

Effect van telefonische counseling op rookstop?

- **Klinische vraag** Wat is het effect op rookstop van farmacotherapie met beperkte of intensievere telefonische counseling in vergelijking met farmacotherapie alleen bij al of niet gemotiveerde rokers?
- **Achtergrond** Rookstopprogramma's bereiken vaak een beperkt aantal rokers. Voor patiënten uit landelijke gebieden is de toegang tot dergelijke programma's vaak moeilijker. We beschikken niet over studies die bij rokers uit landelijke gebieden, al of niet gemotiveerd om te stoppen, het effect van gratis farmacotherapie vergelijken met farmacotherapie plus beperkte of intensievere telefonische counseling.

Analyse

H. Boudrez

Referentie

Ellerbeck EF, Mahnken JD, Cupertino AP, et al. Effect of varying levels of disease management on smoking cessation: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;150:437-46.

Bestudeerde populatie

- 750 patiënten, gemiddeld 47,2 (SD 13,1) jaar, gemiddeld 24 (SD 10) sigaretten per dag, 58,5% vrouwen
- inclusiecriteria: rokers >18 jaar, >10 sigaretten per dag gedurende minstens een jaar, op raadpleging bij één van de vijftig deelnemende huisartsenpraktijken in landelijke gebieden in Kansas (V.S.), Engelstalig, in het bezit van een telefoon
- exclusiecriteria: zwangerschap of zwangerschapswens, demantie of mentale ziekte die deelname bemoeilijkt, plannen om te verhuizen uit de streek, partner reeds opgenomen in de studie.

Onderzoeksopzet

- enkelblind, gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek
- alle deelnemers kregen vóór randomisatie informatie over rookstop en over het gebruik van bupropion en nicotinepleister
- randomisatie (1/1/1) in drie studie-armen:
 - groep 1: enkel medicatie (nicotinepleister of bupropion)
 - groep 2: medicatie + beperkte telefonische counseling (één of twee telefonische contacten per zes maanden)
 - groep 3: medicatie + intensievere telefonische counseling (tot zes telefonische contacten per zes maanden)
- de interventies werden viermaal aangeboden (om de zes maanden) en uitgevoerd door een hulpverlener, getraind in rookstop en motivationele gespreksvoering
- de huisartsen van de patiënten in groep 2 en 3 kregen om de zes maanden een stand van zaken met suggesties over rookstop bij hun patiënt
- follow-up na 6, 12, 18 en 24 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: zelfgerapporteerde rookstop na 24 maanden (niet gerookt gedurende zeven dagen vóór de evaluatie); cotininedosering in speeksel na 12 en 24 maanden; rapportering rookstop door familieleden na 24 maanden (indien geen speekseltest)
- secundaire uitkomstmaten: zelfgerapporteerde rookstop op 6, 12 en 18 maanden, medicatiegebruik, aantal bezoeken bij de huisarts met bespreking van de rookstop.

Resultaten

- studie-uitval: 22% in de medicatiegroep versus 31% in beide telefonische counselinggroepen ($p=0,03$)
- aantal telefoongesprekken gedurende 24 maanden: gemiddeld 8,2 (0-24) in de intensievere en 3,6 (0-7) in de beperkte telefonische counselinggroep
- primaire uitkomstmaten:
 - na 24 maanden: geen verschil in rookstop tussen beperkte en intensievere telefonische counseling (23,5% versus 27,9%; OR 1,33; 95% BI van 0,88 tot 2,02) en evenmin tussen telefonische counseling en medicatie (23,0%; OR 1,12; 95% BI van 0,78 tot 1,61)
 - cotininegeconfirmeerde abstinentie: geen significant verschil na 24 maanden tussen telefonische counseling en medicatie (OR 1,19; 95% BI van 0,76 tot 1,87; $p=0,44$); wel significant verschil na 12 maanden (OR 2,33; 95% BI van 1,24 tot 4,38; $p=0,01$)
- secundaire uitkomstmaten:
 - rookstop over de volledige 24 maanden: significant verschil tussen intensieve telefonische counseling en beperkte telefonische counseling (OR 1,43; 95% BI van 1,00 tot 2,03) en significant verschil tussen telefonische counseling en medicatie (OR 1,47; 95% BI van 1,08 tot 2,00)
 - geen verschil tussen de onderzoeksgroepen voor vraag naar medicatie (63,8%, 40,9%, 23,9%, 24,7% na 6, 12, 18 en 24 maanden)
 - geen verschil tussen de onderzoeksgroepen in het aantal contacten met de huisarts waarbij rookstop aan bod kwam.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat rokers gemotiveerd zijn om herhaalde stoppogingen met medicamenteuze ondersteuning te ondernemen, wat uiteindelijk tot meer rookstop leidt. Hoewel de puntprevalentie van abstinentie na 24 maanden niet verschilde, was rookstop over de volledige 24 maanden follow-up hoger in de groep die een intensievere counseling kreeg.

Financiering: National Cancer Institute; studiemedicatie door GlaxoSmithKline

Belangenconflict: geen aangegeven

Methodologische beschouwingen

De onderzoekers vertrokken van een relevante studiepopulatie door niet alleen gemotiveerde rokers te includeren. Ze bepaalden de graad van motivatie bij inclusie maar gebruikten deze gegevens jammer genoeg niet tijdens de analyse van de resultaten. Gezien de aard van de interventie was alleen een enkelblind gerandomiseerd protocol mogelijk. Het gebruik van gratis medicatie kan het effect van counseling zowel in positieve als in negatieve zin beïnvloed hebben en beperkt de extrapoleerbaarheid naar de praktijk. De invloed van de verschillende interventies op consultaties bij de huisarts en medicatiegebruik (confounders) werd onderzocht. De studie liep over twee jaar wat op zich voldoende lang is om het effect van een rookstopinterventie te evalueren. De onderzoekers stelden zich echter tevreden met een rookstoptijd van zeven dagen vóór de meting. Ook de follow-up liep niet verder na het beëindigen van de interventie. We kunnen daardoor niet weten of het effect van de interventie in de loop van de tijd zal uitdoven of standhouden. Zelfgerapporteerde rookstop is bovendien een omstreden eindpunt (gewenst gedrag). Omwille van grote weerstand bij de patiënten om de gevraagde speekselstalen met cotininedosering na 12 maanden op te sturen, maakten de auteurs gebruik van de getuigenis van de partner om rookstop te evalueren. De afwezigheid van gedetailleerde gegevens over deze verschillende evaluatieprocedures (persoon zelf, cotinine in speeksel, verklaring van partner) vormt een belangrijk methodologisch obstakel om de resultaten correct te interpreteren.

Interpretatie van de resultaten

De resultaten van deze studie lijken elkaar tegen te spreken. Na 24 maanden zien we geen verschil tussen de onderzoeksgroepen. Over de volledige periode van 24 maanden zien we wel significante verschillen in het voordeel van intensievere telefonische counseling. De laatste is echter geen relevante uitkomstmaat omdat ze geen rekening houdt met mogelijk herval na een geslaagde poging om te stoppen. Merkwaardig (en onverklaard) blijft bovendien de vaststelling van een plotse toename van rookstop na 24

maanden versus 18 maanden in de groep met alleen medicatie (van 14,2% naar 23%) en de groep met beperkte counseling (van 16,7% naar 23,5%). In de groep met intensievere counseling zien we deze toename dan weer niet. Dit toont aan dat rookstop wellicht door verscheidene, nog niet alle ten volle begrepen factoren bepaald wordt.

Er zijn onvoldoende gegevens om de effectiviteit van nicotine substitutie te vergelijken met bupropion. Het is ten slotte jammer dat de auteurs de verschillen in stoppercentages niet analyseerden naargelang de motivatie van de patiënten.

Andere studies

De U.S. Guidelines (update 2008)¹ wijzen op een dosiseffectrelatie tussen de intensiteit van counseling (uitgedrukt in duur per sessie, aantal sessies en totale contacttijd) en rookstop. Andere bronnen bevestigen het effect van intensievere interventies in de huisartspraktijk² en bij gehospitaliseerde patiënten³.

Uit andere studies blijkt ook dat nieuwere communicatiemiddelen (pc, internet, sms, gsm), een belangrijke plaats kunnen innemen om via counseling rookstop te bewerkstelligen^{4,5}. De keuze van de auteurs om rookstop te promoten bij rokers die initieel niet gemotiveerd waren om te stoppen met roken en om herhaalde pogingen voor rookstop toe te laten, werd reeds eerder onderzocht^{6,7}.

Voor de praktijk

In deze studie gaat het om telefonische counseling, uitgevoerd door een specifiek hiervoor opgeleide hulpverlener. Deze vorm van anonieme counseling heeft dus niets te maken met begeleiding door de huisarts. Farmacotherapie plus counseling door de huisarts is al meermaals onderzocht en opgenomen in de huidige aanbevelingen⁸. Deze studie toont wel aan dat het zinvol is om een behandeling voor rookstop in te stellen bij patiënten die daar niet spontaan om vragen. De absolute cijfers van rookstop verschillen weinig met deze van andere studies⁹. Tot slot willen we nog opmerken dat er in deze studie met gratis medicatie meer patiënten kozen voor een nicotinepleister dan voor bupropion.

● Besluit Minerva

De auteurs van deze studie tonen aan dat medicatie om te stoppen met roken, gecombineerd met telefonische counseling, niet uitgevoerd door de huisarts, rookstop bevordert bij rokers die niet spontaan om rookstop vragen. Er is geen meerwaarde van counseling met farmacotherapie ten opzichte van farmacotherapie alleen.

1. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. 257 p.
2. Stead LF, Bergson C, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 2.
3. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 3.
4. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 3.
5. Brendryen H, Drozd F, Kraft P. A digital smoking cessation program delivered through internet and cell phone without nicotine replacement

(happy ending): randomised controlled trial. *J Med Internet Res* 2008;10:e51.

6. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jorgesen T. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. *The Inter99 study*. *Prev Med* 2005;40:285-92.
7. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006;3162-71.
8. Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: stoppen met roken. *Huisarts Nu* 2006;35:395-425.
9. De Sutter A. Varenicline en cytosine bij rookstop. *Minerva* 2007;6(7):110-1.