspelen in kleine groepen.

2. Een protocol voor de advisering en ondersteuning gebaseerd op het principe van korte ondersteunende interventies en op het model van fases in de motivatie om te stoppen met de (tabaks)verslaving ('stages of change' van Prochaska en DiClemente, 1985). De beïnvloedings- en ondersteuningsstrategie is afhankelijk van de fase van motivatie waarin de patiënten verkeren. Zij worden ingedeeld in weigeraars (willen niet stoppen binnen 6 maanden), aarzelaars (willen stoppen binnen 6 maanden) of voorbereiders (willen stoppen binnen 1 maand) (Hilberink et al, 2007). Op de achterkant van het protocol stonden voorbeeldzinnen die gebruikt konden worden bij de advisering. Vanwege de diversiteit in de samenstelling van de praktijken (solo- of groepspraktijk en het al dan niet aanwezig zijn van mondhygiënist of preventieassistenten) konden de praktijken kiezen uit een minimale en een optimale variant van het protocol. In de minimale variant ligt het accent op het zogenaamde 'ask, advise, assess and refer'-model, waarin 'ask' staat voor vragen of de patiënt rookt, 'advise' voor adviseren om te stoppen met roken, 'asses' voor bepalen van de bereidheid tot stop-

Afb. 1. Schematische samenvatting adviesprotocol STAP



Leeftijd patiënten (gemiddelde sd)	42,0 (12,4)
Geslacht (% vrouw)	51,8
Rookstatus (%)	
Rookt dagelijks	83,8
Rookt af en toe	16,2

Tabel 1. Kenmerken van rokende patiënten (n = 197).

pen en 'refer' staat voor verwijzen naar de huisarts of Stivoro (indien gewenst door patiënt). In de optimale variant wordt door de tandheelkundige zorgverleners ook stopondersteuning (assist) verleend. De stopondersteuning in de tandheelkundige praktijk verschilt voor aarzelaars en voorbereiders. Diegene die openstaan voor een stop-met-rokenadvies (aarzelaars en voorbereiders) worden in de minimale variant verwezen en in de optimale variant ontvangen zij enige vorm van ondersteuning door de tandheelkundige zorgverleners. De keuze tussen de minimale of optimale variant is gebaseerd op de voorkeur van de praktijk. Afbeelding 1 geeft een schematische samenvatting van beide protocollen. De protocollen kunnen worden afgestemd op de organisatie van de praktijk doordat de praktijk kan kiezen welke zorgverleners de onderdelen uit het protocol zullen uitvoeren.

3. Voorlichtingsmateriaal voor patiënten. Weinig bestaand voorlichtingsmateriaal bleek gericht op de gevolgen van

roken voor de mondgezondheid. In samenwerking met Stivoro werd daarom de folder 'Een rookvrije mond: mooi en gezond' ontwikkeld. Hierin wordt ingegaan op de gevolgen van roken voor de mondgezondheid, manieren om succesvol te kunnen stoppen en er wordt aangegeven waar rokers terecht kunnen voor meer informatie over stoppen met roken en mogelijke ondersteuning hierbij.

4. Stimulering van het geven van een stop-met-rokenadvies door middel van monitoring en feedback van procesgegevens. Tijdens de interventieperiode werd het adviesgedrag van de tandheelkundige zorgverleners in de tandartspraktijk 2 keer een week lang gemonitord via van patiënten verkregen rapportages direct na afloop van een consult. De resultaten werden (samen met de referentiecijfers uit de totale groep praktijken) teruggerapporteerd aan de praktijk. De eerste monitoring ging vooraf aan de centrale training; de praktijkrapportages en referentiecijfers werden verwerkt in de training, tevens werden deze tijdens een bezoek aan de praktijk verder besproken. De tweede monitoring vond 6 weken na de training plaats.

Via gestructureerde vragenlijsten werden patiëntgegevens verzameld: persoonskenmerken, rookgedrag en stopmotivatie, attitude ten aanzien van het stop-met-rokenadvies door zorgverleners van de tandartspraktijk, het van de zorgverleners ontvangen stop-met-rokenadvies en hun tevredenheid.

Tabel 2. Zelfgerapporteerde wijze van voorlichting door tandheelkundige zorgverleners (tandartsen, mondhygiënist en preventieassistenten).

	Voormeting (n = 38)	Nameting (n = 29)	Significant verschil* Chikwadrattoets
Als u tijdens een afspraak aandacht besteedt aan het rookgedrag van een patiënt, in hoeverre gaat u dan in op onderstaande aspecten?	% altijd/ meestal	% altijd/ meestal	
Vragen of patiënt rookt	60,5	75,9	-
Peilen of patiënt wil stoppen	64,9	72,4	-
Peilen hoe nicotineafhankelijk patiënt is	22,9	32,1	-
De patiënt motiveren door het bespreken van de risico's van roken en voordelen van stoppen	57,9	65,5	-
Bespreken waarom roken slecht is voor het gebit	65,8	72,4	-
Bespreken van eventuele eerdere stoppoging	23,7	34,5	-
Bespreken van situaties waarin niet-roken moeilijk is	5,4	13,8	-
Als de patiënt wil stoppen samen bespreken van voorbereidingen op stoppoging	7,9	25,9	+
Als de patiënt wil stoppen samen met patiënt een stopdag kiezen	0,0	14,3	+
Het gebruik van nicotinevervangers	5,3	24,1	+
Meegeven van voorlichtingsmateriaal	28,9	60,0	++
Mogelijke begeleiding bij het stoppen met roken (huisarts, Stivoro, tandarts of mondhygiënist)	21,1	55,2	++

* Significant verschil: + = p < 0,05; ++ = p < 0,01

denheid met de advisering. Bij het begin van het onderzoek kregen de tandheekkundige zorgverleners een gestructureerde vragenlijst waarin werd gevraagd naar de persoons- en praktijkkenmerken en hun gegeven advies. Drie maanden na de training werd hen gevraagd naar hun tevredenheid met de onderdelen van het interventieprogramma (schaal van 1 = onvoldoende tot 10 = uitstekend), de ondervonden barrières bij de toepassing (classificatie moeilijk, neutraal, gemakkelijk) en de feitelijke toepassing van het protocol. Voor het toetsen van de verschillen voor en na de interventie werden chikwadraattoetsen gebruikt. De gegevens werden met het softwareprogramma Statistical Analysis System (SAS), versie 8.2, descriptief verwerkt in gemiddelde percentages met ranges of standaarddeviaties.

Resultaten

Van de 12 geïncludeerde praktijken waren er 5 solopraktijken. In totaal waren 17 tandartsen, 8 mondhygiënist, 13 preventieassistenten en 22 assistenten in de praktijken werkzaam. De praktijken hadden gemiddeld 3.084 patiënten, van wie de tandarts er gemiddeld 66 per week zag en de

mondhygiënist 35. Van de zorgverleners in de tandartspraktijk rookte 15% zelf. In 70% van de praktijken was voorlichtingsmateriaal over roken aanwezig.

Op 2 verschillende tijdstippen zijn monitorlijsten uitgedeeld. Op de eerste monitoring kwamen 260 goed ingevulde lijsten van rokende patiënten terug en op de tweede monitoring kwamen 116 goed ingevulde lijsten terug. De beginvragenlijst voor het onderzoek werd door 798 patiënten ingevuld, van wie er 197 (24,7%) dagelijks of af en toe rookten. In tabel 1 staan enkele patiëntkenmerken. Van de rokende patiënten gaven 142 patiënten toestemming voor het toesturen van een vervolgvragenlijst. De respons op de vervolgvragenlijst was 71,8% (n = 102).

De centrale training werd bezocht door 10 praktijkteams; de 2 overige kregen extra informatie tijdens het praktijkbezoek. De centrale training werd positief beoordeeld en gemiddeld gewaardeerd met een 7,6 (sd = 0,6). Vooral de rollenspelen werden positief ontvangen: bij 77% scoorde het oordeel goed en bij 22% redelijk. Het merendeel van de tandheekkundige zorgverleners vond het oefenen van adviesconsulten met behulp van rollenspelen leerzaam en

Tabel 3. Patiëntgerapporteerd oordeel over voorlichting door tandheekkundige zorgverleners verkregen van patiënten bij wie het onderwerp (stoppen met) roken tijdens de monitoring (1e monitoring: maart 2005; 2e monitoring: mei 2005) is besproken.

Is met u besproken...	1° monitoring 12 praktijken (260 rokers) % ja	2° monitoring 12 praktijken (116 rokers) % ja	Significant verschil* Chikwadraattoets
...of u rookt	60,0	72,2	+
...hoeveel u rookt	38,2	54,5	++
...of u wilt stoppen met roken	41,7	61,5	++
...waarom roken slecht is voor uw gebit	50,7	63,7	+
...het verband tussen roken en de mondgezondheid	48,0	60,9	+
...de invloed van roken op de wondgenezing	36,5	51,1	+
...een advies om te stoppen met roken	38,1	56,7	++
...de mogelijke begeleiding bij stoppen (bijvoorbeeld door tandarts, mondhygiënist, huisarts of Stivoro)	21,9	40,2	++
...de mogelijke ondersteuningsmiddelen bij het stoppen bijvoorbeeld: stoppen-met-rokencursus, pleisters of kauwgom)	18,7	41,3	+++
...een eerdere stoppoging	24,3	53,1	+++
...situaties waarin niet-roken moeilijk is	16,6	25,0	-
...de problemen die u kunt ondervinden bij het stoppen met roken	15,0	36,7	+++
...hoe u met moeilijke situaties of problemen kunt omgaan	11,7	28,2	+++
Is aan u voorlichtingsmateriaal over (stoppen met) roken uitgereikt?	19,4	46,0	+++
Heeft u zelf voorlichtingsmateriaal over (stoppen met) roken uit de praktijk meegenomen?	14,0	33,8	+++

* Significant verschil: p < 0,05 = +; p < 0, 01 = ++; p < 0, 001 = +++

Vragen	% antwoord 'ja' (sd)
Mag de tandarts u vragen of u rookt?	97,4 (0,2)
Mag de tandarts u adviseren om te stoppen met roken?	94,8 (0,2)
Mag de tandarts u overtuigen om te stoppen met roken?	73,3 (0,4)
Mag de tandarts u begeleiden bij het stoppen met roken?	68,3 (0,5)
Mag de tandarts u verwijzen bij het stoppen met roken?	70,7 (0,5)
Hoe vaak mag een tandarts, mondhygiënist of (preventie-) assistent over het stoppen met roken beginnen?	
- Bij elk bezoek	42,4
- Bij het eerste bezoek	11,9
- Bij klachten die met roken verband houden	42,4
- Nooit	3,4

Tabel 4. Acceptatie van het stop-met-rokenadvies door rokende patiënten (n = 197).

motivatieverhogend. De patiëntenfolder werd door de tandheeskundige zorgverleners op inhoud, vormgeving en leesbaarheid positief beoordeeld en gemiddeld met cijfer 8,2 gewaardeerd (sd = 0,8). De keuzemogelijkheid tussen een optimaal en een minimaal protocol werd erg gewaardeerd: 84% vond dit (zeer) prettig. De meerderheid (57%) maakte voor de advisering gebruik van de voorbeeldzinnen op de achterkant van het protocol. Het protocol zelf werd beoordeeld met een 7,5 (sd = 1,0). Vijf praktijken kozen het optimale protocol en 7 praktijken kozen het minimale protocol. Praktijken die het minimale protocol kozen, gaven aan dat het stop-met-rokenadvies gemiddeld 6,6 (range 2-30) minuten extra tijd in beslag nam; bij praktijken met het optimale protocol was dit gemiddeld 7,0 (range 2,5-20) minuten. In beide varianten bleef in 90% van de gevallen de extra adviesduur onder de 10 minuten. Van de tandheeskundige zorgverleners die het minimale protocol hadden gekozen, was 89% van mening dat dit protocol op grote schaal implementeerbaar is. De meeste gebruikers van het optimale protocol vonden dat niet. Als voornaamste barrière werd genoemd dat de advisering, in het bijzonder de assist-fase, de begeleiding en de nazorg, te veel tijd in beslag. Bij het telefonisch consult werd als belangrijkste barrière genoemd dat patiënten niet onmiddellijk een datum wilden afspreken om te stoppen met roken.

Tabel 2 geeft de zelfrapportage weer van de tandheeskundige zorgverleners over de onderdelen van hun advisering. Na de interventie is er een significante toename van onder meer het meegeven van voorlichtingsmateriaal en het begeleiden van een stoppoging. Uit de gegevens van de patiëntenrapportages over de gegeven advisering blijkt een toename op alle onderdelen van het protocol (tab. 3). Na de interventie bleek het aantal zorgverleners dat het (vrij) moeilijk vond om bij gezonde patiënten over roken te beginnen sterk gereduceerd (van 50% naar 17%, chikwadrat $p < 0,01$). Ongeveer driekwart van de tandheeskundige zorgverleners vond dat de feedback van de patiënten

een stimulans was voor het vervolgen van de advisering en inzicht gaf in de ervaring van de patiënt met betrekking tot de advisering.

Van de patiënten vond 84% de folder (heel) geloofwaardig en 90% vond de informatie(zeer) gemakkelijk te lezen. De folder werd met een 7,1 (sd = 1,0) gewaardeerd. Bij de beginmeting stond een grote meerderheid van de patiënten positief tegenover een actieve rol van de tandarts bij een stop-met-rokenadvies (tab. 4). Voor de adviesrol van de overige tandheeskundige zorgverleners werden vergelijkbare cijfers gevonden.

Ruim de helft van de rokende patiënten vond dat een consult langer mag duren door een gesprek over roken. Indien men zou willen stoppen met roken zou 15% van de patiënten het (zeer) prettig vinden om een stopdatum vast te leggen met een tandheeskundig zorgverlener; 46% staat hier neutraal tegenover. Een telefonisch consult door een tandheeskundig zorgverlener zou 23% van de patiënten als (zeer) prettig ervaren en 43% als neutraal. Van de 122 patiënten met wie daadwerkelijk over roken was gesproken, had 58% dit als (zeer) positief ervaren, stond 39% er neutraal tegenover en 3% ervoer dit als (zeer) vervelend.

Discussie

Een onderzoek werd uitgevoerd in 12 tandartspraktijken waar – met behulp van een gecombineerde strategie voor het geven van een stop-met-rokenadvies – patiënten werden gestimuleerd te stoppen met roken. Na 3 maanden bleek de zelfgerapporteerde advisering, evenals de via de patiëntgerapporteerde advisering te zijn toegenomen. Patiënten stonden in ruime mate open voor ondersteuning bij het stoppen met roken door tandheeskundige zorgverleners, zoals ook uit eerdere focusgroepinterviews naar voren was gekomen (Henselmans et al, 2003). Het minimale protocol en de bijbehorende implementatiestrategie lijken goed toepasbaar te zijn. Geconcludeerd wordt dat daarmee een methode is gecreëerd om Nederlandse richtlijnen voor behandeling van tabaksverslaving in de dagelijkse tandheeskundige zorg op grote schaal te implementeren (Allard, 2005).

Het optimale protocol ging een stap verder dan de ask-, advice-, assess- en refer- aanbevelingen uit de Nederlandse 'Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving' en omvatte ook de stop-met-rokenondersteuning (assist) hetgeen meer conform de Europese consensus over de behandeling van tabaksverslaving onder patiënten voor tandheeskundige zorgverleners is (Ramseier et al, 2006). De evaluatie laat zien dat onderdelen van de stop-met-roken-ondersteuning werden toegepast, maar dat er ook knelpunten waren. Zo was bijvoorbeeld het telefonisch benaderen van patiënten met wie een stopdatum was afgesproken, niet goed toepasbaar in de dagelijkse routine van de tandartspraktijk. Waar in huisartspraktijken veelvuldig telefonisch contact met patiënten wordt gezocht, blijkt dit in de tandartspraktijk geen usance te zijn en het optimale protocol dient in ieder geval op dit punt te worden aangepast.

Het verloop van het onderzoek heeft aanleiding gegeven tot het opzetten van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Hierin wordt onderzocht of de voorgestelde gecombineerde strategie leidt tot meer en beter advies en begeleiding bij het stoppen met roken in vergelijking met de gebruikelijke zorgverlening, en of dit vervolgens leidt tot een toename van het aantal met roken gestopte patiënten. Het onderzoek is in 2006 van start gegaan.

Het tandheelkundig team kan een belangrijke rol spelen in de preventie en behandeling van tabaksverslaving. Tandartspraktijken kunnen rokers en bepaalde patiënten (jongeren) relatief goed bereiken, aangezien patiënten gemiddeld vaker de tandarts bezoeken dan andere gezondheidszorgwerkers. Tandartsen en mondhygiënisten kunnen vaak moeiteloos vaststellen of patiënten roken door rokersadem en door aanslag op gebitselementen. Vanwege de relatie tussen roken en mondgezondheid kunnen ze het onderwerp 'stoppen met roken' gemakkelijk ter sprake brengen. Door de grootschaligheid van de advisering en ondersteuning kan een geringe effectiviteit op praktijkniveau toch een behoorlijke impact op landelijk niveau hebben. De eerste resultaten van het gecontroleerde onderzoek worden dit jaar (2008) verwacht.

Literatuur

- ▶ Allard RHB. Praktijkboek tandheelkunde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- ▶ Allard RHB. De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2005; 112: 216-224.
- ▶ Campbell HS, Sletten M, Petty TL. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. J Am Dent Assoc 1999; 130: 219-226.
- ▶ FDI World Dental Organisation. FDI Position Statement on Tobacco. Orlando: FDI, 1996.
- ▶ Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362: 1225-1230.
- ▶ Henselmans I, Witt B de, Hilberink S, Jacobs J. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliëntenperspectief. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2003.
- ▶ Hilberink SR, Jacobs JE, Vries H de, Grol RPTM. Stoppen met roken door COPD-patiënten. Patient Care 2007; 34, 28-30.
- ▶ Jennett PA, Campbell HS, Simpson L, Husack JP, Hery S. Assessing the readiness of dentists' offices to adopt tobacco cessation activities. J Cont Educ Health Profession 1998; 130: 219-226.
- ▶ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004.
- ▶ MacGregor ID. Efficacy of dental health advise as an aid to reduce cigarette smoking. Br Dent J 1996; 180: 292-296.
- ▶ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1985; 51: 390-395.
- ▶ Ramseier CA, Mattheos N, Needleman I, Watt T, Wickholm S. Consensus report: First European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. Oral Health Prev Dent 2006; 4: 7-18.

- ▶ Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS, Barckley MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. J Am Dent Assoc 1998; 129: 993-999.
- ▶ Sham AS, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. Hong Kong Med J. 2003; 9: 271-277.
- ▶ Silagy C, Lancaster T, Gray S, Fowler G. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions; systematic review of randomised controlled trials. Qual Health Care 1994; 3: 193-198.
- ▶ Stivoro. Voor een rookvrije toekomst. Een rookvrije toekomst voor een nieuwe generatie. Jaarverslag 2004. Den Haag: Stivoro, 2005.
- ▶ Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counselling in the dental office. J Dent Educ 2002; 66; 1079-1087.
- ▶ Wood GJ, Cecchini JJ, Nathanson N, Hiroshige K. Office-based training in tobacco cessation for dental professionals. J Am Dent Assoc 1998; 128: 216-224.

Summary

Stop smoking advice for patients who smoke: feasible in the dental practice?

Smoking may cause periodontal diseases and raises the chance of getting oral cancer. The Dutch Guideline for the Treatment of Tobacco Addiction recommends that dental professionals explicitly advise all patients who smoke to stop smoking. In 12 dental practices a study was made of how the guidelines could be implemented. The strategy consisted of a patient protocol for minimal, one-time cessation advice or for more intensive supervision, a patient leaflet, centralized training for the dental team, and repeated monitoring with feedback on the patients' experience of the behaviour that they have been advised to follow. Before the training and again 3 months after, professionals (n = 38) and an a-select sample of smoking patients (n = 197) completed questionnaires. A majority of patients was receptive to cessation advice of a dentist (95%) or counseling (68%). After 3 months it appeared that patient behaviour as reported by patients with respect to all points of the patient protocol had significantly improved.

Bron

I.T.H.M. Maassen¹, J.E. Jacobs¹, A.J.M. Plasschaert², R.H.B. Allard³, G. Schattenberg¹, S.R. Hilberink¹
Uit ¹het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) en ²de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen, en ³de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Vrije Universiteit Medisch Centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) in Amsterdam
Datum van acceptatie: 15 oktober 2007
Adres: mw. I.T.H.M. Maassen, UMC St Radboud, 114 IQ healthcare, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
i.maassen@iq.umcn.nl