

Stoppen met roken heeft hoge prioriteit voor longpatiënten

L. Heydanus (coassistent UMCU bij het Trimbos-instituut),
E.A. Croes (arts-epidemioloog Trimbos-instituut, Utrecht)



Waarom aandacht voor roken bij astma en COPD patiënten?

Roken vormt een groot maatschappelijk gezondheidsprobleem. Bijna 3 miljoen Nederlanders, 22,4% van de volwassenen, rookt. De causaliteit van roken met longkanker is publiekelijk bekend, maar die met astma en COPD een stuk minder. In Nederland kon in 2016 echter 84% van de sterfte door COPD bij mannen en 69% van de sterfte door COPD bij vrouwen worden toegewezen aan roken. Voor patiënten met astma geldt dat roken structurele veranderingen induceert, waardoor de luchtwegvernauwing een reversibele en irreversibele component krijgt (astma met COPD-component). Een interventie gericht op stoppen met roken, maar ook preventie van het starten met roken, is daarom belangrijk. Kansen daarvoor zijn er zeker binnen de huisartsenpraktijk: de huisartsenpraktijk is laagdrempelig en wordt door een meerderheid van de Nederlanders jaarlijks bezocht. En de voordelen van stoppen met roken zijn groot: bij ziekten als COPD en astma kan het een beter effect hebben op de longfunctie dan medicamenteuze behandeling. Voor COPD geldt zelfs dat er maar één behandeling is die progressie voorkomt, en dat is stoppen met roken. Bij astma verergert roken het beloop en vermindert het de werkzaamheid van inhalatiecorticosteroiden. De boodschap is duidelijk: bij astma en COPD is het van het aller-grootste belang om niet te roken en een rookvrije omgeving na te streven. Dat laatste geldt zeker ook voor rokende ouders van kinderen met astma.

Hoe dan bij astma en COPD?

Binnen de richtlijnen wordt onderscheid gemaakt in rokers die ongemotiveerd, overwegend/proberend en gemotiveerd zijn om te stoppen. Motivatie om te stoppen komt vaak door het niet langer willen schaden van de gezondheid, gezondheidsklachten, achteruitgang in conditie of doordat de partner stopt. De huisarts kan een coördinerende, maar ook een uitvoerende rol hebben in een stoppen-met-roken poging, variërend van (a) stoppen-met-

roken advies op maat, (b) een motivatie verhogende interventie, (c) intensieve gedragsmatige begeleiding, eventueel in combinatie met (d) medicamenteuze ondersteuning, waarbij een nicotinevervangend middel eerste keus is. Er is een zwak positieve aanbeveling voor (gepersonaliseerde) e-health interventies en beweeginterventies. Voorwaarde is dat de keus aansluit bij de wensen van de individuele patiënt, waarbij diens eigen verantwoordelijkheid en motivatie voorop staan. De motivatie en de mate van intensiviteit van de behandeling bepalen de kans op succes. Zeker bij COPD-patiënten en (ouders van) astmapatiënten valt aan te bevelen om een gestructureerde gepersonaliseerde aanpak te hanteren, gezien de vaak ernstige tabaksverslaving en de hoge urgentie om te stoppen met roken. Dit betekent in praktijk een intensieve behandeling met gedragsmatige aanpak en medicamenteuze ondersteuning. Alle reguliere verslavingszorginstellingen hebben inmiddels of in de zeer nabije toekomst een aanbod voor ernstig verslaafde rokers. Dat is onderdeel van hun streven om in 2020 volledig rookvrije zorg te bieden.

Conclusies voor de praktijk

- Zeker bij astma en COPD zijn stoppen met roken en een rookvrije omgeving van belang.
- Roken zorgt voor een verkorte levensduur en heeft een groot aandeel in de sterfte door COPD.
- Huisarts of POH heeft een belangrijke rol bij stoppen-met-roken-begeleiding.
- Bij COPD en astma bestaat behandeling vaak uit intensieve (gedragsmatige) begeleiding door een ervaren coach, met medicamenteuze ondersteuning.
- Overweeg bij een zwaar verslaafde roker behandeling in de verslavingszorg. Er bestaat toenemend draagvlak onder politici en beleidsmakers om daarvoor financiële drempels op korte termijn te slechten. Nu bieden enkele verslavingszorginstellingen de behandeling al aan, zonder extra financiële consequenties voor de patiënt.

Derdehands rook: een onderschat probleem?

Dr. Jasper Been, kinderarts-neonatoloog, Erasmus MC –
Sophia Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum
Rotterdam, Rotterdam

De gezondheidsrisico's van roken zijn overweldigend en breed onderkend¹. Door meer roken, of 'tweedehands rook', heeft roken ook negatieve gezondheidseffecten voor niet-rokers. Kinderen zijn belangrijke slachtoffers van meerooken. Hun lichaam is nog in ontwikkeling en zij hebben niet of nauwelijks invloed op hun mate van blootstelling aan tabaksrook. Hierdoor lopen zij verhoogde risico's op bijvoorbeeld wiegendood, chronische oortontsteking, astmaaanvallen en ernstige luchtweginfecties. Ook roken tijdens

de zwangerschap verhoogt deze risico's en leidt daarbij vaker tot slechte zwangerschapsuitkomsten, zoals perinatale sterfte, aangeboren afwijkingen en vroeggeboorte. Tegengaan van roken en meerroken is bewezen effectief in het verminderen van deze gezondheidsproblemen. In landen die rookvrije publieke ruimtes invoerden, daalde bijvoorbeeld het aantal vroeggeboortes (met 4%), en het aantal kinderen dat in het ziekenhuis moest worden opgenomen voor astma-aanvallen of ernstige luchtweginfecties (met respectievelijk 10 en 18%)².



In toenemende mate wordt een nieuw gevaar van roken onderkend: zogenaamde 'derdehands rook'. Derdehands rook is de neerslag die achterblijft na het roken. We herkennen dit allemaal, bijvoorbeeld als de geur die een spreekkamer vult wanneer een zware roker op consult komt. Derdehands rook hecht zich aan kleding en op de huid, maar ook aan interieur, tapijt, gordijnen, muren en plafonds. Er zitten vele schadelijke stoffen in derdehands rook en er zijn aanwijzingen dat onder invloed van bijvoorbeeld zuurstof deze schadelijkheid zelfs toeneemt met de tijd³.

Derdehands rook is op vele plekken aantoonbaar en niet altijd alleen waar je het verwacht. In hotels die roken toestaan in sommige kamers, werden sterk verhoogde concentraties derdehands rook gevonden, zelfs in de delen van het hotel die wel rookvrij zijn⁴. Bij kinderen met luchtwegproblemen bleek derdehands rook op de huid aanwezig wanneer ouders rookten, ook wanneer dit alleen buiten gebeurde⁵. Een schrikbarende bevinding werd gedaan op een neonatale intensive care in de VS. Bij te vroeg geboren baby's die nog nooit het ziekenhuis hadden verlaten, bleek derdehands rook aanwezig op de couveuse en zelfs op de huid en in de urine van de baby's⁶. Handen wassen door de rokende ouders bleek niet effectief om dit tegen te gaan. De enige manier om te beschermen tegen derdehands rook is dus door volledig rookvrij te zijn.

Maar hoe belangrijk is deze derdehands rook? Bestanddelen van derdehands rook worden via de huid en de luchtwegen in het lichaam opgenomen. Dit werd bijvoorbeeld gezien in het eerder genoemde onderzoek op de neonatale intensive care⁶. Maar ook bij niet-rokers die verhuisden naar een huis waar voorheen rokers woonden. Twee maanden na de verhuizing bleek bij 35% van deze niet-rokers afbraakproducten van nicotine aanwezig in de urine of op de handen⁷. Bij mensen is nog weinig onderzoek gedaan naar de gezond-

heidseffecten van derdehands rook. Wel zijn er indirecte aanwijzingen dat derdehands rook schadelijk is. In een Japans onderzoek bleek bijvoorbeeld dat kinderen waarvan de moeders alleen maar buiten roken, nog steeds 20% meer risico hebben op luchtwegproblemen hebben dan kinderen van niet-rokende moeders⁸. In dierexperimenten wordt onder andere gezien dat blootstelling aan derdehands rook leidt tot inflammatie, DNA-schade, en afwijkingen van de huid, lever, hersenen en longen³.

Conclusie voor de praktijk

- Het is essentieel dat kinderen niet alleen beschermd worden tegen meerroken maar ook tegen derdehands rook.
- Het is belangrijk om de rookstatus te weten van iedere patiënt in de huisartsenpraktijk, zodat de huisarts ook aandacht kan hebben voor de gevolgen van derdehands rook.
- Huisartsen en POH's hebben een belangrijke taak om rookblootstelling van kinderen te herkennen en bespreekbaar te maken, en ouders/verzorgers toe te leiden naar effectieve stoppen-met-roken zorg.
- Benoemen van de risico's van derdehands rook kan helpen om de motivatie om daadwerkelijk te stoppen te verhogen. De e-learning Rookvrije Start (rookvrijestart.rokeninfo.nl/e-learning) geeft duidelijke handvatten om dit gesprek aan te gaan.
- Kinderen hebben het recht om rookvrij op te groeien⁹. Samen hebben wij de verantwoordelijkheid om hen te beschermen en een rookvrije generatie mogelijk te maken.

Literatuurlijst en meer informatie over de auteur
www.cahag.nl/kennisbank/cahag-bulletin

Roken en sociaaleconomische status

Liza Meeuwse, MSc, AIOTO en Prof. Dr. Niels H. Chavannes, LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden

Laagopgeleiden roken de meeste sigaretten

Lage sociaaleconomische status (SES) is één van de best gedocumenteerde risicofactoren voor tabaksgebruik¹. SES verwijst naar de positie van iemand in de maatschappij gebaseerd op sociale of economische factoren². Binnen deze factoren lijkt opleidingsniveau met name een goede voorspeller te zijn voor tabaksgebruik. Hoogopgeleiden roken het minst vaak (15,7%) en hoewel laag- en middelbaar opgeleiden vaker, maar ongeveer even vaak roken (25,5% respectievelijk 26,9%), roken laag opgeleiden gemiddeld de meeste sigaretten per dag^{3,4}. Dit wordt mede veroorzaakt door andere risicofactoren voor het gebruik van tabak, zoals psychische gezondheid, medische comorbiditeit en woonomgeving, welke vaak samengaan met een lage SES^{1,5}.

Roken leidt tot ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting

De gevaren van roken zijn algemeen bekend. Door de ver-

schillen in tabaksgebruik tussen de SES groepen leidt roken tot een aanzienlijke ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting. Zo wordt gedacht dat roken ongeveer een derde van het verschil in levensverwachting tussen lage en hoge SES groepen zou kunnen verklaren⁶. Ook op het gebied van stoppen met roken bestaat er, in landen met een hoog inkomen, een sterke invloed van SES. Hoewel rokers uit lage SES groepen over het algemeen evenveel stoppogingen ondernemen als rokers uit midden/hoge SES groepen⁷, zijn stoppogingen in lage SES groepen vaak minder succesvol^{7,8}. Een mogelijke verklaring voor de socio-economische gradiënt in stoppen met roken is dat individuele interventies gemiddeld effectiever zijn bij hogere SES rokers dan bij lagere SES rokers^{9,10}. Waarschijnlijk omdat de meest effectieve vorm van stopondersteuning, i.e. gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapie, minder toegankelijk is voor lage SES rokers. Zo worden lage SES rokers over het algemeen lastiger bereikt door zorgverleners, haken ze sneller en vaker af en hebben zorgverleners moeite om deze groep effectief te begeleiden^{11,12}.

Manieren om de zorg in de praktijk toegankelijker te maken voor lage SES rokers

Er is weinig bewijs voor interventies die specifiek succesvol zijn bij lage SES rokers⁵. Vooralsnog lijkt het verhogen van de prijs van tabaksproducten de meeste effectieve maatregel om het verschil in tabaksgebruik tussen de SES groepen te verkleinen^{10,12}, maar er liggen ook kansen voor de praktijk. Zo is het mogelijk om de stoppen-met-roken zorg bij u in de praktijk toegankelijker te maken voor rokers met een lage SES door:

1. Rekening te houden met zowel de verschillende vormen van stopondersteuning als de mogelijkheden of vaardigheden van de roker.
2. De ondersteuning af te stemmen op specifieke barrières, zoals financiële problemen, laaggeletterdheid, positieve perceptie van roken, een lager gevoel van self-efficacy etc., die de roker belemmeren om een volgende stap te zetten in het stopproces.
3. Rekening te houden met de achtergestelde leefomstandigheden van rokers met een lage SES⁵.

Mijn overzicht

Ga verder met je **Voorbereiding**

36 Dagen gestopt met roken

288 Sigaretten niet gerookt

€96 Geld gespaard

Tips & oefeningen

Deel je succes via ...

Vandaag is je Stopdag!
Wat goed! Vandaag is je Stopdag, ontzettend knap dat je gaat stoppen. Ik ga je helpen op deze dag.

Tot slot zijn er ontwikkelingen op het gebied van apps en websites, speciaal afgestemd op lage SES rokers. Een voorbeeld hiervan is de app 'De Stopcoach', welke wordt getest in een pilot door Pharos, het Trimbos-instituut en het Leids Universitair Medisch Centrum.

Conclusie voor de praktijk

- De verschillen in tabaksgebruik tussen lagere en hogere SES groepen leiden tot ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting.
- U kunt de stoppen met roken zorg in de praktijk toegankelijker maken voor lage SES rokers door rekening te houden met de omstandigheden en vaardigheden van deze doelgroep en passende ondersteuning te zoeken.

Literatuurlijst en meer informatie over de auteur www.cahag.nl/kennisbank/cahag-bulletin

Een rookvrije start voor ieder kind

Miriam de Kleijn, huisarts niet praktiserend, epidemioloog en adviseur, Pink-FOX, lid van de taskforce Rookvrije Start namens het NHG, De Meern

Hoe kunt u als huisarts een zwangere vrouw die wil stoppen met roken ondersteunen?

Een praktijkvoorbeeld. Esther, 20 weken zwanger, eerder doodgeboren kindje met 38 weken, rookt 15 sigaretten per dag. De stoppen met roken coach begeleidt haar bij het stoppen met nicotinepleisters. Conform de richtlijn adviseert ze de pleisters 's nachts te verwijderen. Dat gaat goed, ze is al 2 weken rookvrij, totdat ze bij de huisarts komt. Die vertelt haar dat ze de pleisters niet mag gebruiken tijdens de zwangerschap. Wat nu?

Elk jaar overlijden minimaal 60 baby's rondom de geboorte omdat de moeder haar rookverslaving niet heeft kunnen overwinnen. Van de zwangeren rookt 7% op enige moment tijdens de zwangerschap. Van de vrouwen die wel stoppen, begint meer dan de helft na de bevalling weer te roken. Dat moet veranderen vindt Taskforce 'Rookvrije Start', een initiatief van negen beroepsverenigingen in de zorg, waaronder het NHG. Hun ambitie, mede vastgelegd in het preventieakkoord, is om het roken in en rondom zwangerschap terug te brengen tot <5% in 2020 en tot 0 in 2040. Huisartsen zijn belangrijke schakels in deze ambitie. Zij zien regelmatig rokende vrouwen en hun partners op het spreekuur: met een kinderwens, met een prille zwangerschap, met klachten tijdens de zwangerschap, of na de bevalling met hun pasgeboren kind. Voor alle professionals die rokende zwangeren zien is er in 2017 een nieuwe richtlijn uitgekomen over de behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning¹. Nieuw in deze richtlijn is de mogelijkheid om nicotine vervangende middelen (NVM) voor te schrijven tijdens de zwangerschap. Deze kunnen veilig en effectief worden gegeven als ondersteuning bij cognitieve gedragstherapie. Uit een systematische review blijkt dat NVM bij zwangeren effectief zijn en dat er geen

aanwijzingen zijn voor schadelijke effecten voor het ongeboren kind. Dit is een nieuw advies dat ook in het Farmacotherapeutisch Kompas en in de Lareb richtlijnen is opgenomen. In de praktijkkaart staat beschreven hoe NVM kan worden voorgeschreven. Deze kaart is te bestellen bij het Trimbos, evenals andere materialen die door de Taskforce samen met het Trimbos zijn ontwikkeld: de nieuwe folder voor zwangeren, de Bureaukaart Rookvrije Start, de beeldverhalen voor laaggeletterde zwangeren en ouders, de Wachtkamerkaart Rookvrij Zwanger en de wachtkamer-video. Het is belangrijk dat huisartsen en praktijkondersteuners op de hoogte zijn van de inhoud van de nieuwe richtlijn, zodat ze rokende zwangere vrouwen het juiste advies geven. De geaccrediteerde e-learning Rookvrije Start helpt zorgverleners hierbij. Inmiddels zijn er meer dan 2200 zorgverleners die deze e-learning hebben gevolgd, van kraamverzorgers tot huisartsen en jeugdartsen. Samen maken zij het verschil, en dragen ze bij aan een rookvrije start. Zodat Esther met een gerust hart de nicotinepleisters kan gebruiken en haar kind een rookvrije start kan geven.



Conclusie voor de praktijk

- Bespreek het rookgedrag van vrouwen en hun partners op het spreekuur: met een kinderwens, met een prille zwangerschap, met klachten tijdens de zwangerschap, of na de bevalling, en met kleine kinderen.
- Nicotinepleisters kunnen veilig aan zwangere vrouwen gegeven worden en zijn effectief.
- Volg de geaccrediteerde e-learning <https://rookvrijestart.rokeninfo.nl/e-learning>

Literatuurlijst en meer informatie over de auteur www.cahag.nl/kennisbank/cahag-bulletin

CAHAG-zaken

Adembenemend 15 wordt gehouden op donderdag 6 en vrijdag 7 februari 2020 in Papendal te Arnhem.

Adembenemend is een tweedaagse cursus voor de huisarts met zijn/haar praktijkondersteuner. Tijdens Adembenemend kan de huisarts met zijn/haar POH verschillende workshops volgen waar direct concrete afspraken met elkaar gemaakt kunnen worden of bestaande afspraken herzien. Deze tweedaagse cursus biedt u adembenemend veel praktische en verdiepende informatie en vaardigheden, gericht op implementatie van uw COPD en/of astmazorg. Voor meer informatie en opgave: www.cahag.nl

De CAHAG-dagen 2020 voor huisartsen en praktijkondersteuners worden gehouden op 17 maart in Nieuwegein en op 23 april in Zwolle.

Binnenkort vindt u het programma op de CAHAG website www.cahag.nl

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting, gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.cahag.nl. Het CAHAG-bulletin verschijnt 3x per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartspraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Esther Metting (hoofdredacteur), Jiska Snoeck-Stroband, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, Cynthia Hallensleben praktijkverpleegkundige/researcher en Marjan Veltman, gezondheids-wetenschapper.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsors Chiesi, Astra Zeneca en de hoofdsponsors:

