knmg

in samenwerking met:

VVGN

VNN

SYMPOSIUM MAAK DE ZORG ROOKVRIJ

Woensdag 31 mei 2017

Syllabus ‘Handvatten voor de praktijk’

INHOUDSOPGAVE /

Voorwoord 4
René Héman

Tabaksontmoediging tijdens het werk: Tips voor in de spreekkamer 5
Robert van de Graaf en Gabriël Anthonio

Maak je omgeving rookvrij! 20
Miriam de Kleijn

Mobiliseer je achterban! 24
Noor Rikkers

Maak je sportclub rookvrij! 28
Luc van Lonkhuizen

Hoe zie jij jezelf (rookvrij)? 32
Marieke Helmus

Fries dorp Ureterp op weg naar een rookvrije generatie 34
Interview uit TPO De Praktijk

Mensen helpen bij stoppen met roken, effectiviteit en veiligheid van interventies 38
Robert van de Graaf en Onno van Schayck uit NTvG

Laat kinderen rookvrij opgroeien 45
Opinie Noor Rikkers, Ronald de Moor, Monique Trijbels-Smeulders en Paul Brand uit Medisch Contact

'Ik wil instellingen rookvrij maken' 48
Interview met Robert van de Graaf uit Medisch Contact

Frisse lucht rondom Nij Smellinghe 51
Artikel ziekenhuis Nij Smellinghe uit Medisch Contact

Ik rook geen sigaret, de sigaret rookt mij 55
Column van Marieke Helmus uit Medisch Contact



René Héman

VOORWOORD /

Roken is de belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en (vroegtijdig) overlijden. Zorgverleners spelen een belangrijke rol in de behandeling van tabaksverslaving en in het stimuleren van een rookvrije omgeving. Gelukkig begint tabaksontmoediging steeds meer te leven in de zorg. Het standpunt tabaksontmoediging dat de KNMG in 2016 uitbracht stelt dat artsen een belangrijke bron van informatie over de schadelijke effecten van roken zijn. Ook dienen artsen patiënten aan te moedigen te stoppen met roken en hen daarbij te ondersteunen.
Maar waar begin je en welke instrumenten zijn nuttig? Wat werkt en wat niet? Op welke valkuilen moet je letten? Om daarop antwoord te geven organiseerde de KNMG in samenwerking met Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) op 31 mei 2017 hierover een symposium. Artsen en andere sprekers gaven belangrijke tips en praktische handvatten om met tabaksontmoediging aan de slag te gaan. Wij hebben deze voor u gebundeld, zodat u geïnspireerd verder kunt met deze belangrijke opgave. In uw eigen praktijk, op de sportclub, in uw woonomgeving of waar u ook een kans ziet om roken te ontmoedigen.
Alleen door de gezamenlijke inzet van artsen en andere zorgverleners kan er daadwerkelijk een rookvrije generatie ontstaan. Namens de KNMG wens ik u daarbij veel succes en inspiratie!

René Héman, voorzitter KNMG



TABAKSONTMOEDIGING TIJDENS HET WERK: TIPS VOOR IN DE SPREEKKAMER

Robert C. van de Graaf, verslavingsarts
Prof. dr. Gabriël G. Anthonio,
voorzitter Raad van Bestuur VNN

INLEIDING /

In 2016 publiceerde de KNMG het *Standpunt Tabaksontmoediging: Naar een rookvrije samenleving*. Over de rol van een arts wordt hierin het volgende gezegd: "Artsen zijn een rolmodel voor hun patiënten en een belangrijke bron van informatie over de schadelijke effecten van roken. Ook dienen artsen patiënten aan te moedigen te stoppen met roken en hen daarbij te ondersteunen. Artsen kunnen de begeleiding bij stoppen met roken zelf geven of hen doorverwijzen naar bijvoorbeeld een gekwalificeerde stoppen-met-roken-begeleider. Essentieel is dat

de randvoorwaarden om te stoppen met roken door overheid en zorgverzekeraars aanwezig zijn. De KNMG vraagt artsen hun invloed op tabaksontmoediging aan te wenden, zowel in als buiten de werksfeer'.[1] Het congres Maak de Zorg Rookvrij! op 31 mei 2017 (Wereld niet roken dag) beoogt artsen en andere zorgprofessionals praktische handvatten te geven om in gezamenlijkheid tabaksgebruik te ontmoedigen.

Artsen en andere zorgprofessionals kunnen vanuit hun professionele positie een grotere rol hebben in de preventie en behandeling van tabaksverslaving. Om allerlei redenen kunnen artsen echter belemmeringen ervaren om deze rol op te pakken. Een deel vindt het bijvoorbeeld lastig om tijdens een consult het roken te agenderen, bijvoorbeeld vanuit de vrees dat het de behandelrelatie negatief kan beïnvloeden.[2] Anderen zien het niet als hun primaire taak[2] of geven weliswaar wel een kort stopadvies, maar zien niet meer mogelijkheden om wat uitgebreider stil te staan bij het onderwerp. Ook kan het eigen rookgedrag van de zorgprofessional in de weg zitten.[3] Verder kunnen suboptimale basiskennis over de behandeling van tabaksverslaving of de veelal beperkte verwijsmogelijkheden in de regio andere redenen zijn.

Het roken van tabak is nog steeds dé belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en vroegtijdig overlijden in ons land. Per jaar sterven er meer dan 20.000 mensen als gevolg van roken en enkele duizenden als gevolg van meeroken. Als alle artsen tijdens het werk hun invloed meer gaan uitoefenen dan kan dit een grote bijdrage leveren aan de verbetering van de vitaliteit van onze bevolking.

In dit hoofdstuk staan enkele praktische adviezen en verwijzingen naar literatuur en websites van organisaties die zich in Nederland bezig houden met aspecten van tabaksontmoediging en behandeling van tabaksverslaving. Met deze informatie worden de mogelijkheden ten aanzien van tabaksontmoediging in de spreekkamer uitgebreid. Het is niet ter vervanging van de geldende Nederlandstalige richtlijnen, maar ter inleiding en/of aanvulling. Onderstaande is geschreven vanuit de rolomschrijving door de KNMG van de arts ten aanzien van tabaksontmoediging.

1. De arts als rolmodel en eigen rookgedrag

Artsen zijn een belangrijk rolmodel voor patiënten en burgers in het algemeen als het gaat om gezondheid en gezond gedrag. Het eigen rookgedrag c.q. de eigen tabaksverslaving kan de mogelijkheden om rokers te helpen bij het stoppen met roken negatief beinvloeden.[3] Als jezelf nog rookt, overweeg dan ook om volledig te stoppen. Kies je er toch voor om te blijven roken, probeer dan in elk geval tijdens het werk niet te roken en niet te ruiken naar tabaksrook. Zorg ook dat je geen tabaksproducten zichtbaar in de spreekkamer hebt, die bijvoorbeeld uit je jaszak of tas steken. Houd er verder rekening mee dat je ook buiten werktijd een voorbeeldfunctie hebt; je kunt patiënten of anderen tegen komen. Besef daarbij goed dat mensen over hun arts praten zowel op verjaardagsfeestjes maar ook online.

Het is verder belangrijk om je te realiseren dat veruit de meeste rokers niet in staat zijn om zonder professionele, bewezen effectieve stoppen-met-roken hulp langdurig (langer dan een jaar) abstinent van tabak te blijven. Veel rokers zijn tabaksverslaafd en lijken de ernst en complexiteit van hun tabaksverslaving te onderschatten.[4] Overweeg als rokende arts om zelf ook goede hulp te zoeken bij het stoppen met roken, zeker als stoppogingen blijven stranden. Maak bij voorkeur gebruik van bewezen effectieve stoppen met roken zorg, zoals deze ook voor rokende patiënten beschikbaar is, omdat anders de kans dat je langdurig gestopt kan blijven een stuk kleiner is.[4] Bedenk daarbij dat het geen schande is om hulp te zoeken om van je verslaving af te komen, integendeel! Neem dus contact op met je eigen huisarts om de mogelijkheden te bespreken en overweeg hulp van een stoppen met roken poli of gespecialiseerde verslavingszorg.

2. Vraag altijd naar de rookstatus

Zo'n twee derde van de rokers bezoekt jaarlijks de huisarts, maar met minder dan een derde van de rokers wordt door de huisarts gesproken

over roken. Vrijwel hetzelfde geldt voor medisch specialisten, waar jaarlijks zo'n 35% van de rokers komt; met slechts een derde van de rokers wordt over het (stoppen met) roken gesproken.[2]

Het is van groot belang dat artsen vaker vragen naar de zogenaamde rookstatus: nooit-roker, ex-roker of roker. Vaak is aan de rooklucht om iemand heen of de uitademingslucht te ruiken of aan de gele vingers of tabaksproducten in de zakken van de kleding of tas wel te zien of iemand rookt (of zich begeeft in een omgeving waarin gerookt wordt) of niet. Deze signalen zijn een goede aanleiding om het onderwerp te agenderen.

Realiseer je goed dat de meeste rokers een stopwens hebben. Bovendien vinden ze het niet erg dat een arts het onderwerp agendeert en het wordt zelfs door veel rokers verwacht van een arts. In de praktijk blijkt dat rokers vaak een aanleiding nodig hebben om daadwerkelijk een stoppoging te doen. Ze schuiven het stoppen vaak (bewust of onbewust) voor zich uit. Het rookgedrag en het stoppen met roken bespreken met een arts kan een goede aanleiding zijn om te stoppen.

Het is verder belangrijk om te weten dat zo'n 95% van de mensen die gestopt zijn met roken binnen een jaar toch weer gaat roken.[4] Daarom is het van belang om ook bij een ex-roker te vragen hoe lang degene gestopt is. Is dit korter dan één jaar, dan is de kans nog relatief groot dat hij of zij weer gaat terugvallen in het oude rookgedrag, zeker als er gestopt is zonder bewezen effectieve professionele hulp. Als een ex-roker een jaar gestopt is en elk jaargetijde als ex-roker heeft meegemaakt dan is de kans op langdurig of definitief stoppen groot. Gedurende een jaar zijn dan veel risicosituaties voorbij gekomen en 'overwonnen'. Vraag daarom ook bij een ex-roker naar hoelang degene al gestopt is en of er nog risicosituaties voor terugval zijn.

3. Geef een goed rookstopadvies

Als gevraagd is naar de rookstatus dan is het van groot belang om een goed stopadvies te geven. Dit betekent niet alleen dat je kort zegt: 'ik adviseer u (nadrukkelijk) om te stoppen met roken', maar het stopadvies dient op maat te zijn en meer inhoud te hebben. Met voldoende basiskennis over roken en de beschikbare hulpmogelijkheden hoeft dit niet veel tijd te kosten.

Een stopadvies op maat betekent ook duidelijk aangeven wat de reden is waarom juist deze roker zou moeten stoppen met roken. Geef hiervoor algemene informatie over de schadelijkheid van roken en leg ook uit dat alleen stoppen zal leiden tot gezondheidswinst en dat minderen de schadelijkheid onvoldoende reduceert. Minderen kan wel een stap zijn op weg naar stoppen, maar het doel zou moeten zijn een rookvrij leven. Verder is het belangrijk om niet alleen eventuele medische redenen om te stoppen te noemen, maar ook om aandacht te hebben voor de directe omgeving en eventueel aanwezige kinderen.

Roken is namelijk niet alleen schadelijk voor rokers zelf, maar ook voor mensen in de omgeving van rokers. Meeroken is schadelijk[5-6] en rokers beïnvloeden verder via sociale interactie ook het rookgedrag van anderen (zowel rokers, ex-rokers en mensen die nog nooit gerookt hebben). Rokers zoeken elkaar immers vaak op, ze verstrekken elkaar tabak, steken elkaars sigaret aan, creëren rookplekken, plannen samen rookpauzes, versterken elkaars rookgedrag en houden dit samen in stand. Een roker die probeert te stoppen of een ex-roker kan terugvallen door uitnodigende interacties met rokers. De rookgewoonte en als gevolg daarvan tabaksverslaving als ziekte worden bovendien opvallend makkelijk van generatie op generatie overgedragen.[7] Kinderen van rokende ouders hebben bijvoorbeeld twee tot drie keer zo'n grote kans om zelf te gaan roken.[8] Zien roken en meeroken doen roken.

Tenslotte is de uitleg van de behandeling en de behandelmogelijkheden ook een essentieel onderdeel van een goed rookstopadvies. Dit onderdeel van een rookstopadvies op maat wordt nog te vaak overgeslagen.[4]

Het is van belang om bij elke patiënt te benadrukken dat de basis van de stoppen met roken behandeling de gedragsmatige begeleiding is.[4,9-11] Dit betekent een combinatie van psycho-educatie, steunend contact, motiverende gespreksvoering en elementen van cognitieve gedragstherapie. Dit kan zowel individueel als in groepsverband gegeven worden, maar groepstherapie is niet voor iedereen geschikt. Het toevoegen van farmacotherapeutische behandeling (nicotine vervangende medicatie, varenicline, bupropion of nortriptyline) kan de effectiviteit vergroten, maar kan ook gecontra-indiceerd zijn.[4,9-10] Nicotine vervangende medicatie is vanwege de effectiviteit, maar vooral de veiligheid de eerste keus. Farmacotherapie zonder gedragsmatige begeleiding is vanuit verslavingsgeneeskundig oogpunt een 'kunstfout'. Gedragsmatige begeleiding kan ook een arts geven mits hij of zij er voldoende goed in geschoold is.

Schriftelijke zelfhulpmaterialen en eHealth toepassingen kunnen toegevoegd worden aan de farmacotherapie en gedragsmatige begeleiding. Het is daarbij belangrijk dat ze zoveel mogelijk aangepast zijn op de individuele roker.[4,10-11] De e-sigaret wordt inmiddels door velen gebruikt, maar deze moet niet worden geadviseerd. De e-sigaret is niet effectiever dan nicotine vervangende medicatie en bovendien zijn de potentiele bijwerkingen van de e-sigaret nog onvoldoende onderzocht.[4,10-11] Er is verder een groot aanbod van alternatieve c.q. complementaire methoden, zoals acupunctuur, hypnose, elektrostimulatie en lasertherapie. Veel rokers maken hiervan gebruik, maar de effectiviteit ervan is niet aangetoond.[4,10-11]

Het kan helpen om de behandeling in te delen in twee fasen: de 'detox-fase' en de fase van 'het volhouden'. Tijdens de 'detox-fase' zijn de eventuele klachten veelal het hevigst. Deze klachten zijn vaak vooral psychisch van aard en worden onthoudingsverschijnselen genoemd.[7] Onthoudingsverschijnselen zijn vaak een reden voor terugval en daarom is het belangrijk om in de eerste fase een patiënt goed en wat intensiever te (laten) begeleiden. De onthoudingssymptomen zijn na zo'n twee weken en in elk geval na vier weken over het algemeen verdwenen. Het is tijdens de detox-fase van belang om rekening te houden met bestaand medicatiegebruik. Het stoppen met roken is namelijk van invloed op het levermetabolisme van meerdere medicijnen, waardoor deze anders kunnen gaan werken; medicatiespiegels kunnen gaan stijgen en zo nodig moet de dosering worden aangepast.[7] Eventueel gebruik van nicotine vervangende medicatie of een e-sigaret is niet van invloed op het levermetabolisme, omdat niet nicotine, maar andere onderdelen van tabaksrook hiervoor verantwoordelijk zijn.[9] Bestaande psychische klachten kunnen verder heviger worden tijdens de detox-fase. Het is vaak lastig om bestaande klachten te onderscheiden van onthoudingssymptomen, maar vooral is het belangrijk om voor het stoppen met roken dit met de patiënt te bespreken. Vaak zijn psychische klachten tijdens de detox-fase bij eerdere rookstoppogingen een reden voor terugval geweest. Het is belangrijk dat patiënten voldoende informatie krijgen over de detox-fase, de eventuele invloed op medicatiegebruik en bijkomende psychische klachten. Zoals gezegd is het verstandig om tijdens deze 'detox-fase' de begeleiding wat intensiever te laten zijn. Medicatie kan ingezet worden om onthoudingssymptomen te verminderen. De tweede fase is vooral gericht op het volhouden en dus het voorkomen van terugval. Het maken van een terugvalpreventieplan is onderdeel van deze fase. Trek in een sigaret (craving) en toegenomen eetlust blijven vaak langere tijd bestaan. Een patiënt moet hier rekening mee houden, omdat het redenen kunnen zijn voor terugval. Het is belangrijk om patiënten te zeggen dat één trekje van een sigaret al kan leiden tot terugval, dus het advies moet zijn om geen enkel trekje meer te nemen. Mocht je zelf onvoldoende geschoold zijn in het begeleiden van een patiënt tijdens de detox-fase en het maken van een terugvalpreventieplan, schakel dan een gespecialiseerde rookstopcoach, verslavingsarts of een andere gespecialiseerde hulpverlener in.

Zoals gezegd vallen de meeste ex-rokers binnen een jaar weer terug in het rookgedrag. Het is onbekend hoeveel rokers na een jaar abstinentie ook weer terugvallen, maar dit zal ook nog een vrij grote groep zijn.

Terugvallen is niet alleen slecht voor de gezondheid van de roker en de omgeving, maar ook voor het zelfvertrouwen van de roker om ooit wel in staat te zijn definitief te stoppen. Er is dan ook aandacht nodig voor terugvalpreventie bij ex-rokers en bij een terugval is het van belang om dit niet als falen te beschouwen, maar als een leerervaring voor een volgende stoppoging.

Hieronder staan verschillende Nederlandstalige richtlijnen en websites genoemd waar je je verder kan verdiepen om je rookstopadvies te verbeteren.

Nuttige bronnen voor zorgprofessionals:

Eind 2016 is de multidisciplinaire richtlijn behandeling tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning geactualiseerd. De NHG standaard stoppen met roken (2009) en de Zorgmodule stoppen met roken (2009) zijn nog niet vernieuwd, maar dit zal op korte termijn naar verwachting gebeuren. De multidisciplinaire richtlijn (2016) en de zorgmodule (2009) zijn via de website van het Partnership Stop met Roken: www.partnershipstopmetroken.nl te vinden. De NHG standaard is te vinden via www.nhg.org. Ook zijn ze te vinden via www.rokeninfo.nl/professionals. Deze website is van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (onderdeel van het Trimbos Instituut) en bevat veel wetenschappelijke informatie over alle relevante aspecten van roken (inclusief nuttige 'factsheet', zoals hieronder in de referentielijst staan genoemd). Vooral het onderdeel voor professionals kan dienen voor verdere verdieping voor artsen en andere zorgprofessionals www.rokeninfo.nl/professionals. Verder heeft het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ook een apart dossier over roken waarin veel goede wetenschappelijke informatie te vinden is: www.ntvg.nl/artikelen/dossiers/roken. In de loop van 2017 zal de 'Richtlijn Detoxificatie' verschijnen[9]. Hierin staat een uitgebreid hoofdstuk over detoxificatie van tabak en is aan te bevelen. Ook is er goede e-learning beschikbaar in de Engelse taal: http://elearning.ncsct.co.uk/. Dit kan gratis gevolgd worden. Nederlandstalige e-learning wordt op dit moment ontwikkeld.

Op www.ikstopnu.nl is informatie te vinden over de vergoeding van stoppen met roken behandeling. Het is verstandig om de patiënt te adviseren om met de eigen zorgverzekeraar te overleggen over (voorwaarden voor) de vergoeding van de behandeling. De regelingen kunnen per verzekeraar verschillen, evenals de praktische organisatie rondom het vergoed krijgen van de behandeling. Bij problemen is het van belang dat deze gemeld worden bij het Partnership Stop met Roken (info@kwaliteitsregisterstopmetroken.nl), zodat verbeteracties richting de verzekeraars of de politiek kunnen worden ondernomen.

Nuttige bronnen voor patiënten:

Het publieksgedeelte van www.rokeninfo.nl is meer voor de 'leek' en is geschikt voor rokers die meer informatie willen over de gevolgen van roken en stoppen met roken: www.rokeninfo.nl/publiek. Meer toegankelijke informatie is ook te vinden op de website www.ikstopnu.nl welke ook op elke verpakking van tabaksproducten staat vermeld en is ook van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging. Deze website geeft ook informatie over vergoedingen van de behandeling. Ook geeft www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken goede informatie.

4. Zelf behandelen of doorverwijzen?

Mocht een patiënt willen stoppen met roken dan is het van belang om te bepalen of je als arts deze roker volledig zelf gaat behandelen, of je dit samen met een collega doet of dat je gaat verwijzen. Als huisarts zou je bijvoorbeeld prima de farmacotherapeutische behandeling kunnen doen samen met een tot rookstopcoach opgeleide praktijkverpleegkundige, die de gedragsmatige begeleiding kan doen. Op een ziekenhuis rookstoppoli wordt de farmacotherapie vaak door longartsen ingezet en doen de longverpleegkundigen de gedragsmatige begeleiding. Ook kan verwezen worden naar de gespecialiseerde verslavingszorg.

Voordat een behandeling wordt ingezet is het van groot belang dat wordt ingeschat of er bij de roker sprake is van een tabaksverslaving en hoe ernstig deze verslavingsziekte is. Rokers bij wie nog geen of een lichte

tot matige tabaksverslaving (DSM-5) bestaat (net als lichte tot matige alcoholverslaving) kunnen behandeld worden in de huisartsenpraktijk. Deze rokers kunnen ook behandeld worden in de ziekenhuis rookstoppoli. Wanneer deze zorg later in het traject onvoldoende blijkt te zijn of wanneer direct al sprake lijkt van een matig tot ernstige tabaksverslaving (DSM-5), eventueel met een bijkomende psychiatrische stoornis of een andere verslaving dan zou verwezen moeten worden naar de reguliere gespecialiseerde verslavingszorg in de regio.

Kortom, bedenk bij elke roker of er sprake is van een tabaksverslaving of niet. Bij de meeste rokers is dit het geval. Kampt men met een tabaksverslaving probeer dan een inschatting te maken van de ernst in combinatie met eventuele bijkomende problematiek. Op basis van die inschatting kan je vervolgens bepalen of jezelf (gedeeltelijk) in staat bent om de verslavingsbehandeling in te zetten of niet. Zo niet, zoek dan in de regio gespecialiseerde behandelaars. Omdat verwijzingen relatief vaak zullen voorkomen, is het van belang om te investeren in de samenwerking en afstemming met de behandelaars zoals verslavingsartsen en ziekenhuis rookstoppoli's.

5. Dossiervoering en overdracht

Tabaksverslaving wordt nog te weinig in dossiers vermeld. Het zou echter vanzelfsprekend moeten zijn dat net als andere bijkomende ziekten het roken (tabaksverslaving) van patiënten ook wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Zorg er daarom voor dat de rookstatus en het besproken rookstopadvies in het dossier worden vermeld. Hetzelfde geldt voor een goede verslaglegging van het behandeltraject. Dit is ook van belang bij een eventuele terugval, omdat informatie van het eerdere behandeltraject belangrijke aanwijzingen kan geven voor het optimaliseren van de nieuwe rookstoppoging. Op deze manier gaat er niet onnodig informatie over de behandeling van tabaksverslaving bij de patiënt verloren.

Mocht iemand niet willen stoppen met roken zorg dan dat het onderwerp op een later moment weer wordt besproken tijdens een consult met jezelf of een andere zorgprofessional.

6. Organiseer de zorg voor rokers in je omgeving

Niet in elke regio is de zorg voor mensen met een tabaksverslaving optimaal georganiseerd. Het is daarom van belang om een indruk te krijgen van de zorgkaart in de regio en deze zo goed mogelijk voor je eigen patiëntenpopulatie te (laten) organiseren. Informatie hierover is te vinden op de website www.ikstopnu.nl en www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl. Ook is het sinds kort mogelijk om via https://platform.rokeninfo.nl in contact te komen met stoppen met roken professionals in de regio. Mocht de zorgketen niet goed te organiseren zijn dan kun je dit melden bij het Partnership Stop met Roken (info@kwaliteitsregisterstopmetroken.nl) Deze signalen worden gebruikt om de zorg in alle regio's te verbeteren. Je kan ook hulp krijgen vanuit het Partnership Stop met Roken bij het verbeteren van de zorgketen.

Besluit

Het roken van tabak is niet alleen een belangrijke risicofactor voor allerlei lichamelijke ziekten.[12] Ook veroorzaakt het vaak een verslavingsziekte, namelijk tabaksverslaving.[13] Als alle artsen deze verslaving als ziekte serieus gaan nemen, het bij hun patiënten gaan opsporen en behandelen, dan kunnen we de vitaliteit en kwaliteit van leven van grote groepen patiënten en hun omgeving sterk verbeteren.

Tip 1 De arts als rolmodel en eigen rookgedrag

- Artsen zijn een belangrijk rolmodel als het gaat om gezondheid en gezond gedrag.
- Overweeg als rokende arts zelf ook goede hulp te zoeken bij het stoppen met roken.
- Geen tabaksproducten zichtbaar in de spreekkamer.
- Ook buiten werktijd heb je een voorbeeldfunctie.

Tip 2 Vraag altijd naar de rookstatus

- Vraag naar de zogenaamde rookstatus: nooit-roker, ex-roker of roker.
- Signalen dat iemand rookt zijn een goede aanleiding om het onderwerp te agenderen.
- Meeste rokers hebben een stopwens.
- 95% van de mensen die gestopt zijn met roken, gaat binnen een jaar toch weer roken. Vraag daarom ook bij een ex-roker hoelang degene al gestopt is en of er nog risicosituaties voor terugval zijn.

Tip 3 Geef een goed rookstopadvies

- Geef aan wat de reden is waarom juist deze roker zou moeten stoppen met roken.
- Geef algemene informatie over de schadelijkheid van roken.
- Alleen stoppen leidt tot gezondheidswinst, minderen reduceert de schadelijkheid onvoldoende. Minderen kan een stap zijn op weg naar stoppen.
- Benoem niet alleen medisch redenen om te stoppen, maar geef ook aandacht aan de directe omgeving en eventueel aanwezige kinderen.
- Geef uitleg over de behandeling en de behandelmogelijkheden.
- Mocht iemand niet willen stoppen met roken, zorg dan dat het onderwerp op een later moment weer wordt geagendeerd.

Tip 4 Zelf behandelen of doorverwijzen?

- Bepaal of je als arts deze roker volledig zelf gaat behandelen, of je dit samen met een collega doet of dat je gaat verwijzen.
- Schat in wat de ernst van de tabaksverslaving is. Denk aan eventuele co-morbiditeit.
- Verwijs zo nodig naar de gespecialiseerde verslavingszorg in de regio.

Tip 5 Dossiervoering en overdracht

- Vermeld de rookstatus en het besproken rookstopadvies in het dossier.
- Zorg voor een goede verslaglegging van het behandeltraject.

Tip 6 Organiseer de zorg voor rokers in je omgeving

- Het is van belang om een indruk te krijgen van de zorgkaart in de regio en deze zo goed mogelijk voor je eigen patiëntenpopulatie te (laten) organiseren.
- Informatie hierover
  - www.ikstopnu.nl
  - www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl
  - https://platform.rokeninfo.nl om in contact te komen met stoppen met roken professionals in de regio.

Indien de zorgketen niet goed georganiseerd kun je dit melden bij het Partnership Stop met Roken info@kwaliteitsregisterstopmetroken.nl

Besluit

Neem tabaksverslaving serieus als verslavingsziekte en zorg dat mensen hiervoor adequate hulp krijgen.

Referenties

1. KNMG-Standpunt Tabaksontmoediging. Naar een rookvrije samenleving. Utrecht: KNMG; 2016. https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/tabaksontmoediging.htm
2. Kleinjan M, Bommelé J, Verdurmen J, Van Laar M. Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners (tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen). Utrecht: Trimbos-Instituut, 2016. https://assets.trimbos.nl/docs/9f9ae4f1-ed60-45fe-8bbb-37925d2540a6.pdf
3. Willemsen MC. Tabaksgebruik. In: Knol K, et al. Tabaksgebruik. Gevolgen en bestrijding. Utrecht: Lemma, 2005.
4. Van de Graaf RC, Van Schayck OCP. Mensen helpen bij stoppen met roken. Effectiviteit en veiligheid van interventies. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1131. https://www.ntvg.nl/artikelen/mensen-helpen-bij-stoppen-met-roken
5. Bommelé j, Van Laar M, Kleinjan M. Notitie Zien roken, doet roken? Utrecht: Trimbos-Instituut, 2016. https://assets.trimbos.nl/docs/aeabf496-e894-4e92-bcbb-5c679dd7b2e9.pdf
6. Ter Weijde W, Croes E, Verdurmen J, Monshouwer K. Factsheet meeroken. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2015. https://assets.trimbos.nl/docs/c7b6bd99-5a52-4300-877d-890ae37e483f.pdf
7. Van de Graaf RC, Van Schayck OCP. Huisartsenpraktijk, rookstoppoli en verslavingszorg. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1131. https://www.ntvg.nl/artikelen/mensen-helpen-bij-stoppen-met-roken/reacties
8. Hopman P, Croes E. Kinderen en roken. Een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2017. https://assets.trimbos.nl/docs/cd97d930-6f39-41ca-9923-c02a6e17982e.pdf
9. Van de Graaf RC, Slingerland J. Tabak. In: Richtlijn Detoxificatie. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren van psychoactieve stoffen. Resultaten Scoren, 2017.
10. Richtlijn behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2016. http://www.partnershipstopmetroken.nl/richtlijn-2/
11. Chavannes NH, Meijer E, Wind L, Van de Graaf RC, Rietbergen C, Croes EA. Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161:D1394. https://www.ntvg.nl/artikelen/herziene-richtlijn-behandeling-van-tabaksverslaving-en-stoppen-met-roken-ondersteuning
12. Mackenbach JP, Damhuis RAM, Been JV. De gezondheidseffecten van roken. Groei van kennis leidt tot steeds grimmiger beeld. Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161:D869. https://www.ntvg.nl/artikelen/de-gezondheidseffecten-van-roken/volledig
13. Van de Graaf RC, Anthonio GG. Tabaksverslaving is ook een door roken veroorzaakte ziekte. Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161:D869. https://www.ntvg.nl/artikelen/de-gezondheidseffecten-van-roken/reacties

MAAK JE OMGEVING ROOKVRIJ!

Miriam de Kleijn, huisarts-epidemioloog en adviseur, PinK-FOX advies/e-Health voor de eerste lijn



Miriam de Kleijn

Miriam de Kleijn zet zich in de gemeente Utrecht en bij voetbalclub FC Utrecht al jaren in voor een rookvrije generatie. Hieronder geeft zij haar tips en suggesties.

Stappenplan voor het creëren van zoveel mogelijk rookvrije omgevingen in je eigen stad/dorp:

1. Inventariseer waar er al rookvrije buiten-omgevingen bestaan (sportclub, ziekenhuis, schoolplein)?
2. Zoek een aantal medestanders, wie zouden zich samen met jou willen inzetten voor een rookvrije generatie? Wellicht medewerkers van die organisaties die zelf al rookvrij zijn of willen worden.
3. Ga in gesprek met de organisatie in jouw stad/dorp die ervaring heeft met het creëren van een rookvrije omgeving, wat was de motivatie, hoe hebben ze het aangepakt, willen ze hun ervaring delen met anderen, willen ze jou helpen met het organiseren van een bijeenkomst?
4. Ga in gesprek met de gemeente, vertel ze over de rookvrije generatie en de mogelijkheid om aan te sluiten bij de alliantie. Geef aan dat je in jouw gemeente bijeenkomsten over dit thema wilt organiseren.
5. Prik samen met je medestanders een datum voor een bijeenkomst over het onderwerp; nodig een aantrekkelijke spreker uit en vraag de mensen die betrokken zijn bij 'best practices' of ze een workshop willen invullen. Maak een begroting en vraag een financiële ondersteuning van de gemeente voor eventueel kosten van ruimte/catering/sprekers/organisatie. Vraag ondersteuning aan de Alliantie Nederland Rookvrij voor de uitnodiging.
6. Verspreid de uitnodiging breed in je eigen netwerk en dat van de partners die het mede organiseren. Vraag een van de organisaties die meedoen om het leveren van administratieve ondersteuning.
7. Doel van de bijeenkomst: zoveel mogelijk organisaties interesseren voor het leveren van een bijdrage aan de rookvrije generatie door middel van:
   a. Lid worden Alliantie Nederland Rookvrij en/of
   b. Verbinden aan de rookvrije generatie
   c. Eigen organisatie inclusief buitenruimte rookvrij maken
   d. Gedachtengoed verspreiden naar andere organisaties in stad/dorp

Meer informatie: http://www.pink-fox.nl



Utrecht op weg naar een rookvrije generatie

Graag wil ik u uitnodigen voor een inspiratie-bijeenkomst op 11 mei.

Tijdens deze bijeenkomst willen we met u onze ambitie delen om te gaan voor een Utrecht, waar kinderen beschermd worden tegen tabaksrook en tegen de verleiding om zelf te gaan roken.

Deze bijeenkomst is voor bestuurders en beleidsmakers van organisaties, instellingen en ondernemingen in Utrecht, die een gezonde werk- of leefomgeving belangrijk vinden en hieraan een bijdrage willen leveren.

Graag willen we samen met u gaan onderzoeken hoe we onze ambitie om kinderen in Utrecht rookvrij te laten opgroeien gezamenlijk kunnen waarmaken. Daarbij sluiten we ons aan bij de landelijke beweging ‘Op weg naar een rookvrije generatie’ (www.rookvrijegeneratie.nl), waar inmiddels al vele partijen zich aan gecommitteerd hebben.[1]

Onze gastspreker is de Groningse verslavingsarts Robert van de Graaf[2], die u vertelt over de essentie van een verslaving, wat de impact van tabaksverslaving is op een gemeenschap als Utrecht, hoe het roken de ontwikkeling van de Utrechtse kinderen bedreigt, en waarom een rookvrije leef-, leer-, werk- of behandelomgeving zo belangrijk is. Hij zal daarbij zijn persoonlijke ervaringen met het rookvrij maken van organisaties met u delen, zodat u praktische tools krijgt, die u in uw eigen organisatie kunt toepassen. Daarna willen we met u op zoek naar welke concrete stappen u kunt nemen om een bijdrage te leveren aan een rookvrije omgeving en daarmee aan ‘de rookvrije generatie’.

Deze bijeenkomst wordt georganiseerd door Pharos samen met de gemeente Utrecht en met de partners van de Alliantie Nederland Rookvrij.

LOCATIE Pharos, Arthur van Schendelstraat 620 (tweede etage, via hoofdingang nr 600)
DATUM 11 mei, van 15.00u-17.00u
AANMELDEN VIA c.berg@pharos.nl
VOOR INHOUDELIJKE VRAGEN mjjdekleijn@me.com



Utrecht op weg naar een Rookvrije Generatie met FC-Utrecht

Graag willen wij u uitnodigen voor een kick-off bijeenkomst van het platform ‘Utrecht op weg naar een Rookvrije Generatie’ op 30 oktober aanstaande in het stadion Galgenwaard van FC-Utrecht.

Het platform ‘Utrecht op weg naar een Rookvrije Generatie’ staat voor een Utrecht waar kinderen beschermd worden tegen tabaksrook en tegen de verleiding om zelf te gaan roken.

FC-Utrecht heeft een eerste stap gezet met de introductie van een rookvrij familie vak in haar stadion. Zij wil graag haar ervaringen en ambities met u delen, in een interactief programma voorafgaand aan de wedstrijd FC-Utrecht – NEC, waarvoor u eveneens van harte uitgenodigd bent.

Deze bijeenkomst is voor u als bestuurder of beleidsadviseur van een sportvereniging, onderwijs- of zorginstelling, of van een onderneming gevestigd in Utrecht. U vindt een gezonde leer, werk- en leefomgeving belangrijk. Wij willen u inspireren tijdens deze bijeenkomst en dagen u uit om een actieve bijdrage te leveren aan de Rookvrije Generatie in Utrecht. We zouden het erg leuk vinden als u komt samen met een vertegenwoordiger van de jonge generatie (8-16 jaar), dat mag uw eigen kind zijn, of een kind van uw school of uw sportvereniging.

Deze bijeenkomst wordt uw aangeboden door FC-Utrecht, het UMCU, Pharos, de Hartstichting en de Alliantie Nederland Rookvrij.

Namens deze partners,

Met vriendelijke groet,

Miriam de Kleijn,
Huisarts-epidemioloog en adviseur PinK-FOX

HET PROGRAMMA
U bent welkom vanaf 12.30 uur. De aftrap van de bijeenkomst is om 13.00 uur; waarbij FC-Utrecht u vertelt over hun ambities, u meer hoort over de Rookvrije Generatie, en over de winst van stoppen. De directeur van FC-Utrecht gaat in gesprek met een aantal genodigden over hun visie op, en bijdrage aan, de Rookvrije Generatie. In workshops, verzorgd door het UMC-Utrecht, Zorg van de Zaak, de Hartstichting en Ik Stop Ermee, gaat u concreet aan de slag en ervaren wat u kunt bijdragen. De aanwezige kinderen krijgen een rondleiding en gaan tijdens de rondleiding het gesprek aan met FC-Utrecht over de Rookvrije Generatie. Na de workshop is er een lunch. Vanaf 14.30 uur gaan we gezamenlijk de wedstrijd bekijken.

DATUM 30 oktober 2016
AANVANG 12.30 uur
LOCATIE Stadion Galgenwaard in Utrecht
AANMELDEN via het online aanmeldformulier

MOBILISEER JE ACHTERBAN!

Een voorbeeld vanuit de kinderartsen



Noor Rikkers

Noor Rikkers, kinderlongarts en voorzitter van NoSmoKind!, zet zich binnen de beroepsgroep van kinderartsen in voor het vermijden van meeroken door kinderen en het bespreekbaar maken van roken. Haar verhaal.

In mei 2014 kreeg ik de opdracht vanuit de sectie Kinderlongziekten om de commissie die zich bezig hield met roken en kinderen nieuw leven in te blazen. De oude commissieleden waren niet meer gemotiveerd, de commissie was ook groot (10 personen), zodat niemand zich echt verantwoordelijk voelde. Er zat weinig beweging in, acties verliepen traag. Roken stond überhaupt niet op de agenda van kinderartsen.

Na lezen van achtergrondinformatie raakte ik zelf gepassioneerd over het onderwerp (hoe is het mogelijk dat wij als kinderartsen dit niet weten en veel te weinig doen?).

Alle leden heb ik gevraagd of ze nog actief in de commissie wilden blijven.

Uiteindelijk bleven we met 4 personen achter, maar wel belangrijk:

1. Ze waren gemotiveerd
2. Er zat iemand bij met een goed netwerk binnen de kindergeneeskunde.

Ik bedacht een herkenbare naam: NoSmoKind!

We formuleerden twee doelen: vermijden van meeroken en stoppen met starten. Vervolgens organiseerden we een symposium op het congres Kindergeneeskunde in november 2014 “roken en kinderen: wat kan jij als kinderarts doen?”.
Vooraf legden we contact met het bestuur van de NVK, en kwamen we met een interview in de congreskrant. Tevens hadden we geregeld (via onze netwerkpersoon) dat we een artikel mochten schrijven in Medisch Contact (“Laat kinderen rookvrij opgroeien”). Dit artikel werd gepland in de week van het congres. De NVK stuurde ook een persbericht uit. In het congres presenteerden we onszelf, stelden quizvragen, legden uit wat de harde cijfers zijn en was er een aansprekende voordracht van Wanda de Kanter en Pauline Dekker.

Omdat we in de publiciteit kwamen nam Trimbos contact op en mocht ik een column schrijven voor hun nieuwsbrief. Zij boden ons ook ondersteuning aan in het trainen van kinderartsen.

Het jaar daarop hebben we ingezet op drie pijlers:

1. Bewustwording: op kinderartsenweken, refereeravonden, sectie-vergaderingen, symposia dragen we allemaal onze boodschap uit.
2. Scholing: we trainen arts-assistenten, kinder(long)artsen en (kinder) longverpleegkundigen in het bespreekbaar maken van roken via workshops samen met o.a. Wanda de Kanter, Pauline Dekker en het Trimbos. De getrainde kinderartsen en kinderlongverpleegkundigen vroegen we om ambassadeur te worden voor ons in hun eigen ziekenhuis.
3. We gingen deel uitmaken van de Alliantie Nederland Rookvrij, het Partnership Stoppen met Roken en het bestuur van de Stichting Rookpreventie Jeugd. Hierdoor breidden we ons netwerk enorm uit. We werden betrokken bij het concept van de Rookvrije Generatie.

Behalve dat wij zelf veel contacten legden merkten we ook dat er met ons contact werd opgenomen:

Het NTvG (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde) vroeg me om vier weken een dagboek te schrijven. Uiteraard over roken en kinderen.

VWS legde contact met de vraag hoe we elkaar konden versterken. We benoemden dat het essentieel is dat er vanaf de geboorte ketenzorg komt met betrekking tot het thema roken. Na een verkennende bijeenkomst in november 2015 bij VWS met alle professionals die rondom geboorte een rol spelen en vertegenwoordigers van aanpalende organisaties, heeft dit geleid tot de vorming van de Taskforce Rookvrije Start.

In twee jaar tijd hebben we best veel kunnen bereiken, maar ook lopen we tegen beperkingen op. Kinderartsen hebben al zoveel waar ze aandacht aan moeten besteden dat het lastig is om ze te blijven motiveren voor bijvoorbeeld de praktische workshops. We gaan het nu meer zoeken in e-learnings die thuis gemaakt kunnen worden en waarvoor accreditatiepunten verkregen worden.

Terugkijkend waren de volgende elementen van belang:

Het begint met passie voor het onderwerp.

1. Creëer een (kleine) groep mensen om je heen die dezelfde passie deelt ten aanzien van het rookvrij opgroeien van kinderen.
2. Bij voorkeur: neem iemand op die ook een goed netwerk heeft binnen je beroepsgroep en daarbuiten. Dat maakt dat men de commissie sneller serieus neemt.
3. Geef je commissie een aansprekende naam die duidelijk maakt waarvoor je staat. Dat geeft je identiteit en je bent herkenbaar.
4. Formuleer je doelen; wat is voor jouw beroepsgroep nodig om je doel te bereiken?
5. Leg verbinding met het bestuur van je beroepsgroep. Zorg voor een contactpersoon.
6. Doe aan bewustwording door je verhaal overal te vertellen/ te publiceren.
7. Train je beroepsgroep in praktische zin.
8. Word lid van organisaties die zich bezighouden met dit onderwerp (met name de Alliantie Nederland Rookvrij).
9. Maak mensen die enthousiast zijn ambassadeur, zo krijg je steeds meer hulp.

MAAK JE SPORTCLUB ROOKVRIJ!

Luc van Lonkhuizen, Gynaecoloog



Luc van Lonkhuizen

Gynaecoloog Luc van Lonkhuizen slaagde er in om de hockeyclub van zijn dochter en de voetbalclub van zijn zoon rookvrij te maken. Bij beide clubs in Abcoude is dat inmiddels gelukt. Hij ontving daarvoor de Rookvrije Generatie Award. Hieronder de brief waarmee het allemaal begon.

Geacht bestuur,

Graag wil ik jullie verzoeken onze vereniging rookvrij te maken.

Sporten is gezond: je wordt fitter, het verbetert je conditie en je zit lekkerder in je vel. Roken en meeroken is schadelijk voor de gezondheid. Roken en sporten passen niet bij elkaar. Toch wordt er nog gerookt op onze vereniging. Het is belangrijk om kinderen het goede voorbeeld te geven. Graag zie ik dan ook dat onze vereniging het gezonde voorbeeld uitdraagt en rookvrij wordt.

Zien roken, doet roken

Roken vergroot de kans op heel veel ziektes, zoals hart- en vaatziekten, kanker, luchtwegziekten en diabetes. Ruim de helft van de rokers sterft aan de gevolgen ervan; jaarlijks zo'n 20.000 Nederlanders. Ook van meeroken kunnen mensen ernstig ziek worden en er zelfs aan doodgaan, tot wel enkele duizenden per jaar. Iedere dag beginnen er nog steeds meer dan 100 kinderen met roken. Kinderen brengen veel van hun tijd door op de sportvereniging. Het is moeilijk voor kinderen om roken te weerstaan als anderen om hen heen roken. Zien roken, doet roken.

Rookvrije Generatie

Er is een beweging in Nederland gestart die een Rookvrije Generatie wil realiseren (www.rookvrijegeneratie.nl). Een generatie kinderen die volledig rookvrij kan opgroeien. Om dit te bereiken is het belangrijk dat kinderen in elke fase van hun jeugd beschermd worden tegen de verleiding om te gaan roken en tabaksrook. Een rookvrij sportterrein draagt bij aan het realiseren van de Rookvrije Generatie. Laten wij ons als vereniging inzetten voor het beschermen van de jeugd en aansluiten bij deze beweging!

Voorstel

Mijn voorstel is om de rookvrije binnenruimte die nu bestaat in het clubhuis en de kleedkamers uit te breiden naar de gehele vereniging inclusief de velden, langs de lijn en het terras. Iedereen is en blijft welkom op onze vereniging, ook rokers! We willen rokers alleen vragen om buiten het zicht en buiten het terrein te roken. Ik begrijp dat dit even wennen zal zijn in het begin. Tegelijkertijd wil iedereen toch een gezonde rookvrije toekomst voor onze jeugdspelers en andere kinderen.

Rookvrij uitdragen

Daarnaast maken we ons rookvrij beleid kenbaar door daar goed over te communiceren. Er kunnen rookvrij bordjes worden gehangen bij de ingang, rond de velden en op het terras. Duidelijke aanduiding zorgt ervoor dat iedereen weet waar hij/zij aan toe is en maakt het aanspreken van mensen die nog moeten wennen aan de nieuwe regels makkelijker. Ook de Hartstichting kan ondersteuning bieden, waarbij er materialen zoals een stappenplan, voorbeeldteksten en posters beschikbaar zijn (www.hartstichting.nl/rookvrij-sporten).

Ik ben bereid mijn voorstel mondeling toe te lichten.

Hartelijke groet,

[NAAM]

Op weg naar een rookvrij sportterrein



Argumentenkaart & veelgestelde vragen

Nieuwe afspraken kunnen soms vragen oproepen.
Dit document helpt u om vragen te beantwoorden op uw sportvereniging over de nieuwe afspraken voor een rookvrij sportterrein.

OP WEG NAAR EEN
ROOKVRIJE GENERATIE

Elke dag telt Hartstichting

Argumenten

Door een rookvrij sportterrein
- Geven wij kinderen het goede voorbeeld.
- Maken we roken minder normaal en aantrekkelijk voor kinderen.
- Draagt u bij aan het realiseren van de Rookvrije Generatie, een generatie kinderen die volledig rookvrij kan opgroeien.
- Wordt het schadelijke meeroken voorkomen.
- Bieden wij iedereen een gezonde en veilige sportomgeving waar we rekening houden met elkaar.
- Zetten wij onze vereniging positief op de kaart.
- Hebben we minder last van afval door sigarettenpeuken en –pakjes op het terrein.

Schadelijkheid (mee)roken
- Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer 20.000 mensen door roken en enkele duizenden door meeroken.
- Rokers sterven gemiddeld ongeveer 10 jaar eerder dan niet-rokers.
- Los van het feit dat je conditie achteruit gaat, veroorzaakt roken hart- en vaatziekten, kanker, luchtwegklachten en -ziekten, diabetes, long-, tandvlees- en gewrichtsontstekingen, verslechtering van het immuunsysteem, staar en blindheid.
- Meeroken, het inademen van tabaksrook van iemand anders, is schadelijk. Dit geldt voor zowel het inademen van tabaksrook binnenshuis als tabaksrook in de buitenlucht. Alles telt mee; er is geen veilige hoeveelheid voor het inademen van tabaksrook.
- Meerokende kinderen hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en luchtwegziekten, astma en oorontsteking.

Beschermen van de jeugd
- Het is belangrijk dat kinderen gezond opgroeien. Sporten is gezond, terwijl (mee)roken erg schadelijk is voor de gezondheid. Roken en sport passen niet bij elkaar.
- Kinderen worden verleid om te roken als mensen in hun omgeving roken, vooral als het om rolmodellen gaat tegen wie zij opkijken zoals sporters en trainers.
- Zien roken, doet roken.
- Roken begint vaak op jonge leeftijd. Twee derde van de rokers is begonnen voor zijn 18e.
- Elke dag beginnen 100 kinderen met dagelijks roken.
- Roken is verslavend. Kinderen raken veel sneller verslaafd dan volwassenen. Hoe jonger iemand begint met roken, des te erger de verslaving.
- De meeste mensen willen dat kinderen rookvrij kunnen sporten. Uit onderzoek weten we dat negen op de tien mensen vinden dat sportterreinen waar kinderen sporten volledig rookvrij moeten zijn



HOE ZIE JIJ JEZELF? (ROOKVRIJ)!

Marieke Helmus



Marieke Helmus

De fototentoonstelling 'HOE ZIE JIJ JEZELF? (ROOKVRIJ), (voor het eerst te zien op het KNMG symposium 'Maak de zorg rookvrij')', is een initiatief van Marieke Helmus (verslavingsarts KNMG/filmmaker) en René Frese (fotograaf/oud-cliënt) en mede mogelijk gemaakt door Jellinek.

Het beeld bestaat dat cliënten in de verslavingszorg en de bredere GGZ niet zouden kunnen stoppen met roken. Dit fotoproject laat zien dat dit niet klopt. Het is waar dat deze groep mensen veelal een ernstige tabaksverslaving heeft en moeilijker stopt dan de gemiddelde roker, maar een heel aantal mensen lukt het wel degelijk om rookvrij te worden. Via Jellinek deden we een oproep aan rookvrije cliënten om zich aan te melden voor het project.

Dit resulteerde in een reeks portretten van echte mensen met echte verhalen op een bijzondere manier gefotografeerd. De fototentoonstelling van rolmodellen kan anderen stimuleren om ook rookvrij te leven. Positieve beeldvorming is een essentieel onderdeel in de beweging naar de rookvrije zorg.

Fotograaf René Frese: **"Ik heb geprobeerd te vertalen wat een rookvrij leven voor mensen betekent. Wat doet het met hen als ze niet meer roken? Hoe zien zij zichzelf? Als bezoekers naar de foto's kijken en alleen zeggen: 'Oh, wat mooi!', dan heb ik gefaald. Mijn fotowerk heeft een rauwe realiteit, die aanzet tot nadenken."**



René Frese:
'Van al mijn verslavingen was roken de allerergste'



Frese is met zijn tatoeages, ruige kop en straatwijsheid een onorthodoxe voorvechter van een rookvrij leven. Hij is zelf meer dan 9 jaar clean van drugs, alcohol en tabak. Hij heeft zijn ernstige slechtziendheid (macula-degeneratie, deels veroorzaakt door het roken) overwonnen en kan nu inmiddels met enige hulpmiddelen weer fotograferen. Roken noemt hij 'zelfkastijding'. "Mensen denken rustig te worden van roken. Dat is een illusie. Het brengt het tegenovergestelde van wat men denkt."

Doe mee aan het vervolg!

De foto's en bijbehorende teksten zijn te zien in de reizende tentoonstelling en in een klein boekje. Marieke Helmus, verslavingsarts en de creatieve producent van deze fototentoonstelling, is ervan overtuigd dat fotografie diep inzicht kan bieden in iemands situatie. Zij zet fotografische en filmische onderzoekstechnieken in om het patiëntperspectief op een verfrissende manier in te zetten om te komen tot verbeterde zorg, in dit geval rookvrije zorg. Haar wens is om meerdere aspecten van het tabaksprobleem met fotografisch onderzoek in beeld te brengen, zodat wij als individu en als maatschappij intrinsiek gemotiveerd kunnen worden tot verandering.

Andere organisaties die dit project willen steunen en/of die ideeën hebben voor een foto zijn van harte uitgenodigd: postbus@mariekehelmus.nl http://mariekehelmus.tumblr.com en http://renefrese.wixsite.com/bfloor



Team Ureterp Rookvrij: met van links naar rechts Hilly ter Veer, Annie van Veen, Welmoed Vollema, Maria Vries, Robert van de Graaf

Fries dorp Ureterp op weg naar een rookvrije generatie

Alle kinderen van 'haar' dorp rookvrij laten opgroeien: dat was de wens van huisarts Hilly ter Veer. Ze zocht contact met verslavingsarts Robert van de Graaf. Samen besloten ze te gaan voor een rookvrije generatie in Ureterp.

Hilly ter Veer, huisarts in Ureterp, droomt ervan dat alle kinderen in haar dorp rookvrij kunnen opgroeien, niet verleid worden om zelf te gaan roken en niet zullen (over)lijden aan de gevolgen van (mee)roken. Om deze droom waar te maken, zocht ze contact met verslavingsarts Robert van de Graaf uit Groningen. Van de Graaf is landelijk actief binnen het Partnership Stop met Roken en de Alliantie Nederland Rookvrij en is gespecialiseerd in de behandeling van tabaksverslaving en het creëren van rookvrije werk- en behandelomgevingen.[1] Samen besluiten ze te gaan voor een 'rookvrije generatie' in Ureterp. Ter Veer vraagt Annie van Veen, (praktijkverpleegkundige) en Welmoed Vollema (apothekers-/doktersassistente) uit haar praktijk om mee te doen. Inmiddels zijn zij het project 'Ureterp Rookvrij' gestart.[2] Dit artikel beschrijft hun aanpak.

Roken en stoppen

Het roken van tabak is de belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en vroegtijdig overlijden. In Nederland roken zo'n 3,6 miljoen mensen; jaarlijks sterven ongeveer 20.000 mensen aan de gevolgen van roken en enkele duizenden aan meeroken.[3,4] Het aantal (mee)rokers dat klachten heeft of lijdt aan ziekten die zijn veroorzaakt door (mee)roken is nog groter. De totale maatschappelijke last is enorm.[3,5]

Rokers weten dat roken ongezond is en velen willen dan ook stoppen. Jaarlijks doen zo'n 1 miljoen rokers serieuze stoppogingen, waarvan echter het grootste deel (90-96%) binnen een jaar mislukt.[3] Een belangrijke reden hiervoor is dat slechts 23% gebruikmaakt van bewezen effectieve (gedragsmatige en farmacotherapeutische) hulp,[3] zoals beschreven in de CBO Richtlijn Tabaksverslaving,[3] de NHG-Standaard Stoppen met Roken[6] of de Zorgmodule Stoppen met Roken.[7] Om te zorgen dat het aantal rokers afneemt, is het nodig dat meer rokers gemotiveerd raken om te stoppen en dat zij daarbij gebruikmaken van bewezen effectieve hulp. Het ministerie van VWS heeft daarom dit jaar – in samenwerking met het Nationaal Expertisecentrum Tabakoestmoediging (onderdeel van het Trimbos Instituut)[3] – de landelijke rookstoplijn (0800-1995) en de website www.ik-stopnu.nl gelanceerd. Het is daarbij van groot belang dat deze begeleiding volledig wordt vergoed door de ziektekostenverzekering, zoals dit ook geldt voor alcohol- of drugsverslavingen.

'De vervangers' en de 'rookvrije generatie'

In Nederland beginnen elk jaar zo'n 37.000 kinderen te roken; dus circa 100 kinderen per dag.[3,4] Deze kinderen, door de tabaksindustrie ook wel 'de vervangers' genoemd, vervangen de reeds overleden rokers. Een flink deel van deze kinderen zal een tabaksverslaving ontwikkelen en uiteindelijk overlijden aan de gevolgen van

> ***'Er is een toename van het aantal verzoeken om stoppen-met-roken-begeleiding'***

het roken. Voor veel ouders blijkt het nog moeilijk om hun kinderen tegen deze dodelijke verslaving te beschermen. Dit komt vooral omdat sigaretten op veel plaatsen verkrijgbaar zijn en omdat kinderen in het dagelijks leven (ook online) geconfronteerd worden met 'stoere', 'ontspannen' of 'gezellige' rokers. In Nederland wordt het (zeker in bepaalde subgroepen) bovendien nog relatief normaal gevonden dat een puber rookt.

» **Annie van Veen, Welmoed Vollema, Hilly ter Veer, Robert van de Graaf**
Huisartsenpraktijk J.P. Heinsta, Wellbuorren 9a, 9247 AX Ureterp; Annie van Veen, praktijkverpleegkundige; Welmoed Vollema, apothekers-/doktersassistente; Hilly ter Veer, huisarts; Robert van de Graaf, verslavingsarts.
Mailadres: ureterprookvrij@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De laatste jaren is er een maatschappelijke beweging op gang gekomen waarin steeds meer partijen samen streven naar een samenleving waarin niemand meer hoeft te (over)lijden aan de gevolgen van roken. Dit samenwerkingsverband, de Alliantie Nederland Rookvrij, is geïnitieerd door KWF Kankerbestrijding, Longfonds, Hartstichting en het Partnership Stop met Roken en bestaat uit meer dan 50 instanties, waaronder Stichting Rookpreventie Jeugd van de bekende longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker.[8] De Alliantiepartners streven ernaar dat kinderen in elke fase van opgroeien worden beschermd tegen tabaksrook en de verleiding om zelf te gaan roken. Hierdoor kunnen kinderen opgroeien als een generatie die zelf kan en zal kiezen voor een gezonde, rookvrije toekomst en ontstaat de zogenaamde 'rookvrije generatie'.

Taskforce Rookvrije Start en rookvrije gemeenten

De Alliantie Nederland Rookvrij heeft gesprekken met de overheid gevoerd over de 'rookvrije generatie'. Het ministerie van VWS heeft het concept omarmd en de Taskforce Rookvrije Start opgericht.[10] Deze Taskforce heeft als missie dat ieder kind het recht heeft om vanaf het eerste begin van het leven, de baarmoeder, rookvrij op te groeien en wil dit doel bereiken door te bevorderen dat meer (aanstaande) ouders stoppen met roken en rookvrij blijven. Ook binnen de vier grote gemeenten (Amster- »

Kernpunten

- Roken is de belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en voegtijdig overlijden.
- Door samen te werken binnen een lokale gemeenschap kunnen rokers gemotiveerd worden te stoppen met bewezen effectieve hulp en kan voorkomen worden dat kinderen gaan roken.
- De praktijkverpleegkundige speelt een centrale rol bij dit proces.
- Op deze manier kan een rookvrije generatie opgroeien, die niet meer (over)lijdt aan de gevolgen van (mee) roken.

dam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht), met wie de Alliantie Nederland Rookvrij! eerst heeft gesproken, lijkt de 'rookvrije generatie' goed te zijn ontvangen.

'Ureterp Rookvrij'

Andere landen streven al enige tijd naar een 'rookvrije generatie', maar er is nog geen stappenplan beschikbaar voor het creëren van een 'rookvrije generatie' binnen een lokale gemeenschap, zoals een dorp. De initiatiefnemers van 'Ureterp Rookvrij' zijn desondanks gestart en blijken hiermee in Nederland voorop te lopen.

'Ureterp Rookvrij' wordt geleid door een kerngroep, die wordt ondersteund wordt door medewerkers van beide huisartsenpraktijken in Ureterp. Nadat de kerngroep een globaal projectplan had geschreven, werden al snel andere partijen (gemeente Opsterland, GGD Fryslân, Verslavingszorg Noord-Nederland) actief betrokken bij het project. Ook werden in de beginfase de Alliantie Nederland Rookvrij!, het Partnership Stop met Roken, de Stichting Rookpreventie Jeugd, de Artsenfederatie KNMG geïnformeerd en om advies gevraagd. Hiermee ontstond een uitgebreid kennis- en lobbynetwerk rondom de kerngroep.

Op 17 mei 2016 kwam een deel van de betrokken partijen voor het eerst bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomst hebben zij de gezamenlijke missie en visie vastgesteld en de gemeenschap met behulp van een plattegrond in kaart gebracht (tabaksverkooppunten, stakeholders, rokers en scholen). Zij besloten de bijeenkomst met een wandeling door het dorp om er een nog betere 'feeling' mee te krijgen. Vanwege de uniciteit van het project was *Medisch Contact*, het tijdschrift van de artsenfederatie KNMG, aanwezig om verslag te doen van de eerste bijeenkomst.[3] *Medisch Contact* wordt voornamelijk gelezen door beleidsmakers in de zorg en zorgverleners. Deze publicatie was bedoeld om 'Ureterp Rookvrij' landelijk te positioneren binnen de zorgsector en om collega's te inspireren. Andere media werden bewust niet ingelicht om de dorpsgemeenschap niet via die weg te overvallen met berichten over 'Ureterp Rookvrij'. De inschatting was dat dat het draagvlak voor het initiatief niet zou bevorderen. De publicatie in *Medisch Contact* leverde al veel belangstelling op. Diverse kranten, radio- en televisieprogramma's toonden belangstelling voor het project. De kerngroep heeft met één landelijk goed bekeken actualiteitenprogramma afspraken gemaakt om later dit jaar een item te besteden aan 'Ureterp Rookvrij'.

Op 8 juni 2016 vond de eerste landelijke studiedag Gemeentelijk Tabaksbeleid plaats. De kerngroep greep deze dag aan om kennis te vergaren, het netwerk te vergroten en om 'Ureterp Rookvrij' landelijk verder te positioneren. Verschillende sprekers noemden 'Ureterp Rookvrij' tijdens hun presentaties als voorbeeld van hoe binnen een gemeente gewerkt kan worden aan een 'rookvrije generatie'.

Op dit moment probeert de kerngroep het draagvlak voor de 'rookvrije generatie' binnen de dorpsgemeenschap zelf te vergroten. In beide huisartsenpraktijken hangen posters over de 'rookvrije generatie' en alle praktijkmedewerkers geven desgewenst toelichting. De bewoners van het dorp, die vrijwel allemaal bij één van beide huisartsenpraktijken zijn ingeschreven, kunnen op deze manier kennismaken met het project. De komende maanden wordt de 'rookvrije generatie' ook op andere plekken in het dorp zichtbaar door posters, flyers en andere materialen die van de Alliantie Nederland Rookvrij! Inmiddels is een groot deel van de stakeholders in het dorp – scholen, sportverenigingen, ondernemers en de dorpsbelangenvereniging – mondeling of per mail geïnformeerd over het project. De kerngroep heeft deze partijen ook gevraagd een

'Rokers weten dat roken ongezond is en velen willen dan ook stoppen'



'Voor veel ouders blijft het moeilijk om hun kinderen tegen deze dodelijke verslaving te beschermen'

bijdrage te leveren aan de 'rookvrije generatie' in Ureterp. De eerste twee auteurs van dit artikel spelen een bijzondere rol in het vergroten van het draagvlak binnen het dorp, omdat zij zelf in Ureterp wonen en dus niet alleen als zorgprofessional maar ook als inwoner invloed kunnen uitoefenen.

Op 16 september 2016 vindt in Ureterp een bijeenkomst plaats waarin alle inwoners van het dorp (nader) kunnen kennismaken met 'Ureterp Rookvrij'. De initiatiefnemers sluiten daarbij aan bij de campagne Stoptober, waarvoor in die periode landelijk veel aandacht is. De officiële Stoptober Camper zal bij de bijeenkomst aanwezig zijn om extra aandacht binnen Ureterp te genereren voor Stoptober. Verder geven zij informatie over roken, de verschillende vormen van stoppen-met-rokenzorg en wat inwoners en stakeholders zelf kunnen doen om het rokers makkelijker te maken om te stoppen en te zorgen dat kinderen niet beginnen te roken. Naast het verder informeren van de dorpsgemeenschap is deze bijeenkomst bedoeld om het draagvlak voor 'Ureterp Rookvrij' te vergroten. Met de lokale en provinciale media is afgesproken dat zij in de aanloop naar 16 september aandacht besteden aan het project. Een bekende Nederlandse sporter zal spreken tijdens de bijeenkomst en de Alliantie Nederland Rookvrij! is betrokken bij de dag.

In september is de kerngroep ook bij de gemeenteraadsvergadering aanwezig om het project nader toe te lichten en om te bespreken wat de gemeente kan betekenen. Oktober zal in Ureterp vooral in het teken staan van Stoptober, omdat deze campagne een mooie manier is om mensen vrijblijvend te motiveren en te ondersteunen bij het stoppen met roken.

Nu al is er een toename van het aantal verzoeken om stoppen-met-rokenbegeleiding binnen de huisartsenpraktijken. Het zorgaanbod is echter nog hetzelfde als voor de start van 'Ureterp Rookvrij'. De praktijkverpleegkundige is binnen de praktijk verantwoordelijk voor de stopbegeleiding, is hierin goed geschoold en staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Omdat de zorgvraag mogelijk groter gaat worden dan de maximale zorgcapaciteit van de twee huisartsenpraktijken gaat de kerngroep gesprekken voeren met GGD Fryslân, Verslavingszorg Noord-Nederland, het nabijgelegen ziekenhuis Nij Smellinghe en zorgverzekeraars over een aanvullend behandelaanbod. Het streven is om in 2017 in Ureterp een passend zorgaanbod te hebben voor alle huishoudens waarin gerookt wordt en voor alle rokers ongeacht hun motivatiestatus en comorbiditeit, zoals psychische stoornissen, andere verslavingen of een licht verstandelijke beperking. Mocht er met de genoemde partijen een sluitend zorgaanbod ontwikkeld kunnen worden, ook voor de meest complexe tabaksverslaafden, dan is dit uniek in Nederland.

'Ureterp Rookvrij' probeert zo goed mogelijk aan te sluiten bij het concept van de 'rookvrije generatie'. De focus ligt op korte termijn vooral op het beschermen van ongeboren en pasgeboren kinderen. Het projectteam zoekt naar samenwerking met partijen die zich met deze doelgroep bezighouden en die ook vertegenwoordigd zijn in de landelijke Taskforce Rookvrije Start.

Conclusie

Wat is begonnen als de droom van één huisarts, is inmiddels uitgegroeid tot een maatschappelijke dorpsbeweging. Het Friese dorp Ureterp is op weg naar een rookvrije generatie en loopt hiermee voorop in Nederland. Gaat jouw gemeente volgen?

Literatuur

Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl, rubriek Uit de praktijk. ■

Mensen helpen bij stoppen met roken



EFFECTIVITEIT EN VEILIGHEID VAN INTERVENTIES

Robert C. van de Graaf en Onno C.P. van Schayck

In dit overzichtsartikel bespreken wij de effectiviteit en veiligheid van verschillende interventies om te stoppen met roken.

De basis van de hulp aan mensen die willen stoppen met roken is gedragsmatige begeleiding.

Deze begeleiding kan eventueel aangevuld worden met schriftelijke zelfhulpmaterialen, telefonische counseling en e-health, die zijn aangepast aan de individuele patiënt.

De effectiviteit van de behandeling kan verder worden vergroot met farmacotherapie. De eerste keus is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of -kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel.

Ook varenicline, bupropion en nortriptyline zijn effectief bij het stoppen met roken; varenicline lijkt het effectiefst te zijn. Deze middelen hebben echter meer contra-indicaties en potentiële bijwerkingen, waardoor een goede indicatiestelling en intensievere monitoring van belang zijn.

De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan nicotinevervangende medicatie en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht.

Een 47-jarige man komt bij de huisarts omdat hij hulp wil bij het stoppen met roken. Zijn conditie is slecht en hij maakt zich zorgen dat zijn tienerzoon ook gaat roken. De man komt uit een rokersfamilie. Hij wil al langere tijd stoppen en heeft meerdere pogingen hiertoe gedaan met onder andere nicotinepleisters, acupunctuur en de e-sigaret. Toen kreeg hij echter slaapproblemen en werd hij somber. Hij rookt al 34 jaar, op dit moment ruim een pakje per dag. Zijn 45-jarige vrouw was na advies van de huisarts eerder gestopt wegens een zwangerschapswens, maar rookt nu weer circa 10 sigaretten per dag. De ouders roken niet binnenshuis, maar wel in het bijzijn van hun twee kinderen. De huisarts vraagt zich af wat hij kan doen om te zorgen dat de man stopt met roken en de kinderen niet gaan roken. En had hij eerder kunnen en moeten interveniëren?

Het roken van tabak is de belangrijkste oorzaak van ziekte en al dan niet vroegtijdig overlijden in Nederland die te voorkomen is.[1,2] Het percentage rokers in Nederland daalt trager dan in een aantal andere westerse landen, wat voor een belangrijk deel te wijten is aan de beperkte preventieve overheidsmaatregelen van de afgelopen jaren.[1]

Vanuit de samenleving – en vanuit artsen – lijkt nu een beweging op gang te komen die ernaar streeft kinderen in elke fase van het leven te beschermen tegen tabaksrook en de verleiding om zelf te gaan roken, de Rookvrije Generatie.[1] Belangrijke kinderbeschermingsmaatregelen zijn het rookvrij maken van de leefomgeving van kinderen en het terugdringen van de beschikbaarheid en de zichtbaarheid van tabaksproducten, bijvoorbeeld door het verhogen van de tabaksprijzen en het verminderen van het aantal tabaksverkooppunten.

Zien roken doet hoogstwaarschijnlijk roken,[3] en om kinderen te beschermen is het ook van belang te zorgen dat meer rokers gaan stoppen met roken of de mogelijkheid hiertoe krijgen. Dit geldt vooral voor rokers in de directe leefomgeving van kinderen, zoals binnen een gezin. Kinderen van rokende ouders hebben namelijk 2-3 keer zo veel kans om zelf te gaan roken. Bijna 92% van de rokende ouders rookt in het bijzijn van hun kind,[4] en van de rokende kinderen onder de 18 jaar krijgt 10% de tabak van de ouders.[5] Tabaksverslaving is binnen gezinnen vaak onderdeel van een bredere 'familieleefstijl': de overdracht van generatie op generatie is sterk.

Om de risico's voor de volgende generatie te verminderen is het van belang dat tabaksverslaving als stoornis eerder gesignaleerd wordt, evenals de risico's voor de opgroeiende kinderen.[6] Eén succesvolle rookstoppoging kan binnen een gezin van doorslaggevende betekenis zijn in het beschermen van de kinderen tegen het roken.

Het merendeel van de rokers wil stoppen met roken. Zo doen circa 1 miljoen Nederlandse rokers per jaar een serieuze stoppoging. Maar binnen een jaar is 90-96% weer teruggevallen in het roken. Een belangrijke reden hiervoor is dat slechts 23% gebruikmaakt van bewezen effectieve hulp.[7] Bovendien lijkt de ernst van de aanwezige tabaksverslaving vaak te worden onderschat.

In dit artikel geven wij een overzicht van de effectiviteit en veiligheid van de stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn.

ZOEKSTRATEGIE

We beoordeelden stoppen-met-rokeninterventies op effectiviteit en veiligheid. Zo mogelijk maakten we daarvoor gebruik van de recentste Cochrane-reviews sinds 2003, de datum van het laatste overzichtsartikel over stoppen-met-rokenmethoden in het *NTvG*.[8] Voor eventuele aanvullingen zochten we in PubMed naar systematische reviews en meta-analyses. Van elke stopmethode namen we het relatieve risico (RR) en het 95%-betrouwbaarheidsinterval, zoals momenteel gebruikelijk is; we vermelden de behandeling waarmee de betreffende interventie werd vergeleken. De follow-upduur van de geselecteerde studies was minimaal 6 maanden.

STOPPEN-MET-ROKENMETHODEN

GEDRAGSMATIGE BEGELEIDING

Er zijn meerdere gedragsmatige interventies om mensen te helpen bij het stoppen met roken.

Stopadvies van zorgverlener Een vast onderdeel van de stoppen-met-rokenzorg is het stopadvies van een zorgverlener. In dit advies op maat wordt geadviseerd om te stoppen, wordt de reden waarom genoemd en wordt uitgelegd welke hulpmethoden beschikbaar zijn. Het stopadvies heeft bij 36% van de rokers die gestopt zijn of die dit van plan zijn invloed gehad op het besluit om te stoppen met roken.[9] Een stopadvies van een arts is effectiever dan geen advies (RR: 1,76; 95%-BI: 1,58-1,96).[10] Intensief advies is effectiever dan minimaal advies (RR: 1,37; 95%-BI: 1,20-1,56).[10] Ook een stopadvies van een verpleegkundige heeft een positief effect vergeleken met geen advies (RR: 1,29; 95%-BI: 1,20-1,39), waarbij er geen verschil is tussen een lage of hoge intensiteit van deze verpleegkundige interventie.[11]

Een deel van hulpverleners denkt dat het geven van een ongevraagd stopadvies de behandelrelatie kan schaden. Het merendeel van de Nederlanders vindt een ongevraagd stopadvies van een huisarts echter acceptabel.[12] Van alle rokers heeft slechts 15% het afgelopen half jaar een stopadvies gekregen.

Motiverende gespreksvoering Binnen de Nederlandse stoppen-met-rokenzorg wordt motiverende gespreksvoering inmiddels standaard toegepast. Het doel hiervan is de motivatie tot gedragsverandering te bevorderen. Motiverende gespreksvoering is een vast onderdeel van de behandeling van patiënten met verslavingsproblematiek binnen de reguliere verslavingszorg. Deze interventie is effectiever dan een kort advies of standaardzorg (RR: 1,26; 95%-BI: 1,16-1,36).[13]

Vaak wordt tijdens de stoppen-met-rokenzorg aangesloten bij het motivatiestadium waarin een patiënt zich op dat moment zou bevinden. Volgens de stadiumgebaseerde ('stage-based') theorie doorlopen rokers namelijk een aantal stadia voordat ze succesvol kunnen stoppen, onder meer bewustwording, besluitvorming en uitvoering. Omdat stadiumgebaseerde interventies echter niet effectiever zijn dan vergelijkbare interventies die niet stadiumgebaseerd zijn,[14] hoeft het motivatiestadium niet langer betrokken te worden in de stoppen-met-rokenzorg.[15]

Individuele counseling Meestal bevat individuele counseling onderdelen van cognitieve gedragstherapie, zoals het identificeren van risicosituaties en het leren van vaardigheden om anders met deze risicosituaties om te gaan. Individuele counseling is effectiever dan simpele stopad-

Verslavingszorg Noord Nederland, Groningen.
Drs. R.C. van de Graaf, verslavingsarts.
Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, afd. Huisartsgeneeskunde, Maastricht.
Prof.dr. O.C.P. van Schayck, epidemioloog.
Contactpersoon: prof.dr. O.C.P. van Schayck (onno.vanschayck@hag.unimaas.nl).

viezen (RR: 1,39; 95%-BI:1,24-1,57). Er is geen verschil tussen meer of minder intensieve individuele counseling.[16]

Telefonische counseling Meerdere gesprekken met een telefonische hulplijn op initiatief van de patiënt zijn effectiever dan een eenmalig, kort, adviserend telefoongesprek of het ontvangen van zelfhulpmateriaal (RR: 1,38; 95%-BI: 1,28-1,49). Als telefonische counseling op initiatief van hulpverleners wordt toegevoegd aan individuele persoonlijke counseling of farmacotherapeutische behandeling, is dit effectiever dan een toegevoegde zelfhulpinterventie of een kort gesprek (RR: 1,27; 95%-BI: 1,20-1,36).[17]

Groepstherapie We weten dat groepstherapie effectiever is dan zelfhulpprogramma's of andere minder intensieve hulp (RR: 1,98; 95%-BI: 1,60-2,46). Er is echter geen bewijs dat groepsbehandelingen effectiever zijn dan individuele behandeling van dezelfde intensiteit.[18]

Schriftelijke zelfhulp Het geven van schriftelijke zelfhulp is niet effectiever dan geen interventie of dan ander geschreven materiaal, zoals een folder (RR: 1,06; 95%-BI: 0,95-1,18). Zelfhulpmateriaal met advies op maat lijkt wel effectiever dan geen hulpmiddelen of dan niet-aangepaste materialen (RR: 1,28; 95%-BI: 1,18-1,37).[19]

E-HEALTH

Er zijn steeds meer behandelinterventies beschikbaar via e-health, zeker sinds de behandelmogelijkheden van internet en mobiele telefonie kunnen worden gecombineerd met smartphones. De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van deze interventies als zelfstandige behandelmogelijkheden bij het stoppen met roken is beperkt.[20,21] Er kan wel een positief effect op het stoppen met roken worden verwacht van met name interventies via de mobiele telefoon of internet die op maat gemaakt kunnen worden, interactief zijn en sms-berichten verzenden. In de laatste jaren blijkt daarnaast een speciale vorm van e-health, namelijk advies op maat, te leiden tot significante meer mensen die stoppen met roken; ook blijken deze interventies kosteneffectief te zijn (Cheung KL, et al, schriftelijke mededeling, 2017).

FARMACOTHERAPIE

Op farmacotherapeutisch gebied zijn er verschillende opties.

Nicotinevervangende middelen Er zijn verschillende vormen van nicotinevervangende middelen (NVM) beschikbaar: pleister, zuigtablet, sublinguale tablet en kauwgom. Een pleister geeft een geleidelijkere afgifte dan de andere vormen. NVM zijn 'over the counter' (OTC) verkrijgbaar, maar worden dan niet vergoed door de zorgverzekeraar. Bij OTC-middelen is het belangrijk dat de dosering van de NVM niet te laag gekozen wordt, bijvoorbeeld vanwege de prijs, omdat de medicatie dan minder effectief is. NVM worden wel vergoed als ze in combinatie met een bewezen effectieve gedragsmatige begeleiding zijn voorgeschreven door een arts. Juist de combinatie van gedragsmatige ondersteuning en NVM vergroot namelijk de succeskans.

Alle vormen van NVM zijn effectiever dan placebo (RR: 1,60; 95%-BI: 1,53-1,68), en er is geen verschil qua effectiviteit tussen de diverse NVM-vormen.[22] Verder is een combinatie van meerdere NVM-vormen effectiever dan één NVM-vorm (RR: 1,34; 95%-BI: 1,18-1,51).[22] Het wordt aanbevolen te kiezen voor een combinatie van een langwerkende (nicotinepleister) en een snelwerkende vorm (nicotinezuigtablet of -kauwgom). NVM worden in de CBO-richtlijn (2009) en NHG-standaard (2009) gezien als eerste stap, voornamelijk vanwege het relatief gunstige bijwerkingenprofiel en de ruime ervaring met deze middelen. NVM kunnen ook worden gebruikt door adolescenten, zwangere vrouwen en mensen met comorbide lichamelijke of psychiatrische aandoeningen.

Partiële nicotinereceptoragonisten In Nederland is de partiële nicotinereceptoragonist varenicline geregistreerd voor het stoppen met roken. Ook cytisine, dat een vergelijkbaar werkingsmechanisme heeft als varenicline, is via internet verkrijgbaar – maar niet op recept. Varenicline is effectiever dan placebo (RR: 2,24; 95%-BI: 2,06-2,43), ook bij gebruik van een lagere dosering dan gebruikelijk (1 mg per dag) (RR: 2,08; 95%-BI: 1,56-2,78).[23] De meest genoemde bijwerking is misselijkheid. Het gebruik van varenicline leidt niet tot meer – ernstige of niet-ernstige – bijwerkingen dan placebo.[23] Het risico op bijwerkingen is kleiner bij gebruik van een lagere dosering. Ook cytisine is effectiever dan placebo (RR: 3,98; 95%-BI: 2,01-7,87). De bijwerkingen van cytisine zijn onvoldoende bekend.[23]

Antidepressiva De effectiviteit en veiligheid van bupropion en nortriptyline bij het stoppen met roken zijn inmiddels vrij goed onderzocht. Bupropion is in Nederland geregistreerd voor de indicatie stoppen met roken, in tegenstelling tot nortriptyline, dat hiervoor offlabel wel wordt voorgeschreven.

Het werkingsmechanisme van bupropion voor zowel het antidepressieve effect als de invloed op stoppen met roken is niet precies bekend.[24] Het geneesmiddel is effectiever dan placebo (RR: 1,62; 95%-BI: 1,49-1,76). Bij het voorschrijven van bupropion moet gelet worden op contra-indicaties (onder andere lever- en nierfunctiestoornissen, insultgevoeligheid en anorexia nervosa) en interacties met andere medicatie (onder andere diverse antidepressiva, antipsychotica, antihistaminica en bètablokkers).[24] Een mogelijk voordeel van bupropiongebruik is dat een bijkomende depressie tegelijkertijd behandeld kan worden.[24] De meest genoemde bijwerkingen zijn insomnie (30-40%), droge mond (10%) en misselijkheid;[25] er is een klein risico op convulsies (0,1%). Er is geen significant verschil in effectiviteit tussen dagdoseringen van 150 en 300 mg; een lagere dosering leidt mogelijk tot minder bijwerkingen.

Ook van nortriptyline is het precieze werkingsmechanisme bij stoppen met roken onbekend. Nortriptyline is effectiever dan placebo (RR: 2,03; 95%-BI: 1,48-2,78).[25] Een voordeel van nortriptyline ten opzichte van NVM en nicotinereceptoragonisten is dat een bijkomende depressie eveneens behandeld kan worden. Net als bij bupropion moet goed gelet worden op eventuele contra-indicaties (onder andere hart- en vaatziekten, en ernstige lever- of nierfunctiestoornissen) en interacties met andere medicatie (onder andere bupropion). De meest genoemde bijwerkingen van nortriptyline zijn sedatie, droge mond, lichtheid in het hoofd en obstipatie. Er zijn geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd.[25]

Er is geen significant verschil wat betreft effectiviteit tussen bupropion en nortriptyline.[25] Nortriptyline is goedkoper dan bupropion, wat van belang kan zijn bij de keuze voor dit middel. Mits gecombineerd met gedragsmatige behandeling worden beide middelen wel vergoed door de zorgverzekeraar.

TABEL Relatieve effectiviteit van verschillende stoppen-met-rokeninterventies

interventie	RR (95%-BI)*
stopadvies van zorgverlener	
minimaal stopadvies van arts is effectiever dan geen advies	1,76 (1,58-1,96)
intensief advies is effectiever dan minimaal advies	1,37 (1,20-1,56)
stopadvies van verpleegkundige is effectiever dan geen advies	1,29 (1,20-1,39)
motiverende gespreksvoering	
motiverende gespreksvoering is effectiever dan minimaal advies	1,26 (1,16-1,36)
individuele counseling	
individuele counseling is effectiever dan minimaal advies	1,39 (1,24-1,57)
telefonische counseling	
telefonische hulplijn is effectiever dan eenmalig, kort, adviserend telefoongesprek of zelfhulpmateriaal	1,38 (1,28-1,49)
groepstherapie	
groepstherapie is effectiever dan zelfhulpprogramma's	1,98 (1,60-2,46)
schriftelijke zelfhulp	
advies op maat is effectiever dan geen hulpmiddelen of niet-aangepaste materialen	1,28 (1,18-1,37)
NVM	
alle vormen van NVM zijn effectiever dan placebo	1,60 (1,53-1,68)
combinatie van meerdere NVM-vormen is effectiever dan één NVM-vorm	1,34 (1,18-1,51)
partiële nicotinereceptoragonist	
varenicline is effectiever dan placebo	2,24 (2,06-2,43)
cytisine is effectiever dan placebo	3,98 (2,01-7,87)
antidepressiva	
bupropion is effectiever dan placebo	1,62 (1,49-1,76)
nortriptyline is effectiever dan placebo	2,03 (1,48-2,78)

NVM = nicotinevervangende middelen.
* Het relatieve risico (RR) geeft de kans weer op stoppen met roken gedurende minimaal 6 maanden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Alleen bewezen effectievere interventies zijn weergegeven.

E-SIGARET

Het gebruik van de e-sigaret is de afgelopen jaren sterk toegenomen, ook als middel om het roken van tabak te reduceren of om te stoppen met roken. Zo'n 15% van de rokers gebruikt de e-sigaret bij de rookstoppoging.[26] De e-sigaret met nicotine is niet effectiever dan nicotinepleisters (RR: 1,26; 95%-BI: 0,68-2,34).[27]

Mogelijk zijn nicotinebevattende e-sigaretten wel effectiever dan nicotinepleisters bij het reduceren van het aantal gerookte sigaretten (RR: 1,41; 95%-BI: 1,20-1,67). De feitelijke effectiviteit van de vermindering van het aantal sigaretten dat gerookt wordt, ook wel 'harm'-reductie genoemd, staat echter ter discussie. Belangrijk is dat de langetermijneffecten van e-sigaretten onbekend zijn.

ALTERNATIEVE METHODEN

In Nederland is een divers aanbod van alternatieve therapieën voor stoppen met roken, zoals hypnotherapie, lasertherapie, elektrostimulatie en acupunctuur. De effectiviteit van deze methoden ten opzichte van placebo is niet aangetoond.[28]

ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

In de tabel is de relatieve effectiviteit van de bewezen effectieve interventies samengevat.

De adviezen in dit overzichtsartikel zijn niet wezenlijk anders dan die uit eerdere richtlijnen van het CBO en het NHG uit 2009 of dan die uit de recente herziening van deze CBO-richtlijn uit 2016.[29] Het enige feitelijke verschil is dat in de laatste genoemde richtlijn wordt aanbevolen de gedragsmatige ondersteuning af te stemmen op het motivatiestadium van de roker, hoewel er geen verschil wordt gevonden in effectiviteit tussen onderzoeken die wel of niet gebruikmaken van stage-based ondersteuning; wij adviseren om dit juist niet te doen. Dat doen wij niet alleen omdat de effectiviteit niet bewezen is, maar ook omdat we al meer dan 10 jaar vanuit de verslavingsleer weten dat de behandeling van patiënten met een verslaving geen logische opeenvolgende stadia kent maar

veeleer afgestemd moet worden op de stemmingen en al dan niet ingrijpende gebeurtenissen die in het leven van de roker plaatsvinden.[15]
Een medisch consult is bij uitstek een goed moment om het roken van de patiënt te bespreken. Een stopadvies op maat moet een standaardonderdeel zijn van het consult, waarbij niet alleen de reden waarom en de beschikbare hulpmethoden moet worden besproken, maar ook de effecten op de eventueel aanwezige kinderen in het gezin en de directe omgeving.
De basis van de stoppen-met-rokenbegeleiding is gedragsmatige begeleiding. Deze kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden, al is groepstherapie niet voor iedereen geschikt. Gedragsmatige begeleiding kan eventueel aangevuld worden met schriftelijke zelfhulpmaterialen, telefonische counseling en e-health, die zijn aangepast aan de individuele patiënt.
De effectiviteit van de behandeling kan verder vergroot worden door het toevoegen van farmacotherapie. De eerste keus is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of –kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel van NVM. Deze middelen kunnen ook gebruikt worden door adolescenten, zwangere vrouwen en mensen met ernstige psychiatrische comorbiditeit; bij deze groepen zijn de effectiviteit en de bijwerkingen echter minder goed onderzocht.
Ook varenicline, bupropion en nortriptyline zijn effectief bij het stoppen met roken; hiervan lijkt varenicline het effectiefst te zijn.[30] Deze middelen hebben meer contra-indicaties en potentiële bijwerkingen, waardoor een goede indicatiestelling en intensievere monitoring van belang zijn. Hoewel cytisine effectief is, is dit nog niet in Nederland op recept verkrijgbaar.
De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan NVM en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht, terwijl de bijwerkingen van NVM wel afdoende bekend zijn. Ook in het kader van harmreductie zijn nog geen definitieve uitspraken te doen.
Rokers die ondanks goede stoppen-met-rokenbegeleiding bij de huisarts of op de rookstoppoli van het ziekenhuis niet kunnen stoppen met roken, zouden verwezen moeten kunnen worden naar de verslavingszorg.

VERVOLG CASUS

BEHANDELING ROKENDE VADER

Omdat de man uit de casus aan het begin van dit artikel gemotiveerd is om te stoppen met roken en zelf om hulp vraagt, is het belangrijk zijn hulpvraag serieus te nemen en behandeling aan te bieden. Eerst moet nadere diagnostiek gedaan worden, omdat er aanwijzingen zijn dat het om vrij complexe verslavingsproblematiek gaat. De man geeft aan een slechte conditie te hebben en gezien het aantal pakjaren (schatting: 33-35) is het verstandig zijn lichamelijke toestand te onderzoeken.
Het rookgedrag van de vrouw kan van grote invloed zijn op het wel of niet slagen van de rookstoppoging van de man. De huisarts moet daarom zicht krijgen op het rookgedrag van de man en de rol die het roken speelt in het gezamenlijke leven van beide partners. Ook lijkt het van belang meer inzicht te krijgen in het rookgedrag van de familie, in elk geval van de zijde van de man. Met deze inzichten kan bepaald worden welke behandeling optimaal is. Bij een matig tot ernstige tabaksverslaving en een rokende partner zou idealiter ook de vrouw meebehandeld moeten worden (gezinsbehandeling).
De behandeling van de man bestaat uit gedragsmatige behandeling en farmacotherapie, waarbij in zijn geval goed gelet moet worden op het ontstaan van slaapstoornissen en somberheid. De detoxificatieperiode duurt over het algemeen enkele weken en deze man behoeft naar alle waarschijnlijkheid matig intensieve begeleiding en monitoring. De huisarts moet beoordelen of deze begeleiding gedaan kan worden in de huisartsenpraktijk of dat gespecialiseerde verslavingszorg geconsulteerd moet worden.

ROKEN VOORKOMEN BIJ KINDEREN

Beginnen met roken wordt voor een belangrijk deel bepaald door erfelijke belasting en door het rookgedrag en de attitude ten aanzien van roken in het gezin. Zien roken doet naar alle waarschijnlijk zelf roken, en dit geldt ook voor meeroken. Kinderen van rokende ouders hebben zo'n 2-3 keer meer kans om zelf te gaan roken. Nadat een kind is begonnen met roken bepalen vooral diens erfelijke aanleg en unieke omgeving in toenemende mate of het roken wordt doorgezet en of er een tabaksverslaving ontstaat.
Het beste wat de huisarts kan doen om te voorkomen dat de kinderen zelf gaan roken is zowel hun vader als moeder te ondersteunen bij stoppen met roken. Daarnaast is het van belang dat de ouders weten wat hun rookgedrag doet met hun kinderen en is het verstandig dat de ouders leren om de juiste opvoedstrategieën te hanteren. Hiervoor kunnen de ouders hulp vragen bij de jeugdgezondheidszorg of verslavingszorg.

TIJDIGE INTERVENTIE

Achteraf is het makkelijk praten, maar toen de huisarts de vrouw ruim 13 jaar geleden adviseerde te stoppen met roken vanwege gebruik van de orale anticonceptiepil was er gelegenheid om uitgebreider stil te staan bij het roken en de man te betrekken bij het rookstopadvies. Tijdens dit gesprek had een eventuele kinderwens en de relatie met roken al besproken kunnen worden. Op de momenten dat de vrouw de pil stopte en toen de kinderen werden geboren waren er wederom aanleidingen om over het belang van het stoppen met roken te beginnen.
Het stel geeft aan niet in huis te roken, maar tabaksrookdeeltjes komen via de haren en kleding toch het huis binnen ('derdehands rook') en dit is ook schadelijk voor de kinderen. Bovendien rookt 92% van de rokende ouders in het bijzijn van hun kinderen, binnens- of buitenshuis. Zien roken doet roken, en meeroken ('tweedehands rook') schaadt kinderen. Hoe langer kinderen worden blootgesteld aan tabaksrook en rookgedrag binnen het gezin, hoe groter de kans dat zij zelf gaan roken.

LEERPUNTEN

- **Om rokers te helpen te stoppen met roken is het van belang dat artsen het roken bespreekbaar maken tijdens het medisch consult. Tijdens dit consult moet er aandacht zijn voor eventuele gezinsleden, zoals kinderen.**
- **De basis van de hulp bij stoppen met roken is gedragsmatige begeleiding.**
- **De eerste keus bij stoppen met roken is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of -kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel.**
- **De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan nicotinevervangende medicatie en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht.**

In deze serie publiceren wij artikelen over roken. De onderwerpen lopen uiteen van de gezondheidseffecten van roken tot de kosten voor de samenleving en de preventie van roken onder jongeren.

Belangenconflict en financiële ondersteuning voor dit artikel: O.C.P. van Schayck ontving een onderzoeksubsidie van Pfizer.

Aanvaard op 21 december 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1131

KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1131

LITERATUUR

1 Mackenbach JP. Nederland rookvrij: dokters spreken zich uit. Nu de politiek nog. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;160:D310.
2 KNMG-Standpunt Tabaksontmoediging. Naar een rookvrije samenleving. Utrecht: KNMG; 2016.
3 Bommelé J, van Laar M, Kleinjan M. Notitie Zien roken, doet roken? Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
4 De Looze M, Van Dorsselaer S, De Roos S, et al. HBSC 2013: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2014. p. 160.
5 Van Dorsselaer S, Tuithof M, Verdurmen J, Spit M, van Laar M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
6 Van de Graaf RC. Verslaafde ouder is risico voor kind. Med Contact (Bussum). 2016;40:47.
7 Ter Weijde W, Croes E. Roken: een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
8 Willemsen MC, Wagena EJ, van Schayck CP. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:922-7.
9 ITC Netherlands National Report. Findings from the wave 1 to 8 surveys (2008-2014). Waterloo: University of Waterloo; 2015.
10 Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD000165.
11 Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD001188.
12 Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam: TNS; 2006.
13 Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD006936.
14 Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(11):CD004492.
15 West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction. 2005;100:1036-9.
16 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001292.
17 Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD002850.
18 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001007.
19 Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001118.
20 Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD007078.
21 Graham AL, Carpenter KM, Cha S, et al. Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. Subst Abuse Rehabil. 2016;7:55-69.
22 Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(11):CD000146.
23 Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):CD006103.

24 Hurt RD, Ebbert JO, Taylor Hays J, McFadden DD. Pharmacologic interventions for tobacco dependence. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. The ASAM principles of addiction medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014. p. 811-22.
25 Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD000031.
26 Verdurmen J, Monshouwer K, Van Laar M. Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
27 Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD010216.
28 White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1(1):CD000009.
29 CBO Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
30 Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016;387:2507-20.

OPINIE

Noor Rikkers-Mutsaerts
kinderarts-pulmonoloog LUMC, Leiden

Ronald de Moor
kinderarts St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

Monique Trijbels-Smeulders
kinderarts behandelcentrum Heideheuvel

prof. Paul Brand
kinderarts-pulmonoloog Isala, Zwolle



Laat kinderen rookvrij opgroeien

ALLE DOKTERS MOETEN MEEHELPEN OM HET ROKEN TE ONTMOEDIGEN

Elke dag beginnen meer dan honderdvijftig kinderen met roken. Het antirookbeleid van de overheid stelt teleur. Kinderartsen roepen op om de ernstige risico's van roken en meeroken aan te kaarten tijdens consulten.

De schadelijke effecten van roken op de gezondheid zijn bij elke arts bekend. Ook de meeste rokers weten inmiddels wel dat roken ongezond is. Mede door maatregelen van de overheid is roken zo langzamerhand not done. Maar klopt dat beeld wel? Nederlandse artsen kunnen nog veel leren over de schadelijke effecten van roken voor de gezondheid van kinderen en moeten meer doen om kinderen hiertegen te beschermen. De Nederlandse overheid heeft de plicht om de gezondheid van haar minderjarige onderdanen te beschermen. Ze moet haar uiterste
best doen om te bevorderen dat kinderen niet beginnen met roken, en moet maatregelen nemen zodat jonge kinderen niet kunnen worden blootgesteld aan de giftige tabaksrook van volwassenen.

Dodelijke verslaving
Roken is geen vrije keuze, maar een verslavingsziekte. De impact van roken is groter dan die van alle andere verslavingen bij elkaar. Roken doodt de helft van zijn permanente gebruikers. Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer twintigduizend volwassenen aan de gevolgen van roken, de helft daarvan al voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Bijna alle rokers beginnen met roken tijdens hun puberjaren. De eerste sigaret wordt doorgaans opgestoken als experiment, om stoer te doen, of om mee te doen. Door smaakstoffen als suiker, vanille en chocola toe te voegen, probeert de tabaksindustrie de vieze smaak van het roken te camoufleren. Door ammo-niak wordt de nicotine snel in het brein opgenomen, waar veranderingen bewerkstelligd worden die de volgende sigaret nog aantrekkelijker maken. Pubers die twee of meer sigaretten per week roken vertonen al lichamelijke en psychische verschijnselen van verslaving.

Kinderen van rokende ouders gaan zelf eerder roken

Kinderen
In Nederland beginnen elke dag meer dan honderdvijftig kinderen tussen de 10 en 18 jaar met roken. Honderd van hen gaan dat dagelijks doen en ongeveer de helft hiervan zal permanent verslaafd raken. De helft van deze verslaafden overlijdt aan hun rookverslaving. Elke dag opnieuw: 25 kinderen die aan het roken zullen overlijden.
6 procent van de zwangeren in Nederland rookt, waardoor jaarlijks elfduizend baby's al in de baarmoeder worden blootgesteld aan een cocktail van giftige stoffen. Als geen enkele aanstaande moeder zou roken, zouden er bijna 30 procent minder vroeggeboortes zijn. Baby's die tijdens de zwangerschap meeroken met hun moeder hebben na de bevalling een verminderde longfunctie, en een aanzienlijk grotere kans op terugkerende klachten van piepen en benauwdheid. Ook hebben ze een lager geboortegewicht.
Kinderen die na de geboorte blootstaan aan tabaksrook in hun omgeving hebben vaker oorontsteking, hebben een twee keer zo hoge kans om te overlijden aan wiegendood, hebben vaker astma en hebben dan ook meer en ernstigere astmaaanvallen. En kinderen van rokende ouders gaan zelf eerder roken en worden gemakkelijker verslaafd. Zo wordt de dodelijke gewoonte van het roken van de ene op de andere generatie doorgegeven.

Hippe smaakstoffen
De tabaksindustrie verliest jaarlijks een groot deel van zijn gebruikers omdat ze overlijden aan de schadelijke gevolgen van het roken. De jeugd is dus ook voor de tabaksindustrie de toekomst: zij vormen de *replacement smokers*, zoals de industrie ze zelf noemt. Pakjes worden glanzender en kleuriger gemaakt: stoere verpakkingen voor de jongens, lipstick- en blingblingpakjes die meisjes aanspreken. Hippe smaakstoffen vrijmaken in een sigaret door in het filter te knijpen. De tabaksindustrie trekt alle registers open om de jeugdige aspirant-roker over de streep te trekken. Ondanks het reclameverbod op tabak in Nederland wordt roken door Nederlandse jongeren nog altijd als stoer ervaren, een imago dat door de tabaksindustrie zorgvuldig wordt gekoesterd.

WAT KUNNEN ARTSEN DOEN?

- Vraag rookgewoontes van ouders en kind na bij elk consult, ook als het kind geen luchtwegklachten heeft.
- Als kind of ouders zeggen te roken: vraag toestemming om rookgewoontes te bespreken.
- Ruim tijd in om rookgedrag te bespreken, maak zo nodig afspraak voor nieuw consult.
- Gebruik open vragen om te exploreren waarom het kind (of de ouder) rookt, wat voor hem/haar de voordelen van het roken zijn.
- Toon oprechte interesse voor deze redenen, vraag door, (ver)oordeel niet.
- Vat samen en reflecteer op rookgedrag: dit brengt ambivalentie over het roken meestal voor het voetlicht.
- Als kind of ouder motivatie om te stoppen aangeeft: bied hulp, verwijs naar rookstopprogramma of -specialist.

Bron: Pauline Dekker en Wanda de Kanter, *Motiveren kun je leren*

NVK CONGRES

Om het gaan roken door en meeroken van kinderen zoveel mogelijk te beperken, heeft de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) onlangs de commissie NoSmoKind! opgericht. De commissie zal op het NVK-congres dat dezer dagen plaatsvindt een lans breken voor het recht van kinderen om rookvrij op te groeien. Er zal worden gediscussieerd over waarom het nodig is dat we (mee)roken van kinderen voorkómen en hoe we dat moeten gaan doen.
Kinderartsen krijgen toegang tot een register van gekwalificeerde professionals die ouders en jongeren kunnen begeleiden bij het stoppen met roken. De campagne wordt ingeluid met een symposium onder de titel 'Roken en kinderen: wat kunt u als kinderarts doen', met als gastsprekers de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker, oprichters van de stichting Rookpreventie jeugd en voorvechters van het eerste uur.

Ieder kind heeft het recht om op te groeien in een rookvrije omgeving. Laten we als Nederlandse artsen de handen ineenslaan en onze verantwoordelijkheid nemen om dit mogelijk te maken en daarnaast de Nederlandse overheid aanspreken om ook het hare te doen.

Antirookbeleid
Het gemak waarmee rookverslaving begint, staat in schril contrast met de moeite die het individuele rokers kost om er weer vanaf te komen. Om de schadelijke gevolgen van roken op populatieniveau te beperken hebben maatregelen die voorkómen dat de verslaving ontstaat dan ook veel meer effect. Antirookmaatregelen van de overheid spelen daarin een doorslaggevende rol.
In landen met een stevig antirookbeleid neemt het aantal vroeggeboortes en het aantal ziekenhuisbezoeken van kinderen met een astma-aanval met 10 procent af. Het Nederlandse antirookbeleid is bescheiden ten opzichte van dat van andere Europese landen. Nederland blijft vooral achter met de prijs van tabaksproducten, uitgaven aan informatiecampagnes, gezondheidswaarschuwingen op sigarettenpakjes en rookverboden op de werkplek en in de horeca.

Terughoudend
In september van dit jaar heeft de Stichting Rookpreventie Jeugd de Nederlandse staat voor de rechter gedaagd, omdat de staat zich onvoldoende zou houden aan het verdrag van de WHO Framework Convention on Tobacco Control (2005), dat Nederland mede ondertekend heeft. Een mogelijke reden voor het relatief terughoudende Nederlandse antirookbeleid zou het aanzienlijk financiële belang kunnen zijn: elk jaar incasseert de Nederlandse staat circa 2,4 miljard euro aan accijns op tabak. Ter vergelijking: de staat geeft dit jaar slechts 5 miljoen uit voor antirookbeleid.

Ontmoedigen
Ook Nederlandse artsen kunnen meer doen aan de ontmoediging van het gaan roken of het meeroken van kinderen. Uit onderzoek in Limburg blijkt dat slechts één op de tien artsen meeroken van kinderen altijd met ouders bespreekt.
De zorg voor kinderen strekt zich uit van ver voor de geboorte tot 18 jaar. In die tijdspanne hebben ouders en hun (ongeboren) kind regelmatig contact met de gezondheidszorg. Het zou veel effect hebben als verloskundigen, gynaecologen, consultatiebureauartsen en verpleegkundigen, schoolartsen, huisartsen en de kinderarts het probleem van meeroken en gaan roken bij elk consult in de spreekkamer aanhangig zouden maken (zie *kader* op blz. 2205). Daarbij past een open, belangstellende, niet-oordelende en steunende houding. Technieken van motiverende gespreksvoering kunnen helpen om
mensen in de richting van een gezondere leefstijl te helpen bewegen.
Een eenmalig stopadvies door een dokter heeft al een succespercentage van 5 procent. Als in zo'n gesprek de interne motivatie van mensen om te stoppen met roken wordt aangesproken – in vrijwel iedere roker zit tenslotte een stopper – neemt het effect toe. Als alle artsen deze aanbevelingen ter harte zouden nemen, zouden wij letterlijk levens kunnen redden. ■

In vrijwel iedere roker zit een stopper

Alle auteurs zijn lid van de commissie NoSmoKind! van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

contact
e.r.v.m.rikkers-mutsaerts@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de referenties vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Eva Nyst
e.nyst@medischcontact.nl
@medischcontact

GRONINGSE VERSLAVINGSARTS HEEFT TABAK UIT ZIJN JEUGDKLINIEK VERBANNEN

‘Ik wil instellingen rookvrij maken’

Het nieuwe KNMG-standpunt Tabaksontmoediging staat voor een ban op tabak in het openbare leven. De KNMG roept artsen op een rolmodel te zijn en roken te ontmoedigen. De Groningse verslavingsarts Robert van de Graaf houdt zijn jongerenkliniek DOK3 nu al twee jaar rookvrij.

Als er één zin gevleugeld is in het jeugdwerk dan is dat wel: ‘Zullen we even een sigaretje doen?’ Samen roken wordt door veel zorgverleners gezien als een goede manier om contact te maken met probleemjongeren. Tabak is soms ook een pressiemiddel: ‘Als je je kamer niet opruimt, dan mag je geen sigaret roken.’ Verslavingsarts Robert van de Graaf weigerde in zijn Groningse jeugdkliniek DOK3 zich hiervan te bedienen. Sinds twee jaar is zijn gesloten behandelcentrum voor jongeren met gedragsproblemen, een licht verstandelijke beperking, psychiatrische stoornissen of verslavingen rookvrij.

Wat wil dat zeggen: rookvrij?
‘Patiënten en medewerkers roken niet binnen en niet op de buitenterreinen. Niemand moet stoppen met roken, het blijft een eigen keuze. Maar tijdens het verblijf binnen de muren van DOK3 moet je het roken even laten. Alle medewerkers en patiënten krijgen scholing over de effecten van (mee)roken. We praten ook met de gezinnen van de patiënt en andere betrokken hulpverleners over roken. Voor patiënten zijn er ondersteunende interventies, nicotinepleisters, cognitieve gedragstherapie en EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*, *red.*).’

Waarom zette u die stap?
‘Vrijwel alle jongeren die in onze kliniek kwamen rookten. Voorheen raakte de enkeling die dat niet deed bij ons alsnog verslaafd aan tabak. Medewerkers rookten met de jongeren en het interne winkeltje verkocht naast shampoo en tandpasta ook sigaretten, zelfs aan kinderen onder 16 jaar als ze toestemming van hun ouders hadden gekregen. Absurd natuurlijk. In andere instellingen in de ggz zie je ook dat roken erg geaccepteerd is en zelfs wordt aangemoedigd. Rooktijden zijn vaak een vast onderdeel in een behandelprogramma. Roken als verslaving is eigenlijk altijd genegeerd door de verslavingszorg in Nederland. Dit zie ik graag veranderen.’

Wat vertelt u de jongeren?
‘We zeggen tegen ze: “Je hoeft van ons niet te stoppen, maar je mag niet roken zolang je binnen de muren van onze instelling bent. We willen je hiermee helpen om gemotiveerd te raken om te stoppen en we willen in ieder geval voorkomen dat je hier begint met roken of meer gaat roken dan je al deed.” Als ze vrijwillig zijn opgenomen kunnen ze weg, maar dat doet eigenlijk niemand.

TIPS VOOR EEN ROOKVRIJE KLINIEK

- Zorg dat de instelling volledig rookvrij wordt. Half rookvrij leidt snel tot problemen.
- Een instelling maak je rookvrij vanuit een visie op verslavingen. Rookvrij beleid betekent niet dat mensen moeten stoppen met roken, dat bepalen ze zelf. Het is bedoeld om mensen te helpen de keus te maken om te stoppen.
- Bepaal tijdig het moment dat de instelling rookvrij wordt en neem genoeg tijd om het personeel te scholen en voor te bereiden.
- Regel dat je rondom die datum met je implementatieteam de tijd hebt om details uit te werken en houd goed contact met de werkvloer en de directie.
- Voer een goed behandelbeleid voor tabaksdetox en stoppen-met-roken-behandeling.


KEES VAN DE VEEN

Verslavingsarts Robert van de Graaf: ‘Sinds de kliniek rookvrij is, is er meer rust in het behandelklimaat’.

Ze komen hier voor andere problemen en nemen de rookvrije omgeving voor lief. We zien tabak hetzelfde als andere psychoactieve stoffen. Want xtc, GHB, cocaïne, alcohol en tabak, het is toch allemaal één pot nat.’

> ‘xtc, GHB, cocaïne, alcohol en tabak, het is allemaal één pot nat’

Een tevreden roker is geen onruststoker, luidt het gezegde. Was er onrust toen de kliniek rookvrij werd?
‘Veel collega’s waren bang dat het onrustig zou worden. Het tegendeel was waar, er is sindsdien juist meer rust in het behandelklimaat. We voerden eigenlijk gewoon een beleidsverandering in en dat leidt altijd wel tot een portie weerstand. Dat werkte bij enkele – vooral rokende – medewerkers en patiënten nog wel een tijd door; sommige jongeren rookten bijvoorbeeld stiekem op hun kamer en dat is nog steeds wel zo. Het is nou eenmaal een verslavingsziekte. Maar nu weten jongeren dat we rookvrij zijn en zijn ze voor de opname al aan het minderen of zelfs gestopt als ze binnenkomen. Ook familieleden stoppen met roken of overwegen dit; een sneeuwbaleffect. Groot knelpunt zijn nu die paar medewerkers die nog roken in hun pauzes. De kinderen merken het onmiddellijk en klagen erover. Ze vinden het oneerlijk en krijgen zelf ook zin in een sigaret. Het kan helpen om het personeel de keus te geven: of roken tijdens een onbetaalde pauze of niet-roken en dan de pauzes betaald krijgen. In een Britse ggz-instelling is dit succesvol gebleken om de meeste medewerkers te laten stoppen met roken tijdens werktijd.’

Problematiseren
Volgens de tabakswet moeten instellingen in de zorg een rookverbod instellen en voor hun werknemers een rookvrije werkplek creëren. Maar ze mogen wel uitzonderingen maken voor privéruimtes, want het is volgens de wet ‘om principiële en praktische redenen moeilijk om mensen in hun eigen privésfeer te dwingen niet te roken’. En zo kunnen kinderen in jeugdinstellingen en psychiatrisch patiënten in de geestelijke gezondheidszorg tijdens een opname gewoon doorroken. Vaak roken ze tijdens de opname nog meer dan thuis. Maar ja, vindt Van de


KEES VAN DE VEEN

ROBERT VAN DE GRAAF

Robert van de Graaf (41) doet promotieonderzoek naar tabaksverslaving in de zorg en werkt als verslavingsarts bij Verslavingszorg Noord Nederland. Hij is bestuurslid van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN). Vanuit VVGN heeft hij zitting in Partnership Stoppen met Roken en Alliantie Nederland Rookvrij. Van de Graaf schrijft mee aan de landelijke richtlijn Detox en aan de revisie van de CBO-richtlijn Tabaksverslaving, die beide eind 2016 verschijnen. Hij is initiatiefnemer van 'Rook de zorg uit!', een beweging die gaat voor een rookvrije zorg.

Graaf, je moet een behandelcontext toch gezond maken? 'Dat is het fascinerende van verslaving, het heeft alles met context te maken. Veel van de Amerikaanse soldaten die in Vietnam heroïne gebruikten, hielden daar bij thuiskomst weer mee op. Want in de Verenigde Staten is heroïne not done, net als in Nederland. Wij vinden heroïne erg slecht, ik merk dat ook aan de jongeren die hier komen. Ze hebben alles gebruikt, maar vrijwel nooit heroïne. Roken daarentegen is maatschappelijk geaccepteerd. Als je de zware last van alcohol en roken wil terugdringen, moet je dat problematiseren.'

'Ik richt me op het rookvrij maken van instellingen'

Niet faciliteren

Van de Graaf problematiseert er lustig op los. 'De longartsen De Kanter en Dekker richten zich op het voorkómen dat kinderen gaan roken, ik richt me op het rookvrij maken van instellingen en zorgverleners', zegt Van de Graaf. DOK3 is nu rookvrij, andere locaties van zijn werkgever Verslavingszorg Noord Nederland probeert hij ook zover te krijgen. Hij reist door het land om lezingen te geven en spreekt met bestuurders, beleidsmakers en zorgverleners. 'Vanuit de psychiatrie, jeugdzorg, thuiszorg, maar ook ziekenhuizen, vragen mensen me hoe ze hun zorginstelling rookvrij kunnen maken.' Vaak gaan gesprekken over de rookplekken naast de ingang van een ziekenhuis waar de patiënten en de witte jassen samen staan te roken. 'Volgens mij moet je het roken niet faciliteren, maar mensen aanbieden ze te helpen met hun verslavingsziekte. Het kan zijn dat rokers op straat gaan roken en niet meer bij de ingang van de instelling; dat moet je maar voor lief nemen. Roken de zorg uit krijgen is een proces waar langzaam vaart in komt. Het is niet voldoende als ik onze kliniek rookvrij maak en kinderen komen daarna thuis in een doorrookte omgeving. Maar we moeten ergens beginnen en dan volgt de rest wel. En als artsen het signaal niet geven, wie moet de kar dan trekken?'

Gemiste kans

Een ziekenhuisopname is trouwens dé kans om iemand van zijn verslaving af te helpen, zegt Van de Graaf. 'Het probleem is alleen dat het personeel de forse ontwenningsverschijnselen van tabak niet altijd goed herkent. Vaak ontstaan psychische klachten, die tot uiting kunnen komen in lastig verslavingsgedrag. Zo'n gedwongen rookpauze is een geweldige kans voor de arts om over roken te informeren en voor de patiënt om een succeservaring met stoppen op te doen, bijvoorbeeld met nicotinepleisters en vooral goede begeleiding. Maar heel weinig artsen grijpen hem. Een deel van de ziekenhuizen heeft wel een stoppen-met-rokenpoli, maar die staat niet bij iedereen op het netvlies. Erger: we laten een patiënt met forse onthoudingssymptomen een contract tekenen dat hij tegen doktersadvies het ziekenhuis verlaat voor een sigaret of we rollen hem naar buiten met infuuspaal en al zodat ie voor de deur kan roken. Je moet ook weten dat de werking van medicijnen kan veranderen als iemand ineens stopt met roken. Daarom zou altijd overlegd moeten worden met een arts die verstand van tabaksverslaving heeft.'

Doorrookt huis

Ook in de directe omgeving van de opgenomen jongeren is nog een wereld te winnen. Niet alleen de patiënten die DOK3 in behandeling neemt, maar ook hun familieleden, vrienden en andere hulpverleners zijn vaak rokers. Van de Graaf ziet het als zijn taak om ook ouders bij te praten over de schade die roken aanricht en de relatie met andere verslavingen en psychopathologie. 'Dat heeft nog nooit iemand mij verteld dokter, zeggen ze dan vaak. Er zijn grote groepen in onze samenleving die geen idee hebben en massaal roken. Jongeren uit onze kliniek gaan in het weekend vaak naar ouders en komen dan in een doorrookt huis. Na het weekend komen ze terug en willen ze een astmatest omdat ze zo benauwd zijn geweest.' ■

Op blz. 52 licht de KNMG het nieuwe standpunt Tabaksontmoediging toe.

web
Eerder MC-artiklen over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

Sophie Broersen
s.broersen@medischcontact.nl
@medischcontact



KEES VAN DE VEEN

ANTIROKENBELEID ADEMT DOOR ALLE GELEDINGEN VAN HET ZIEKENHUIS

Frisse lucht rondom Nij Smellinghe

Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten afficheert zichzelf actief als een rookvrij ziekenhuis. Maar die boodschap slaagt pas als iedereen erbij betrokken wordt.

Wie met de auto het terrein van ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten oprijdt, kan er niet omheen. Op de slagboom is een sticker geplakt met de tekst 'Dit is een rookvrij terrein'. Klopt dat? Nog niet helemaal. Een jonge vader die zijn pas bevallen vrouw naar de auto begeleidt, steekt een sigaret op. En naast de hoofdingang is een fraai verstopte rookruimte gemaakt. Er staan een man of zes te paffen, twee met een infuuspaal.
Maar dat was het dan ook wel. Je hoeft niet door een wolk tabakswalm heen om het ziekenhuis binnen te komen. Het aantal peuken op de grond en in plantenbakken is aanmerkelijk lager dan bij veel andere ziekenhuizen. De Drachtenaren zijn goed op weg met hun streven naar een rookvrij ziekenhuis. Maar er is meer nodig dan een sticker op een slagboom, vertellen longverpleegkundige Jellie Miedema, anesthesioloog José van Gelder, bestuurder Theo Hiemstra en longarts Ben Reitsma. Miedema is de oudgediende van het stel; ze werkt al 27 jaar in het ziekenhuis. Ze was betrokken bij de oprichting van de rookstoppoli in het ziekenhuis, en daar werkt ze nog steeds. In 2004 viel dat op, een rookstoppoli: 'De lokale pers dacht dat het een 1 aprilgrap was.'



V.l.n.r: bestuurder Theo Hiemstra, longverpleegkundige Jellie Miedema, anesthesioloog José van Gelder en longarts Ben Reitsma



Jellie Miedema ziet patiënten het liefst al voor de opname een keer. 'Ik adviseer ze dan om thuis voor vertrek alle asbakken en sigaretten weg te halen.'

In de eerste jaren verwezen vooral cardiologen en longartsen naar Miedema, maar langzaamaan groeide de populariteit onder andere specialismen, vertelt Miedema: 'Internisten, mdl-artsen en gynaecologen wisten mij steeds vaker te vinden. En nadat José van Gelder zich met het roken begon te bemoeien, kwamen ook orthopeden, vaatchirurgen en kinderartsen daarbij.' Van Gelder is anesthesioloog en pijnspecialist. Het frustreerde haar dat de boodschap over de gevaren van roken niet altijd doordrong tot patiënten: 'Ik zie de gevolgen van tabaksverslaving op verschillende manieren terug. Vaatchirurgische ingrepen die niet nodig waren geweest als mensen nooit hadden gerookt, of kno-operaties bij kinderen van rokende ouders. Een deel daarvan was te voorkomen geweest. Ik vertel mensen ook over de extra risico's die ze lopen: een grotere kans op complicaties tijdens en na de operatie, een slechtere wondgenezing. Vaak kreeg ik een holle blik terug.' Longarts Ben Reitsma: 'Omdat mensen eraan toe moeten zijn om te stoppen, anders landt die boodschap niet. En dat is jammer, want op zich is een ziekenhuisopname een goed moment om te stoppen. De patiënt is bezig met gezondheid, en kan tijdens de opname niet roken. Tenminste, dat vragen wij onze patiënten. Dat klinkt logisch, maar tien jaar geleden was dat nog heel anders. Ik spreek mensen er ook op aan, als ik zie dat ze toch buiten staan te roken. Maar we bieden ook hulp als het moeilijk is om te stoppen, bijvoorbeeld met nicotinevervangers.' Miedema: 'Het liefste zie ik deze patiënten vooraf al een keer, want vaak gaat het in het ziekenhuis best goed, maar als ze weer thuis zijn, vervallen ze in oud gedrag, omdat daar de sigaretten klaar liggen. Ik adviseer ze: zorg voordat je weggaat dat alle asbakken en sigaretten weg zijn.'

LESSEN UIT DRACHTEN VOOR EEN ROOKVRIJ ZIEKENHUIS:

- Maak duidelijk dat het ziekenhuis een plek is waar mensen voor hun gezondheid komen. Dat het niet normaal is om daar te roken. Ook niet op de stoep voor de ingang. Laat patiënten weten dat ze geacht worden gedurende een opname niet te roken. Durf mensen daar – vriendelijk – op aan te spreken.
- Zorg voor goede hulp voor hen die willen stoppen. Dat kan een rookstoppoli zijn.
- Zorg dat alle specialismes het belang inzien van actief beleid met betrekking tot roken: in het ziekenhuis zijn mensen met hun gezondheid bezig, grijp dat gegeven aan. Vergeet daarbij zeker de kinderen niet. Geef zowel patiëntjes zelf extra voorlichting vóór de puberteit (een risicovolle periode voor starten met roken) als hun ouders (roken ze in omgeving van kind? Alleen maar buiten roken is niet genoeg om een kind te beschermen).
- Houd rekening met de specifieke kenmerken van de plaatselijke bevolking: in de regio rondom Drachten wonen relatief veel laaggeletterden. Nij Smellinghe ontwikkelt specifiek voorlichtingsmateriaal voor deze doelgroep.
- Stimuleer dat werknemers ook niet roken. In Nij Smellinghe mogen werknemers zelf ook gebruikmaken van de rookstoppoli.



'Er is meer nodig dan een sticker op een slagboom'

Rookvrij ziekenhuis
Om te zorgen dat die stoppen-met-rokenboodschap effect heeft, moet het hele ziekenhuis deze uitdragen, zegt Reitsma. Zie daar het idee achter het rookvrije ziekenhuis. Van Gelder is een van de mensen die zich daar hard voor maakt. Ze werd actief nadat ze hoorde van de rechtszaak die een longkankerpatiënte tegen de tabaksindustrie is gestart, onder de naam Sick of Smoking: 'Die patiënte doet dat ook om te voorkomen dat kinderen gaan roken. Dat spreekt mij aan: zorgen voor een gezondere omgeving. Ik vond dat wij daar als ziekenhuis meer aan moesten bijdragen.' Ze ging bij longverpleegkundige Miedema langs en samen gingen ze vrij letterlijk langs bij andere specialisten, met posters die patiënten moesten aanzetten tot stoppen met roken. De volgende stap was om het hele ziekenhuis mee te krijgen naar een rookvrije instelling. Ze kregen louter positieve reacties, zegt Van Gelder: 'De tijd was er rijp voor; ik denk doordat er de afgelopen jaren veel maatschappelijke aandacht is geweest voor roken. Als we dit vijf jaar eerder hadden gedaan, was het lastiger geweest.' De ziekenhuisleiding is enthousiast over het initiatief van een rookvrij ziekenhuis, zegt Theo Hiemstra, lid van de raad van bestuur: 'Ik vind dat we als ziekenhuis een belangrijke rol in de regio kunnen spelen, door voorloper op dit gebied te zijn. Binnen het ziekenhuis betekent het dat iedereen die hier werkt moet meedoen: het is niet alleen een feestje van de longartsen; iedereen is actief om mensen met een rookverslaving te helpen, en dat gaat verder dan adviseren te stoppen of een rookstoppoli in te richten. Buiten ons huis betekent het dat we verbinding zoeken met andere partijen. Zodat patiënten ook in hun eigen omgeving hulp kunnen krijgen via de huisarts, via de GGD of via verslavingszorg. En dat we eraan bijdragen dat in onze samenleving roken niet langer normaal is.'

Geen gedoe
De Friezen waken ervoor te makkelijk te denken over stoppen met roken. Hiemstra: 'We willen uitstralen dat we gaan voor positieve gezondheid, niet alleen op medisch-technisch gebied, maar op alle dimensies zoals Machteld Huber die omschrijft (zingeving, kwaliteit van leven, mentaal, dagelijks functioneren, sociaal-maatschappelijk en lichamelijk functioneren). Daarbij hoort ook dat we ons realiseren dat stoppen met roken ook nadelen heeft voor mensen.' Miedema: 'Je moet geïnteresseerd zijn in de mens achter de roker. Soms is iemand heel bang om depressief

MAAK DE ZORG ROOKVRIJ

Kom naar het symposium Maak de zorg rookvrij, op 31 mei in Utrecht. Daar worden ervaringen en tips gedeeld waarmee u aan de slag kunt in uw eigen instelling. Wie samen met collega's komt, krijgt korting. Voor dit symposium werkt de KNMG samen met de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) en Verslavingszorg Noord Nederland (VNN).

knmg.nl/agenda/evenement/symposium-maak-de-zorg-rookvrij.htm

te worden. Dat moet je naar boven krijgen, want daar kun je bij helpen.' Van Gelder: 'Die positieve boodschap, dat we er als ziekenhuis niet alleen zijn om mensen te helpen als ze lichamelijk ziek zijn, maar ook om hen te helpen om gezond te worden, te zijn en te blijven, die moet het hele ziekenhuis uitstralen, niet alleen de dokters.'
Het klinkt allemaal logisch. Als open deuren. Reitsma: 'Maar dat zijn het niet. Ik was pas bij de opening van een rookvrij speelterrein, daar verscheen een bericht over op internet. De reacties die daarbij staan, zijn veelzeggend. De rokers voelen zich weggezet: 'O, wij hebben het weer gedaan'. Dat hoor ik hier in het ziekenhuis eigenlijk niet, mensen snappen waarom wij hier zo actief mee zijn. Als ik tegen patiënten zeg dat ik verwacht dat ze niet roken tijdens de opname, dan snappen ze dat: dat is logisch in een ziekenhuis.' En nooit wordt iemand boos? Reitsma: 'Tot nu toe zei maar één iemand: dan ga ik naar huis. Oké, goed. Dan zijn de klachten blijkbaar niet zo erg, denk ik dan.'
Op de vraag waar je tegenaan loopt bij het streven naar een rookvrije instelling, blijft het even stil. Van Gelder: 'Misschien dat je niet te snel moet willen gaan, en dat je ook niet moet denken dat dit een project is waar je op een gegeven moment mee klaar bent.' Nog een nuchtere Friese afsluiter van Miedema: 'Geen gedoe van maken. Niet te hard gaan, en gewoon doen.' ■

web
Op medischcontact.nl vindt u links naar eerdere, relevante artikelen die over dit onderwerp verschenen.

MEDISCH CONTACT Nascholing

Stoppen met roken



Volg de onlinenascholing van Medisch Contact over de behandeling van tabaksverslaving. Deze gratis, geaccrediteerde nascholing bestaat uit casuïstiek, waarin artsen laten zien hoe u het gesprek over roken kunt aangaan, en een discussie-uitzending waarin experts het over de nieuwste inzichten op dit gebied hebben.

Ga naar medischcontact/nascholing

Marieke Helmus
verslavingsarts KNMG bij Jellinek en filmmaker


RENÉ FRESE

'Ik rook geen sigaret, de sigaret rookt mij'

'Mij zie je niet weer terug in die detoxkliniek om van de alcohol af te komen. Want ik weet zeker dat ik daar weer ga roken. Ik ben nu vijf maanden gestopt, maar er wordt daar zoveel gepaft, dat trek ik niet', zegt een vrouwelijke patiënt.
Als verslavingsarts beoordeel ik de somatische en psychiatrische klachten van een patiënt. Ik vraag ook naar zijn sociale situatie. Door de vele verhalen doorzie ik de patronen van het ontstaan van verslavingen. Theoretisch is dat voor de individuele patiënt vastgelegd in het biopsychosociale model. Maar praktisch zie ik in de spreekkamer steeds opnieuw dezelfde problemen rondom tabaksverslaving, die groter zijn dan de mens die tegenover je zit. Wat zijn dan die problemen? De tabaksindustrie heeft haar product zo ontworpen dat het moeilijk is om er ooit nog mee te stoppen. Tabak is overal beschikbaar. Binnen onze patiëntengroep wordt enorm veel gerookt en dit wordt (indirect) gestimuleerd door de verslavingszorg zelf.
Er zijn intensieve acties gaande om kinderen niet aan tabak bloot te stellen en de verkoop ervan op allerlei manieren aan banden te leggen. Ik durf te stellen dat de verslavingsarts een grote bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de gezondheid van zijn eigen patiëntengroep door verslavingszorginstellingen rookvrij te maken. Dan pas nemen we onszelf serieus als gezondheidsbevorderaar.
Gemiddeld rookt 84 procent van alle patiënten in de verslavingszorg, blijkt uit internationale cijfers; dat is ruim drie keer zoveel als de algemene bevolking. Ik zie steeds meer patiënten die ervan overtuigd zijn dat hun rookverslaving de meest hardnekkige is. Roken wordt wel de 'moeder der verslavingen' genoemd. 'Ik rook geen sigaret, de sigaret rookt mij', zei een van mijn patiënten heel treffend.
Er is geen drug zo ziekmakend en dodelijk als tabak. En het erge is, rokers met daarbij multipele verslavingen en rokers met comorbide psychiatrische aandoeningen lijden daar het meest onder. Bijvoorbeeld: een roker met een ernstige psychiatrische stoornis overlijdt gemiddeld 20 tot 25 jaar eerder dan een niet-roker, met het roken als belangrijkste oorzaak.
Te vaak zie ik dat rokers met uitgebreide verslaving, somatische en/of psychiatrische problematiek graag willen stoppen met roken, maar dat lukt vaak niet tijdens de behandeling van hun verslaving. Als verslavingsinstelling bied je mensen handvatten om te stoppen met een verslaving. Maar in de (rook!)pauzes wordt de rookverslaving gewoon gevoed.

Onbegrijpelijk dat de verslavingszorg niet rookvrij is

De verslavingsarts heeft de expertise en de mogelijkheid om patiënten met een complexe tabaksverslaving te behandelen. Stoppen met roken draagt juist bij aan herstel van de andere verslavingen. De verslavingsarts kan zijn expertise alleen optimaal inzetten als de zorginstelling rookvrij wordt gemaakt. De verslavingsarts kan hiervoor de aanjager zijn. Belangrijk is dat er door niemand meer wordt gerookt in en om de panden en dat patiënten en medewerkers hierbij optimaal worden ondersteund. Individuele patiëntenzorg en de randvoorwaarden om die zorg te leveren gaan hand in hand. Los van elkaar werkt dat niet.
Verwacht geen soepel lopend implementatietraject als je een zorginstelling rookvrij wilt maken. Het is de kunst om je niet uit het veld te laten slaan door negatieve opmerkingen van hardnekkige rokers die niet willen stoppen. Zo werd mij gezegd: 'Plak die nicotinepleister maar op je muil; dan heb ik nergens last van!'
Daartegenover staat een zeer grote groep ernstig somatisch en/of psychiatrisch zieke patiënten, bij wie hun stopwens essentieel is voor een gezonde toekomst. Steeds meer patiënten vinden het onbegrijpelijk dat de verslavingszorg niet rookvrij is. Gelukkig hebben steeds meer verslavingszorginstellingen de intentie om rookvrij te worden. Medici en directies, zet je schouders eronder! ■

Meer inspiratie opdoen kan op het symposium 'Maar de zorg rookvrij', zie de informatie elders in deze bijlage.

Contact
Marieke.Helmus@jellinek.nl
Cc: redactie@medischcontact.nl