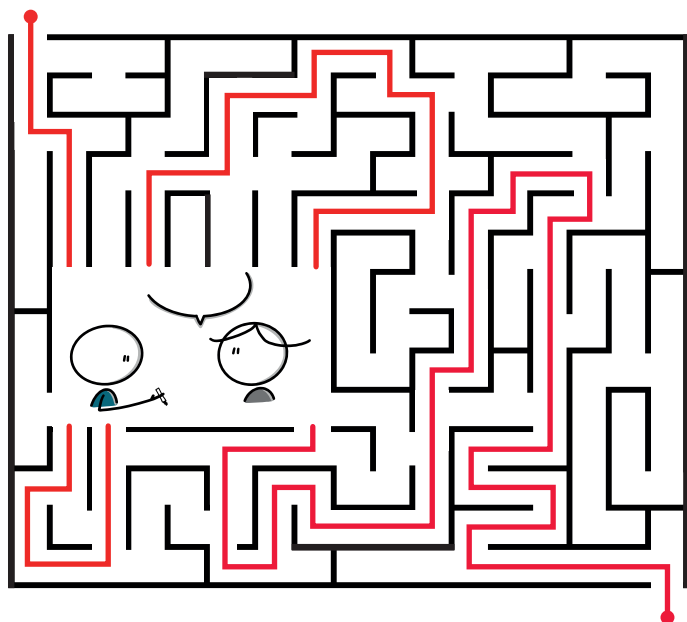
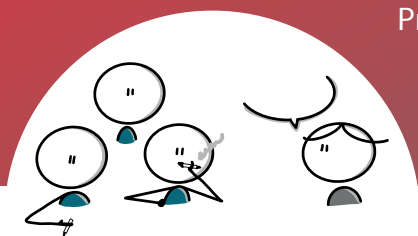


In iedere **ROKER** zit een **STOPPER**

Praktische adviezen voor alle zorgverleners



Sylvia Heddema, Robert van de Graaf,
Miriam de Kleijn, Esther Croes

“ Stel je eens voor: doordat jij het gesprek aangaat besluiten ouders te stoppen met roken en gaat hun kind niet roken. Je kan dan een cirkel van generaties rokers doorbreken! Wat een gezondheidswinst zou dat opleveren? **Noor Rikkers, Kinderlongarts**

Geef de roker het vertrouwen dat hij het kan, zeg dat je in hem gelooft en laat hem geloven in zichzelf. “Ik kan dit!!!” Ze kunnen veel meer dan ze zelf denken.

Monique Behet, Begeleider woonvorm verstandelijk beperkten

Realiseer je dat eigenlijk iedereen wel wil stoppen. Bespreek het op een moment dat je al een band met iemand hebt. Kijk ook naar problemen op andere leefgebieden die voor de roker (deels) een reden kunnen zijn om het stoppen nog uit te stellen. Vraag aan mensen wat ze denken nodig te hebben om te stoppen met roken en of je ergens bij kan helpen.

Els Annegarn, Welzijnswerker

Onderschat de creativiteit van je cliënt niet. Geef hem de tijd om zelf met een oplossing te komen, zelfs als dit wat ongemakkelijk voelt. Dus niet te veel invullen van hoe je dit voor je ziet... Maar wees hierin oprecht geïnteresseerd hoe je cliënt dit voor zich ziet...

Tobias van Dockum, Docent fysiotherapie

De patiënt bepaalt zijn eigen tempo. Er is altijd een compliment te geven. Dus doen!

Clara Mulder, Praktijkverpleegkundige huisartsen

Erken dat stoppen niet eenvoudig is. Herinner rokers aan hun succeservaringen. En vertel dat met wat hulp hun kans op succesvol stoppen het grootste is.

Ellen van der Linden, Arts Maatschappij en Gezondheid

Veel rokers hebben tijd nodig om te stoppen. Mondzorgverleners zien hun patiënten regelmatig en dan blijkt een open gesprek over roken een stuk waardevoller dan elke keer met het vingertje wijzen. En geef complimenten wanneer het beter gaat met de eigen mondverzorging: minder aanslag, gezonder tandvlees? Deel een pluim uit!

Richard Kohsiek, Tandarts

De inhoud van de boodschap is belangrijk maar nog belangrijker is de toon en de houding waarop je dat doet. Ben oprecht nieuwsgierig, belangstellend en luister zonder oordeel naar wat je patiënt vertelt. Heb geduld...

Nelleke Maas, Verpleegkundig specialist preventie

Het is opvallend hoe relatief weinig er over roken en stoppen met roken gesproken wordt in de praktijk van de cardiologie, terwijl roken de belangrijkste (vermijdbare) risicofactor is en blijft in hart- en vaatziekten. Bespreek daarom de ‘olifant in de spreekkamer’.

Maurits van der Veen, Cardioloog

Ga eerst op zoek naar de wijsheid, oplossing en motivatie die al in een stopper zitten voordat je met je eigen ideeën en tips komt. Motivatie om te stoppen is enorm belangrijk, maar komt vaak uit de verkeerde mond (namelijk de jouwe).

Rutger Top, Gezondheidswetenschapper, Stoppen-met-rokencoach

Roken of rookgedrag uitvragen is niet lastig. Stel de vraag en durf door te vragen. Je krijgt vaak heel mooie, open gesprekken. Beaam dat het een verslaving is, waar ze zich niet voor hoeven te schamen. En omdat het een verslaving is, mogen ze om hulp vragen. Ik merk als verloskundige dat zwangeren en hun partner vaak open staan voor dit gesprek.

Juliëtte Smink, Verloskundige eerste lijn

Alles begint bij die eerste dag! Behandel je een roker? Geef het stopadvies, incasseer de weerstand en stimuleer iemand één dag te proberen rookvrij te zijn. Elke dag is een nieuwe kans. Iedere ex-roker heeft die kans gepakt, en zichzelf ontwikkeld.

Misschien is jouw cliënt wel de volgende ex-roker!

Yosta Breij, Diëtist, Stoppen-met-rokencoach

Het is een misverstand dat iemand die kampt met psychische klachten steun ontleent aan een sigaret. Door dit misverstand is stoppen met roken vaak geen onderwerp van gesprek in de spreekkamer. Dat is zonde. Je kunt je cliënt beter helpen door stoppen met roken bespreekbaar te maken tijdens de behandeling. Houd daarbij in je achterhoofd dat de meeste cliënten een stopwens hebben maar niet goed weten hoe ze moeten stoppen. Daarbij kan het voor de cliënt maar ook voor jou als behandelaar motiverend werken te bedenken dat stoppen met roken de behandeluitkomst positief beïnvloedt.

Joris Dullaert, Psycholoog gespecialiseerd in SMR begeleiding

Als je het als kraamverzorgende lastig vindt om het ‘stoppen met roken’ bespreekbaar te maken, probeer het onderwerp dan als kraamverzorgende via een andere ingang aan bod te laten komen. Bijvoorbeeld roken in combinatie met het zorgen voor de juiste hygiëne of bij het bespreken van het voorkomen van wiegendood.

Betty de Vries, Beleidsmedewerker kraamzorg



In iedere roker zit een stopper

Praktische adviezen voor alle zorgverleners

Colofon

Trimbos-instituut, Utrecht

Auteurs

Sylvia Heddema, Stoppen-met-rokencoach en tabakoloog,
voorheen wijk- en longverpleegkundige

Robert van de Graaf, verslavingsarts, medisch coach en consultant

Miriam de Kleijn, adviseur en epidemioloog, voorheen huisarts

Esther Croes, arts-epidemioloog

Lay-out

Marieke Ten Kortenaar, The Creative Hub | Canon

Tekeningen

Lotte Proot, Teken je boodschap

ISBN

9789072004000

Met dank aan VWS voor de financiering, onze collega's uit de zorg die feedback hebben gegeven op de tekst en aan iedereen die quotes heeft aangeleverd.

© maart 2023, Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Sylvia Heddema, Robert van de Graaf, Miriam de Kleijn, Esther Croes

Inhoudsopgave

Voorwoord	8	4 Stoppen-met-roken-begeleiding: maak er gebruik van!	80
Leeswijzer	10	Gedragmatige ondersteuning is de basis van rookstopzorg	81
1 Elke zorgverlener heeft een rol in het stopproces	13	Zo nodig aangevuld met rookstopmedicatie	83
Elk half uur een tabaksdode	15	Dicht bij huis	85
Verslaafd, hoezo?	20	Landelijke mogelijkheden	88
In elke roker zit een stopper	24	En hoe zit het met de verslavingszorg?	90
Zwijgen is een vorm van goedkeuren	26	Wie betaalt dat?	90
Een duidelijke boodschap	31	In de praktijk	93
Standaardzorg en het werkelijke leven	33	5 Op weg naar een rookvrij Nederland	95
Verhalen uit de praktijk	36	De driehoek tabak – roker – omgeving	96
2 Geef een stopadvies	37	Tegenwicht aan de tabaksindustrie: tabaksontmoedigingsbeleid	98
Weet wie er rookt	38	Een wereldwijde aanpak	101
Een stopadvies is bewezen effectief	45	Wet- en regelgeving	104
Het Very Brief Advice: Vraag – Vertel – Verwijs	47	Publiekscampagnes	106
Een uitgebreider stopadvies	48	Een rookvrije start voor iedereen	107
Verwijs naar intensieve(re) zorg	49	Rookvrije zorg	108
Het goede moment	56	Bekende andere spelers op het gebied van tabaksontmoediging	109
Begrepen?	59	De witte jas buiten de spreekkamer	115
In de praktijk	62	In de praktijk	117
3 Blijf betrokken	65	6 Wat houdt je nog tegen?	118
De volgende stap	66	Drie fundamentele menselijke kenmerken	119
Ontwenningsverschijnselen horen erbij	69	Willen en kunnen	128
Nul sigaretten, nul rookwaar	73	Ontmoedigende en aanmoedigende invloeden	133
Herhalen, herhalen, herhalen...	74	In de praktijk	135
Aandacht voor stoppers en ex-rokers	75		
In de praktijk	78		

Voorwoord

Beste collega zorgverlener, geachte lezer,

Fijn dat je dit boek ter hand hebt genomen! Het gaat namelijk over een boeiend en belangrijk onderwerp: het gezonder maken van de samenleving. Wij zorgverleners hebben allerlei redenen (gehad) om in de zorg te werken. Van jonge gezinnen helpen bij een goede start tot ouderen en chronisch zieken waardig bijstaan in hun leven met toenemende beperkingen. Mensen ondersteunen bij aandoeningen, ziektes behandelen, klachten verminderen. Van voorkomen en genezen tot troosten en alles ertussenin.

Weinigen kozen voor een beroep in de zorg om hulp te bieden bij het stoppen met roken. Toch is dit een belangrijk onderdeel van het vak. De meesten van ons hebben dagelijks contact met mensen die roken, willen stoppen of recent gestopt zijn. Dit maakt dat wij in een unieke positie zitten om stoppen bespreekbaar te maken en een zetje te geven richting rookvrij worden en blijven. Roken is enorm schadelijk voor de gezondheid van rokers en hun omgeving. Rookgedrag bespreken, een stopadvies geven en mensen met een tabaksverslaving ondersteunen en zo nodig verwijzen voor intensieve begeleiding hoort bij de dagelijkse taken van elke zorgverlener.

Ook wij kregen deze taak 'erbij' en ook wij waren in het begin handelingsverlegen. We raakten ontmoedigd als we veel tijd hadden besteed aan rokers om hen te motiveren om te stoppen en het rookgedrag niet echt veranderde. Daarnaast werden we ook nieuwsgierig en vroegen we ons af: wat maakt dat de ene roker wel stopt en de andere niet? Roken heeft een betekenis in het leven van de roker, maar welke? En hoezo lukt het de ene zorgverlener wel om een goed gesprek te voeren over stoppen en ziet de ander er zo tegenop?

De afgelopen jaren hebben we ons verdiept in de praktijk van en wetenschap over het roken, in de stoppen-met-rokenzorg en in tabaksontmoediging. Dat heeft ertoe geleid dat we inmiddels stoppen-met-rokenexperts zijn en met veel enthousiasme rokers en zorgverleners ondersteunen en adviseren over stoppen. We hebben alle vier ervaring in de zorg, met een eigen invalshoek op dit onderwerp. Hierdoor hebben we elkaar goed kunnen aanvullen bij het schrijven van dit boek.

Met dit boek helpen we je graag op weg bij het adviseren en motiveren van rokers om te stoppen en geven voorbeelden hoe je die rol in kunt vullen. Casussen uit de praktijk lopen door de hoofdstukken heen en wij zijn blij met de quotes van zorgverleners en beroepsorganisaties, die het belang van goede rookstopzorg onderschrijven. Bij het boek vind je een samenvattingskaart met voorbeeldzinnen en een verwijfskaart voor Rookvrije ouders als voorbeeld van een verwijzing. Zodat je morgen meteen aan de slag kunt.

In 2018 is er een Nationaal Preventieakkoord gesloten met ruim 70 partijen, waaronder patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportbonden, bedrijven, fondsen, onderwijs, maatschappelijke organisaties en de Rijksoverheid. Onderdeel hiervan is de ambitie dat er in 2040 een rookvrije generatie is en dat hooguit 5% van de Nederlanders nog rookt. Om die ambitie waar te maken is het belangrijk dat er meer mensen rookvrij worden. Dit boek levert hier een bijdrage aan.

We wensen je veel succes en plezier met jouw bijdrage aan de Rookvrije Generatie!

*Sylvia Heddema, stoppen-met-rokencoach en tabakoloog, voorheen wijk- en longverpleegkundige
Robert van de Graaf, verslavingsarts, medisch coach en consultant
Miriam de Kleijn, adviseur en epidemioloog, voorheen huisarts
Esther Croes, arts-epidemioloog*

Leeswijzer

Derdehandsrook bestaat uit de rookdeeltjes die vrijkomen uit kleding, stoffen meubilair, gordijnen etc. Ze zijn een extra risico voor (jonge) kinderen en huisdieren, onder andere omdat zij op de grond spelen waar de deeltjes zijn neergeslagen en omdat zij van alles in hun mond stoppen.

Ex-rokers: iedereen die langer dan een jaar geleden is gestopt met roken en het gebruik van alle hierboven genoemde rookwaar.

Meeroken: tweedehandsrook, uitgeblazen rook die door een ander wordt ingeademd, plus de rook die bij het smeulen van een sigaret vrijkomt. Zowel rokers als niet-rokers (en huisdieren) kunnen last hebben van meeroken. Dat komt omdat bij het smeulen van een sigaret de verbranding bij een lagere temperatuur plaatsvindt en daardoor ook andere (verbrandings)producten vrijkomen. Een ongeboren kind kan ook 'meeroken' via de placenta.

Nicotine vervangende medicatie: geneesmiddelen die nicotine bevatten en verkrijgbaar zijn via apotheek of drogist zoals pleisters, tabletten en kauwgom.

Nicotine vervangende middelen: middelen die nicotine bevatten en gebruikt worden ter vermindering van de ontweningsverschijnselen die optreden bij het stoppen met roken, zoals nicotine vervangende medicatie en de e-sigaret.

Patiënten: alle mensen die je vanuit het oogpunt van je werk spreekt, in de spreekkamer, tijdens een opname, op huisbezoek etc. Dit staat daarmee ook gelijk aan cliënten en bewoners.

Roken en tabaksverslaving worden beide gebruikt als het gaat om rookgedrag. Het zijn geen synoniemen. Niet iedereen die rookt is verslaafd. Mensen met een tabaksverslaving zijn dat wel.

Rokers: iedereen die 'tabak of rookwaar' gebruikt op dit moment: sigaretten, sigaren, pijp, waterpijp, e-sigaretten, verhitte tabak en andere nicotinehoudende producten voor recreatief gebruik (zoals 'snus' of nicotinezakjes) en nog geen wens heeft om te stoppen. We zouden liever spreken van 'mensen die roken', maar voor de leesbaarheid hebben we hier gekozen voor 'rokers'. Dus ook de 'dampers/vapers' (gebruikers van e-sigaretten) vallen hieronder. Voor de leesbaarheid hebben we ook gekozen voor een 'hij' als roker.

Rookvrij: om het woord 'niet-roken' te vermijden, kiezen we voor 'rookvrij', dat is iedereen die geen enkele rookwaar gebruikt. Dit geldt voor 'nooit-rokers' en 'ex-rokers' en kan gelden voor 'stoppers'.

Stoppen-met-rokenbegeleiding: alle vormen van rookstop-ondersteuning zoals coaching/begeleiding en behandeling.

Stoppen-met-rokenzorg: het hele pallet aan (keten)zorg en begeleiding rondom stoppen met roken, inclusief publieke zorg.

Stoppers: iedereen die rookt en bezig is te stoppen en iedereen die gerookt heeft en recent is gestopt, tot maximaal een jaar na het roken van de laatste sigaret. Daarna is iemand een ex-roker.

Stopproces: het stoppen met roken is een leerproces, veel meer dan alleen een 'poging', welk woord een eenmaligheid suggereert. Bij stoppen met roken dekt 'stopproces' de lading beter dan 'stoppoging'.

Vierdehandsrook: roken is sociaal besmettelijk gedrag, want anderen zien roken doet roken. Zien roken is daarmee in potentie ook schadelijk.

Zorgverleners: dit zijn alle hulpverleners werkzaam in de zorg- en de welzijnssector. In dit boek gebruiken we hiervoor ook de term 'witte jassen'. Daarmee wordt bedoeld iedereen die vanuit een zorg- of welzijnsfunctie aan het werk is, ongeacht gebruik van een uniform en de kleur daarvan.

Alle referenties en website verwijzingen in dit boek zijn via deze QR-code te benaderen.



Weinig tijd? Lees in ieder geval de hoofdstukken 1, 2 en 3. Daarin staat waarom ieders rol bij rokers en stoppers ertoe doet en hoe dit te doen in de praktijk van alledag. De samenvatting daarvan is te vinden op de bijgevoegde routekaart. In hoofdstuk 4 vind je meer informatie over de diverse vormen van rookstopbegeleiding en hoe je makkelijk met rookstopcoaches kunt samenwerken door de begeleiding van het stopproces aan hen over te laten. Hoofdstuk 5 gaat in op landelijke acties en materialen, handig om bij aan te haken of gebruik van te maken. Benieuwd naar waarom zowel rokers als zorgverleners 'kuddedieren, gemaksdieren en gewoontedieren' zijn? Lees dan het verrassende hoofdstuk 6.

Vragen of aanvullingen op dit boek zijn van harte welkom op platformsmr@trimbos.nl.

1 Elke zorgverlener heeft een rol in het stopproces

- Ongeveer 3 miljoen volwassenen in Nederland roken.
- Het roken van tabak is nog altijd dé belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en vroegtijdige sterfte in ons land.
- Een tabaksverslaving wordt in stand gehouden door dagelijks toedieningen van (vele) doses tabaksrook (met o.a. nicotine). Bovendien is roken sociaal besmettelijk ('zien roken doet roken').
- Er zijn steeds minder tevreden rokers; zij zijn kandidaat-stoppers. Ofwel: in elke roker zit een stopper.
- Alle zorgverleners hebben een rol in de standaard stoppen-met-rokenzorg. Die omvat het op de juiste manier adviseren, motiveren en bijstaan van patiënten om rookvrij te gaan of blijven leven.
- Het is belangrijk om patiënten te motiveren om de blootstelling aan de tabaksrook en rookgedrag te minimaliseren. Informatie over de risico's van roken, meerroken, derdehands rook en 'zien roken doet roken' hoort daarbij.
- Zwijgen is een vorm van goedkeuren, terwijl een ondubbelzinnige boodschap de motivatie om rookvrij te zijn kan vergroten, zeker als die boodschap door 'een witte jas' gegeven wordt en voldoende vaak wordt herhaald.

Zodra je in contact bent met anderen heb je invloed. Soms zijn we ons daar bewust van en vaak niet of onvoldoende. Zelfs als je niks doet, beïnvloed je anderen. Elke dag spreek je mensen die blootgesteld worden aan tabaksrook, omdat ze zelf roken of met anderen meeroken. Je bent ook dagelijks in contact met rokende personen en met mensen die nog niet zo lang geleden gestopt zijn. Je komt dagelijks in aanraking met kinderen die nog nooit gerookt hebben. Twintig procent van de volwassenen

Nederlanders rookt nog. Daardoor zijn er nog veel kinderen, partners, collega's, burens, vrienden, toevallige passanten en zorgverleners die meeroken en geconfronteerd worden met rokende voorbeelden. Kortom: vrijwel iedereen, ook jij als zorgverlener, wordt dagelijks in meer of mindere mate blootgesteld aan tabaksrook en rookgedrag. Dit boek gaat over hoe je als zorgverlener deze blootstelling met een aantal eenvoudige gesprekstechnieken kunt verminderen en rokers en stoppers kunt bewegen richting een rookvrij leven.

De hoofdstukken 2 en 3 van dit boek behandelen de rol die een zorgverlener heeft in het motiveren van patiënten om rookvrij te gaan of blijven leven en het ondersteunen van patiënten tijdens het stoppen-met-rokenproces. Hoofdstuk 4 beschrijft welke vormen van gespecialiseerde begeleiding er zijn en door wie deze begeleiding gegeven wordt. Hoofdstuk 5 gaat over de ontwikkelingen op het gebied van tabaksontmoediging buiten de zorg, zoals de Rookvrije Generatie beweging. We leggen uit hoe je als zorgverlener hierop kunt 'meeliften' als je rokers en stoppers wilt motiveren om te stoppen met roken. Hoofdstuk 6 gaat in op gedragsverandering; waarom roken mensen en roken ze mee met anderen en wat komt erbij kijken als je je eigen gedrag of dat van de roker wilt helpen veranderen?

Dit inleidende hoofdstuk begint met een aantal uitgangspunten rondom de stoppen-met-rokenzorg. Uitgangspunten waarvan wij vanuit de dagelijkse praktijk en wetenschappelijk onderzoek weten dat ze van belang zijn en effect hebben.

Iedereen? Ja, iedereen!

Laten we heel duidelijk zijn: dit boek is bedoeld voor alle zorgverleners en gaat over alle patiënten die zorgverleners tegenkomen. Het structureel vragen naar rookgedrag en daarmee screenen of je patiënten roken is nuttig, omdat rokers relatief veel in contact komen met zorgverleners. Adviezen van en begeleiding door zorgverleners helpen bovendien patiënten om te stoppen met roken. Gemiddeld genomen rookt een kwart van onze patiënten; dat is wat meer dan het gemiddelde in Nederland,

want rokers hebben een minder goede gezondheid. In bepaalde groepen in de samenleving kan dit percentage veel hoger zijn, zoals bij laag opgeleide mannen tussen 25 en 40 jaar, van wie de helft rookt, of bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie of een bipolaire stoornis en bij patiënten met een bijkomende verslaving aan alcohol of drugs.

De individuele stoppen-met-rokenzorg wordt grofweg onderverdeeld in drie soorten zorg, namelijk: a. standaardzorg, b. stoppen-met-rokencoaching en c. verslavingszorg. Daarnaast is er nog een vierde categorie die formeel geen zorg is, namelijk zelfzorg.

Met *standaardzorg* bedoelen we de zorg die alle zorgverleners zouden moet (kunnen) leveren. Standaardzorg gaat over het op de juiste manier adviseren, motiveren en bijstaan van patiënten om rookvrij te gaan of blijven leven. Daarnaast bevat standaardzorg het versterken van zelfzorg en eventueel verwijzen naar de juiste begeleiding (stoppen-met-rokencoaching of verslavingszorg). Standaardzorg komt aan bod in hoofdstuk 2 en 3; stoppen-met-rokencoaching en verslavingszorg in hoofdstuk 4. Voor rokers is betrouwbare informatie over zelfzorg te vinden op www.ikstopnu.nl, de website die op alle tabaksverpakkingen staat en wordt beheerd door het Trimbos-instituut.

Elk half uur een tabaksdode

In Nederland roken circa drie miljoen volwassenen en zo'n 2,3 miljoen rookt dagelijks. Het roken van tabak is nog altijd dé belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en vroegtijdige sterfte in ons land (Trimbos-instituut, 2022). Dit komt door de vele schadelijke stoffen in tabaksrook en de grote blootstelling daaraan bij rokers, maar ook bij meerokers. Inmiddels staat van meer dan dertig aandoeningen vast dat ze veroorzaakt kunnen worden door roken. Roken veroorzaakt in vrijwel alle orgaansystemen schade. Zo'n miljoen Nederlanders hebben een lichamelijke ziekte ten gevolge van roken. Ook hebben rokers een hoger

risico op een ernstig beloop van een infectie, zoals bij het COVID-19 virus. Er is een dosis-responsrelatie tussen de hoeveelheid blootstelling aan tabaksrook en de risico's. De blootstelling wordt uitgedrukt in pakjaren, waarbij één pakjaar betekent twintig gerookte sigaretten per dag gedurende één jaar. Voor de andere tabaksproducten is een omrekenhulp beschikbaar op www.smokingpackyears.com. Hoe meer pakjaren, des te hoger het risico op ziekte(s). Van alle rokers die langdurig roken en niet stoppen, sterft de helft tot twee derde vroegtijdig aan de gevolgen van het roken. Jaarlijks in Nederland bijna 20.000 mensen, elk half uur één (Trimbos-instituut, 2022). Bovendien sterven rokers gemiddeld zo'n tien jaar eerder dan niet-rokers. Zware rokers (≥ 20 sigaretten per dag) overlijden gemiddeld genomen dertien jaar eerder, matige rokers (< 20 sigaretten per dag) negen jaar en lichte rokers (niet-dagelijkse rokers) vijf jaar eerder dan niet-rokers (Reep van den Berg, 2017). Een kwart van de rokers sterft al voor de pensioengerechtigde leeftijd.

Geen veilige ondergrens

Ook een relatief lage blootstelling, zoals af en toe roken ('gelegenheidsroken') geeft een verhoogde kans op diverse ziekten. Denk aan hart- en vaataandoeningen, zoals een hart- of herseninfarct, etalagebenen, en long- en borstkanker. Er is geen dosis tabaksrook die onschadelijk is. Elke sigaret is er één teveel. Dit geldt voor alle volwassenen, en zeker ook voor kinderen, die een relatief grote kans hebben om verslaafd te raken. De kans dat een roker tabaksverslaafd is of wordt, is groot.

Ook meeroken veroorzaakt schade

Niet alleen is actief zelf roken schadelijk; tabaksrook is ook schadelijk voor anderen. Nederlanders zijn zich relatief weinig bewust van de gezondheidsrisico's van meeroken (Croes, 2015). Betrouwbare cijfers over het aantal mensen dat nooit zelf heeft gerookt, maar door het meeroken van andermans rook zijn overleden, ontbreken in Nederland. Het zijn er naar schatting honderden tot een paar duizend per jaar. Van de volwassenen die zelf niet roken, zit 9% één of meer uren per dag in de tabaksrook van anderen. Een deel van deze meerokers doet dit tijdens

het werk als zorgverlener. Trouwens, elke roker is zelf een meeroker. De rook die vrijkomt bij het smeulen van een sigaret, tussen de trekjes door, bevat hogere concentraties schadelijke stoffen dan de rook die wordt geïnhaleerd en uitgeblazen door rokers, vanwege een verschil in verbrandingscondities. Bovendien geldt dat een roker die binnenshuis rookt, de rest van de dag en in de nacht ook blootgesteld wordt aan de nog zwevende en neergeslagen rookdeeltjes (de derdehands rook).

Een bijzondere vorm van blootstelling aan tabaksrook ontstaat bij zwangere vrouwen die roken. Jaarlijks worden zo'n 14.500 ongeboren kinderen via de placenta blootgesteld aan giftige stoffen uit tabaksrook van hun rokende moeder, die vaak ook een rokende partner heeft (Scheffers-van Schayck, 2021). Door het roken van de zwangere moeder sterft in Nederland minimaal één ongeboren baby per week (Wagjio, 2017), maar ook de kinderen die de zwangerschap overleven kunnen schade oplopen. Ruim 800.000 kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar groeien op in een huis waar binnen gerookt wordt. Over het algemeen is de thuisomgeving de belangrijkste plaats van blootstelling aan meeroken, dit geldt voor kinderen, maar ook volwassenen. Het kan echter ook zijn dat juist de werkomgeving voor de meeste blootstelling zorgt, zoals begin 2022 via de media duidelijk werd toen een GGZ instelling aansprakelijk werd gesteld door de rechter voor de gezondheidsschade die een medewerker opliep door meeroken.

Derdehands rook

Roken is actief of eerstehands roken. Meeroken noemen we tweedehands roken. Derdehands roken is het blootgesteld worden aan de deeltjes van tabaksrook die op de meubels en vloeren, kleding en haren liggen. Ook dit is schadelijk, voor baby's die tijdens een knuffel de stoffen vanuit de kleding inademen of die door dingen in hun mond te stoppen en over de grond te kruipen de giftige deeltjes binnenkrijgen. Voor huisdieren, die niet alleen meeroken met een rokend baasje, maar ook door het likken aan bijvoorbeeld de hand van het rokende baasje schadelijke stoffen binnenkrijgen. Zowel katten als honden hebben een verhoogde kans op het krijgen van kanker door het roken van hun eigenaar (Bertone, 2002).

Zien roken doet roken

En dan speelt ook nog het fenomeen 'zien roken doet roken'. We zouden dit kunnen beschouwen als 'vierdehands roken'.

Kinderen worden niet geboren als roker (Bommel , 2016); dit leren ze tijdens hun leven bewust of onbewust van rokers in de omgeving en de cultuur waarin ze opgroeien. Het moment waarop ex-rokers terugvallen is vaak na een ontmoeting met rokers ('dat rook wel weer lekker, zal ik toch  n pakje sigaretten kopen om het af te leren?'). Rokers verleiden elkaar om een nieuwe sigaret op te steken ('wil je er ook nog eentje?'). Hoewel vrijwel iedereen, ook kinderen, weet hoe extreem ongezond dit gedrag is, beginnen elke dag tientallen kinderen met dagelijks roken, stoppen veel rokers niet, of stoppen ze pas na vele jaren. Roken is zeer sociaal besmettelijk gedrag en zeer verslavend, voor zowel nog niet rokende kinderen als voor (ex-)rokers onderling. Zien roken, doet echt roken.

De enige gezonde norm is 'rookvrij' zijn

Roken, meeroken, derdehands en vierdehands roken, ze zijn allemaal schadelijk en het is belangrijk om patiënten hierover te informeren en te motiveren om elke vorm van blootstelling aan tabaksrook en rookgedrag bij voorkeur te reduceren tot nul. De enige gezonde norm is 'niet-roken'. Vandaar ook dat we de hulp aan rokers 'stoppen-met-rokenzorg' noemen (Van de Graaf, 2020).

Overzicht soorten rook

Roken ('eerstehandsrook')	De rook die de roker inademt.
Meeroken, tweedehandsrook	De uitgeblazen rook die door een ander wordt ingeademd, plus de rook die bij het smeulen van een sigaret vrijkomt. Zowel rokers als niet-rokers kunnen meeroken. Een bijzondere groep zijn de ongeboren kinderen: deze roken mee via de placenta.
Derdehandsrook	Deze bestaat uit de rookdeeltjes die vrijkomen uit kleding, stoffen meubilair, gordijnen etc. Ze zijn een extra risico voor (jonge) kinderen en huisdieren, omdat zij op de grond spelen waar de deeltjes zijn neergeslagen en van alles in hun mond stoppen.
Vierdehandsrook	Roken is sociaal besmettelijk gedrag, want anderen zien roken doet roken. Zien roken is daarmee in potentie ook schadelijk.

Verslaafd, hoezo?

De meeste mensen zijn al op jonge leeftijd begonnen met roken en vinden het heel moeilijk om daar vanaf te komen. Het verslavende en sociaal besmettelijke karakter van rookgedrag zorgt ervoor dat er steeds nieuwe rokers bij komen. Tienduizenden rokers stoppen pas als ze zo ernstig ziek zijn geworden door het roken dat roken niet meer kan. Vaak is het dan al te laat. Vele rokers overlijden aan de gevolgen van hun verslaving, tot het laatste moment nog doorrokend.

Jarenlang werd roken gezien als een ongezonde leefstijl waar je zelf voor kiest. De gedachte dat rokers volledig vrij zijn om te kiezen of ze roken veranderde aan het eind van de jaren tachtig bij het verschijnen van een rapport over de verslavende eigenschappen van tabak, van de gezaghebbende United States Surgeon General (USDHHS, 1988). In dit rapport werd geconcludeerd dat de farmacologische en gedragsmatige processen die bij rokers worden gezien vergelijkbaar zijn met die van mensen die verslaafd zijn aan drugs zoals heroïne en cocaïne. Er is tegenwoordig geen twijfel meer over dat het allergrootste deel van de rokers verslaafd is aan het roken van tabak; zij hebben een tabaksverslaving ontwikkeld (Van Aerde, 2020). Tabaksverslaving is daarom terecht opgenomen in de DSM-5, het classificatieboek over psychische stoornissen en verslavingen.

Nicotine

Nicotine is de stof die hoofdvast verantwoordelijk is voor de verslavende werking van het roken van tabak. Nicotine wordt vanuit tabaksrook via de longen zeer snel opgenomen in het bloed en bereikt binnen zo'n 7 tot 10 seconden het brein en de rest van het lichaam. Het snel optredende, door rokers als belonend ervaren effect van nicotine is een belangrijke reden waarom roken zo verslavend is. Sigaretten zijn met opzet extra verslavend gemaakt door een aantal toevoegingen in tabak die de opname van nicotine in het lichaam verder optimaliseert. Suiker en chocola verzachten de rook zodat deze dieper geïnhaleerd kan worden. Een basische pH (aangepaste zuurgraad) vergemakkelijkt de opname van nicotine en

ammoniak verwijdt de longblaasjes en vergroot daarmee het oppervlak waar stoffen, zoals nicotine, opgenomen worden.

De belonende effecten van nicotine nemen snel weer af. Onder andere vanwege de korte werkzame tijd ontstaat vaak na een uur weer trek in een nieuwe sigaret. Die trek uit zich als een onrustig, prikkelbaar gevoel, dat verdwijnt bij het roken van een volgende sigaret. De stress die veel rokers al voelen na een korte periode van onthouding zijn ontwenningverschijnselen, die met een volgende dosis nicotine worden opgeheven. Om deze ontwenningverschijnselen te voorkomen, steken de meeste rokers vele keren per dag een nieuwe sigaret op. Gemiddeld is dat voor dagelijkse en niet-dagelijkse rokers samen zo'n 11 keer op een dag. Uitzonderingsgevallen roken enkele pakjes per dag (een pakje bevat minimaal 20 sigaretten); een deel van deze 'kettingrokers' staat 's nachts op voor een sigaret.

Verslaafd

Hoe vaker iemand op een dag rookt en hoe langer hij of zij dat al doet, hoe sterker het rookgedrag gekoppeld raakt aan allerlei dagelijkse situaties en gebeurtenissen ('conditionering'). Verslaafde rokers gebruiken de sigaret om de dag door te komen. Ze starten de dag op met een sigaret, kopje koffie erbij en dan een bezoek aan de wc (nicotine stimuleert de stoelgang). De sigaret markeert overgangs- of schakelmomenten op de dag, zoals pauzes, bij de bushalte, na het avondeten. Rokers denken vaak dat het roken van een sigaret de stress vermindert en roken om met onrust of verveling om te gaan. Hoe vaker een roker deze dagelijkse, of veel voorkomende, situaties doorkomt met een sigaret in de mond, des te sterker wordt de koppeling met roken en des te automatischer gaat het rookgedrag in die situaties. Koffie drinken, 'even een sigaretje', TV kijken, 'even een sigaretje', de hond uitlaten, 'even een sigaretje'. Dit is geen gedrag waarmee een kind geboren wordt, maar aangeleerd gedrag dat een automatisme wordt als iemand het maar vaak genoeg doet.

Voor veel rokers beheerst roken dus het ritme, dag in dag uit, jaar in jaar uit. Daar gaat menig roker onder gebukt: ze kunnen andere dingen

niet meer doen, omdat ze 'moeten' roken. Dit geldt voor veel dagelijkse bezigheden, maar ook financieel moeten veel rokers dingen laten. Een gemiddelde roker steekt per jaar zo'n 1500 euro aan rookwaar in brand. En natuurlijk *moet* een roker niet echt roken, maar ze ervaren dat wel zo. Want bij een roker die even niet rookt "komt de stress meteen weer boven." Deze rokers zitten muurvast in hun rookgedrag en hebben er last van. Zo ziet 'verslaafd zijn' eruit.

'Ik ben een roker'

Veel rokers beschouwen het roken als een vast onderdeel van hun identiteit: "Ik ben een roker". Die identiteit varieert van 'vakantieroker', 'gelegenhedroker' tot 'kettinkroker'. De tabaksindustrie heeft in het verleden een centrale rol gespeeld in het bedenken van de 'rokers-identiteit'. Een roker is stoer en sexy. Ook al is in de samenleving het imago van de roker aan het veranderen en wordt roken minder normaal, er staan nog steeds aanzienlijke aantallen jonge mensen, ook studenten die zorgverlener worden, 'stoer' te roken buiten een café. Een nieuwe identiteit als niet-roker krijgen kan een belangrijk onderdeel zijn van het stopproces dat een roker doorloopt. Onderzoek heeft laten zien dat mensen die zichzelf gaan zien als 'niet-roker' de beste papieren hebben om definitief rookvrij te kunnen leven (Meijer, 2015).

E-sigaretten en andere vormen van gebruik van tabak en nicotine

Producten als e-sigaretten en tabaks-verhittingsapparaten (beide worden door de tabaksindustrie geproduceerd) zijn, net als een tabakssigaret, potentieel verslavend. Ze kunnen bovendien bij een roker die overstapt naar deze nieuwe tabaksproducten de afhankelijkheid van nicotine in stand houden. De handeling van het roken (bij deze producten ook wel 'dampen' of 'vaperen' genoemd) wordt in stand gehouden. Ook blijft het lichaam gewend aan de dagelijkse zeer snelle toediening van nicotine via de luchtwegen en de prikkelende sensatie in de mond en keelholte. Beide typen producten maken het doorbreken van een tabaksverslaving niet gemakkelijk. Daarom raadt de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving en Stoppen met Roken Ondersteuning^{QR} deze producten niet aan als voorkeursmethode bij het stoppen met roken.

Zorgen zijn er ook over de gezondheidseffecten van langdurig gebruik van e-sigaretten en tabaks-verhittingsapparaten. De risico's zijn niet in volle omvang bekend, omdat de producten nog niet zo lang op de markt zijn en de producenten vermoedelijk slechts selectief hun kennis met de (onafhankelijke) wetenschap delen. Onschadelijk zijn deze producten zeker niet (Pauwels, 2021). De longen zijn gemaakt om frisse gezonde lucht te inhaleren, niet voor deze consumentenproducten. Een ander groot nadeel is dat veel gebruikers van deze producten ook sigaretten blijven roken ('dual users'); deze combinatie is mogelijk nog verslavender en schadelijker. Tenslotte geldt ook bij het gebruik van deze producten dat het roken/dampen genormaliseerd wordt. Het gebruik hiervan is, net zoals roken, sociaal besmettelijk gedrag. Het zet anderen aan om ook ongezonde stoffen via de luchtwegen binnen te krijgen.

Naast e-sigaretten en tabaks-verhittingsapparaten komen er steeds meer producten op de markt die nicotine bevatten. Bij snus en nicotinezakjes, verkocht in voor jongeren aantrekkelijke doosjes en smaakjes, vindt de opname van nicotine plaats via het mondslijmvlies. Ook deze producten kunnen zorgen dat er een afhankelijkheid van nicotine ontstaat of kunnen deze in stand houden en ook deze producten zijn een gevaar voor de gezondheid van de gebruiker (Pauwels, 2021).

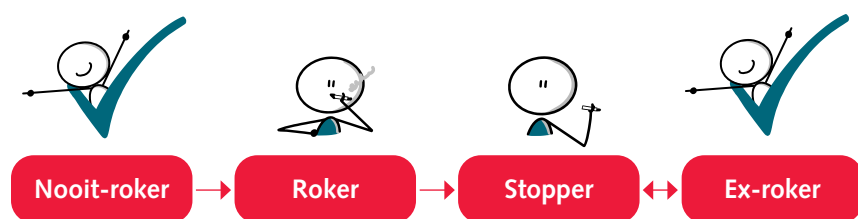
Bekijk samen met een roker een filmpje 'over verslaving' op de website van het Trimbos-instituut, waar in 7 minuten wordt uitgelegd wat verslaving is^{QR}.



Tevreden rokers zijn steeds zeldzamer

Zoals gezegd worden kinderen niet geboren als roker. Niet-rokers (kinderen en volwassenen) kunnen wel een roker worden. Het is echter, zeker tegenwoordig, vrijwel onmogelijk om zeer lang een 'tevreden roker' te zijn. In de jaren zestig van de vorige eeuw was dat nog wel goed te doen, zeker voor mannen, want vrijwel alle mannen rookten. Het was best lastig om als man een tevreden niet-roker te zijn, want 'echte

mannen rookten'. Maar de tijden zijn veranderd. Tachtig procent van de Nederlandse volwassenen is inmiddels een niet-roker. Roken is steeds minder de norm en daarmee wordt het steeds minder makkelijk om nog een tevreden roker te zijn. Rokers zijn in Nederland op veel plaatsen in de minderheid, er is uitgebreide informatie over de schadelijkheid voor de roker zelf en diens omgeving en ook over de sociaal besmettelijkheid van het roken (zien roken doet roken). Rokers ervaren externe druk vanuit de omgeving en interne druk vanuit zichzelf om niet te roken ('Ik wil niet ziek worden'; 'Ik wil niet dat mijn dochter gaat roken, omdat ik rook'). Die druk helpt om niet te roken. Rokers die niet meer zo tevreden zijn met het roken raken gemotiveerd om te stoppen. In dit boek noemen we hen dan niet rokers, maar 'stoppers'. Tevreden rokers die (nog) niet voldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken noemen we rokers. Een stopper die succesvol is gestopt noemen we een ex-roker. We onderscheiden in dit boek dus vier groepen mensen in relatie tot roken: nooit-rokers, rokers, stoppers en ex-rokers (figuur 1.1).



Figuur 1.1

Deze figuur is een vereenvoudigde weergave van het proces. In de praktijk blijkt het stopproces vaak geen rechte lijn, maar een proces van vallen en opstaan: stoppers die roken en toch weer stoppen, en ex-rokers die weer (ontevreden) rokers oftewel stoppers worden.

In elke roker zit een stopper

Veruit de meeste rokers zijn niet tevreden met hun rookgedrag en zij zijn dus stoppers die met één of meerdere zetjes van een zorgverlener

misschien wel een ex-roker kunnen worden. Uit vele onderzoeken blijkt dat de meeste rokers overwegen om te stoppen. En zelfs voor de volledig 'tevreden roker' geldt dat dit tevreden gevoel op enig moment zal gaan wankelen wanneer bijvoorbeeld een zorgverlener gevraagd of ongevraagd, mits respectvol, een stopadvies geeft. Een tevreden roker raakt vaak overtuigd van de noodzaak om te stoppen door een beroep te doen op zijn verantwoordelijkheid, voor de eigen gezondheid, en nog meer voor de gezondheid van anderen (zoals partner, kinderen en ook huisdieren). Ook de sociale besmettelijkheid van roken is voor ouders, partners en anderen belangrijk als motivatie. Wat je jezelf aandoet is je eigen beslissing, maar niemand wil de gezondheid van anderen bewust schaden; niet door anderen te laten meerroken en niet via 'zien roken doet roken'. Niemand wil zijn eigen kinderen verslaafd maken. Niemand wil een 'dader' zijn.

Als een stopper die gestopt is later toch weer terugvalt in rookgedrag, dan wordt deze zelden opnieuw een tevreden roker. Een stopproces is een kwestie van afscheid nemen van de oude rookgewoonten en ontdekken van een nieuwe vrijheid. In dit proces sleutelt de stopper telkens aan zijn gedrag. In de praktijk zijn meerdere korte of langere perioden van niet-roken onderdeel van dit leerproces. In de volksmond en in onderzoek wordt dit vaak een 'stopoging' genoemd. In dit boek zien we deze perioden als momenten waarop stoppers veel leren over hoe ze rookvrij kunnen leven. Je zou het kunnen vergelijken met een trainingsperiode om een sport of muziekinstrument beter onder de knie te krijgen: met vallen en opstaan leer je er mee om te gaan: een proces dus.

Je kunt er vanuit gaan dat in iedere roker een stopper zit die ergens in het proces zit om los te komen van zijn verslaving. Het kan zijn dat hij zichzelf nog als een tevreden roker ziet, maar dit kan zeer snel veranderen, bijvoorbeeld na één gesprek met jou, een accijnsverhoging of een zieke in de omgeving van de roker. Wetenschappelijk is al vaak aangetoond dat elke roker openstaat voor advies van zorgverleners in dit proces. Blijf respectvol met de patiënt in contact en neem de eventuele worstelingen van de patiënt volledig serieus. Wanneer een roker op dit moment toch

niet aan stoppen toe blijkt te zijn, probeer dan in elk geval het roken en stoppen met roken te bespreken. Hiermee zet je de roker aan het denken, en dat kan uiteindelijk wel eens levensreddend worden. *Make every contact count!* Geef nuttige kennis en het gevoel dat de roker in de zorg terecht kan met vragen en voor begeleiding. En draag over dat stoppen een leerproces is en dat iedereen op elke leeftijd nog nieuwe dingen kan leren.

Wij zijn ervan overtuigd dat hoe vaker interventies (groot en klein) gericht op het bevorderen van het stoppen met roken en het starten met rookvrij leven worden gegeven, hoe kleiner de groep 'tevreden rokers' zal worden en hoe minder mensen uiteindelijk blijven roken. Een ex-roker verleidt daarbij geen kinderen en andere (ex-)rokers meer om te gaan roken. Ook ten aanzien van het beschermen van kinderen en anderen is het dus van groot belang dat wij als zorgverleners elke roker en stopper ondersteunen in het proces om een ex-roker te worden. Vanuit één gestopte roker kan een sneeuwbal effect ontstaan en daarmee dragen we bij aan het realiseren van een Rookvrije Generatie waarin ieder kind dat geboren wordt de kans krijgt om volledig rookvrij op te groeien en aan een rookvrij Nederland.

Zwijgen is een vorm van goedkeuren

Hoe komt het toch dat zo weinig zorgverleners het rookgedrag met hun patiënten bespreken? Het advies om aan iedere roker minstens één keer per jaar een stoppen-met-rokenadvies te geven staat tenslotte al jaren duidelijk vermeld in de diverse landelijke richtlijnen. Toch geeft slechts 1 op de 10 huisartsen aan alle rokende patiënten het advies om te stoppen (Willemse, 2021).

Bij andere beroepsgroepen is dat niet heel anders, wonderlijk genoeg zelfs niet bij verslavingsartsen. Nederlands onderzoek onder een diverse groepen medewerkers in de gezondheidszorg noemde als belangrijkste redenen een gebrek aan tijd en onvoldoende training (Meijer, 2021). Andere redenen waren het idee dat de patiënt niet gemotiveerd zou zijn om te stoppen met roken, dat het onderwerp te gevoelig zou liggen,

dat de financiële bijdrage van de patiënt te hoog is, of dat andere taken volgens de zorgverlener prioriteit hadden. Sommige zorgverleners hebben het idee dat een advies om te stoppen met roken beter door een ander soort zorgverlener gegeven kan worden, zoals de huisarts. Opvallend is ook de breed gedragen opvatting dat rokers zelf verantwoordelijk zijn voor het roken. De huidige inzichten zijn echter dat de meeste rokers verslaafd zijn aan het roken en dat rokers op jonge leeftijd zijn begonnen, toen ze de consequenties daarvan nog niet konden overzien. Hoewel het klopt dat rokers verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag, is het voor het merendeel van de rokers en stoppers niet eenvoudig om dit gedrag zonder hulp van buitenaf te veranderen. Daarom noemen we ze ook verslaafd, ze zitten vast in hun eigen ziekmakende gedrag.

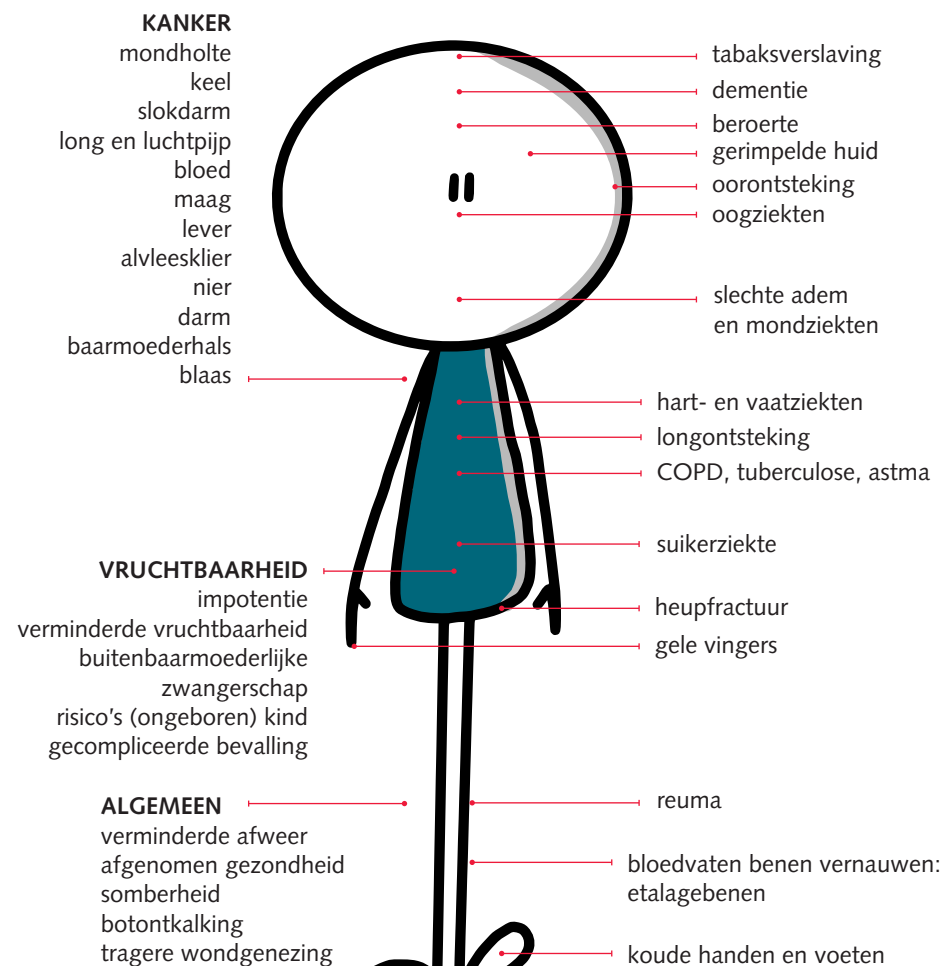
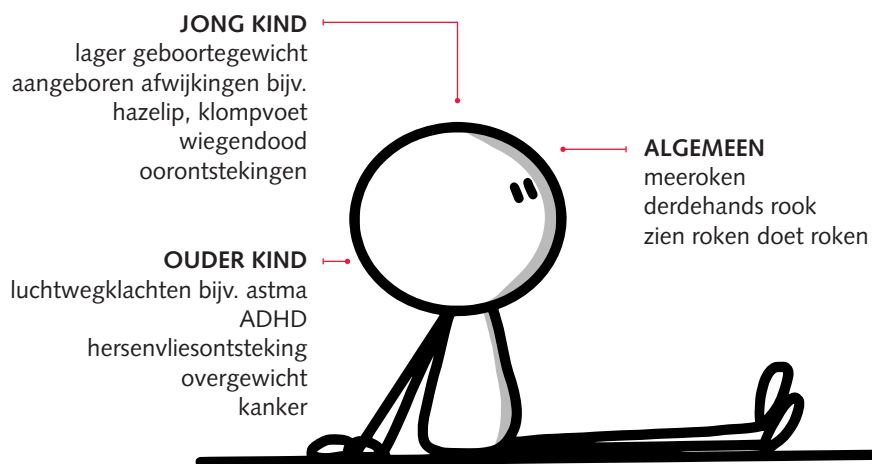
Rokers willen er wel over praten

En dan zijn er nog barrières die de zorgverlener zelf in de weg zitten, zoals eigen gevoeligheden en angsten en eventueel het eigen rookgedrag. In sectoren als de GGZ, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en zelfs jeugdzorg wordt nog steeds door relatief veel zorgmedewerkers zelf gerookt, in het zicht van of zelfs samen met patiënten. Over sociale besmettelijkheid van rookgedrag gesproken. Sommige zorgverleners menen dat samen met patiënten roken de behandelrelatie ten goede komt of denken dat het geven van een ongevraagd stopadvies de behandelrelatie kan schaden. Het is echter al heel lang bekend dat het merendeel van de Nederlanders een ongevraagd stopadvies van bijvoorbeeld een huisarts verwacht en prima vindt. Rokers en stoppers willen wel over roken en stoppen praten, maar zorgverleners hebben allerlei excuses om dit niet te doen. Met andere woorden, het probleem en daarmee de oplossing ligt ook bij de zorgverlener.

Voor elke beroepsgroep zijn er redenen en momenten genoeg om het roken en stoppen aan te kaarten: herhaalde oorontsteking of verkoudheid bij een kind (roken de ouders of grootouders?), een zwangerschapswens (de vruchtbaarheid van zowel mannen als vrouwen is minder als ze roken), het pilgesprek (rokers die de pil gebruiken hebben meer kans op trombose), een aanstaande operatie (de operatiewond geneest beter

bij mensen die rookvrij zijn), chemotherapie (werkt minder goed bij rokers), gebruik van medicijnen die een interactie hebben met roken (Burger, 2017), acné en andere huidaandoeningen, tandvleesontsteking, botontkalking, hart- en vaatziekten, longaandoeningen, kankers, psychische aandoeningen, rokende kinderen, armoede en ga zo maar door. Er zijn lijvige rapporten verschenen over de mogelijke gevolgen van roken op lichaam en geest. Figuur 1.2 geeft een overzicht van de diverse aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van roken en meerroken (zie ook www.trimbos.nl/kennis/gevolgen-van-roken).

En dan hebben we het nog niet gehad over het feit dat veel stoppers gebukt gaan onder hun verslaving; ze kunnen een enorme last ervaren van het feit dat ze dag in dag uit niet 'willen', maar voor hun gevoel 'moeten' roken. Ze hebben het nodig dat ze hierover kunnen spreken met zorgverleners. Een luisterend oor is één van de belangrijkste dingen die je als zorgverlener te bieden hebt om een verslaafd medemens te helpen er los van te komen. Kortom, er zijn géén goede redenen om weg te kijken en te zwijgen.



Figuur 1.2 De mogelijke gevolgen van roken en meerroken

Zwijgen kan zelfs negatieve gevolgen hebben. De ontvanger kan het niet bespreken van het roken door een zorgverlener makkelijk uitleggen als goedkeuren. "Als de fysiotherapeut zwijgt dan zal het wel meevallen toch, dat roken van mij, ook al ben ik hier voor looptraining voor mijn vaatproblemen?" *'Make every contact count!'*

Bespreek gele vingers en rooklucht

Een zorgverlener die rookgedrag onbesproken laat en wegkijkt van het rookgedrag kan het signaal geven dat dit gedrag niet veranderd hoeft te worden ('wie zwijgt, stemt toe'). Een gemiste kans, want tabaksverslaving behoort in ons land tot de meest voorkomende behandelbare dodelijke ziekten. Toch missen we als zorgverleners deze ziekte vaak, registreren de diagnose niet in het dossier en laten de ziekte onbehandeld. Er zijn talrijke aanwijzingen die kunnen duiden op de aanwezigheid van een tabaksverslaving: de patiënt geeft zelf aan dat hij of zij rookt, ruikt naar rook of heeft gele vingers, komt met klachten die kunnen samenhangen met roken, of er staat in het dossier dat iemand in het verleden rookte. Laat dit daarom niet onbesproken, want dit doe je ook niet als je aanwijzingen hebt dat er bij iemand sprake kan zijn van een andere potentieel dodelijke ziekte, zoals kanker. Dan bespreek je ook altijd de bevindingen, je geeft adviezen en biedt vervolgzorg aan of verwijst. Waarom zwijgen als je aanwijzingen hebt dat iemand een potentieel dodelijke tabaksverslaving heeft?

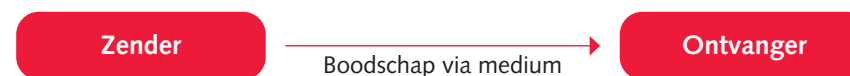
Geef gevraagd en ongevraagd een stopadvies en bied hulp aan. Onderschat je invloed op het stoppen niet.



Dit boek geeft vooral in hoofdstuk 2 en 3 tips hoe je het professionele wegkijken en zwijgen kunt doorbreken, hoe het gesprek aan te gaan in de vaak korte tijd die de praktijk van alledag biedt, inclusief voorbeeldteksten. Het is waardevol om rokers en stoppers verder te helpen in het stopproces; patiënten, hun naasten en Nederland als geheel zullen je dankbaar zijn.

Een duidelijke boodschap

Als zorgverlener beïnvloed je elke dag bewust of onbewust vele personen tijdens je werk en ook daarbuiten. Rookgedrag ontmoedigen of aanmoedigen doe je via verbaal en non-verbaal contact met anderen. Je bent als zorgverlener en individu altijd de boodschapper, de zender van allerlei boodschappen. Om je boodschap bij de ontvanger te krijgen, maak je gebruik van een bepaald medium (Van de Graaf, 2022).



Figuur 1.3

Als zender kun je op allerlei manieren invloed uitoefenen: door gezond voorbeeldgedrag (zelf niet roken, niet naar rook te ruiken), het rookgedrag te bespreken tijdens je werk (in een gesprek, met posters, wachtkamerfilms, meer daarover in hoofdstuk 2) en daarbuiten (via social media bijvoorbeeld). Als zorg zenden we ook met elkaar een boodschap uit, in richtlijnen, in krantenartikelen, en met landelijke acties om de zorgsector rookvrij te maken (meer daarover in hoofdstuk 5). Door het steeds verbeteren van de stoppen-met-rokenzorg en te pleiten bij zorgverzekeraars voor een adequate vergoeding uiten we het signaal dat het belangrijk is te stoppen. Ook dit boek is zo'n signaal. Als we allemaal, alle circa miljoen zorgverleners eenzelfde, duidelijke en concrete boodschap herhalen, wordt deze steeds krachtiger. Begin bijvoorbeeld met dit boek naast je op tafel te leggen in de spreekkamer. Dat helpt jezelf en je patiënten om het over roken en stoppen te hebben.

Of degene met wie je spreekt rookt, net gestopt is, of meerookt, de boodschap blijft hetzelfde. Al steek je deze, afhankelijk van de situatie, in een ander jasje. Maak de boodschap zo persoonlijk mogelijk en wees daarbij respectvol, zodat de ontvanger begrip voelt, meer open staat voor de boodschap en er ook niet om heen kan.



Geef in ieder contact met een roker een duidelijke boodschap mee:

- Roken is ongezond en de blootstelling aan de diverse vormen van rook ook.
- Stop met (mee)roken.
- Houd rekening met de sociale besmettelijkheid van rookgedrag.
- Stoppen kan, zeker met begeleiding.

Hoe duidelijker, hoe beter. Liever een korte en krachtige, maar daardoor wel duidelijke boodschap, dan een lang en onduidelijk verhaal; liever één duidelijke dan meerdere onduidelijke berichten. En liefst via meerdere kanalen, zoals een stopadvies ondersteund door een folder met daarin dezelfde boodschap. Een goede boodschap is duidelijk en eenvoudig over te dragen: 'zien roken, doet roken'. Daarmee vergroot je de kans dat de roker thuis hetzelfde verhaal zal herhalen en er niet alleen uitpikt wat hij 'wil' horen. Een moeilijke en/ of lange boodschap kan veranderen als deze van de ene persoon naar de andere wordt overgebracht. Kinderen leren dat al met het soms hilarische 'doorfluisterspel'. Bijvoorbeeld: Jij zegt: "Wat goed dat u al geminderd bent met roken. Dat is een mooie stap op weg naar volledig rookvrij." De roker kan dan thuis vertellen: "De dokter vindt dat ik goed bezig ben, dus voorlopig is het wel goed zo!" De huisgenoten kunnen dit vervolgens weer doorfluisteren aan vrienden, collega's en zo gaat het als een lopend vuurtje rond. Dit 'doorfluisteren' van zinnen die patiënten gehoord hebben van een zorgverlener gebeurt vrijwel altijd. Als een patiënt de juiste, kernachtige boodschap doorfluistert in zijn of haar sociale netwerk, dan beïnvloedt de patiënt daarmee ook anderen richting een rookvrij leven. Daarmee kan je als zorgverlener een nog veel grotere invloed hebben dan alleen op die ene patiënt. Roken is sociaal besmettelijk gedrag. Stoppen en niet-roken ook.

Het witte-jas-effect en de kracht van de herhaling

Het witte-jas-effect heeft op de gemiddelde burger nog steeds veel invloed, de witte doktersjas voorop, maar ook het uniform van een verpleegkundige, fysiotherapeut of kraamverzorgende. Dit is

wetenschappelijk bewezen. Op het moment dat 'een zorgverlener' iets zegt, zal dat waarde hebben voor de patiënt, omdat je dat doet met het gezag van 'een expert'. Dit geldt ook voor zorgverleners zonder witte jas, zoals in de huisartsenpraktijk of een GGZ-instelling. Straal als zorgverlener, zowel naar de patiënten, als naar je collega's binnen en buiten je organisatie dan ook uit dat roken ziekmakend en dodelijk en sociaal besmettelijk is, en dat rokers verslaafd kunnen zijn. Vertel dat iedereen een verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de eigen gezondheid, maar ook ten aanzien van die van mensen in de omgeving, en dat wij als zorgverlener de taak hebben om rokers goed voor te lichten, te adviseren om te stoppen, en te ondersteunen richting een leven zonder roken. Dit geldt ook voor onze contacten met meerokers. Een heldere boodschap vraagt, zoals gezegd, om herhaling, want (verslavings)gedrag veranderen is een proces dat tijd kost. Bovendien wil een patiënt niet altijd horen wat je zegt; dat hoort bij het veranderproces. De veranderkracht vanuit de zorg zit sterk in de herhaling van boodschappen. Herhalen, herhalen, herhalen dus. Zo bevorderen we dat rokers stoppers worden en stoppers ex-rokers. En daarmee vergroten we de kans dat steeds meer kinderen hun hele leven nooit-rokers blijven.

Standaardzorg en het werkelijke leven

Dit boek richt zich op de zorg die elke zorgverlener zou moeten kunnen uitvoeren, standaardzorg. Standaardzorg bestaat uit het signaleren van rookgedrag, het geven van (een stop) advies en motiveren van rokers om stopper te worden. En als ze al stopper zijn, om daar nog beter in te worden, zodat ze uiteindelijk een ex-roker worden. Het doel is om bij zoveel mogelijk mensen een 'doorrookt leven' te veranderen naar een 'rookvrij leven'. Veel rokende patiënten zitten al in dat proces. Jaarlijks onderneemt ongeveer een derde van de rokende Nederlanders een stoppoging. Dat komt neer op zo'n 1 miljoen stoppogingen per jaar (Bommelé, 2020). De meeste stoppogingen worden zonder begeleiding gedaan. De succeskans van dit soort pogingen ligt rond de 5%. Stoppers leren vaak veel tijdens deze stoppogingen (door ons 'stopperiodes')

genoemd), maar omdat ze toch vaak weer beginnen met roken zien we in de praktijk dat het vertrouwen dat het ooit gaat lukken om helemaal te stoppen verder daalt. Dat weerhoudt veel stoppers daarna vaak lange tijd om weer verder te oefenen, er ontstaat bij veel stoppers faalangst en dat resulteert helaas vaak in stoppen met stoppen met roken. Heel veel contacten met zorgverleners worden onbenut gelaten om stoppers te helpen het veranderproces te versnellen en te verbeteren, bijvoorbeeld door te zorgen dat stoppers bewust worden van wat ze allemaal wél kunnen in plaats van dat het weer niet gelukt is om volledig gestopt te blijven. Bij gespecialiseerde stoppen-met-rokenbegeleiding, zoals coaching, is de kans op succesvol stoppen wel vier tot vijf keer hoger. Over het algemeen geldt dat hoe intensiever en gespecialiseerder de begeleiding is, hoe groter de kans op een rookvrij leven. Verslavingszorg is de meest intensieve en gespecialiseerde vorm, maar vanzelfsprekend is deze relatief dure vorm van begeleiding niet voor elke stopper noodzakelijk. Verslavingszorg komt in beeld bij rokers die het herhaaldelijk met coaching en eventueel medicatie niet lukt om te stoppen met roken of als er sprake is van meerdere verslavingen.

Het meten van een 'stop poging' en het 'wel/niet roken na een jaar' worden vaak als uitkomstmaten gebruikt bij onderzoeken, zij zijn echter niet de heilige graal. Deze maten zijn geschikt voor wetenschappelijk onderzoek. In het werkelijke leven gaat het om de roker die op een gegeven moment een stopper wordt en een stopper die een niet-roker wil worden; iemand die in een leer-/veranderproces zit om los te komen van het roken en zoekende en lerende is om rookvrij te leven.

De meeste zorgverleners zijn niet opgeleid om gespecialiseerde stoppen-met-rokenbegeleiding te geven, of het ontbreekt hen aan tijd of interesse. Geen probleem, want rokers en stoppers kunnen worden doorverwezen naar zorgverleners die dit wel in hun pakket hebben. Wat iedere zorgverlener wel kan en moet doen is blijven adviseren en motiveren, ook als een patiënt gespecialiseerde begeleiding daarnaast heeft (Heddema, 2016). Nogmaals: *'Make every contact count!'*

Aan de slag

- Besef het belang van jouw rol in de stoppen-met-rokenzorg.
- Maak het bespreken van rookgedrag tot een (korte, duidelijke) standaardactie.
- Straal uit en benoem: alle vormen van (mee)roken en 'zien roken' zijn ongezond.
- Maak duidelijk dat rookvrij leven mogelijk is, zeker met begeleiding.



Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

Verhalen uit de praktijk

Elk hoofdstuk eindigt met vier vervolgh verhalen uit de praktijk, waarin Nico, Otto, Ine en Yuri de hoofdrolspelers zijn. Zij komen in aanraking met diverse soorten hulp en zorg. We volgen hun (mee)rookgedrag door de jaren en de inzet van de zorgverleners daarbij.



Nico is 12 jaar. Zijn beide ouders, Pierre en Aicha, roken. Samen bezoeken ze regelmatig de kinderlongpoli vanwege frequente astma-aanvallen van Nico. Pierre en Aicha maken zich zorgen over Nico, ondanks de medicatie die hij heeft, nemen zijn luchtwegklachten niet af.



Otto, 46 jaar, rookt al sinds zijn 12^e en is fervent sporter. Afgelopen weekend heeft hij tijdens een val met de fiets meerdere botbreuken opgelopen. Hij is opgenomen in het ziekenhuis, waar hij morgen geopereerd wordt. Hij rookt en maakt zich absoluut geen zorgen over de gevolgen daarvan, hij voelt zich fit en gezond.



Ine is 62 jaar en rookt sinds haar 16^e. Ze heeft al een aantal jaren last van hartfalen. Daarvoor bezoekt zij regelmatig de huisarts, de fysiotherapeut, de diëtist en praktijk-ondersteuner. Zij is meerdere keren gestopt met roken, maar vindt het ontzettend moeilijk om het vol te houden.



Yuri is 18 jaar, komt uit Turkije en woont sinds twee jaar in Nederland. Hij is net klaar met zijn school en op zoek naar een baan. Het roken geeft hem rust, al heeft hij eigenlijk geen geld om sigaretten te kopen. Dan schuift hij aan bij vrienden om samen gebruik te maken van de waterpijp.

2 Geef een stopadvies



- Geef aan elke roker een stopadvies. In de praktijk gebeurt dit nog veel te weinig. Het is wetenschappelijk bewezen dat een stopadvies (hoe kort ook) het aantal rokers dat stopt substantieel vergroot.
- Ook meerroken geeft gezondheidsschade. Bespreek en noteer dit eveneens.
- In minder dan een minuut kan je als zorgverlener ervoor zorgen dat een roker een stopper wordt en op weg gaat naar een rookvrij leven. Het Very Brief Advice (VBA) is het kortste advies: vraag – vertel – verwijz in 30 seconden. Bij het 'VBA+' wordt de patiënt 'warm' doorverwezen.
- Een langer stopadvies is op maat en heeft een duidelijke boodschap: "Ik adviseer u om te stoppen met roken."
- Het begeleiden van het stopproces vraagt meer tijd en vaardigheden dan de gemiddelde zorgverlener heeft. Verwijzen naar een stoppen-met-rokencoach ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken is de oplossing.
- Zelfhulpmaterialen zijn beschikbaar voor rokers die zonder begeleiding willen stoppen; ze zijn ook van toegevoegde waarde als aanvulling op de begeleiding.
- Er is altijd wel een goede aanleiding te vinden om over stoppen met roken te spreken, want roken heeft een effect op heel veel delen van het lichaam.

In de praktijk begint de rookstopzorg bij het in kaart brengen van het rookgedrag van álle patiënten. De eerste vraag is daarom: weet je de rookstatus van al je patiënten? Het feit dat de meeste mensen die roken een tabaksverslaving hebben, en zeker de helft daar uiteindelijk aan dood

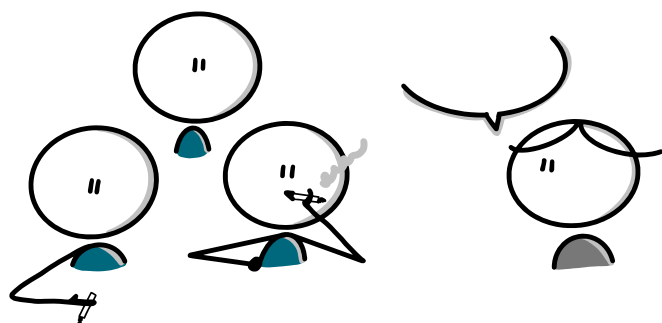
gaat, en het feit dat het bespreken van het stoppen met roken effectief is, rechtvaardigen het standaard uitvragen van rookgedrag. Ook bij mensen die met gezondheidsklachten komen die niet direct gerelateerd (lijken te) zijn aan roken en ook bij mensen die gezond lijken. Zelfs een 16-jarige die dagelijks rookt is niet gezond, maar verslaafd en dus ziek. Ondanks uitstekende landelijke richtlijnen in Nederland gebeurt het vragen naar rookgedrag in de zorg nog onvoldoende.

Leg dan vervolgens de rookstatus vast, bij voorkeur op een standaard plek in het dossier. De zorgorganisatie kan deze essentiële stappen ondersteunen door deze activiteiten structureel in procedures, protocollen en dossiers op te nemen.

Dit hoofdstuk gaat in op het bespreken en vastleggen van het rookgedrag en geeft praktische handvatten voor in de vaak hectische praktijk van alle dag met schaarse tijd. Daarnaast wordt besproken hoe je een roker kunt motiveren om een stopper te worden.

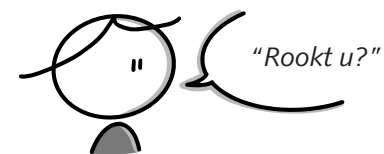
Weet wie er rookt

Het is belangrijk om van alle patiënten in de praktijk te weten of ze roken of hebben gerookt.



Figuur 2.1 In gesprek met iedereen

Dat kan met een korte duidelijke vraag zoals:



Of met een uitgebreidere vraag, hieronder enkele voorbeelden:

- *"Om u nog beter te kunnen helpen, brengen wij de rookstatus van iedereen in kaart: rookt u?"*
- *"In onze praktijk gaan wij met iedereen in gesprek over roken. Rookt u?"*
- *"Roken is één van de oorzaken van dit ziektebeeld. Rookt u?"*

Maak daarbij duidelijk dat het gaat om alle soorten rookwaar. Denk bij een 'nee' op bovenstaande vragen ook aan het gebruik van andere rookwaar, bijvoorbeeld het gebruik van een e-sigaret (ook wel dampen of vaperen genoemd) of snus (zakje met tabak of poeder met nicotine dat een gebruiker onder zijn bovenlip stopt). Je kunt dan vragen stellen als: "Dampst u?" of: "Blowt u?" Nog duidelijker zijn deze vragen:

"Of maakt u (daarnaast) gebruik van andere rookwaar, zoals e-sigaretten, snus of waterpijp?"

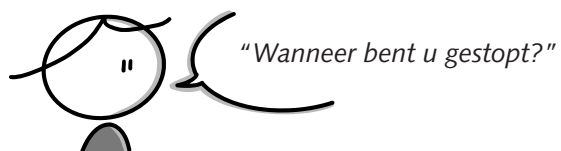
"Of gebruikt u wel eens andere rookwaar of producten waar nicotine in zit?"

Vergeet niet de joint. De meeste cannabisrokers roken namelijk ook tabak. Een 'joint' is in feite een sigaret waar ook cannabis in zit. Dat is in Nederland de meest gangbare manier om cannabis te gebruiken. Meer dan een miljoen volwassen Nederlanders hebben 'het afgelopen jaar' cannabis gebruikt en een kwart miljoen is een (bijna) dagelijkse gebruiker. Veel rokers die stoppen met roken gaan meer dampen of blowen en andersom geldt dit ook.

Als het antwoord op alle bovenstaande vragen 'nee' is, check dan of je in gesprek bent met een 'nooit-roker' (zie figuur 1.1. op pagina 24), een stopper of een ex-roker. Dit doe je door te vragen naar de rookgeschiedenis, ook dat kan heel kort:



Als het antwoord hierop 'ja' is, vraag dan aansluitend:



Noteer de stopdatum, zo is meteen voor iedereen duidelijk of het gaat om een stopper (binnen nu en één jaar geleden gestopt) of een ex-roker.

Weet wie er meerookt

Daarnaast is van belang dat je zicht hebt op meeroken. Meeroken is ook schadelijk. Het is goed om te weten of een roker mensen in zijn omgeving heeft die meeroken. En het is goed om te weten of een niet-roker meerookt. Vandaar de vraag aan alle patiënten, ook de niet-rokers:



Als het antwoord hierop 'ja' is vraag dan wie er rookt en ga het gesprek aan over de gevolgen van meeroken.



Let op met vragen als: "Rookt uw partner/huisgenoot?"

Of "Rookt er iemand in uw huis?" Het antwoord daarop is niet volledig genoeg om te weten of het huis en de patiënt rookvrij zijn. Er kan nog steeds een rokende oppas-oma of bezoek zijn en die heb je dan niet in beeld.

Start het gesprek over meeroken met een open vraag zoals:



We weten dat de kennis over meeroken in Nederland beperkt is. Door deze vraag te stellen toets je of de ander er al iets over weet en of dat klopt. Vraag vervolgens of je het mag aanvullen met de informatie die jij er over hebt en sluit daarbij zo goed mogelijk aan bij de situatie van deze meeroker. Denk hierbij naast zieke huisgenoten ook bijvoorbeeld aan (klein)kinderen en huisdieren.

Adviezen bij meeroken

Leg uit dat ook meeroken schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid. Geef aan de patiënt informatie mee over de effecten van het rookgedrag op de gezondheid van anderen, wijs bijvoorbeeld op: www.rokeninfo.nl/roken/meeroken. Leg uit dat een volledig rookvrij huis het allerbeste is voor de gezondheid van alle bewoners en bezoekers. Afhankelijk van de situatie kun je de meerokende patiënt een van de volgende adviezen geven:

- Ga eens praten met de roker:
 - Mogelijk is deze nog niet op de hoogte van de gevolgen van zijn rookgedrag op jou en je huisgenoten.
 - Mogelijk is deze bereid om te stoppen. Ook hij kan hulp krijgen bij het stoppen.
 - Mogelijk is deze bereid om tijdelijk niet te roken of buiten te roken. Buiten roken is niet ideaal, want een roker stapt op een

gegeven moment weer het huis binnen en ademt vervolgens nog rookdeeltjes uit in huis.

- Op de site www.ikstopnu.nl/help-iemand-anders-stoppen-met-roken/7-tips-om-iemand-anders-te-helpen-bij-stoppen-met-roken/ staan nog meer tips.
- Ga eens in gesprek met je huisgenoten en overweeg je huis volledig rookvrij te maken. Ook met de visite kan je dit bespreken.
- Vraag de roker de volgende keer mee te komen naar het consult/ de afspraak, zodat jullie het er met z'n drieën over kunnen hebben.

Noteer de rookstatus en de meerookstatus

Afspraken met collega's over de beste manier om het rookgedrag van de patiënten vast te leggen maken voor iedereen in de praktijk helder of een patiënt rookt of meerookt. Zoals gezegd gaat de rookstatus niet alleen over sigaretten en shag, maar over alle producten die tabak of nicotine bevatten. Ook pijp, sigaar, e-sigaretten, waterpijp, verhitte tabak, snus, snuif- en pruimtabak en een joint zijn relevant. Sommige gebruikers van nicotine zijn 'dual user': zij roken én dampen/ gebruiken snus/ roken een waterpijp. In veel systemen is nog geen vaste plek waar informatie over deze andere rookwaar kan worden vastgelegd. Het meest overzichtelijk blijft dit op dezelfde plek als waar de notities staan over roken en stoppen. Dat geldt ook voor meerroken. Verder nuttige informatie om vast te leggen: wat is er over het roken en meerroken besproken, geadviseerd, afgesproken?

Dit zijn de categorieën voor rookstatus:

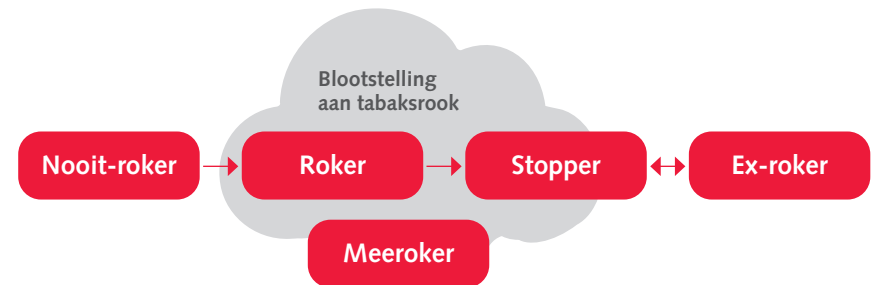
Nooit-rokers Zij zijn rookvrij en hebben geen rookverleden.

Ex-rokers Zij zijn langer dan 1 jaar rookvrij en gebruiken ook geen e-sigaretten, snus, verhitte tabak, andere tabaks- en rookwaren zoals een joint. Blijf bij ex-rokers alert op mogelijke terugval in rookgedrag.

Stoppers Rokers die overwegen of bezig zijn met stoppen en tussen de 0 dagen (roken nog, maar willen stoppen) en 1 jaar rookvrij zijn. Vervolg hen tot minimaal 1 jaar na de stopdatum. Meer daarover in het volgende hoofdstuk.

Rokers Iedereen die tabak of rookwaar gebruikt op dit moment en geen wens heeft om te stoppen. De 'tevreden rokers' en gebruikers van vergelijkbare producten zoals e-sigaretten (dampers), verhitte tabak, snus, joint. Er kan ook sprake zijn van 'dual use', zoals roken afwisselen met een joint roken of vaperen.

Meerokers Iedereen die rook inademt van rokers, bijvoorbeeld thuis of op het werk. Rokers zijn ook meerokers van zichzelf.



Figuur 2.2

Overigens is het bespreken van het rookgedrag niet hetzelfde als het afnemen van een rook-anamnese of een stopplan maken. Deze kosten meer tijd en komen aan de orde tijdens de rookstopbegeleiding (zie hoofdstuk 4). Voor jou als adviseur, motivator en verwijzer voldoet het om te weten dát er (in huis) wordt (mee)gerookt.

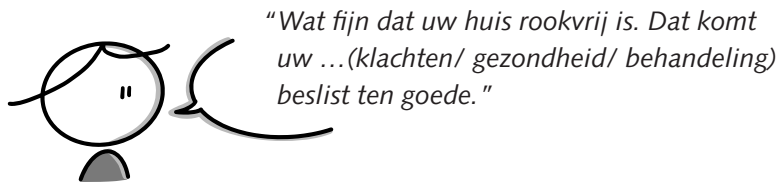
Geef ex-rokers, ook al zijn ze jaren rookvrij, een compliment en vertel hen dat je er voor hen bent, mochten ze steun nodig hebben om het vol te houden rookvrij te blijven. Want, zoals in hoofdstuk 1 al beschreven:

ook vele jaren later kan iemand terugvallen in rookgedrag. Dus herhaal de vraag naar de rookstatus regelmatig, liefst jaarlijks. In het volgende hoofdstuk meer hierover.

Ook bij patiënten die helemaal niet in aanraking komen met rook(gedrag) is het goed om een opmerking te maken over het rookvrij zijn, zoals:



En bij meerroken:



Door het structureel uitvragen van het rookgedrag weet je, in ieder geval binnen één jaar, het rookgedrag van heel veel patiënten in de praktijk. Tweederde van alle rokers bezoekt jaarlijks de huisarts en driekwart van alle rokers bezoekt jaarlijks de tandarts (Verdurmen, 2015). Dit biedt een unieke kans om op een proactieve manier alle rokers te benaderen, persoonlijk, maar het kan bijvoorbeeld ook via een brief aan alle rokers over het stoppen met roken begeleidings-aanbod dat er in de regio is, gekoppeld bijvoorbeeld aan een bericht over Stoptober. Zonder de rokers persoonlijk te spreken geeft dit al een duidelijk signaal hoe belangrijk jij en je praktijk/ organisatie stoppen met roken vinden.

Een stopadvies is bewezen effectief

Het merendeel van de rokers wil graag stoppen met roken, maar tussen wens en werkelijkheid liggen nog veel drempels. Hoewel de meeste rokers wel willen, onderneemt per jaar slechts een derde minimaal één serieuze stoppoging. Verschillende factoren kunnen positief bijdragen aan de motivatie om te beginnen aan zo'n proces van stoppen met roken. Bijvoorbeeld bewustwording over de risico's van roken, weten welke mogelijkheden er zijn om ondersteuning te krijgen bij het stoppen en de voordelen van een rookvrij leven, waar massamedia-campagnes aan kunnen bijdragen. Een andere belangrijke factor is het (herhaalde) stopadvies van een persoon met autoriteit, zoals een zorgverlener. Het advies om te stoppen met roken, gegeven door een zorgverlener, is een bewezen effectieve methode om rokers te motiveren in het stopproces. Ter illustratie de effecten van een stopadvies door de cardioloog en de huisarts. Zeventig procent van de patiënten die een stopadvies kregen van hun cardioloog deden een stoppoging na ontslag uit het ziekenhuis in vergelijking met 46 procent van de patiënten die geen stopadvies kregen (Shah, 2010). Patiënten die een stopadvies van hun huisarts kregen deden ongeveer dubbel zo vaak een stoppoging vergeleken met patiënten die geen stopadvies van hun huisarts kregen (Kastaun, 2021).

Op het werkelijk stoppen met roken heeft zo'n relatief korte interventie als een stopadvies een opmerkelijk groot resultaat. Een overzichtsartikel liet zien dat rokers na een stopadvies van een arts 66 procent meer kans hadden om na tenminste zes maanden nog gestopt te zijn dan rokers die geen stopadvies kregen (Stead, 2017). Ook voor andere zorgverleners geldt dat een stopadvies leidt tot meer rokers die stoppen (Rice, 2017). Verschillende studies illustreren dat patiënten ontvankelijk zijn voor het krijgen van een stopadvies en dat de patiëntrelatie hier geen deuk mee oploopt. Daarom is het jammer als Nederlandse zorgverleners wel de rookstatus uitvragen, maar niet doorzetten door bij een positief antwoord een stopadvies te geven (Meijer, 2019). In 2016 kreeg slechts 22 procent van de Nederlandse rokers naar eigen zeggen tijdens een bezoek aan een

zorgverlener een stopadvies, en dit betekent dat 78% van de rokers dit niet kreeg (Hummel, 2018).

Vershillende bewezen effectieve stopadvies-methoden bieden handvatten om een rookstopadviesgesprek te voeren. In de volgende paragrafen volgt daar meer informatie over. Wat alle vormen stopadvies met elkaar gemeen hebben is dat ze grofweg uit drie onderdelen bestaan:

- 1 Het vragen naar de rookstatus.
- 2 Het adviseren om te stoppen.
- 3 Het verwijzen voor begeleiding bij het stoppen met roken.

Uit onderzoek blijkt dat een warme doorverwijzing de kans vergroot dat de roker bij vervolgzorg aankomt (Wang, 2017). Een warme doorverwijzing is een verwijzing waarbij de verwijzer zelf direct contact legt met de stoppen-met-rokencoach. Dit kan telefonisch, maar vaak voldoet ook een mail of een rechtstreekse digitale aanmelding tijdens het consult of kort erna. Deze coach neemt dan contact op met de roker voor het inplannen van een afspraak. Bij een koude doorverwijzing (waar de roker een briefje mee krijgt of alleen een stopadvies krijgt) wordt er meer overgelaten aan het eigen initiatief van de roker en is de kans groter dat deze 'kwijtraakt'. Voor een warme doorverwijzing is het wenselijk om te beschikken over een overzicht van het lokale stoppen-met-roken hulpaanbod. Dit is bijvoorbeeld te vinden op www.ikstopnu.nl onder het kopje 'vind hulp bij jou in de buurt'. Training en scholing in het rookstopadvies zorgen dat zorgverleners het makkelijker vinden zo'n advies te geven. In een gratis, onafhankelijke en geaccrediteerde e-learning van het Trimbos-instituut 'Het stoppen met roken advies. Hoe geef ik dat?' wordt in een uur duidelijk waarom een stopadvies zo belangrijk is en zijn er "oefenpatiënten" om droog te oefenen^{QR}.

Voor wie geen tijd heeft voor zo'n uitgebreid stopadvies: het kan ook korter. De kortste methode is het Very Brief Advice, In Nederland ook bekend als de Vraag-Vertel-Verwijs methode.

Het Very Brief Advice: Vraag – Vertel – Verwijs

Het 'Very Brief Advice' (VBA) is een bewezen effectieve interventie die in 30 seconden in vrijwel elk contact met rokende patiënten kan worden uitgevoerd:

Vraag: "Rookt u?"

Vertel: "Als u zou willen stoppen met roken, is de beste manier om dat te doen onder begeleiding van een rookstopcoach, eventueel met medicijnen erbij. De kans op succes is op die manier het grootst."

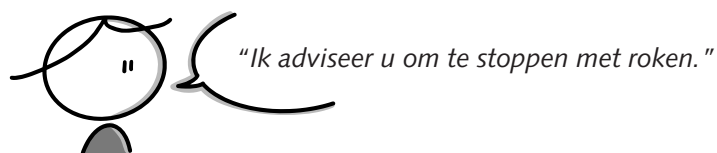
Verwijs: "Ik kan u verwijzen naar...(naam stoppen-met-rokencoach)."

Het VBA heeft een positieve toon. Het VBA benoemt h^oe de roker het beste kan stoppen, niet d^at de roker moet stoppen. Er wordt kennis aan de patiënt overgedragen over de beste manier om te stoppen met roken als de patiënt daaraan toe is. Daarbij wordt vaak een folder meegegeven, de zogenaamde 'koude' verwijzing'.

Zoals al eerder aangegeven heeft een 'warme' verwijzing de voorkeur, dit kost echter wat meer tijd dan een 'koude' verwijzing, waarbij het initiatief voor het opvolgen van die verwijzing bij de roker ligt. We zouden deze toevoeging een 'VBA+' kunnen noemen, waarbij naast een warme verwijzing ook een vervolgspraak wordt gemaakt. Een nadeel is dat er bij het VBA geen aanvullende vragen gesteld worden, waardoor er geen ruimte is voor persoonlijke aandacht of het beïnvloeden van de stopmotivatie. Daarom geldt: een kort stopadvies (VBA) als het niet anders kan, een uitgebreider stopadvies als daar ruimte voor is.

Een uitgebreider stopadvies

Een uitgebreider stopadvies heeft onze voorkeur: met een duidelijke boodschap en op maat: met aandacht voor het belang van deze patiënt (en zijn directe omgeving) om te stoppen en uitleg van hulpmethoden die bij deze patiënt passen (Van de Graaf, 2017). Dit kost wel iets meer tijd dan het VBA, maar niet veel. Een duidelijke boodschap is bijvoorbeeld:



Of een variant daarop: *"Gezien uw ziektebeeld is het belangrijk dat u stopt met roken."*

'Op maat' betekent dat de boodschap zo persoonlijk mogelijk is, verbonden aan de situatie van de roker op dit moment. Spreek dus over het rookgedrag, over de ziektegeschiedenis, over drempels en wensen:

- Koppel de klacht/ ziekte/ behandeling aan de invloed die (stoppen met) roken daarop heeft door bijvoorbeeld te zeggen: *"De kans dat uw hartklachten verminderen/ uw wond sneller geneest/ u minder vaak opgenomen hoeft te worden vanwege luchtwegklachten is groter als u stopt met roken."*
- Bespreek ook beren op de weg zoals gewichtstoename of andere klachten ten gevolge van het stoppen: *"U bent bang om zwaarder te worden als u stopt met roken. De stoppen-met-rokencoach zal samen met u bespreken hoe u dit zo veel mogelijk kunt voorkomen."*
- Ook het benoemen van wensen, zoals het kunnen fietsen naar de stad of de kleinkinderen kunnen zien opgroeien kan helpen de stap te zetten naar stoppen: *"U wilt stoppen met roken zodat u weer kunt fietsen naar de stad."*

- Benadruk dat het stopadvies een onderdeel is van de (medische) behandeling waarvoor de patiënt op het spreekuur komt. Roken en het ziektebeeld zijn verstrengeld. Maak dit duidelijk door te zeggen: *"Een belangrijk onderdeel van uw behandeling is het advies om te stoppen met roken."*

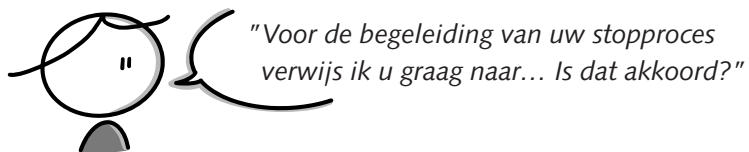
'Op maat' betekent ook rekening houden met de mogelijkheid dat de roker nog niet toe is aan stoppen met roken. Geen drama. Het geven van een stopadvies en het bespreken van roken zijn al motiverende stappen. Voor de roker die nog niet gemotiveerd is om te stoppen zit de kracht in de herhaling. Bij een positieve *tone of voice* is het makkelijk om later de boodschap te herhalen. Een positieve insteek gaat in op de voordelen die het stoppen voor de roker oplevert (zoals de kans op sneller herstellen). Dat is een veel plezieriger boodschap om uit te dragen dan "als je blijft roken wordt het alleen maar erger".

Samengevat:

- Geef een duidelijk stopadvies aan iedereen. Maak het zo persoonlijk mogelijk.
- Dit stopadvies is voor iedereen, onafhankelijk van de motivatie om te stoppen. Zo plant je een 'stop-zaadje'.
- Kom er later op terug.

Verwijs naar intensieve(re) zorg

Het werkelijk begeleiden van een stopper vergt over het algemeen meer vaardigheden en tijd dan de gemiddelde zorgverlener heeft. Dan is verwijzen naar een stoppen-met-rokencoach of de verslavingszorg een goede oplossing. Zij bieden ondersteuning op basis van gedragsmatige interventies, zoals gesprekken of groepsbijeenkomsten, eventueel aangevuld met nicotinevervangende medicatie of andere medicijnen die bijvoorbeeld de trek in een sigaret verminderen.



In hoofdstuk 4 staat uitleg over deze intensievere begeleiding en wanneer (bij welke indicaties) je naar wie kunt verwijzen. De meeste stoppen-met-rokenzorg wordt vergoed via de zorgverzekeraar vanuit het basispakket en gaat niet ten koste van het eigen risico. Voor de roker staat deze informatie ook op www.ikstopnu.nl.

Het is handig om te weten wie binnen je organisatie of regio deze begeleiding biedt en hoe dat in de praktijk werkt. Denk daarbij aan zaken als individuele versus groepsbegeleiding, wachtlijst, vergoeding, inschrijving van de coach in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken^{QR}, terugkoppeling van het resultaat naar de verwijzer, is het aanbod dichtbij en bereikbaar, etc.

Het werkt goed om een eigen top 3 te hebben van coaches die je goed kent. Liefst persoonlijk, zodat het makkelijk is om afspraken te maken over verwijzing en terugkoppeling, want dat zorgt voor continuïteit in de begeleiding van het stopproces. Andere oplossingen zijn er ook: een rookstopcoördinator in de praktijk of in het ziekenhuis die al deze kennis heeft. Zodat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Handig zijn de zakkaartjes en visitekaartjes voor artsen en verpleegkundigen over het geven van een stopadvies, verwijzing en het gebruik van stoppen-met-rokenmedicatie op de website van Rookvrije Zorg, www.rookvrijezorg.com.



Elke zorgverlener kan direct verwijzen naar stoppen-met-rokenbegeleiding. Rokers kunnen zich ook zelf aanmelden. Maak daar zoveel mogelijk gebruik van. Door samen te werken houdt je zelf meer

tijd over voor andere onderwerpen en krijgt de stopper toch professionele steun bij het stopproces.

Op de website 'ikstopnu.nl' is een overzicht te vinden van de lokale en landelijke aanbieders van stoppen-met-rokenzorg. De meeste van deze zorgaanbieders staan ook in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken, onder verantwoordelijkheid van het Partnership Stoppen met Roken, uitgevoerd door de organisatie Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (Kabiz).

Wie in dit register staat voldoet aan kwaliteitseisen zoals basisscholing, nascholing en ervaring. Deze zorgverleners kunnen verschillende soorten stoppen-met-rokenbegeleiding bieden, waaronder groepstrainingen of telefonische begeleiding. Meer daarover in hoofdstuk 4.

Voor rokende ouders met een kindwens, zwangeren met hun partners en ouders met kleine kinderen is er een speciaal aanbod: 'Rookvrije Ouders'. (Aanstaande) ouders kunnen rechtstreeks worden aangemeld via www.ikstopnu.nl/rookvrijeouders en worden dan gekoppeld aan coaches die extra zijn geschoold in stoppen bij deze doelgroep. Rookvrije ouders heeft naast deze snelle verwijsmethode ook diverse ondersteunende materialen. Deze zijn te vinden op www.trimbos.nl/aanbod/rookvrije-start/.

Begeleiding in de verslavingszorg voor zwaar verslaafde rokers is nog nauwelijks beschikbaar in ons land en daarvoor gelden andere regels, zoals dat een verwijzing door huisarts of medisch specialist vereist is. Nu is het nog zo dat in de verslavingszorg vooral behandelingen plaatsvinden bij rokers die ook een andere verslaving hebben, zoals aan alcohol of drugs.

Warme overdracht

Door te verwijzen maak je gebruik van elkaars talenten: jij hebt al een goed contact met de roker en concentreert je op dat wat jij goed kunt. De stoppen-met-rokencoach gaat de roker ondersteunen in het stopproces (zie hoofdstuk 4). Hoe vaker je verwijst hoe meer zicht je krijgt op het werk en de resultaten van de stoppen-met-rokenzorg en hoe makkelijker

het wordt om de roker aan de juiste coach te koppelen. Oefening baart kunst.

Onderzoek heeft uitgewezen dat het verwijzen via een warme overdracht een grotere kans geeft dat de roker ook daadwerkelijk met een begeleid stoptraject gaat starten (Wang, 2017). Een warme overdracht betekent dat jij als zorgverlener zelf het eerste contact legt met de stoppen-met-rokenbehandelaar. Door bijvoorbeeld een inschrijving te regelen (zoals bij rookvrije ouders), een mail te sturen naar de stoppen-met-rokencoach of deze op te bellen. Dat kan heel kort, waarbij je alleen de essentiële gegevens doorgeeft, zoals het rookgedrag en de contactgegevens. Toestemming van de patiënt is wel vooraf noodzakelijk. Ondervang dit door te zeggen: *"Wij werken samen met X, specialist op het gebied van stoppen met roken. Vindt u het goed als ik uw telefoonnummer aan hen geef, zodat zij contact met u kunnen opnemen?"*

Ook voor rokers die twifelen of niet gemotiveerd lijken te zijn is dit een goede optie. De coach kan met hen motivatie-verhogende gesprekken voeren.

Nadat de coach/ organisatie voor stoppen-met-rokenzorg deze gegevens heeft ontvangen nemen zij contact op met de roker, leggen uit hoe de begeleiding in zijn werk gaat, welke keuzes er zijn en eventueel welke kosten er aan vast zitten. Aansluitend kan de roker beslissen om wel of niet deel te nemen. Dit informatieve gesprek is over het algemeen gratis en zonder verplichtingen. Het blijkt dat minstens de helft van de rokers akkoord gaat met de verwijzing en later begeleiding. En zo heb je samen met de roker weer een mooie stap gezet naar een rookvrij leven.

"Nee, bedankt"

Natuurlijk zullen er ook rokers of stoppers zijn die 'nee' antwoorden op de suggestie om hen door te verwijzen naar een stoppen-met-rokencoach. Respecteer deze keuze. Wie verder geen tijd heeft, biedt aan er later nog eens op terug te komen. Dit kan op diverse manieren, zoals: *"Blijkbaar is het nu niet het goede moment voor u om met stoppen aan de slag te*

gaan. Denkt u er nog eens rustig over na, dan kom ik er de volgende keer op terug."

Wie wel tijd heeft, kan ingaan op de redenen waarom de roker (nu) nog niet wil stoppen met roken of kan met een simpele opdracht de roker zich beter bewust laten worden van het rookgedrag: *"Roken betekent veel voor u. Vertel eens."*

Deze aanmoediging geeft zicht op de rol van roken in het leven van deze patiënt (vanwege stress, pijn, eenzaamheid?) en de belemmeringen om te stoppen. Je kunt ook de roker motiveren tot een eerste kleine stap richting bewust roken en rookvrij worden:

"Wat vindt u ervan om..."

- ... een paar dagen een dagboekje bij te houden hoeveel u precies rookt, waar en wanneer?"*
- ... eens bewust één sigaret niet te roken, bijvoorbeeld de sigaret die u 's ochtend in de auto rookt, of die bij de koffie, en te ervaren hoe dat voelt?"*
- ... in de winkel langs de sigaretten te lopen zonder een pakje te kopen?"*

Deze opdrachten leiden tot inzicht en geven de roker het gevoel dat hij wel degelijk (een beetje) controle heeft over zijn rookgedrag. Het geeft je tevens een ingang voor een volgend gesprek over het rookgedrag. Houd expres de opdrachten klein en overzichtelijk, zodat de roker succeservaringen kan opbouwen. Dit soort opdrachten planten een stopzaadje. Rond af met: *"Ik hoor de volgende keer graag van u hoe dat is gegaan, succes!"*

"Ja. Maar ik doe het zelf"

Veel rokers willen zelfstandig stoppen, zonder begeleiding. Dat is een vorm van zelfzorg. Heel wat rokers lukt het ook om op deze manier rookvrij te worden, meestal niet direct, maar na een aantal keren. Ze

gooien hun sigaretten weg, zetten de knop om en roken niet meer. Eerdere ervaringen zijn vaak een uitstekende manier om valkuilen te leren kennen en te zien welke onderdelen van het rookvrij leven al wel goed gaan. Teveel faalervaringen kunnen echter ontmoedigend werken. Daarom is het goed om als zorgverlener ook feeling te houden met een roker die zonder professionele hulp wil gaan stoppen met roken. Je zou kunnen zeggen:



Je kunt als zorgverlener ook hier een belangrijke rol spelen, door een compliment te geven, tips te geven en te wijzen op zelfzorgmogelijkheden:

- Maak een concrete afspraak met de roker over wanneer (ongeveer) de stopdatum zal zijn en welke datum hij een nieuwe afspraak krijgt om te horen hoe het is gegaan. Zo voorkom je dat de stoppoging in de lucht blijft hangen en raakt de roker gestimuleerd binnenkort iets te ondernemen, namelijk vóór de volgende afspraak.
- www.ikstopnu.nl geeft handvatten en informatie over zelf stoppen met roken.
- Er zijn verschillende zelfhulpboeken over roken zoals 'Nederland stopt met roken' van Wanda de Kanter en Pauline Dekker, 'De gouden formule' van Robert West, 'Stoppen met roken' van Allen Carr, en 'De opluchting' van Jan Geurts. Deze boeken zijn geschreven door zorgverleners of ex-rokers met grote ervaring in het coachen van stoppers^{OR}. In de praktijk kunnen ze zeer behulpzaam zijn. Wetenschappelijk is er (nog) geen uitvoerig bewijs voor hun effectiviteit.
- Datzelfde geldt voor apps zoals Quidy, de Stopcoach, Flamy of Smoke Free. Deze kunnen zowel op zich zelf (*stand-alone*) als gecombineerd met begeleiding (*blended*) worden ingezet, dus in combinatie met individuele of groepsbegeleiding. Op www.ikstopnu.nl staan ze op een rij.

- Informatie via www.ikstopnu.nl. Hier kan de roker een persoonlijk stopplan maken, met daarin onder andere de redenen tot stoppen en een duidelijke stopdatum.
- Om het stoppen vol te houden, kan de roker zich inschrijven op deze website om regelmatig positieve berichten, tips en adviezen te ontvangen via mail of sms.
- Sommigen vinden steun door samen met andere rokers in hun omgeving te stoppen, zoals in clubverband of op het werk (lees in hoofdstuk 6 meer over rookvrije werkplekken en sportclubs). Werkgevers en gemeentes bieden soms fysieke of digitale eenmalige bijeenkomsten aan, gericht op stoppen met roken.
- Samen stoppen kan ook landelijk. Stoptober is een landelijke stoppen-met-rokenactie in oktober waarbij rokers ondersteund door een app, lotgenoten en een mediacampagne 28 dagen lang niet roken. Veel rokers vinden 28 dagen een overzichtelijke 'oefen'-periode en houden dit vol. Na afloop is het rookvrij leven inmiddels al zo ingesleten, dat veel deelnemers het niet-roken omarmen en definitief stoppen met roken.

Ook het zelf kopen van nicotinevervangende middelen (in hoofdstuk 4 meer uitleg hierover) kan nuttig zijn. Pleisters, kauwgom, zuigtabletten (van de drogist of supermarkt) en de e-sigaret met nicotine kunnen zonder recept gekocht worden. De eerste drie zijn geregistreerde geneesmiddelen die zijn beoordeeld door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en algemeen verkrijgbaar zijn. De e-sigaret voldoet niet aan de criteria voor een geneesmiddel. Onderzoek laat zien dat deze middelen beter werken als ze worden ingezet als onderdeel van gedragsmatige ondersteuning door een stoppen-met-rokencoach.

Als de roker toch liever zonder professionele begeleiding nicotinevervangende medicatie wil gebruiken, dan zijn de adviezen:

- Goed de bijsluiter te lezen alvorens te starten. En waar nodig (bv. bij contra-indicaties of bijwerkingen) contact op te nemen met de arts.
- Begeleiding bij gebruik van nicotinevervangende medicatie vergroot de kans op succes. Daarom zijn de kosten voor de nicotinepleisters,

-kauwgom en -zuigtabletten voor eigen rekening als ze niet worden gecombineerd met gedragsbegeleiding. Een e-sigaret wordt nooit vergoed.

- Verwijs naar duidelijke informatie, zoals een animatie over hoe de nicotinepleisters goed te gebruiken op de website ikstopnu.

Uiteraard geldt dat al bovenstaande adviezen ook nuttig zijn voor rokers die wél met professionele begeleiding stoppen met roken. Want de inzet van de roker zelf bij het stoppen is de allereerste voorwaarde. Zelfzorg is onmisbaar bij alle gradaties van begeleiding bij het stoppen met roken.

En mocht blijken dat de stopper alsnog meer steun nodig heeft of wenst, verwijs dan alsnog.

Het goede moment

Wanneer is nou het goede moment in een consult om het rookgedrag te bespreken? In principe kan dat elk moment tijdens het gesprek. Meestal gebeurt het ergens gaandeweg, aanhakend op bijvoorbeeld klachten of terugkijkend op een vorig gesprek hierover.

Voorbeelden van momenten waarop het logisch is om rookgedrag te bespreken zijn:

- Tijdens het eerste contact, als onderdeel van de standaard intake met vragen over allerlei gezondheidsaspecten.
- Bij klachten en aandoeningen die door roken kunnen zijn veroorzaakt of verergerd. Dat gaat van benauwdheid en hoesten tot maagklachten, erectiestoornissen en slaapproblemen (zie figuur 1.2 op pagina 28-29).
- Dat geldt ook voor infectieziekten zoals griep en COVID-19, waarvan is aangetoond dat rokers vaker ernstiger ziek worden. Het halen van een griep- of COVID-vaccinatie is een uitstekend moment.
- Bij het starten van een behandeling, bijvoorbeeld chemotherapie of radiotherapie, waar roken een negatieve invloed heeft op de slagingskans.

- Als er sprake is van psychische klachten/aandoeningen of andere verslavingen. Er wordt in deze groepen meer dan gemiddeld gerookt, meerdere pakjes per dag is geen uitzondering.
- Bij het gebruik van medicijnen die, net zoals roken, effect hebben op het cytochroom P450-enzymstelsel (zie hiervoor de Flockhart tabel)^{QR}. Bij sommige medicatie (zoals de antipsychotica clozapine, olanzapine en haloperidol en het diabetesmedicijn insuline) kan de dosering omlaag wanneer iemand gestopt is met roken, waardoor er minder kans is op bijwerkingen en daarmee ook minder kans op terugval.
- Bij het starten met de anticonceptiepil, in verband met een hogere kans op hart- en vaatziekten en trombose bij pilgebruikers die roken.
- Bij (geplande) operaties (enkele weken voor de operatie stoppen met roken vergroot de kans op betere wondgenezing en minder complicaties).
- Bij (geplande) opname in een instelling of kliniek, want de hele zorg wordt rookvrij (zie hoofdstuk 5).
- Bij andere onderwerpen waar rookgedrag relevant is, zoals het verwijderen van een spiraaltje (in verband met grotere kans op zwanger worden), kinderwens (bij vrouwen en mannen), overgangsklachten en screening op prostaatkanker.
- Bij ouders van thuiswonende kinderen (risico's van meerroken, derdehands rook en vierdehands rook).
- Bij een rooklucht in kleren of in huis (bij kraam- of thuiszorg, bij een huisbezoek).
- Bij sportprestaties of – blessures.
- Of 'gewoon' bij aanwijzingen dat iemand rookt en dus mogelijk de potentieel dodelijke tabaksverslavings-ziekte heeft.

Dit betekent dat je het rookgedrag bespreekt liefst nog voordat er klachten of gezondheidsproblemen zijn. Daarmee lever je met het bespreken van rookgedrag een belangrijke bijdrage aan preventie. Uiteraard bespreek je ook het rookgedrag met rokers die al ziek zijn, of rokers die naasten hebben die klachten hebben door het roken.



En als je nou eens niet over roken spreekt in dit soort situaties? Zwijgen kan worden opgevat als toestemmen en het signaal geven dat het roken, in elk geval vanuit jouw specialisme of bij deze klachten, niet relevant is. Dus houd in ieder geval in je achterhoofd:

- De roker verwacht dat de zorgverlener iets gaat zeggen over roken.
- Hoe vaker hij een stopadvies krijgt, des te groter de kans dat hij stopt.
- Hoe vaker gestopt des te groter de kans op een blijvend rookvrij bestaan.

Een handige context: rookvrij is normaal

Een gesprek beginnen over roken is makkelijker in een context waarin rookvrij de norm is. Die norm kan zichtbaar zijn door borden voor een rookvrij terrein, posters over rookvrij in de werkkamer, een wachtkamerfilmpje over rookvrij, een bureaukaart zoals van de rookvrije start (zie hoofdstuk 5), aanhaken bij landelijke campagnes zoals PUUR en Stoptober en zelf niet roken als goed voorbeeld. Dan kan je wijzen naar de poster en zeggen dat de organisatie/ jij rookvrij belangrijk vindt.



In de toolkit van rookvrije zorg staan onder pijler 2 veel gratis downloads van wachtkamerfilmpjes, folders, posters, producten voor een rookvrij terrein en andere communicatiematerialen^{OR}.

In een context van veelvuldige contacten speelt het voordeel dat er meer gelegenheden zijn om samen eens rustig voor een gesprek over stoppen met roken te gaan zitten. Een goede frequentie van deze gesprekken is van belang, omdat een opmerking over het roken irritatie kan oproepen. Bespreek je het te weinig, dan kan de roker denken dat het geen thema van belang meer is. Om ergernis te voorkomen helpt het

om verwachtingen af te stemmen. Bij dreigende irritatie kan het gesprek tijdelijk worden geparkeerd, bijvoorbeeld zo: *"Ik begrijp dat u nu niet aan praten over roken en stoppen toe bent. Wij bespreken dit eens per drie maanden en dan komt het onderwerp vanzelf weer aan de orde. Zullen we het tot dan laten rusten?"* Of *"Ik begrijp dat u nu liever met mij praat over....Ik kom dan de volgende keer terug op het roken. Is dat akkoord?"* Zo heb je al een bruggetje gelegd voor de volgende keer en weet de roker dat het onderwerp niet van tafel is.

Begrepen?

Alle goede bedoelingen van zorgverleners ten spijt blijkt dat lang niet alle rokers goed begrijpen wat de bedoeling is: stoppen met roken, liefst met professionele hulp omdat daarmee de grootste successen worden geboekt. Een deel van de rokers is laaggeletterd. Zij hebben moeite met lezen, schrijven, begrijpen en met het vertalen van informatie naar gedrag. Voorbeelden van signalen voor laaggeletterdheid zijn niet op een afspraak verschijnen, of op een verkeerde tijd, het uitblijven van een effect van voorgeschreven medicatie (dat hoeft geen therapieontrouw te zijn, maar kan berusten op het niet begrijpen van de bijsluiter). Daarom is het cruciaal om aan het einde van elke gesprek, elke afspraak of verwijzing na te gaan of de roker jou goed heeft begrepen.



Een handige manier om te toetsen of iemand je goed heeft begrepen is via de terugvraagmethode: *"Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat gaat u thuis vertellen (of doen)?"*

Tips om begrijpelijk te communiceren:

- Probeer niet teveel informatie te geven in één consult.
- Gebruik begrijpelijke woorden (geen vakjargon, geen beeldspraak en geen uitdrukkingen).
- Maak korte zinnen.

- Stel open vragen, geen vragen waar de patiënt alleen ja of nee op kan antwoorden.
- Controleer of je boodschap is overgekomen.

Materialen voor laaggeletterden over roken zijn te vinden op:

- De website van Pharos, het landelijk expertisecentrum^{QR} dat zich inzet voor het terugdringen van grote gezondheidsverschillen.
- Begrijpelijke informatie over stoppen met roken op de website van Steffie (zij legt moeilijke dingen op een makkelijke manier uit)^{QR}.

Filmpjes op Youtube van Taal voor Allemaal^{QR}:

- Filmpje 1, over het voorbereiden om te stoppen met roken.
- Filmpje 2, over het stoppen met roken zelf.
- Filmpje 3, over hulpmiddelen bij het stoppen met roken.

Leermiddelen over het geven van een stopadvies of het gesprek met een roker^{QR}:

- De e-learning Rookvrije Ouders - Trimbos-instituut, over het motiveren van (toekomstige) ouders om stoppen-met-rokenhulp te zoeken.
- De e-learning Begrijpelijk communiceren - Trimbos-instituut, voor zorgverleners die gesprekken voeren met (aanstaande) ouders.
- De kaartenset/workshop Roken besproken: www.sylviaheddema.nl.

Vinger aan de pols

Bij de organisatie van de zorg bij stoppen met roken zijn diverse zorgverleners betrokken: een verwijzer, de stoppen-met-rokencoach, eventueel een arts die de nicotinevervangende medicatie heeft voorgeschreven, andere behandelaren voor wie het belangrijk is om te weten dat de patiënt bezig is om te stoppen met roken (bijvoorbeeld omdat zij de dosis van medicatie die zij voorschrijven moeten veranderen). Om die reden is het van belang dat er een vast aanspreekpunt is voor de patiënt en andere betrokken zorgverleners. Vandaar dat de zorgstandaard pleit voor één zorgverlener die de vinger aan de pols houdt over het stopproces. Het vaste aanspreekpunt in het stoppen-met-rokennetwerk, die erop let dat de patiënt de zorg krijgt die is afgestemd

op zijn of haar individuele behoeften en wensen. De eigen huisarts, de praktijkverpleegkundige of de longverpleegkundige zal deze rol goed kunnen vervullen. Bekijk per situatie wat de beste optie is, vaak degene die de patiënt het langste kent of het vaakst ziet.

Maak een concrete nieuwe afspraak met de roker over wanneer (ongeveer) de stopdatum zal zijn en welke datum jij (of een collega) hem terugverwacht om te horen hoe het is gegaan. Zo voorkom je dat het besprokene in de lucht blijft hangen en stimuleer je de roker binnenkort iets te ondernemen voordat je hem weer spreekt. Een mooie afronding is bijvoorbeeld: *"Ik zie/spreek u graag op..... om te horen hoe het dan gaat. Succes!"*

Kortom

Het geven van een stopadvies hoeft niet veel tijd te kosten. Dit advies, dat levens redt, kan in enkele minuten worden gegeven. Het VBA (vraag - vertel - verwijst) past zelfs binnen de minuut. Zowel de zender als de ontvanger ervaren het VBA als een sympathieke methode. Je roept namelijk niet (gevraagd of ongevraagd) op om te stoppen, maar je draagt (gevraagd of ongevraagd) de kennis over dat als iemand wil stoppen, goede begeleiding bijdraagt aan het succes. Elk VBA is in feite een cadeautje, namelijk nuttige kennis, waarmee een patiënt verder kan. Een iets uitgebreider stopadvies op maat en een warme verwijzing naar een stoppen-met-rokencoach dragen verder bij aan de kans op succes.

Daarentegen kan het niet of niet duidelijk genoeg bespreken van de gevolgen van roken voor de gezondheid van de roker leiden tot het missen van een voordehand liggende kans om de gezondheid van iemand te verbeteren. Het leidt tot onbegrip van beide kanten en geeft het risico op ernstige of langdurige ziekte. Uiteindelijk kost dat gezonde levensjaren en nog veel meer tijd. Zoals al eerder gezegd, als je aanwijzingen hebt dat iemand kanker heeft dan zwijg je niet; doe dit ook niet als er aanwijzingen zijn dat iemand de dodelijke ziekte tabaksverslaving heeft. Aan de slag dus, met een duidelijk stopadvies en vervolgens een verwijzing voor begeleiding bij 'het stoppen'. En mocht de roker bij jou in zorg blijven, houd dan een vinger aan de pols. In hoofdstuk 3 meer daarover.

Aan de slag

- Bespreek het rookgedrag en het meerroken met alle patiënten.
- Geef een stopadvies en verwijs voor stopondersteuning, liefst via warme overdracht: jij legt het eerste contact.
- Noteer rookstatus, adviezen en afspraken op een duidelijke plek in het dossier of de overdracht op weg naar een vervolgspraak.

In de praktijk

Nico en zijn ouders, Otto, Ine en Yuri hebben inmiddels allemaal contact gehad met zorgverleners.



Nico heeft opnieuw een astma-aanval gehad. Gelukkig kon deze met medicijnen thuis worden behandeld. Hij is met zijn ouders op controle geweest bij de kinderarts op de poli. Deze heeft samen met zijn ouders gezocht naar de triggers die een aanval kunnen uitlokken. Het blijkt dat zowel Pierre als Aicha roken, ook in huis. Aicha rookt

sigaretten, Pierre sigaren. Verder rookt Pierre ook af en toe een joint met vrienden. Ze roken wel zoveel mogelijk buiten en alleen binnen als Nico in bed ligt. Deze nieuwe kinderarts (de vorige zei niet veel over roken) heeft uitgelegd hoe het komt dat tabaksrook voor de gevoelige luchtwegen van Nico een uitlokkende factor voor benauwdheid kan zijn. Ook als er gerookt wordt als Nico er niet bij is. Zijn ouders weten nu wat tweede- en derdehands rook is en de kinderarts heeft hen geadviseerd te stoppen met roken. Nico vindt dat fijn, hij vindt dat zijn ouders echt stinken als ze hebben gerookt.

De kinderarts meldt beide ouders aan voor telefonische begeleiding van 'Rookvrije Ouders' en geeft hen een kaartje mee met meer informatie (zie voorbeeldkaartje bij boek).



Otto ligt nu enkele dagen in het ziekenhuis. De operatie is goed gegaan en als het zo doorgaat mag hij over twee dagen naar huis. Hij baalt ervan dat hij hier niet kan roken, want hij mist het sigaretje wel. Gelukkig is er een verpleegkundige bij hem geweest die heeft uitgelegd dat hij in een ziekenhuis ligt waarin aandacht is voor elke roker

die wordt opgenomen en dat de opname een mooie kans biedt om te stoppen met roken. Hij kon, als hij dat wilde, gebruik maken van een stopcoach en van nicotinevervangende medicatie. Dat eerste leek hem niet nodig. Van dat laatste heeft hij wel gebruikt gemaakt: er ligt nicotinekauwgom in zijn nachtkastje en als het hem echt te veel wordt neemt hij er een. Die helpen goed. Maar hij zal blij zijn als hij weer naar buiten kan om een echte sigaret op te steken... Hij wil wel ooit stoppen, maar nu nog niet.



Ine heeft pas nog de praktijkondersteuner (POH) bezocht. Die begon weer over haar rookgedrag, net als de fysiotherapeut en de huisarts. Of ze al nagedacht heeft over stoppen met roken? Nee, ze wil er niet over denken. En ja, ze rookt er nog steeds twintig per dag. Ze weet wel dat al die zorgverleners het goed met haar menen, maar

ziet op tegen stoppen. Het is al zoveel keren niet gelukt. Zelfs minderen hield ze niet vol. Ze kreeg teveel trek, teveel stress. Maar nu heeft de POH gezegd dat er een groepstraining in het wijkhuis start, met allemaal mensen uit de buurt die een chronische ziekte hebben. En die net als zij het moeilijk vinden om te stoppen. De POH zei dat ze zichzelf deze nieuwe kans moest gunnen. Dus ze heeft besloten te gaan, wat heeft ze te verliezen?




Yuri is in het wijkcentrum geweest. Daar is het altijd gezellig en worden allerlei dingen besproken die interessant zijn. Hij ziet daar andere bewoners uit de wijk en er is ook altijd een welzijnswerker. Deze keer ging het vooral over de toename van COVID-19 infecties in de buurt. Hij hoorde daar voor het eerst dat rokers daar

blijkbaar meer last van hebben en langer ziek kunnen blijven. Net als bij griep. Daar schrok hij wel van. De welzijnswerker zei zelfs tegen iedereen dat als je rookte dit echt een super goed moment zou zijn om te stoppen. En dat je daar ook hulp bij kunt krijgen. Toch maar eens over nadenken. Want nu is hij nog gezond, maar wie weet voor hoe lang nog. En veel belangrijker: zijn nieuwe vriendinnetje vindt het vies om hem te zoenen!



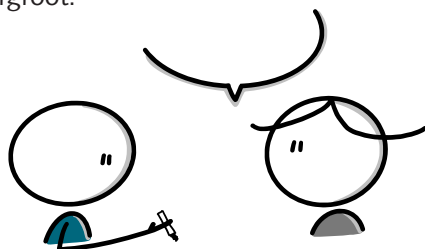
Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

3 Blijf betrokken

- 
- De kans op succesvol stoppen wordt vergroot als een zorgverlener betrokkenheid blijft tonen tijdens het stopproces. Dit staat los van of er wel of niet een vorm van intensievere begeleiding wordt geboden en ook los van wie die begeleiding biedt.
 - Ontwenningsverschijnselen zoals trek in een sigaret, obstipatie, slaapproblemen en gewichtstoename horen erbij, zijn over het algemeen tijdelijk en ze zijn oplosbaar.
 - Het doel is nul sigaretten en nul (andere) rookwaar.
 - De kracht zit in de herhaling van de boodschap.
 - Uitglijders en terugval zijn leermomenten. Een roker die een aantal keer is teruggevallen in rookgedrag weet steeds beter waar zijn valkuilen liggen. Dat vergroot de kans op succes bij een volgend stopmoment.

Je weet nu wie er rookt, je hebt de rokers een stopadvies gegeven en stoppers verwezen naar passende begeleiding. Zit je taak er dan op? Nee, niet als je met een zekere regelmaat deze patiënt nog zult zien (Heddema, 2016). Stoppen met roken is een (vaak langdurig) proces. Rookvrij leren leven gaat, zoals bij de meeste dingen die we willen leren, met vallen en opstaan. De weg van stopper naar ex-roker zit vol leermomenten en vaak ook uitglijders en terugval. Zonder hulp lukt het 5% om nooit meer te roken. Met hulp kan dat oplopen naar 20 tot zelfs 40%, maar ook dan blijft er een aanzienlijk risico op terugval bestaan. De meeste ex-rokers hebben meerdere stopperiodes doorgemaakt, want een rookvrij leven heb je niet direct onder de knie. Ook in dat traject kan iedere zorgverlener die regelmatig in contact staat met de patiënt een bijdrage leveren. Dit hoofdstuk bevat tips over de ondersteuning die náást het zelfstandig

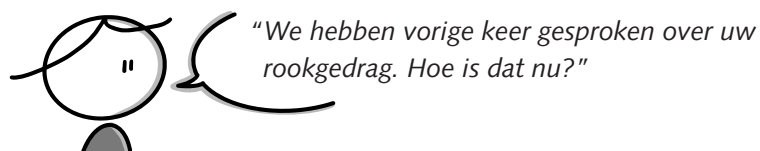
stoppen of stoppen met professionele begeleiding, de kans op een rookvrij leven vergroot.



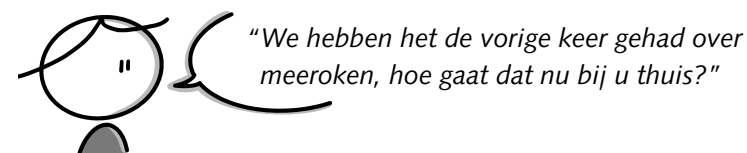
Figuur 3.1 In gesprek met een stopper

De volgende stap

Ongeacht de keuze die de roker heeft gemaakt na jouw stopadvies: blijf betrokken en plan een zo concreet mogelijke volgende stap, liefst samen (Heddema, 2016). Als je de roker slechts eenmalig ziet, noteer dan de rookstatus en het advies in het dossier én in de overdracht (naar vervolgzorg) en laat verdere ondersteuning over aan degene die de zorg vervolgt. Zie je je patiënten regelmatig, plan dan zelf een vervolg. Kies voor een moment waarop er voldoende tijd is om het stopproces te bespreken. Vaak kan het tussendoor, zeker bij frequenter contact zoals bij een fysiotherapie-behandeling, in de thuiszorg, de kraamzorg of tijdens een opname. Soms is er alleen voldoende ruimte tijdens een extra afspraak. Je kunt starten met:



En bij een gesprek over meerroken:



Of: "Ik zou graag (nogmaals) met u willen praten over (mee)roken. Hoe kijkt u daar (nu) tegenaan?"

Laat merken dat je op de hoogte bent van de adviezen en het stoppen, ook als deze gegeven zijn door een collega. Geef in ieder geval een compliment, over de gedane moeite, de leermomenten in het stopproces en eventueel het resultaat. Ga vervolgens verder in op de huidige situatie en eventueel op het vervolg om alsnog rookvrij te worden.

Als de roker gestopt is, noteer dan de stopdatum. Als de stopper nog rookvrij is, vraag dan hoe het nu gaat en of de stopper nog behoefte heeft aan extra steun of uitleg. In het begin is de kans op een uitglijder of terugval het grootst en extra aandacht het allerbelangrijkst.

Een uitglijder of terugval?

We spreken van een uitglijder als het gaat om een eenmalig rookmoment, ongeacht hoeveel er is gerookt. Dat kan één trekje zijn of een heel pakje. Belangrijk is dat de stopper erna weer is gestopt en weer rookvrij is. Terugval betekent dat de stopper weer regelmatig rookwaar gebruikt en volledig rookvrij blijven niet lukt. Ook hier kan het gaan om af en toe een trekje of om meer.



Onthoud: vrijwel elke terugval begint met één of meerdere uitglijders. Help de stopper uitglijders te voorkomen door bijvoorbeeld moeilijke momenten op te nemen in het stopplan. Help terugval te voorkomen door uitglijders te bespreken als een leermoment.

Risicofactoren voor uitglijders en terugval zijn onder meer:

- *Life events*, zoals overlijden van een dierbare, geboorte van een kind, een miskraam.
- Baanverlies, financiële zorgen, lastige puberkinderen.
- Feestdagen en -partijen, een trouwerij, carnaval.
- Een nieuwe partner die rookt of een nieuwe baan waar veel wordt gerookt (GGz, horeca).

Besteed op die momenten (liefst vooraf als ze bekend zijn) aandacht aan het stopproces.

Het advies is om regelmatig en minimaal tot één jaar na de stopdatum, de vinger aan de pols te houden, waarbij de frequentie kan afnemen als het stopproces voorspoedig verloopt en toeneemt bij (dreigende) terugval. Dit kan ook telefonisch. Bij (dreigende) terugval is het alsnog mogelijk om (opnieuw) te verwijzen naar een stoppen-met-rokencoach, want je hoeft niet de begeleiding zelf te doen. Zeg bijvoorbeeld: *“Wat fijn dat u nog steeds rookvrij wilt blijven. Ik werk samen met mensen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding bij stoppen, meer dan ik. Ik zal u naar hen verwijzen. Ik blijf uiteraard uw stopproces volgen en we kunnen er altijd over spreken als u dat wilt. Is dat akkoord?”*

In vrijwel alle gevallen vergoedt de zorgverzekeraar slechts één stopprogramma per jaar. Dus check bij terugval of de zorgverzekeraar een volgende behandeling vergoedt.

Artsen die de rookstopmedicatie hebben voorgeschreven hebben daarnaast nog een andere taak, namelijk het bewaken van het gebruik en

de (bij)werkingen van de medicatie, ook als er sprake is van intensievere begeleiding. Conform de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning’ hebben zij minimaal twee keer contact over het gebruik hiervan: de eerste afspraak om te controleren op contra-indicaties en uitleg te geven over het middel, en de tweede om een vervolgesprek met de roker te voeren over de effecten (positief en negatief) en eventueel een vervolgrecept te geven.

Ontwenningsverschijnselen horen erbij

Vanwege ontwenningsverschijnselen valt een groot deel van de stoppers terug tijdens de eerste weken na de laatste sigaret. Ontwenningsverschijnselen horen erbij en kunnen zowel van lichamelijke als van psychische aard zijn (interne factoren). Dan zijn er ook nog sociale (of externe) ontwenningsverschijnselen: sociale druk van rokende collega's om toch te roken. Ook mensen in de omgeving waren immers gewend dat een stopper rookte; ook zij voelen zich onwennig dat deze stopper er definitief mee wil stoppen. Dit kan zijn omdat ze zelf nog roken en een rookmaatje kwijt zijn, maar ook komt het voor dat een partner die al jaren moppert dat de ander moet stoppen met roken nu moet wennen aan het feit dat er niets meer te klagen valt.

Veel stoppers zien op tegen ontwenningsverschijnselen, zeker als ze dit al meerdere malen hebben ervaren en erdoor teruggevallen zijn. Om de kans op succesvol gestopt zijn groter te maken is het van belang dat de stopper beseft dat deze ontwenningsverschijnselen bij het stopproces horen en van tijdelijke aard zijn. De meeste verschijnselen zijn vier weken na het stoppen verdwenen. Hoe beter de roker begrijpt waarom hij klachten heeft en hoe hij hiermee om kan gaan, hoe groter de kans op succes.



Op de website ikstopnu.nl staat een helder filmpje over ontwenningssymptomen 'Afkickverschijnselen roken – Wat kan je verwachten.'^{QR}

In de praktijk is het vaak lastig te bepalen of een klacht een lichamelijk, psychisch of sociaal ontwenningssymptoom is. Deze indeling is dan ook meer ter illustratie dat zowel het lichaam, de psyche als de sociale omgeving moet wennen aan het nieuwe leven zonder rook en rookgedrag.

Veel voorkomende ontwenningssymptomen zijn:

- **Trek in roken.** Deze wordt vaak als voornaamste verschijnsel genoemd. Logisch ook. De roker heeft zo vaak op dezelfde momenten gerookt dat hij haast niet meer weet wat anders te doen op deze momenten. Direct na het opstaan, bij de koffie, in de pauze, na de afwas. Echte trek duurt hooguit drie minuten. Vooral in de eerste weken na het stoppen helpt het om hiervoor een 'als ... dan ...'-plan te hebben. "Als ik ga koffie drinken, dan ...". Rokers vullen de stippeltjes vaak in met: "... ga ik niet roken". Meer handvatten biedt een plan wat hij dan wél gaat doen. Afleiding helpt en hoe langer de lijst met ideeën hoe beter: water drinken, lezen, wandelen, douchen, iemand bellen, etc. Motiveer de stopper om zelf deze lijst te maken, hij weet tenslotte zelf het beste wat in zijn situatie mogelijk is en bij hem past. Suggesties staan ook bij 'Tips voor afleiding bij stoppen met roken' op www.ikstopnu.nl. Waarschuw de stoppers voor het doorslaan in ander ongezond gedrag, zoals snoepen en gamen. Een bekende valkuil is om weer te gaan roken vanwege gewichtstoename bij het snoepen. Of weer terugvallen in het roken vanwege vermoeidheid en stress door beeldschermgebruik tot diep in de nacht.
- **Obstipatie.** Doordat tabaksrook de darmen prikkelt verloopt de stoelgang makkelijker. Na het stoppen kan het enkele weken duren voordat de darmen weer gewend zijn. Wat helpt is (meer) bewegen, (meer) drinken, (meer) vezels eten zoals groente, fruit en volkorenproducten.

- **Slaapproblemen.** Door het stoppen met roken verandert er veel in het lichaam en ook in het dagritme. Stoppen kost energie en de pauzes van een sigaret verdwijnen, net als het avondritueel van een sigaretje voor het slapen gaan. Een goed advies is daarom om kleine pauzes op de dag te houden, met een kopje kruidenthee bijvoorbeeld, en als nieuw avondritueel een kleine wandeling te maken of warme drank te drinken. Slaapproblemen kunnen ook optreden als bijwerking van rookstopmedicatie. Overweeg dan (in overleg met de voorschrijvend arts) ander of minder gebruik. Besteed ook aandacht aan het gebruik van koffie. Tabaksrook versnelt de afbraak van cafeïne, waardoor een stopper meer last heeft van de cafeïne. Alleen koffie drinken in de ochtend en niet meer dan vier kopjes op een dag kan al wonderen doen. Beperk ook andere dranken waar cafeïne in zit, zoals cola, veel theesoorten en energiedrankjes.
- **Gewichtstoename.** Het aankomen in gewicht na stoppen met roken is een belangrijke reden waarom rokers niet willen stoppen of stoppers weer gaan roken. Nicotine heeft invloed op de stofwisseling, waardoor in rust een roker meer energie verbruikt dan een niet-roker. Een gewichtstoename van 2-6 kg is normaal omdat de stofwisseling na het stoppen weer normaliseert. Daarnaast kan de stopper een groter hongergevoel ervaren en de trek in een sigaret proberen op te vangen door meer en anders te gaan eten. Gezonder eten en meer bewegen helpen gewichtstoename te beperken. Komt een roker in de eerste weken na het stoppen erg veel aan, overweeg dan een consult bij de huisarts (in verband met mogelijke schildklierproblemen) of een diëtist.
- **Effect van stoppen op medicatiegebruik.** De kans is aanwezig dat na het stoppen met roken de dosering van medicatie aangepast moet worden (Burger, 2017). Dit geldt in ieder geval voor insuline en enkele antipsychotica, omdat deze onder invloed van tabaksrook sneller afgebroken worden. Adviseer de roker hierover in overleg te gaan met de voorschrijver, als je dat zelf niet bent. Zie de al eerder genoemde Flockhart tabel^{QR}. Een groot voordeel van het kunnen verlagen van de medicatie is dat ook de kans op bijwerkingen afneemt.
- **Stress en andere psychische klachten.** Roken is vaak een manier geworden om stress de baas te zijn. Rokers zijn bang meer stress te

gaan ervaren als ze stoppen. Ook hier is het belangrijk uit te leggen dat het om een tijdelijk verschijnsel gaat. De meeste stoppers ervaren drie maanden na het stoppen minder onrust en stress dan vóór het stoppen. Adviseer hen te zorgen voor voldoende rust, pauzes en ontspanning. Als de stopper met psychische klachten al begeleiding heeft van bijvoorbeeld een praktijkondersteuner GGZ, een psycholoog of een psychiater, adviseer de stopper dan om deze zorgverlener te vertellen over het stoppen en eventueel wat vaker contact te hebben, zowel voor begeleiding als voor het bewaken van de medicatie.

- **Eenzaamheid/sociale druk.** Het kennen van veel rokers in de familie/vriendenkring/ werk kan het stoppen moeilijker maken. In het stopplan dient dan goed gekeken te worden naar wie de stopper kan steunen en hoe om te gaan met het aanbieden van een sigaret of het wel of niet ontmoeten van rokers en hoe. Stoppen met roken kun je vergelijken met een rouwproces: de roker neemt afscheid van een 'beste maar ongezonde vriend' en dat geeft gevoelens van leegte, boosheid, verdriet, eenzaamheid.

Als deze of andere verschijnselen veel invloed hebben op het stopproces is het goed om alsnog stoppen-met-rokenbegeleiding aan te raden. Een coach heeft tijd en expertise om op dit soort vragen en zorgen dieper in te gaan en te bekijken hoe deze te voorkomen of op te vangen, eventueel met rookstop-medicatie (verderop meer hierover) en jij kunt in de rol van verwijzer of ondersteuner blijven. Meer of anders bewegen, liefst buiten, helpt ook goed tegen vrijwel alle ontwenningsverschijnselen, zie het filmpje over 'Sporten helpt bij het stoppen met roken' op www.ikstopnu.nl.^{QR}

Pas op: niet alles komt door het stoppen met roken

Rokers die net gestopt zijn kunnen denken dat ál hun klachten komen van het stoppen met roken. Blijf alert op klachten die een andere oorzaak kunnen hebben. Bij twijfel en zeker bij koorts andere oorzaken uitsluiten of adviseer de stopper contact op te nemen met een (huis)arts.



Door het stoppen met roken kunnen al bestaande lichamelijke of geestelijke klachten in de eerste periode na het stoppen toenemen. Dat komt onder andere omdat het lichaam zich aan het herstellen is (longen worden deels 'schoongehoest', de darmflora verandert, etc.) en op zoek is naar een nieuwe, gezondere balans. Wees extra alert hierop bij colitis ulcerosa (een chronische darmontsteking) en zwangerschapsvergiftiging. Patiënten met deze ziekten zijn soms zeer huiverig om te stoppen, omdat ze bang zijn dat de klachten dan toenemen. Er zijn aanwijzingen dat nicotine een 'beschermende' werking heeft. Nicotinevervangende medicatie wordt in deze gevallen aangeraden bij het stoppen. Soms kan ook het geleidelijk en langzaam en gestructureerd afbouwen van het tabaksgebruik raadzaam zijn. Extra controle en begeleiding van de behandelend arts van deze ziekten is wel gewenst. Samen lukt het in veel gevallen goed om de patiënt te helpen stoppen met roken zonder dat de (darm)ziekte weer opvlamt.

Nul sigaretten, nul rookwaar

Minder sigaretten roken: heeft dat zin? Dat hangt sterk af van de situatie.

Minderen leidt zelden tot gezondheidswinst

De meeste rokers die minder sigaretten gaan roken, nemen, veelal onbewust, meer en diepere trekjes en krijgen zo evenveel nicotine en andere stoffen binnen als voorheen. Logisch, want rokers roken tot ze een bepaalde nicotinespiegel hebben bereikt: we noemen dit compensatoir roken. Zelfs rokers die het werkelijk lukt om minder te roken behalen daarmee weinig of geen gezondheidswinst, omdat er geen veilige ondergrens voor de blootstelling aan tabaksrook bestaat. De strategie om minder sigaretten te roken en dit te compenseren met een e-sigaret zou zelfs nog schadelijker kunnen zijn, door de blootstelling aan tabaksrook én aan e-sigarettdamp. Het gezonde doel is dus: nul sigaretten en nul (andere) rookwaar. Geef een compliment én blijf duidelijk over het einddoel: *"Wat goed dat u minder rookt! Mijn advies is en blijft: helemaal stoppen."*

Minderen als opmaat tot stoppen met roken kan in enkele gevallen wel helpen

Soms helpt minderen om te wennen aan het niet-roken. Anders roken is gedragsverandering en dit kan soms helpen in het gedragsveranderingsproces op weg naar rookvrij worden. Een afbouwschema dat in niet meer dan enkele weken leidt tot nul sigaretten wordt dan aanbevolen. Langer niet, omdat geleidelijk afbouwen inhoudt dat een stopper een verlengde periode van ontwenning doormaakt. En voortdurend een beetje afkicken is lastig vol te houden. Minderen van het aantal sigaretten per dag houdt bovendien niet altijd in dat er minder rookmomenten zijn, bijvoorbeeld door het bij-gebruik van een e-sigaret of door een half opgerookte sigaret (of sigaar!) te bewaren en op een later moment verder op te roken. Voorkeur heeft het kiezen van een duidelijk stopmoment met een goede voorbereiding daarop, ook als er sprake is van eerst minderen. Met nul sigaretten en nul (andere) rookwaar daarna.

Herhalen, herhalen, herhalen...

Aangezien vrijwel elke roker verslaafd is, is het van belang het gesprek over stoppen regelmatig te herhalen. Ook bij degene die (nog) niet aan stoppen is begonnen. Sommige (mee)rokers zie je mogelijk minder dan één keer per jaar. Vraag dan zeker ook naar de (mee)rookstatus:

- *"U hebt vorig jaar aangegeven te roken. Is er sindsdien nog iets veranderd in uw rookgedrag?"*
- *"Zoals u weet helpt het als er niet in uw buurt gerookt wordt. Hoe gaat het daar nu mee?"*

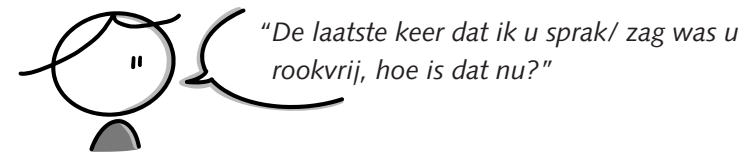
Geef een compliment bij stoppen of minderen. Vraag hoe dit lukt en welke hulp eventueel nog nodig is bij volhouden of stoppen. Benadruk het belang van nul sigaretten, dus volledig rookvrij: *"Ik blijf het herhalen: het is belangrijk dat u (helemaal) stopt met roken."*

Kies in alle andere gevallen een frequentie die bij jou als zorgverlener en betreffende roker past en noteer wat er is besproken. Dat voorkomt irritaties bij de roker en collega's en zo is voor iedereen duidelijk wanneer het weer aan de orde komt/ dient te komen. Zie het als een algemene vraag, zoals bloeddruk meten bij hartfalen of glucosetesten bij diabetes. Ook dan bepaal je afhankelijk van de uitslag het vervolg.

Is de behandeling of het contact van korte duur, zoals bij een opname of kraamzorg, noteer de rookstatus dan bij het begin en aan het einde van de behandeling en vermeld dit ook in een overdracht naar bijvoorbeeld de huisarts of de jeugdgezondheidszorg.

Aandacht voor stoppers en ex-rokers

Als een stopper al goed op weg is om rookvrij te leven, betekent dat niet dat hij geen steun en tips meer nodig heeft. Hij/zij heeft het nodig dat de zorgverlener zijn stopproces blijft volgen totdat het minimaal één jaar is gelukt rookvrij te zijn. En zelfs dan is het zinvol er op zijn minst jaarlijks naar te vragen hoe het gaat en hoe het bevalt:



Aandachtspunten voor een gesprek over rookvrij blijven:

- Benoem de voordelen van rookvrij zijn en maak deze zo persoonlijk mogelijk, bijvoorbeeld wondgenezing, zwangerschap, minder stress, huisdieren die weer op schoot komen zitten.
- Vraag wat de stopper nog weet van het vorige gesprek, herhaal zo nodig wat al verteld is. Kies woorden die bij deze persoon passen.
- Blijf nieuwsgierig: hoe gaat het echt? Hoe lukt het om rookvrij te blijven? Wat is nog moeilijk? De antwoorden op deze vragen geven jou als zorgverlener een steeds veelzijdiger beeld over wat er allemaal

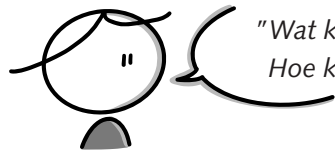
kan spelen tijdens een stopproces. Let hierbij ook op ander ongezond compensatiegedrag, zoals snoepen.

- Blijf complimenten geven: wat goed dat u nog steeds rookvrij bent! Wat fijn dat het gelukt is!
- Besteed aandacht aan bijzondere momenten zoals de stopdag, een kleine opmerking daarover is al voldoende. Zo weet de stopper/ ex-roker dat je op de hoogte bent.
- Blijf aandacht houden voor momenten waarop de kans op terugval groot is (life events).
- En onthoud: ééntje roken kan niet! 'Not even one puff!'

Kortom

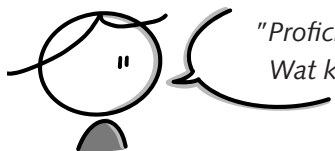
Het stopproces is vaak een proces met vallen en opstaan. De ene stopper heeft meer leermomenten nodig dan de andere. Helemaal niet erg, dat hoort erbij, soms is er een terugval. Dus:

- Hou aandacht voor het voorkómen van een uitglijder, bijvoorbeeld door een 'als ... dan ...-plan' te maken bij te verwachten moeilijke momenten.
- Zie een uitglijder als leermoment.
- Help met het bewust opslaan van nieuwe, aangename rookvrije herinneringen en momenten.



"Wat knap dat u gestopt ben met roken!
Hoe kan ik u helpen dit vol te houden?"

Of



"Proficiat u bent nu 1 maand/ 1 jaar rookvrij!
Wat kan ik nog voor u doen?"

Kom, ook als het heel goed lijkt te gaan, jaarlijks terug op gestopt zijn. De stopdatum is daarvoor een goed moment. Geef een compliment voor opnieuw een rookvrij jaar en geef steun en tips als dat nodig mocht zijn.

Nog enkele weetjes:

- Ook de zorgverlener leert van élk stopproces, dus de stopadviesgesprekken en het vinger aan de pols houden tijdens het stoppen zullen steeds makkelijker gaan.
- Kleine succesjes leiden samen tot grotere succesvolle stappen.
- Hoe vaker een stopperiode, hoe groter de kans op een rookvrij leven.

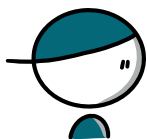


Figuur 3.2 Volledig rookvrij

Aan de slag

- Bespreek regelmatig het rookgedrag en het meerroken met alle patiënten.
- Zoek samen naar mogelijkheden om met hulp te stoppen.
- Blijf in gesprek, ook ná de stopdatum.

In de praktijk



Nico: beide ouders hebben telefonisch informatie gekregen over het traject van Rookvrije ouders. Moeder Aicha is gestart met de telefonische begeleiding en heeft samen met de stopcoach een plan gemaakt. De stopdatum is over enkele dagen. Vader Pierre vond een coach niet nodig maar gaat wel mee in het plan van Aicha, ook hij stopt komende zaterdag. Dan gooien ze alle rookwaar weg, ruimen de asbakken op en gaan het huis witten. Stoppen met sigaren roken gaat wel lukken, maar tegen geen joints meer ziet Pierre wel op



Otto is sinds enkele weken weer thuis. Zijn conditie is helaas nog erg slecht; hij volgt nu een revalidatietraject bij de fysiotherapeut, want hij wil wel weer graag meer gaan sporten. Ook de fysiotherapeut vroeg naar zijn rookgedrag. Dit is erg wisselend. Soms rookt hij nog sigaretten, hij heeft ook een soort apparaatje geprobeerd waar je sigaretten in kunt verwarmen en zakjes met nicotine. Omdat hij dacht dat dat gezonder was. De fysiotherapeut heeft hem echter uitgelegd dat die ook ongezond zijn. Dat kwam eigenlijk wel goed uit, want hij vond ze vies. Dus nu rookt hij toch wel weer meer sigaretten. Ook jammer. Maar ooit gaat hij er mee stoppen, echt.



Ine heeft telefonisch contact gehad met de praktijkondersteuner (POH), die was benieuwd hoe het ging op de groepstraining. Wat leuk dat ze daarnaar informeert. Het blijkt inderdaad een hele gezellige groep en ze zijn allemaal samen gestopt, eergisteren. En tot nu toe is ze rookvrij! Met hulp van medicatie en steun van de andere stoppers. Ine is blij met het compliment van de POH en belooft dat ze wat laat weten als de groepstraining is afgerond. Ze vertelt meteen nog even dat het haar heel erg helpt dat haar zoon Pierre en diens vrouw binnenkort ook gaan stoppen met roken.



Yuri komt nog steeds regelmatig in het wijkcentrum. Hij heeft met een app op zijn telefoon geprobeerd te stoppen met roken, maar dat is niet gelukt. Het begreep ook niet echt alles wat er stond, al wordt zijn Nederlands wel steeds beter, zeker nu hij een baan heeft en meer Nederlands spreekt. Met de waterpijp is hij wel gestopt, daar had hij teveel nare dingen over gehoord. En op zijn werk heeft hij met Aicha gesproken, zij had twee goede tips: sluit je aan bij een voetbalclub, dat is gezond en gezellig en het terrein is vaak rookvrij. En binnenkort is het Stoptober, dan stoppen heel veel mensen en dat geeft steun.



Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

4 Stoppen-met-roken-begeleiding: maak er gebruik van!



- Elke zorgverlener kan een roker een stopadvies geven, maar niet elke zorgverlener hoeft zelf de stoppen-met-rokenbegeleiding te doen.
- Gedragmatige ondersteuning (met motiverende gespreksvoering) vormt de basis van rookstopbegeleiding.
- Deze kan eventueel worden aangevuld met medicatie: nicotinevervangende middelen of andere medicatie die uitsluitend op recept verkrijgbaar is. Medicatie op voorschrift van een arts wordt alleen vergoed in combinatie met gedragsondersteuning.
- Professionele stoppen-met-rokenbegeleiding kan worden geleverd vanuit de huisartsenpraktijk, vanuit ziekenhuizen of door gespecialiseerde stoppen-met-rokencoaches en organisaties. Ook bij GGD-en, thuiszorgorganisaties, fysiotherapeuten en andere disciplines en organisaties stijgt het aanbod aan rookstopbegeleiding.
- Voor het goed afstemmen van de zorg is het handig een lokaal of regionaal 'zorgpad stoppen met roken' te hebben. Goede voorbeelden zijn te vinden op de website www.zorgpadstoppenmetroken.nl.
- Op www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt staat een overzicht van het aanbod dat buiten de huisartsenpraktijk beschikbaar is.
- Voor rokende (aanstaande) zwangeren en jonge ouders is er (landelijk) speciale telefonische begeleiding: Rookvrije Ouders.
- Zowel de begeleiding als de rookstopmedicatie worden vrijwel altijd vergoed vanuit de basisverzekering en komen niet ten laste van het eigen risico.

Veel stoppers hebben baat bij intensieve(re) vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding. Slechts een zeer beperkt deel heeft multidisciplinaire ambulante verslavingszorg of zelfs een klinische opname nodig om rookvrij te worden. Behandeling in de verslavingszorg is echter op het moment van schrijven van dit boek vrijwel niet mogelijk, tenzij de roker gelijktijdig voor een andere verslaving behandeld wordt. Zorgverzekeraars in Nederland vergoeden in de eerstelijns één 'stoppen-met-rokenprogramma' per jaar, mits de aanbieder (behandelaar) een contract met de verzekeraar heeft afgesloten. Ook buiten de eerstelijns kan de zorg worden vergoed, maar dit gebeurt nog weinig. Een stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit gedragmatige begeleiding ('coaching'), zo nodig aangevuld met medicatie, zoals nicotinepleisters of receptmedicatie. Maak gebruik van het aanbod en verwijst de roker naar passende begeleiding. Om de stopper goed bij te kunnen staan helpt het als je weet welke mogelijkheden er zijn en wat er gebeurt na het verwijzen. Maak samen met collega's een lijst van de mogelijkheden in de regio op het gebied van stoppen-met-rokenbegeleiding. Het fijnste voor alle partijen is als je degene naar wie je verwijst persoonlijk kent. Dan maak je ook afspraken over de route van verwijzing en de terugkoppeling. Verwijzen naar een landelijke organisatie die coaching telefonisch aanbiedt of op diverse plekken actief is, kan ook. Individuele of groepsgewijze rookstopcoaching wordt in Nederland door verschillende aanbieders aangeboden. In dit hoofdstuk schetsen we de diverse mogelijkheden. Het aanbod kan in de praktijk lokaal verschillen.

Gedragmatige ondersteuning is de basis van rookstopzorg

De begeleiding (ongeacht of dat een stoppen-met-rokencoach, telefonisch, in een groep, op een stoppen-met-rokenpoli of in de verslavingszorg is) hoort in ieder geval deze kenmerken te hebben:

- Er vinden meerdere consulten plaats, hetzij op locatie, telefonisch, digitaal, in groepsverband, op een poli. Dit is ook zo in de verslavingszorg als het gaat om ambulante begeleiding.

- Gedurende het hele proces is er aandacht voor de motivatie van de stopper. Waar nodig worden motivatieverhogende methodieken ingezet.
- Deze komen vaak vanuit de motiverende gesprekvoering, aangevuld met andere coachingsmethodieken, zoals progressiegericht of oplossingsgericht coachen.
- Tijdens het eerste contact (intake) gaat het vooral over het in kaart brengen van het rookgedrag, de rookgeschiedenis, uitleg over verslaving, de voor- en nadelen van het roken, en de redenen om te stoppen. Stopper en coach maken samen een stopplan.
- Er wordt ook aandacht besteed aan het omgaan met ontwenningssverschijnselen en het mogelijk gebruik van nicotinevervangende medicatie of andere rookstopmedicatie.
- De voorbereiding tot stoppen loopt tot aan de stopdatum, daarna gaat de begeleiding vooral over het steeds beter worden in rookvrij leven, bijvoorbeeld over het omgaan met ontwenning, met trek en triggers (onrust, spanning, verveling, andere rokers, etc.) en de voordelen van rookvrij blijven.
- Stoppen met roken betekent alle rookwaar wegdoen en nul sigaretten of andere rookwaar nuttigen. Dat is het doel van de begeleiding. Minderen of veranderen van rookwaar kan enkel als opstap naar volledig stoppen.
- Afhankelijk van het soort zorg wordt het traject afgesloten na vier weken, na drie maanden, of na één jaar.
- Hoe beter je op de hoogte bent van het traject waar je naar verwezen hebt, hoe beter je de roker in dit proces kunt ondersteunen en kunt vervolgen na het afsluiten van de begeleiding.

Samengevat omvat de begeleiding van het stopproces drie fasen:

- 1 De voorbereiding, voorafgaand aan de stopdatum (met o.a. bewustwording van het rookgedrag, stopplan, evt. aanvraag nicotinevervangende middelen of receptmedicatie).

- 2 De ontwenningssfase, ook wel detox-fase genoemd (met o.a. aandacht voor omgaan met ontwenningssverschijnselen, uitglijdens en terugval). Deze fase start vanaf het stopmoment zelf.
- 3 Terugvalpreventiefase of de fase van het volhouden van, en steeds beter worden in, het rookvrij leven.



Het digitaal 'Platform stoppen met roken' voor zorgprofessionals (www.platformsmr.nl/) biedt veel praktische informatie voor zorgverleners en de mogelijkheid om onderling vragen te stellen. Op het platform worden vragen beantwoord als: "Wat doe ik met een patiënt met colitis ulcerosa bij wie de darmklachten toenemen bij het stoppen met roken?"; "Kan ik een dubbele dosis nicotinepleisters voorschrijven als een enkele dosis niet werkt?"; "Wie heeft ervaring met het financieren van een rookstopconsulent door de zorgverzekeraar?". Zo helpen we elkaar.

Zo nodig aangevuld met rookstopmedicatie

De stopondersteuning kan zo nodig aangevuld worden met medicijnen. Alléén voorschrijven van rookstopmedicatie zonder stopondersteuning is een kunstfout en wordt daarom niet door de zorgverzekeraars vergoed.

Nicotinevervangende medicatie (NVM)

Deze bestaan in de vorm van pleisters, kauwgum, zuigtabletten of neusspray. Ze zijn eerste keuze vanwege de effectiviteit en een gunstig (niet ernstig) bijwerkingenprofiel. Nicotine neusspray wordt als minst aantrekkelijke vorm gezien, omdat de praktijkervaring leert dat deze vorm verslavender is dan de andere vormen van nicotinevervangende medicatie. Combinaties van verschillende toedieningsvormen zijn mogelijk, bijvoorbeeld pleisters voor een stabiele spiegel aangevuld met

kauwgom of zuigtabletten bij de acute behoefte aan een sigaret. NVM zijn er in diverse sterktes en de startdosering wordt bepaald op basis van het rookgedrag en aangepast afhankelijk van het effect en eventueel optredende bijwerkingen. In het vorige hoofdstuk is besproken dat de stopper deze zelf kan aanschaffen. De voorkeur gaat echter uit naar begeleiding hierbij van een stoppen-met-rokencoach of, en in ieder geval bij contra-indicaties en zwangerschap, een arts die o.a. bespreekt welke en hoeveel NVM gewenst is en helpt bij de aanvraag hiervan. Als de roker deze medicatie gebruikt in combinatie met de stopondersteuning dan wordt deze medicatie door de zorgverzekeraar vergoed.

Receptplichtige stopmedicatie

Nortriptyline (merknaam Nortrilen), bupropion (merknaam Zyban), varenicline (merknaam Champix) en cytisinicline (merknaam Decigatan) zijn orale medicijnen die kunnen worden ingezet bij het stoppen. Ze zijn tweede keus (na de NVM) en kunnen uitsluitend worden voorgeschreven door een arts. Die beoordeelt of er een indicatie is, of er contra-indicaties bestaan en monitort het optreden van bijwerkingen en de effecten op het stoppen-met-rokenproces. Er is geen onderlinge voorkeur voor een van deze middelen. Varenicline is het duurst en al geruime tijd van de markt vanwege vervuiling met (kankerverwekkende) nitrosamines. Bupropion en nortriptyline zijn antidepressiva. Het gebruik van nortriptyline als stoppen-met-rokenmedicijn is formeel off-label, dat betekent dat dit geneesmiddel niet is geregistreerd als medicatie voor stoppen met roken. Bij het voorschrijven van beide antidepressiva voor een stoppen-met-rokenbehandeling is het belangrijk voor de vergoeding om de indicatie op te schrijven. De behandeling met deze medicatie start één tot twee weken vóór de stopdatum en duurt twee tot drie maanden, in individuele gevallen langer. Cytisinicline is nieuw op de Nederlandse markt. Het is afgeleid van cytosine, dat al vele jaren over in allerlei landen wordt gebruikt. Het middel heeft een vergelijkbaar werkingsprofiel als varenicline, maar de behandelduur is korter, meestal 25 dagen. Van varenicline en cytosine is het werkingsmechanisme bekend; van bupropion en nortriptyline is uit vergelijkende studies bekend dat ze werken, maar hoe precies is onbekend. Alle medicijnen hebben (relatieve) contra-indicaties. Zie hiervoor www.farmacotherapeutischkompas.nl.

Zwangere vrouwen gebruiken bij voorkeur geen stoppen-met-rokenmedicatie. Toch kan het nodig zijn om medicatie te gebruiken om de kans op stoppen te vergroten. Nicotinevervangende middelen kunnen tijdens de zwangerschap off label worden geadviseerd door een daarin gespecialiseerde stoppen-met-rokencoach of een arts, die zich bekwaam voelt bij deze specifieke doelgroep: rokende zwangeren. In dat geval wordt zo kort mogelijk nicotine vervangende medicatie geadviseerd en is het advies om het gebruik ervan te laten begeleiden door deze gespecialiseerde stoppen-met-rokencoach of een arts.

De stoppen-met-rokencoach bespreekt alle bovenstaande opties met de stopper en houdt rekening met contra-indicaties, rookgedrag, wensen en ervaringen van de stopper. Via 'shared decision-making' bepaalt ze samen met de stopper of deze rookstopmedicatie gaat gebruiken. Een stoppen-met-rokencoach die geen arts is geeft uitleg over zowel NVM als receptplichtige medicatie. Bij recept-plichtige medicatie verwijst zij de stopper naar een arts. De arts die voorschrijft is ook verantwoordelijk voor het monitoren van de (bij)werking en stemt hierover af met de stoppen-met-rokencoach.

Stoppers kunnen ook vragen hebben over andere manieren om van het roken af te komen, zoals e-sigaretten. Als je hier zelf onvoldoende van weet adviseer de stopper dan dit met de stoppen-met-rokencoach of huisarts te bespreken.

Dicht bij huis

Het grootste aanbod stopondersteuning komt vanuit de huisartsenpraktijk. Daar zijn het meestal de praktijkondersteuners (POHs) en doktersassistenten die de individuele begeleiding uitvoeren. Mensen die al een chronische aandoening hebben, zoals suikerziekte (diabetes mellitus), een hart- of vaatziekte of een longziekte, krijgen als onderdeel van de (keten)zorg voor hun aandoening stoppen-met-rokenbegeleiding aangeboden. De POH begeleidt ook mensen die zelf vragen bij hun

eigen huisarts om ondersteuning bij het stoppen of die met een aan roken gerelateerde klacht op het spreekuur van de huisarts komen. De huisarts verwijst de roker naar de POH of doktersassistente voor een gesprek of begeleiding. Niet elke huisartsenpraktijk biedt deze vorm van begeleiding aan. Een aantal regionale huisartsen-organisaties coördineren en organiseren de stoppen-met-rokenbegeleiding centraal.

Stoppen met roken organisaties

Er komen steeds meer organisaties in Nederland^{OR} die zich volledig hebben toegelegd op het bieden van stoppen met roken begeleiding. Zij bieden diverse vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding aan, zowel lokaal als landelijk. Een aantal van deze organisaties hebben ook aanbod voor specifieke doelgroepen, zoals zwangeren en mensen met psychische klachten. Dit betekent dat er voor elke stopper zorg op maat mogelijk is.

Op www.zorgpadstoppenmetroken.nl staan goede voorbeelden over het lokaal organiseren en afstemmen van de rookstopzorg. Idealiter maken alle betrokken partijen afspraken over wie lokaal of in de regio welke zorg biedt en staan de afspraken samengevat in een zorgpad stoppen met roken. Een groot voordeel van een zorgpad is dat het lokale aanbod duidelijk is en dat scheelt tijd en frustratie bij het verwijzen van een roker naar passende zorg. Het maken van een 'zorgpad stoppen met roken' met alle relevante zorgaanbieders is daarom zeer wenselijk.

Stoppen-met-rokenbegeleiding in de buurt vinden

Op www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/ staat een overzicht van stoppen-met-rokenbegeleiding die buiten de huisartsenpraktijken wordt aangeboden, en dus toegankelijk is voor iedereen. In dit overzicht staan coaches die zijn opgeleid in het geven van stopondersteuning, voldoende ervaringsuren hebben en nascholingen hebben gevolgd om geregistreerd te zijn in het Kwaliteitsregister met stoppen-met-rokencoaches^{OR}. Het aanbod is divers: groeps- of individuele coaching, op locatie of op afstand, dit laatste is telefonisch of met videobellen. Voor de meeste stoppen-met-rokencoaches is dit een (klein) onderdeel van hun takenpakket: zij werken vaak als POH, doktersassistente of verpleegkundige, maar

ook een toenemend aantal fysiotherapeuten en apothekers is actief op het gebied van stoppen-met-rokenbegeleiding. Ook zijn er GGD-en die stoppen-met-rokenbegeleiding aanbieden, net als aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, thuiszorgorganisaties en werkgevers. Er zijn lokale initiatieven vanuit de sportwereld waarbij stoppen met roken wordt gecombineerd met bewegen en in 'wijkchallenges' worden rokers gestimuleerd om te stoppen en toegeleid naar begeleiding.

Alleen of in een groep

Stoppen-met-rokenbegeleiding kan individueel worden aangeboden of in een groepsetting. Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit vergelijkbaar is. De voorkeur van de roker en het lokale aanbod zijn in de praktijk doorslaggevend voor de keuze. Meestal gaat het bij groepscoaching om zes tot twaalf bijeenkomsten (van 1-1,5 uur) die vooral plaatsvinden in de eerste drie maanden van het stopproces. De individuele coaching bestaat meestal uit minder en kortere contactmomenten.

Ziekenhuizen

In een aantal, maar lang niet alle, ziekenhuizen worden rokers actief begeleid bij stoppen met roken. De begeleiding wordt vaak door een longverpleegkundige gegeven onder verantwoordelijkheid van een longarts en soms door een gespecialiseerde stoppen-met-rokencoach (op de 'longpoli' of de 'rookstoppoli'). Dit is alleen voor eigen (long) patiënten. Patiënten vanuit andere disciplines, zoals de cardioloog of gynaecoloog, moeten doorgaans eerst worden verwezen naar de longarts.

Er zijn ook ziekenhuizen die werken met een rookstopconsulent. Deze consulent wordt ingeschakeld door medisch specialisten om rokers die in het ziekenhuis zijn opgenomen tijdens de opname te ondersteunen, bijvoorbeeld met een juiste dosering nicotinepleisters. Bij ontslag zorgt de rookstopconsulent voor een verwijzing naar passende zorg en dan start het verdere coachingstraject naar een rookvrij leven. Poliklinische patiënten kunnen hier soms ook terecht. De rookstopconsulent kijkt met hen wat de best passende vorm van rookstopbegeleiding in de buurt is en zorgt zo nodig voor een warme overdracht daarheen.

In een aantal ziekenhuizen wordt al structureel aandacht gegeven aan het verbeteren van de conditie van patiënten voorafgaand aan een planbare operatie. Zolang zij op de wachtlijst staan is er tijd om aandacht te besteden aan goede voeding, lichamelijke training om de conditie voor de operatie te verbeteren, mentale ondersteuning en aandacht voor stoppen met roken, alcohol en andere verslavende middelen. Dit kan onder andere resulteren in minder complicaties, kortere opnameduur en sneller herstel. De term voor dit soort pre-operatieve programma's is prehabilitatie.



Het grootste deel van de ziekenhuizen heeft inmiddels een 'rookvrij' beleid. Zie www.rookvrijezorg.com. Onderdeel van de rookvrije zorg is het bieden van stopondersteuning. In het kader van het Nationaal Preventieakkoord is afgesproken dat in 2025 alle ziekenhuizen rookvrij zijn. De ambitie is om de hele zorg rookvrij te hebben in 2030.

Binnenkort wordt een handboek gepubliceerd waarin, vanuit het perspectief van het ziekenhuis, goede voorbeelden zijn beschreven over de regionale, transmurale stoppen-met-rokenzorg. Het handboek zal dan bereikbaar zijn via de QR-code van dit boek.

Landelijke mogelijkheden

www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/ geeft naast een lijst van lokale stoppen-met-rokencoaches ook een overzicht van landelijke aanbieders voor professionele begeleiding bij het stoppen, zoals:

- Telefonische begeleiding.
- Digitale begeleiding, via beeldbellen.
- Groepstrainingen op locatie.
- Online groepstrainingen.

Rookvrije Ouders: speciale telefonische begeleiding

Voor zwangeren en hun partners, ouders van jonge kinderen en mensen met een kinderwens die willen stoppen met roken, is telefonische begeleiding via 'Rookvrije ouders' beschikbaar, op de website van rookvrije start.^{QR} Het is een wetenschappelijk bewezen interventie en werkt heel eenvoudig: je kunt samen met de stopper een aanmeldformulier invullen en dan neemt de stoppen-met-rokencoach telefonisch contact op met de stopper. Ook rokers die nog niet weten of ze willen stoppen kunnen gebeld worden voor een vrijblijvend gesprek over stoppen met roken. De coaches die hier werken hebben een speciale training gehad om deze doelgroep goed te kunnen begeleiden.

De telefonische begeleiding is gebaseerd op motiverende gespreksvoering en bestaat uit minimaal zes telefoongesprekken met een stoppen-met-rokencoach. Er zijn ook materialen te bestellen, zoals een informatief magazine voor de stopper en een doorverwijskaart voor de zorgverlener. Deze laatste vind je als papieren bijlage bij dit boek. De stoppen-met-rokencoach neemt binnen één week telefonisch contact op met de ouders.



Regio's verschillen in hun aanbod; zorg dat je weet hoe het in jouw regio is georganiseerd:

- Waar wordt stoppen-met-rokenbegeleiding aangeboden en door wie?
- Zijn er samenwerkingsafspraken met andere zorgorganisaties gemaakt over:
 - registratie van rookgedrag in dossiers
 - hoe door te verwijzen, warme overdracht
 - complexiteit: welke stoppers kunnen het best waar geholpen worden?

En hoe zit het met de verslavingszorg?

Vanuit de verslavingszorg is het aanbod aan stoppen met roken begeleiding nog heel beperkt. De behandeling van een tabaksverslaving in de verslavingszorg wordt door de zorgverzekeraars (merkwaardigerwijs) niet vergoed, maar ook veel verslavingszorgmedewerkers roken zelf en voelen zich niet bekwaam om zwaar verslaafde rokers te behandelen. Als er een rookstopbehandeling wordt gegeven, is dit vrijwel altijd naast de behandeling van een verslaving die de zorgverzekeraars wél vergoeden, zoals een alcohol- of cannabisverslaving. Ook deze gecombineerde behandeling gebeurt nog te weinig. In een pilot bij Verslavingszorg Noord Nederland in Groningen, Friesland en Drenthe wordt nu bekeken welke zorg vanuit de verslavingszorg kan worden geboden aan rokers, hoe effectief dat is, en of deze zorg in de toekomst vergoed zou moeten worden. Er wordt geëxperimenteerd met het volledige aanbod dat beschikbaar is voor patiënten met een alcohol- of drugsverslaving, zoals klinische opnames en de inzet van FACT- en bemoiezorg. Helaas kunnen alleen rokers in het experiment worden geïnccludeerd die al een lichamelijke ziekte hebben ontwikkeld door het roken. De diagnose tabaksverslaving (of volgens DSM-5 classificatie 'stoornis in het gebruik van tabak') wordt ook in dit experiment door de zorgverzekeraar onvoldoende geacht om een behandeling in de verslavingszorg voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Om zwaar verslaafde rokers goed te kunnen behandelen is een voorwaarde dat een verslavingszorginstelling een volledig rookvrije werk- en behandelcultuur heeft (gouden status volgens de methodiek van het Global Network for Tobacco Free Health Care, zie hoofdstuk 5 en www.rookvrijezorg.com).

Wie betaalt dat?

Stoppen-met-rokenbegeleiding wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Een stoppen-met-rokenprogramma wordt vergoed als het 'zorg betreft met geneeskundige en zo nodig farmacotherapeutische interventies die dienen ter ondersteuning van

gedragsverandering met als doel te stoppen met roken', zo staat in de 'Informatiekaart aanspraak en bekostiging' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)^{QR}. Op dit moment wordt één keer per kalenderjaar het volgen van zo'n programma vergoed. De Informatiekaart van de NZA beschrijft dat dit programma overal kan worden aangeboden, binnen en buiten de eerstelijns. Het stoppen met roken programma is vrijgesteld van het eigen risico. De aanbieder van stoppen-met-rokenbegeleiding maakt afspraken met de grootste zorgverzekeraar in de regio over een adequate vergoeding voor het stoppen-met-rokenprogramma dat zij bieden. Medisch specialistische stoppen-met-rokenzorg die soms in het ziekenhuis wordt geboden wordt gedeclareerd via deze stoppen-met-rokenprogramma's of via Diagnose-Behandel Combinatie (DBC)-zorgproducten. In de verslavingszorg is het ook mogelijk om stoppen-met-rokenprogramma's te declareren als daarover afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar.

In de rookstopzorg is algemeen aanvaard dat stoppen met roken een proces is en dat de vergoeding net als de behandeling van andere verslavingen niet beperkt moet blijven tot één programma per jaar. Er zijn hierover gesprekken gaande met de zorgverzekeraars en andere relevante partijen.

Niet vergoed

Medicatie ter ondersteuning van het stoppen met roken wordt uitsluitend vergoed in combinatie met stoppen-met-rokenbegeleiding. Medicatie op voorschrift van een arts zonder stoppen-met-rokenbegeleiding en medicatie die de roker zelf heeft gekocht bij de apotheek, drogist, supermarkt of online worden niet vergoed.

Ook worden behandelingen aangeboden, zoals hypnose en acupunctuur, waarvan volgens de Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving^{QR} niet wetenschappelijk bewezen is dat ze effectief zijn. Deze vallen niet onder het basispakket van de zorgverzekering. Sommige zorgverzekeraars vergoeden deze zorg wel in een aanvullend pakket. Voor veel zorgverzekeraars is het ook een voorwaarde dat de zorg geleverd

wordt door goed geschoolde coaches, die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken coaches. De aanbieder van de stoppen-met-rokencareer dient een contract te hebben met de betreffende zorgverzekeraar. Voor patiënten is het ingewikkeld om helder te krijgen welke rookstopzorg onder hun zorgverzekering valt. Zij vinden een overzicht op www.ikstopnu.nl/stoppen-met-roken-vergoeding/. Het blijft bij twijfel altijd goed om de vraag rechtstreeks bij de zorgverzekeraar te stellen.

Werkgevers

Een toenemend aantal werkgevers investeert in een rookvrij bedrijf en rookvrije medewerkers. Als onderdeel daarvan vergoeden sommige werkgevers de stoppen-met-rokenbehandeling en/of organiseren een stoppen-met-rokenprogramma op het werk, al dan niet via de bedrijfsarts.

Aan de slag

- Maak een lijstje met mogelijkheden tot stopondersteuning in jouw buurt en leg contact.
- Maak gebruik van de landelijke mogelijkheden zoals Rookvrije Ouders.
- Blijf bij voorkeur minimaal een jaar betrokken en geniet van de samenwerking!



Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

In de praktijk



Nico: De telefonische coach heeft zes keer contact gehad met Aicha. Zij is inmiddels vier weken rookvrij en dat gaat goed. De gesprekken en de nicotinepleisters hebben haar genoeg steun gegeven om het vol te houden. Pierre daarentegen heeft het zwaar. Het is hem gelukt om twee weken niet te roken. Af en toe rookt hij een joint samen met vrienden, elders. Niet thuis, omdat hij weet hoe belangrijk dit is voor zowel Nico als Aicha. Hij zou best met alle rookwaar willen stoppen en overweegt nu alsnog telefonische coaching. Tijdens het laatste gesprek van de coach met Aicha heeft hij zelf ook kort met de coach gesproken. Omdat hij met name de joints moeilijk kan laten, raadde de coach hem aan contact op te nemen met de huisarts en te vragen voor hulp in de verslavingszorg. Dit klinkt wel zwaar vindt hij, maar als het helpt om ervan af te komen is hij bereid om daarnaar toe te gaan. Het eerste gesprek is al geweest en hij is blij dat ze daar zoveel begrip hebben voor zijn worsteling, want ja dat is het voor hem, een worsteling.



Otto sport weer, de revalidatie zit erop. Zijn conditie blijft mager ten opzichte van wat het was. Maar ach, dat is ook alles, verder voelt hij zich heel gezond. Hij rookt nog steeds, hij schaamt zich ervoor dat het niet lukt om te stoppen. Zeker nu zijn schoonzus Aicha rookvrij is en zijn broer Pierre zo goed op weg. Echt knap van hen. Steeds opnieuw leest en ziet hij van alles over rookvrij zijn en krijgt hij goede raad: stop ermee! Dat is nog niet gelukt, wel rookt hij zoveel mogelijk buiten, want zijn nieuwe vriendin is ook rookvrij en die houdt niet van die rooklucht...

5 Op weg naar een rookvrij Nederland



Ine heeft zeven keer de groepsbijeenkomsten bezocht en dat was leerzaam en gezellig. Ze heeft er zelfs een wandelmaatje aan overgehouden. Ine heeft veel gehad aan de tips om rookvrij te blijven en gebruikte een tijd lang alleen de e-sigaret. Helaas is een goede vriendin van haar plotseling overleden en is ze weer begonnen met het roken van sigaretten ... en dat terwijl ze zich helemaal niet zo goed voelt. Veel last van haar hart, kortademig ... toch maar weer eens bespreken met de huisarts als ze een afspraak heeft voor haar jaarlijkse controle



Yuri heeft de site van Stoptober bekeken en de app gedownload. Deze keer gaat hij het grondiger aanpakken, zeker nu het Aicha zo goed lukt om rookvrij te blijven. In overleg met de welzijnswerker heeft hij gekozen voor persoonlijke begeleiding, bij een coach in een praktijk. Iemand die veel van rookverslaving weet en het hem ook goed kan uitleggen. Ze praat rustig en duidelijk. Hij is er nu twee keer geweest en over drie dagen stopt hij, op 1 oktober. Het doel is vier weken rookvrij te blijven, maar hij is van plan het zo lang vol te houden dat hij van het geld dat hij spaart zijn familie in Turkije kan bezoeken.



- Een roker bevindt zich in een krachtenveld waarin zowel de tabaksindustrie als de brede omgeving (overheid, zorg, vrijetijdsector, sociale contacten) hem en anderen verleiden tot een bepaald gedrag.
- De 'omgeving' kan tegenwicht bieden aan de verleiding van de tabaksindustrie: tabaksontmoediging versus tabaksaanmoediging.
- Internationale tabaksontmoedigingsmaatregelen hebben door de WHO handen en voeten gekregen met het 'MPOWER'-model.
- In Nederland zijn door de overheid verschillende activiteiten opgestart om bij te dragen aan een rookvrije samenleving, zoals overheidscampagnes, het project Rookvrije Start en Rookvrije Zorg.
- Ook vanuit de maatschappij en de zorg zijn vele organisaties betrokken, van activistisch tot wetenschappelijk.
- 'De witte jas' kan handig gebruik maken van al deze initiatieven om in de spreekkamer een gesprek over roken te starten, of buiten de spreekkamer bij te dragen aan een Rookvrije Generatie.

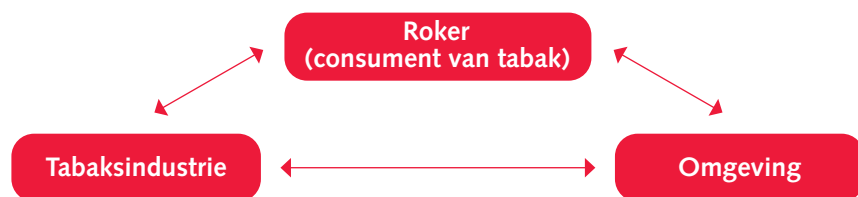
Een individuele roker (een consument van tabaksproducten of andere rookwaar) of stopper kan niet los gezien worden van de wereld om hem heen. Dit hoofdstuk gaat over de invloed van de samenleving op rokers en stoppers: de rol van de tabaksindustrie, de overheid, en van andere partijen, waaronder de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij, die zich inzetten voor een Rookvrije Generatie. We laten je zien hoe je daar in de dagelijkse praktijk en het dagelijks leven handig gebruik van kunt maken.

De driehoek tabak – roker – omgeving

In de leefstijlgeneskunde wordt gebruik gemaakt van een driehoek om te begrijpen in welk krachtenveld rokers en stoppers zitten (Van de Graaf, 2022). In het geval van de roker en stopper bevinden zich in deze driehoek ook de 'tabaksindustrie' en de 'omgeving', een breed begrip waaronder veel verschillende partijen en individuen vallen:

- 1 De 'tabaksindustrie' omvat de bedrijven en mensen die tabaks- en aanverwante producten produceren, aanprijzen en verkopen, zoals supermarkten, benzinestations, gemakswinkels en online influencers. Deze bedrijven en individuen hebben een commercieel belang en dat is om zoveel mogelijk tabaksproducten te verkopen.
- 2 De 'omgeving' staat voor de organisaties en mensen waar een roker verder mee in contact komt, zoals de overheid, maar ook jij als zorgverlener, de zorgorganisatie waar je werkt en de zorgsector als geheel. Sportclubs, kinderopvangcentra, scholen, etc. maken eveneens deel uit van de 'omgeving'. Tenslotte bestaat de omgeving uit andere rokers en niet-rokers. En elke roker of stopper is onderdeel van de omgeving van weer een andere roker/stopper.

De driehoek van de roker ziet er als volgt uit:



Figuur 5.1 De leefstijdriehoek

De drie actoren beïnvloeden elkaar continu en vormen geen statisch geheel. Rokers, stoppers en alle mensen en organisaties die deel uit maken van de tabaksindustrie moedigen in principe het roken bewust of onbewust aan. Maar partijen kunnen veranderen qua invloed. Een stopper die ex-roker wordt, verleidt niet meer anderen om te roken door het eigen rookgedrag. Daarmee wordt dezelfde persoon die eerst een tabaksaanmoedigende invloed had nu onderdeel van de tabaksontmoedigende invloeden uit de omgeving. Een individu of organisatie kan ook van positie wisselen in de driehoek. Een niet-rokende politicus die gaat werken voor een tabaksfabrikant komt in de hoek van de tabaksindustrie. Een supermarktketen die eerst tabak verkocht, maar daar volledig mee stopt, verhuist van 'tabaksindustrie' naar 'omgeving'. Een Duitse supermarktketen maakte in 2021 deze switch, en deed dat met hulp van een van de auteurs van dit boek, dus een zorgverlener (ook deel van de 'omgeving').

Help de roker/ stopper bewust te worden van zijn plek in de driehoek en de krachtenvelden:

- Waar ligt allemaal rookwaar te 'lonken' en wat doet dat met hem? Vraag hem te oefenen om langs de sigarettenverkoop in de supermarkt te lopen zonder iets te kopen. Zo krijgt de roker zelf grip op de hoek 'tabaksindustrie'.
- Zoek samen naar manieren om zijn omgeving rookvrij te maken. Dat vergemakkelijkt het stoppen. Bijvoorbeeld asbakken weg, afspreken op een rookvrij terrein, omgaan met niet-rokers. Dat geeft een roker grip op de hoek 'omgeving'.
- Bespreek ook de tabaksaanmoedigende invloed die de roker/ stopper zelf heeft op anderen. Zorg dat rokers en stoppers zich bewust zijn van hun rol in de driehoek van andere rokers/stoppers en van (nog) niet rokende kinderen en ex-rokers..

Tegenwicht aan de tabaksindustrie: tabaksontmoedigingsbeleid

De driehoek is een krachtenveld waarin iedereen invloed heeft op elkaar. Verkopers en makers van tabak zullen per definitie proberen bij de individuele roker en stopper en de omgeving het tabaksgebruik aan te moedigen. Een roker die verandert in een ex-roker geeft tegengas. De overheid is een nog veel grotere partij die de tabaksaanmoedigende invloed van de tabaksindustrie kan terugdringen. De tabaksindustrie heeft weliswaar een machtig lobby-apparaat, maar de overheid (als onderdeel van de 'omgeving' in de driehoek) kan de invloed van de industrie remmen en moet dit vanuit het oogpunt van volksgezondheid ook doen. Een maatschappelijke kosten-baten analyse heeft laten zien dat dit de maatschappij als geheel ten goede komt, ondanks de forse jaarlijkse inkomsten die de Rijksoverheid ontvangt vanuit de accijnzen van tabaksverkoop.

Een krachtig tabaksontmoedigingsbeleid bevat maatregelen die precies tegenovergesteld zijn aan wat vanuit het oogpunt van de producent en verkoper gewenst is. Producenten willen een zo aantrekkelijk mogelijk product maken, dat ze op zoveel mogelijk plekken kunnen verkopen voor een zo gunstig mogelijke prijs en waarvoor zoveel mogelijk reclame gemaakt kan worden. Bovendien is het in hun belang dat het product op zoveel mogelijk plaatsen kan worden gebruikt, want zien roken doet roken. Tabaksaanmoediging dus, gestoeld op de Marketing Mix van vier P's (Product, Prijs, Plaats en Promotie) (Assendelft, 2019). Maatregelen in tegenovergestelde richting zijn gericht op het zo moeilijk en onaantrekkelijk mogelijk maken van (het gebruik van) een sigaret. In tabel 5.1 een niet-uitputtende lijst van voorbeelden.

4 P's van de Marketing Mix	Tabaksaanmoediging (door de tabaksindustrie)	Tabaksontmoediging (door de overheid)
Product (aantrekkelijkheid)	<ul style="list-style-type: none"> - Nieuwe producten met gezondheidsclaims (e-sigaret, verhitte tabak, nicotinezakjes) - Smaak accessoires - Branding van het merk (zoals associatie met Formule 1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gezondheids-waarschuwingen op pakjes - Verbod op smaken anders dan tabakssmaak - Merkloze pakjes (plain packaging)
Prijs	<ul style="list-style-type: none"> - Dure A-merken compenseren voor lagere opbrengst goedkope merken 	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmatige, substantiële accijnsverhogingen - Minimum aantal sigaretten per pakje
Plaats (verkoop- en gebruikplaatsen)	<ul style="list-style-type: none"> - Verkooppunten in de buurt van scholen - Via peukenopruimacties in kaart brengen van populaire rookplekken 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermindering verkooppunten (vanaf 2024 geen tabaksverkoop in supermarkten) - Vergunningenstelsel tabak - Rookverboden
Promotie	<ul style="list-style-type: none"> - Reclame in tabakszaken - Roken in films - Inzet van influencers - Sponsoring van studentengroepen of financiering van feesten 	<ul style="list-style-type: none"> - Reclameverbod en sponsorverbod - Multimediacampagnes over schadelijkheid van roken en over stoppen met roken

Tabel 5.1 Tabaks 'aan'- en -'ont'moediging in de Marketing Mix

De tabaksindustrie is erg machtig, begeeft zich op veel terreinen en gebruikt allerlei manieren om invloed te hebben. Bijvoorbeeld door via verantwoord ogende peukenopruimacties zicht te krijgen op plekken waar veel peuken worden weggegooid, en dus op plekken waar veel wordt gerookt. Vrijwilligers vullen het aantal geraapte peuken in op de Litterati-app, een door de tabaksindustrie gefinancierde app.

Verkoopverboden voor supermarkten zal het aantal verkooppunten drastisch verlagen, net als het invoeren van een vergunningstelsel voor de verkoop van tabak. Verder is het van belang dat de promotie voor het product zoveel mogelijk wordt beperkt. In Nederland mag er al lang geen reclame meer gemaakt worden in kranten of andere media, maar nog steeds worden studentengroepen gesponsord of feesten gefinancierd door de tabaksindustrie. Ook proberen tabaksproducenten via influencers online of in films en series het roken te promoten.

COVID-19 heeft laten zien hoe belangrijk het is dat een overheid de regie neemt en de juiste, zo nodig wettelijke, maatregelen invoert om een pandemie van een besmettelijke ziekte te beteugelen. Als we deze ervaring meenemen naar de sociaal besmettelijke tabaks-pandemie dan weten we dat er nog een wereld te winnen is door het invoeren van sterk(er) tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland en dat daar vooral politieke wil en moed voor nodig zijn. Nederland is er klaar voor: zo'n tachtig procent van de Nederlanders rookt niet en uit onderzoek blijkt dat ook tachtig procent van de burgers wil dat de overheid meer maatregelen neemt om te voorkomen dat kinderen gaan roken (Alliantie Nederland Rookvrij, 2019). Logisch, maar desondanks blijkt het voor bewindspersonen in Den Haag lastig om stevige maatregelen te kunnen nemen. Tegenlobby vanuit de tabaksindustrie en internationale wet- en regelgeving spelen hierin een centrale rol.

Een wereldwijde aanpak

De driehoek waar een Nederlandse roker of stopper zich in bevindt, stopt niet bij de grens van het land. De grootste tabaksproducenten ter wereld verkopen hun producten in een groot deel van de wereld. Juridische en handelsafspraken tussen landen beschermen de tabaksindustrie tegen maatregelen van een individueel land. Daarom zijn afspraken op Europees of zelfs wereldwijd niveau nodig om dit machtsblok terug te dringen. Een belangrijk verdrag is het Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (FCTC, de afkorting voor Framework Convention on Tobacco Control) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het is ondertekend door 182 landen, waaronder Nederland. Eén van de belangrijkste afspraken is dat de tabaksindustrie niet meer mag onderhandelen met lokale, regionale of Rijksoverheden. Hiermee wordt een zeer belangrijk lobbykanaal afgesneden. Het is belangrijk dat zorgverleners dit weten, zodat ze dit ook tegen medewerkers van de overheid in hun eigen netwerk kunnen vertellen, want niet elke overheidsmedewerker is hiervan op de hoogte.

De belangrijkste bewezen effectieve tabaksontmoedigingsmaatregelen zijn door de WHO samengevat in het MPOWER model. Dit gaat verder dan maatregelen om tegengas te geven aan de tabaksindustrie zelf; het gaat ook over beschermen van mensen tegen meerroken, het organiseren van goede stoppen-met-rokencare en het belang van monitoring van de effecten van alle tabaksontmoedigende maatregelen. Tabel 5.2 geeft voorbeelden hoe we in Nederland handen en voeten geven aan MPOWER.

MPower	Wat	Hoe	Wie
Monitor	Tabaksgebruik en effect van preventie-maatregelen	- Gezondheids-enquête/ Leefstijlmonitor (volwassenen en scholieren)	CBS, RIVM en Trimbos-instituut
Protect	Bescherm mensen tegen tabaksrook	- Rookvrije werkplek, horeca - Rookvrije zorg - Rookvrije omgevingen (schoolplein, speeltuin, sportvelden, pretparken)	Wetgever (overheid); Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit; werkgevers; zorgsector; maatschappelijke partijen: aangejaagd door Clean Air Nederland; Stichting Rookpreventie Jeugd; Gezondheidsfondsen voor Rookvrij
Offer	Bied hulp aan bij stoppen met roken	- Laagdrempelige stoppen-met-rokencare, ook voor speciale groepen - www.ikstopnu.nl , gratis stoplijn 0800-1995 - Stoptober	Zorgsector; zorgverzekeraars; overheid; Partnership Stoppen met Roken; Trimbos-instituut en Gezondheidsfondsen voor Rookvrij

MPower	Wat	Hoe	Wie
Warn	Waarschuw over de gevaren van tabak	- Wettelijk verplichte tekst op pakjes - Landelijke campagnes zoals NIX 18, PUUR Rookvrij en campagnes van de Gezondheidsfondsen - Informatiesites zoals www.rokeninfo.nl en www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak	Overheid; Gezondheidsfondsen voor Rookvrij; zorgsector; Trimbos-instituut
Enforce	Zorg voor een verbod op tabaksreclame, promotie en sponsoring	- Wetgeving	Overheid; Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit
Raise	Verhoog belasting op tabaksproducten	- Accijnzen	Overheid

Tabel 5.2 Invulling van het MPOWER tabaksontmoedigingsmodel in Nederland, enkele voorbeelden

De WHO heeft 31 mei uitgeroepen tot jaarlijkse Wereld Niet Roken Dag. Wereldwijd worden rokers aangemoedigd om voor ten minste één dag te stoppen met roken. Elk jaar wordt een ander roken-gerelateerd thema gekozen, waardoor ook elk jaar weer andere kennis wordt overgedragen en motieven om te stoppen met roken worden aangewakkerd.

Stoptober^{QR} is een landelijke campagne, gefinancierd door de overheid en de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij, die van start gaat begin september en rokers aanmoedigt om de hele maand oktober niet te roken (Troelstra, 2019). Ter ondersteuning is er een Stoptober app, een gratis Stoptober magazine en Stoptober.tv. Zorgverleners kunnen de toolkit Stoptober bestellen bij de webwinkel van het Trimbos-instituut vanaf de zomer om Stoptober onder de aandacht te brengen. De eerste week van de campagne kan een groep rokers in het Stoptoberhuis verblijven en begeleid worden. Dat kan gezien worden als een klinische detoxificatie.



Wereld Niet Roken Dag (31 mei), Stoptober (vier weken in oktober) en 1 januari vormen een mooie aanleiding om het roken en stoppen te bespreken en rokers en stoppers te wijzen op alle activiteiten die in Nederland plaatsvinden en de media-aandacht die er dan is voor stoppen met roken.

Wet- en regelgeving

Wetgeving is een belangrijk instrument in een actief tabaks-ontmoedigingsbeleid. De tabaks- en rookwarenwet is een wet waarmee de overheid in staat is om maatregelen te nemen om het tabaksgebruik terug te dringen. In deze wet staan allerlei ge- en verboden, zoals:

- werknemers hebben recht op een rookvrije werkplek.
- een rookverbod in openbare gelegenheden zoals overheidsgebouwen.
- tabaksreclame en -sponsoring zijn verboden, behalve in tabaksspeciaalzaken.

- verkoop van tabaksartikelen aan jongeren onder de 18 jaar is verboden.
- sigaretten mogen alleen in verpakkingen met een inhoud van 20 of meer stuks (shag 30 gram) verkocht worden.
- andere smaken dan tabak, zoals vanille en menthol, zijn verboden in sigaretten en shag en vanaf 2023 ook in e-sigaretten.

Bij overtreding kunnen bestuurlijke boetes worden opgelegd. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) is belast met het toezicht op de naleving van de tabaks- en rookwarenwet. Veel bepalingen over tabaksproducten gelden inmiddels ook voor aanverwante producten, zoals de e-sigaret.

Enkele effecten van rookverboden:

- 1 *Vermindering van de blootstelling* aan schadelijke tabaksrook, door het terugdringen van tweede- en derdehands roken.
- 2 Bijdrage aan het verder *denormaliseren* van meerroken en roken.
- 3 *Ontkoppeling* van roken met alle plekken waar voorheen wel gerookt werd, waarmee rokers steeds minder vaak de trigger krijgen om toch “even een peukie te doen”.
- 4 Sterke vermindering van de *sociale besmettelijkheid* van rookgedrag, omdat op steeds minder plekken mensen en vooral ook kinderen verleid worden door rokers om te gaan roken.
- 5 *Vermindering van de aantrekkelijkheid* en het gemak van het roken. Roken kan alleen nog op een afgelegen plek, soms eerst na een stuk lopen en dan ook nog in de regen. De gezelligheid gaat ervan af.

Ga in gesprek met de stopper over rookvrije plekken: kent hij ze? Wat vindt hij ervan? Leg uit waarom ze er zijn en hoe hij er gebruik van kan maken. Het is makkelijker om niet te roken op een plek waar niemand rookt.



Publiekscampagnes

Accijnsheffingen en publiekscampagnes behoren tot het meest effectieve instrumentarium dat een overheid kan inzetten voor tabaksontmoediging. De succesvolle campagne 'In iedere roker zit een stopper' van enkele jaren geleden bereikte 88% van de doelgroep en resulteerde in meer dan een miljoen stoppogingen (Nagelhout, 2009). Na een aantal jaren zonder publiekscampagnes van VWS over de gevaren van tabak of de voordelen van rookvrij, heeft de overheid deze campagnes weer opgestart in het kader van de afspraken in het Preventieakkoord. Er is een campagne geweest over niet roken in de buurt van een zwangere vrouw in het kader van een 'rookvrije start' en in 2019 is de campagne 'PUUR rookvrij' van start gegaan.



Met de PUUR-campagne worden mensen die roken op een positieve manier aangezet tot stoppen. De PUUR-campagne adresseert verschillende thema's en is gedurende meerdere jaren te zien op televisie,

radio, internet en buitenshuis. In alle uitingen wordt verwezen naar www.puurrookvrij.nl, waar bezoekers meer informatie vinden over de voordelen van 'puur' worden, hulp bij het stoppen, en het voorbereiden op het stoppen. Voor zorgverleners is de [Toolkit PUUR voor profs-trimbos-instituut vervangen door www.trimbos.nl/kennis/puur-voor-profs/toolkit-puur/](http://www.trimbos.nl/kennis/puur-voor-profs-toolkit-puur/), waar onder andere gratis campagnemateriaal besteld kan worden.

Maak gebruik van alle landelijke PUUR-materialen, via www.trimbos.nl/kennis/puur-voor-profs/toolkit-puur/:

- plaats een tekst op de website van de zorgorganisatie over de PUUR rookvrij campagne en deel het campagnefilmpje via het wachtkamerscherf
- maak een gepersonaliseerde PUUR poster voor in de praktijk ('fysiotherapiepraktijk Jansen gaat voor PUUR, jij ook?') met de postergenerator
- bestel gratis campagnematerialen (posters, flyers en visitekaartjes) voor in de wachtkamer en om uit te delen
- het verspreiden van het PUUR-materiaal nodigt al uit tot een gesprek met de roker/ stopper.



Een rookvrije start voor iedereen

Voor zorgverleners betrokken bij de zorg voor zwangere vrouwen, ouders van jonge kinderen of mensen met een kinderwens is materiaal ontwikkeld door de Taskforce Rookvrije Start.^{QR} Deze Taskforce, waarin zorgverleners en de overheid samenwerken, zet zich ervoor in dat meer (aanstaande) ouders stoppen met roken en rookvrij blijven, zodat kinderen een rookvrije start van hun leven kunnen hebben. In deze Taskforce zitten verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgers, kinderartsen, jeugdartsen, huisartsen, verslavingsartsen en stoppen-met-rokencoaches. De Taskforce richt zich op samenwerking tussen professionals, op bewustwording bij professionals en publiek en op richtlijnen, zorgpaden en scholing.



Het materiaal van de Rookvrije Start is te vinden op www.rookvrijestart.nl en geeft mooie handvatten voor een gesprek:

- er zijn beeldverhalen (boekjes) voor rokende (aanstaande) ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden, plus een handleiding hoe je deze kunt inzetten
- ook zijn er wachtkamervideo's over rookvrij zwanger en derdehands rook
- er is een richtlijn over het gebruik van nicotine vervangende medicatie (pleisters, e.d.) tijdens de zwangerschap.^{QR}

In hoofdstuk 4 stond al dat je zwangeren en hun partners, ouders van jonge kinderen en mensen met een kinderwens die willen stoppen met roken via een online aanmeldformulier makkelijk kunt verwijzen naar de telefonische begeleiding van 'Rookvrije ouders'.

Rookvrije zorg

In 2015 begon de beweging om de zorg rookvrij te maken (Medisch Contact, 2016). In 2020 waren er in totaal 36 koepel- en beroepsorganisaties in de zorg die de intentieverklaring 'Maak de zorg rookvrij' ondertekend hadden. Onder hen de academische en algemene ziekenhuizen, de GGz en de verslavingszorg. Ook grote koepels als de ouderenzorg en gehandicaptenzorg nemen deel aan de rookvrije zorgbeweging. In het Preventie-akkoord is afgesproken dat de gehele zorg in 2030 rookvrij is (Rijksoverheid, 2018). Een rookvrije zorginstelling streeft naar een rookvrije werk- en behandelcultuur. Want goede zorg en roken gaan niet samen en ook werknemers in de zorg moeten gevrijwaard kunnen blijven van de schade van meeroken. Elke deelnemende organisatie heeft dit opgenomen in haar beleid en laat het zien in haar communicatie. Op het terrein en tijdens werktijd wordt niet gerookt, er zijn geen rookruimtes, geen asbakken of rookplekken, geen peuken op het terrein. Bij de ingang wordt aangegeven dat men een rookvrij gebied betreedt en dus geacht wordt niet te roken. Ook is passende stoppen-

met-rokenhulp beschikbaar voor alle rokende patiënten en medewerkers evenals scholing voor personeel in stoppen-met-rokenzorg. In 2023 wordt een richtlijn van de medisch specialisten gepubliceerd die beschrijft hoe de rookstopzorg voor klinische patiënten ingericht kan worden.



Op www.rookvrijezorg.com staat een groot aantal voorbeelden van activiteiten die bijdragen aan het rookvrij maken van een instelling. Spreek mensen aan die in de rookvrije zone staan te roken met:

"Wist u dat het hele terrein rookvrij is?" Het zou heel fijn zijn als u daar rekening mee wilt houden."

Uit onderzoek van het ErasmusMC is gebleken dat rokers er geen probleem mee hebben om hierop aangesproken te worden (Boderie, 2021).

Bekende andere spelers op het gebied van tabaksontmoediging

Veel organisaties spelen een ondersteunende of aanjagende rol bij tabaksontmoediging. Hieronder een niet-uitputtende greep; de totale lijst actieve organisaties, groepen en instellingen is veel langer.

Onderzoek naar tabaksontmoediging en roken wordt gedaan vanuit verschillende universiteiten in Nederland. Een paar voorbeelden:

- Amsterdam UMC: sociale ongelijkheid, motieven om te roken, stoppen-met-rokeninterventies voor psychiatrische patiënten, effecten van nicotine op de hersenen.
- Erasmus Medisch Centrum: rookvrij opgroeien van kinderen.
- Leids Universitair Medisch Centrum: e-health, motieven van zorgverleners, motieven van rokers.

- Maastricht University: e-health, beleidsonderzoek en sociale ongelijkheid.
- Radboud Universiteit: genetische en omgevingsfactoren in roken, hersenprocessen bij beginnen met en blijven roken.
- Rijksuniversiteit Groningen/Universitair Medisch Centrum Groningen: wetgeving op het gebied van rookverboden, bescherming van kinderen, verbetering stoppen met rokenzorg, waaronder de ontwikkeling van verslavingszorg voor stoppers.
- Tilburg University: rookvrije schoolterreinen, rookvrij sporten.
- Universiteit Twente: e-health, stoppen-met-rokeninterventies.

Het RIVM doet onderzoek naar de aantrekkelijkheid, de schadelijkheid van en mate van verslaving aan tabak en rookwaar. Het RIVM monitort de markt, draagt bij aan cijfers over tabaksgebruik, berekent de tabakssterfte, en rapporteert over de ingrediënten van tabaksproducten. Het instituut wisselt internationaal kennis uit over onderzoek, methodenontwikkeling en communicatie met het oog op signalering en toekomstige productregulering.

Het *Trimbos-instituut* is een kennisinstituut voor geestelijke gezondheid en het (voorkomen van) gebruik van tabak, alcohol en drugs. Zij ontwikkelen, implementeren en verspreiden kennis en expertise over roken en tabaksontmoediging vanuit het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET). Ze geven voorlichting aan het algemeen publiek over roken (www.rokeninfo.nl) en stoppen met roken (www.ikstopnu.nl). Het Trimbos-instituut ondersteunt en werkt samen met zorgprofessionals, wetenschappers en de overheid. Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar de effecten van beleidsmaatregelen en naar stoppen-met-rokenzorg, en coördineert het Nederlands Netwerk voor Tabaksonderzoek (NNvT). Samen met het CBS en het RIVM publiceert het Trimbos-instituut de jaarlijkse cijfers over tabaksgebruik door volwassenen en de tweejaarlijkse cijfers over roken onder jongeren. Veel meer cijfers en feiten staan gebundeld in het hoofdstuk Tabak van de www.nationaledrugmonitor.nl.

Voor professionals zijn er bij het Trimbos-instituut kennisproducten in de vorm van factsheets over tabaksonderwerpen, uiteenlopend van beleidsmaatregelen om tabaksgebruik terug te dringen, gezondheidsschade door roken of meerroken, verschillende soorten tabak en rookwaar (zoals de waterpijp en e-sigaret), tot stoppen met roken (e-health, de rol van de huisarts, hulp aan laaggeletterden en zwangeren), te vinden in de webwinkel van het Trimbos-instituut. Er zijn e-learnings zoals Het stoppen-met-rokenadvies. Hoe geef ik dat? - Trimbos-instituut.^{QR} Het instituut beheert ook het in hoofdstuk 4 genoemde www.platformsmr.nl, waar zorgverleners vragen stellen aan collega's over de zorg voor rokers en stoppers.

Het IVO (*Instituut voor Verslavingsonderzoek*) focust op sociale ongelijkheid en heeft veel kennis ontwikkeld over de wijkgerichte aanpak van stoppen met roken.

Het *Partnership Stoppen met Roken* is een netwerk van beroepsorganisaties in de zorg (o.a. verpleegkundigen, verzorgenden, kinderartsen, verslavingsartsen, huisartsen, longartsen, fysiotherapeuten, cardiologen, bedrijfsartsen, verloskundigen en apothekers) die sinds 2000 samenwerken om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de stoppen met roken zorg te bevorderen. Het Partnership heeft een Kwaliteitsregister in het leven geroepen voor stoppen-met-rokencoaches met als doel het bewaken van de kwaliteit van de stoppen-met-rokenbegeleiding door voorwaarden te stellen op het gebied van scholing en ervaring voor (her) registratie. Het Partnership heeft ook de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met rokenondersteuning' en de Zorgstandaard 'Tabaksverslaving' helpen realiseren.



Is jouw beroepsvereniging al aangesloten bij het Partnership? Hebben ze een visie rondom rookvrij zijn? Hebben ze materialen ontwikkeld die je kunt gebruiken? Kijk ter inspiratie op de website van de bedrijfsartsen (NVAB) 'Wegwijzer Rookvrije Organisatie'.

Zijn ze geen partner en/of hebben ze nog geen visie: informeer je bestuur over het belang ervan.

Gezondheidsfondsen voor rookvrij (GvRV): is een samenwerking van KWF Kankerbestrijding, de Hartstichting en het Longfonds. De GvRV heeft als doel dat niemand meer (over)lijdt aan de gevolgen van roken. Zij zijn de initiatiefnemers van het streven naar een Rookvrije Generatie, waarin ieder kind dat geboren wordt de kans krijgt om volledig rookvrij op te groeien. Vanuit deze beweging is er veel aandacht voor rookvrije publieke ruimtes zoals speeltuinen, sportvelden en attractieparken. Ook zorgen zij voor een krachtige lobby richting de Rijksoverheid voor wetgeving die ondersteunend is aan het bereiken van dit doel, zoals een hogere belastingheffing op sigaretten. Er is in de maatschappij veel draagvlak voor het sympathieke idee dat kinderen niet worden blootgesteld aan rookgedrag en tabaksrook, en daarmee de gevaren van roken.



Het *Netwerk Nederland Rookvrij* bestaat uit tientallen organisaties die zich inzetten voor de Rookvrije Generatie. Aangesloten zijn onderwijsinstellingen, kinderboerderijen, de kinderopvang, zorginstellingen, sportkoepels, bedrijven, etc. Naast het landelijk netwerk zijn er in

veel regio's inmiddels regionale of lokale netwerken, die samen kinderen proberen te beschermen tegen het beginnen met roken (Medisch Contact, 2016). Zorgverleners spelen vaak een belangrijke rol in deze netwerken.



Ga met rokers, collega's en anderen in gesprek over een rookvrije generatie: iedereen wil toch dat kinderen rookvrij kunnen opgroeien?

Er zijn verschillende materialen te bestellen, zoals borden 'rookvrij', raamstickers, flyers, spandoeken, vlaggen, kleding en sleutelhangers van de rookvrije generatie. Zij ondersteunen je boodschap op een visuele manier en geven meteen een aanleiding tot een gesprek over rookvrij worden en blijven.

De stichting Rookpreventie Jeugd is in 2012 opgericht door de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker en heeft als doel tabak uit te bannen uit de samenleving en van roken geschiedenis te maken. De stichting heeft een activistische inslag en wordt gefinancierd door bijdragen van gezondheidsfondsen, zorgverleners, zorgorganisaties, andere partijen, zoals het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, en vele particulieren. Om haar doel te bereiken voert zij een zeer actieve lobby om de accijns op tabak te verhogen, het aantal verkooppunten omlaag te brengen, tabaksverkoop onder een vergunningstelsel te brengen en om de sigaret minder verslavend te maken. Daartoe zet zij onder andere onderzoeksjournalisten in en werkt samen met advocaten. Op hun website 'TabakNee' staan veel voorbeelden van de invloed die de tabaksindustrie uitoefent op de politiek. Twee longpatiënten deden in 2016 samen met de stichting aangifte tegen de tabaksindustrie. Er lopen rechtszaken tegen de onrechtmatige meetmethode waarmee de schadelijkheid van sigaretten wordt vastgesteld, een meetmethode bedacht door de tabaksindustrie die veel lagere concentraties schadelijke stoffen meet dan er feitelijk in de sigaret zitten. Dat komt door de gaatjes die in de filter zijn aangebracht, waardoor de stichting spreekt over 'de sjoemelsigaret'. De rechtszaken genereren veel media-aandacht.



Maak gebruik van de media-aandacht die er is over de schadelijkheid van roken en de rol van de tabaksindustrie. Dat geeft een andere ingang om het over roken te hebben, zoals: *“Heeft u het gelezen /gehoord? Wat vindt u daarvan? Waarom zouden ze dat doen?”*

Clean Air Nederland (CAN) is de oudste tabaksontmoedigingsorganisatie in ons land (opgericht in 1974). CAN zet in op het terugdringen van blootstelling aan tabaksrook, dus het voorkomen van meeroken en derdehands rook. Het is een activistische organisatie, die niet schroomt om de media te zoeken en rechtszaken te starten tegen de Rijksoverheid. Mede dankzij de lobby van CAN geldt er sinds 2008 in Nederland een rookverbod op de werkplek, in de horeca, op schoolterreinen, en in openbare gebouwen, zoals ziekenhuizen, concertzalen en luchthavens. De laatste jaren richten ze zich ook op rookverboden meer in de buitenlucht, zoals op festivalterreinen, op terrassen, schoolpleinen en sportvelden. CAN is heel actief op het mogelijk maken van ‘Rookvrij wonen’.

Om het stoppen met roken voor iedereen mogelijk te maken werken bovenstaande partijen ook samen met het *landelijk expertisecentrum Pharos*, dat gericht is op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Tabaksverslaving is een veelvoorkomend probleem bij mensen die zich in een kwetsbare sociaal economische positie bevinden. De helft van de mannen van 25-45 jaar met een lagere opleiding rookt. Roken is verantwoordelijk voor ongeveer 30% van het verschil in levensverwachting tussen laag en hoog opgeleiden. Vaak is er sprake van veel stress en weinig steun in de sociale omgeving om te stoppen met roken. Pharos zet zich in voor een integrale, persoonsgerichte stoppen-met-rokenaanpak en streeft daarmee naar een gelijke kans op een rookvrije omgeving en leven voor alle volwassenen en kinderen.



Lees de publicatie *Handvaten voor het bieden van goede stoppen-met-rokenczorg* in de wijk voor GGD en gemeenten.

Er zijn steeds meer mensen en organisaties die zich inzetten voor stoppers en een rookvrije generatie. Dit zijn er meer dan dat we hier kunnen vermelden. Een aantal van hen worden in de schijnwerpers gezet door de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij die jaarlijks Rookvrije Generatie Awards uitreiken.

De witte jas buiten de spreekkamer

Als zorgverlener kan je ook buiten werktijd het ‘witte jas effect’ inzetten. Een zorgverlener die op zichtbare plekken rookt, of oogluikend toestaat dat in de buurt van kinderen wordt gerookt, past niet bij de heldere boodschap van een zorgverlener dat roken ongezond en sociaal besmettelijk is voor de roker zelf en diens omgeving. Zorg leveren in een rookvrije omgeving is wel een heldere boodschap.



Aanspreken van mensen die roken op plekken waar dat niet mag of waar jij zou willen dat het niet mag kan positieve gevolgen hebben. Het gesprek dat een collega ooit startte met een roker op het sportcomplex waar zijn kinderen sportten resulteerde uiteindelijk in een rookvrije sportclub. Het uitdelen van sleutelhangers van de rookvrije generatie op het schoolplein kan leiden tot ouders die stoppen met roken.

Wij hebben ervaren dat het heel inspirerend is om deel uit te maken van de hierboven genoemde initiatieven en organisaties. We dagen je uit om op jouw manier een bijdrage te leveren aan de Rookvrije Generatie.

Aan de slag

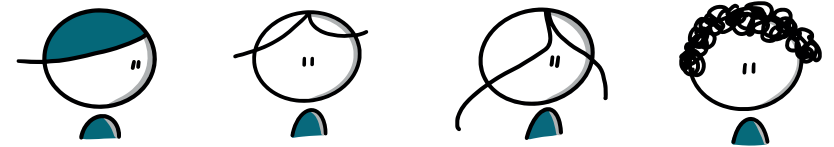
- Bestel de landelijke materialen die je in jouw werk kunt gebruiken om een bijdrage te leveren aan tabaksontmoediging en hang ze op of deel ze uit
- Ga op jouw werkplek het gesprek aan over een rookvrije organisatie
- Steun de rookvrije generatie op een manier die bij jou past



Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

In de praktijk

Het is 2040, het jaar waarin Nederland dichterbij rookvrij is. Alhoewel, er zijn nog wel volwassenen die roken, maar gelukkig niet meer zo zichtbaar als vroeger. Dat is gelukt door alle gezamenlijke inspanningen: van zorgverleners en van maatschappelijke organisaties die zich hier hard voor hebben gemaakt en door krachtige wetgeving van de overheid. Hoe gaat het nu met Nico en de anderen uit de vorige hoofdstukken?



Nico is inmiddels 30 jaar en rookvrij gebleven, hij heeft teveel narigheid gezien ten gevolge van roken en hij is blij dat zijn astma-aanvallen verleden tijd zijn. Hij is nu samen met Irene de trotse ouder van Sem. Sem, 6 jaar, heeft geen idee wat tabak en roken zijn, hij ziet het nergens. De kinderopvang, de school, de speeltuin, de straat zijn allemaal rookvrij. Rookwaar kun je alleen nog kopen op plekken waar Sem nooit komt. En het is hartstikke duur. Hij kent ook weinig rokers. Alleen zijn oom **Otto** rookt nog, maar niet waar hij bij is en niet bij hen in huis. **Ine**, de oma van Nico is helaas gestorven op 67-jarige leeftijd, zij was al een tijdje ziek. Ook **Pierre** is overleden, veel te jong, aan een hartinfarct, voordat zijn kleinzoon Sem werd geboren. Hij was erg trots dat hij toch rookvrij heeft kunnen worden en een goed voorbeeld werd voor Nico. De cardioloog heeft hem meermaals gezegd dat zijn hartklachten anders veel erger zouden zijn geweest. Met de oma van Sem, **Aicha**, gaat het goed, zij is nog steeds rookvrij en is apetrots op haar kleinkind. Ook met **Yuri** gaat het prima, hij en **Nico** zijn inmiddels niet alleen voetbalmaatjes maar ook goede vrienden. Ze genieten allemaal van Sem en bespreken nog regelmatig hoe anders hun jeugd was, toen ze op het terras en op het strand nog in de rook zaten en rookwaar nog overal te koop was.

6 Wat houdt je nog tegen?



- Waarom de drie fundamentele menselijke kenmerken 'kuddedier, gemaksdier en gewoontedier' zowel de roker als de zorgverlener in de weg zitten om ons gedrag te veranderen.
- De mens beschikt over een 'menselijk brein' (weloverwogen beslissingen) en een 'dierlijk brein' (reacties 'op het ruggenmerg'). Gedragsverandering wordt vaak bemoeilijkt omdat het dierlijk brein in een onbewaakt moment de goede, logische, gezonde keuze van het menselijk brein overstemt.
- Menselijk gedrag wordt daarnaast bepaald door 'willen' (intrinsieke en extrinsieke motivatie) en 'kunnen'. Wie iets wil, maar de competenties ('interne kunnen') ervoor niet heeft, of geen ruimte krijgt vanuit zijn (sociale) omgeving ('externe kunnen'), zal het niet doen.
- 'Willen' wordt vooral bepaald door hoe aantrekkelijk je dierlijke brein iets vindt. Je menselijk brein met z'n bewuste 'wilskracht' heeft hier slechts beperkt invloed op.
- 'Kunnen' hangt samen met of het gedrag makkelijk of moeilijk is. Zijn sigaretten makkelijk te koop? Heb je voldoende vaardigheden om een stopadvies te geven?
- Er zijn constant invloeden die gedrag (roken/een stopadvies geven) aantrekkelijker en/of makkelijker en onaantrekkelijker en/of moeilijker maken. Wat weerhoudt jou nog van het gewenste gedrag?

Roken is ongezond. Meerroken ook. Dat weet vrijwel ieder roker en toch stoppen er velen niet. Ook wij zorgverleners weten dit. Wij weten ook dat het belangrijk is om rokers en stoppers te ondersteunen, het rookgedrag te bespreken. En toch wordt er in de praktijk nog lang niet aan alle rokers

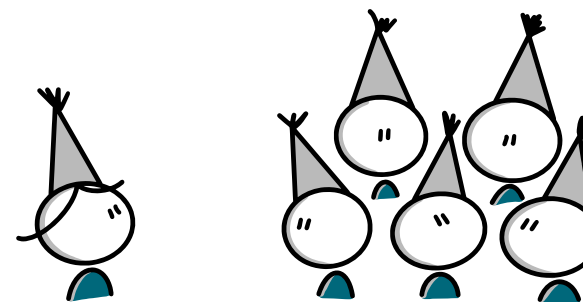
de duidelijke boodschap verstrekt dat (mee)roken een grote kans geeft op gezondheidsschade en dat stoppen beter is. Hoe komt dat? Dat kan allerlei redenen hebben. In dit laatste hoofdstuk komt een aantal theorieën daarover aan bod, waardoor je je eigen gedrag maar ook dat van de roker/stopper beter gaat begrijpen (Van de Graaf, 2022). Het geeft je handvatten om zowel je eigen gedrag als dat van de ander op een nieuwe manier te zien, te bespreken en in te zetten.

Drie fundamentele menselijke kenmerken

Allereerst is het van belang om je ervan bewust te zijn dat drie algemene menselijke eigenschappen een centrale rol spelen bij het ontwikkelen van gedrag (zoals roken) en het continueren of veranderen van dit gedrag (Van de Graaf, 2022).

Mensen zijn kuddedieren

Een kind wordt niet geboren als roker van tabak. Roken is consumentengedrag dat we leren van mensen in onze omgeving en de samenleving waarin we opgroeien. Kinderen, maar ook volwassenen, kopiëren gedrag en worden tijdens interactie met andere mensen bewust, maar vooral ook onbewust, door anderen verleid om hetzelfde gedrag te vertonen. Mensen hebben de neiging om mee te doen met mensen in de groep waarmee ze zich verwant voelen en met wie ze contact hebben. In andere woorden, mensen zijn kuddedieren (Van de Graaf, 2022).



Figuur 6.1 Kuddedieren

Tabaksproducenten en -verkopers zijn zich goed bewust van deze menselijke eigenschap en maken er succesvol gebruik van. Ze benaderen en betalen invloedrijke personen om anderen te verleiden en als het eenmaal gelukt is om veel mensen aan het roken te krijgen dan gaat een belangrijk deel van de verkoop vanzelf, namelijk via mond-tot-mondreclame en interactie tussen mensen. Zien roken doet roken.



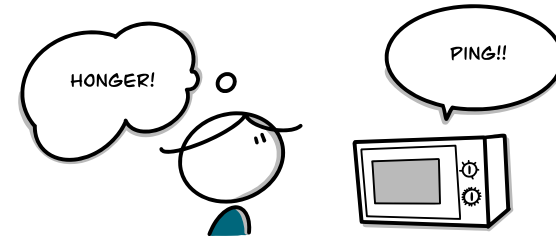
Ook zorgverleners zijn kuddedieren: wij zullen sneller iets (niet) doen als onze collega's dat ook (niet) doen, zoals het bespreken van rookgedrag of het verwijzen voor ondersteuning van het stopproces. Dat geldt voor jou maar ook voor anderen die jouw voorbeeld weer volgen. Zelf kan je een nieuwe trend zetten richting meer acties en gesprekken over rookvrij worden en blijven.

Mensen zijn gemaksdieren

Mensen zijn naast kuddedieren ook gemaksdieren (Van de Graaf, 2022). Met name de afgelopen eeuw zijn we in staat geweest om zeer veel consumentenproducten te ontwikkelen die ons snel comfort, genot en gemak brengen. Deze producten vergemakkelijken onze sociale contacten of blijken in staat te zijn om eenvoudig onze fysieke of mentale pijn te verzachten. Ze kunnen onze stress snel verminderen of ons helpen om even uit de soms ongemakkelijke dagelijkse realiteit te stappen. Sigaretten zijn een goed voorbeeld van dit soort producten. Voor veel rokers zijn tabaksproducten dagelijks van waarde om te voorzien in behoeften als comfort en genot.

Als mens laten we ons graag beïnvloeden door inspirerende reclame-uitingen en aantrekkelijke idolen en influencers, die worden betaald door de industrieën die deze producten produceren en proberen te verkopen. Als idolen roken wordt het roken aantrekkelijker, omdat we onszelf graag identificeren met deze individuen. Hier reageert het gemaksdier in ons dus op; we raken gemotiveerder om ook te roken. Rookt geen enkele filmster, bekende zanger of zangeres, dan helpt dat ons om niet te roken.

Hoe makkelijker tabak te verkrijgen is, hoe meer we het gaan kopen. Dat is ook de reden waarom het beter zou zijn voor onze gezondheid als tabak niet langer in supermarkten wordt verkocht. Het aantal verkooppunten moet omlaag als we het aantal rokers willen terugdringen. Tabaksproducenten willen vanzelfsprekend het omgekeerde en proberen op zoveel mogelijk plekken tabak te verkopen. Online verkoop is een recent voorbeeld hiervan. Hierdoor is het aanschaffen van tabak nog makkelijker geworden; vanuit onze luie stoel kunnen we nu dag en nacht sigaretten bestellen, die bij je thuis geleverd worden, soms al binnen een uur. Genieten dus voor het gemaksdier in ons.



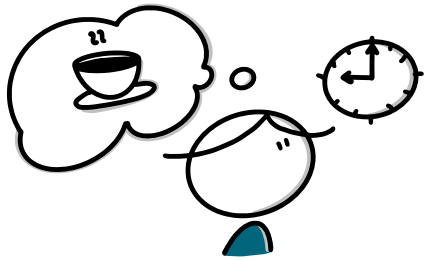
Figuur 6.2 Gemaksdieren

Het grote nadeel van aantrekkelijke, snel belonende en makkelijk beschikbare producten is echter dat we de neiging hebben om ze nogmaals te gebruiken en zelfs door te schieten in het gebruik. Terecht wordt wel gezegd dat 'te' nooit goed is, behalve in 'te-vreden'. Al kleeft ook aan 'tevreden' een nadeel; juist als het gebruik van producten, zoals sigaretten, ons snel tevreden stelt, leidt dit vaak tot herhaling en overdadige consumptie. Over het algemeen geldt dat hoe groter de consumptie is, des te groter de risico's op negatieve gevolgen zijn. Af en toe een sigaretje roken ('gelegenhedsmokken') is al schadelijk en kan de levensverwachting flink verminderen. Ook voor roken geldt dat hoe meer en vaker iemand rookt, hoe groter de risico's zijn (Reep van den Bergh, 2017). Voor het roken van tabak gebruiken we hiervoor het aantal 'pakjaren', waarbij één pakjaar gedefinieerd is als twintig gerookte sigaretten per dag gedurende één jaar. Hoe meer pakjaren iemand heeft gerookt, hoe groter de risico's (zie ook hoofdstuk 1).

Mensen zijn gewoontedieren

Ondanks de potentiële risico's van het gebruik van gemakproducten, zoals sigaretten, blijven we ze op grote schaal produceren, kopen en gebruiken. Dit komt ook omdat we gewoontedieren zijn (Van de Graaf, 2022).

We beginnen bepaalde producten te gebruiken op grond van sociale beïnvloeding door andere gebruikers in onze omgeving (onze kudde), die vaak al gewend zijn om deze te gebruiken. Als het gebruik ons bevalt (het gemak dient) bijvoorbeeld door de aanmoediging van de kudde om ons heen, dan hebben we de neiging om dit nogmaals te doen. Als we het vervolgens maar vaak genoeg doen, worden we er steeds beter in en raken we er psychisch en lichamelijk aan gewend. Vaak zijn dit dus vergelijkbare gewoonten als die van de rest van de kudde. Soort zoekt soort.



Figuur 6.3 Gewoontedieren

Op de kinderleeftijd ontwikkelen we relatief snel nieuwe gebruiken en gewoonten. Kinderen leren snel. Dit komt door de leeftijd, maar ook door de ruimte die we dan vaak nog in ons leven hebben om nieuwe dingen te ontdekken en te leren. Helemaal als het gemaksdier in ons zich prettig en ontspannen voelt, dan leert het gewoontedier razendsnel nieuwe dingen aan. Daarom worden jongeren ook relatief snel bedreven in het roken van tabak, het drinken van alcohol of het gebruiken van drugs. Ze raken snel verslaafd. Volwassenen willen liever direct iets goed kunnen en zijn de leeftijd van het ontspannen en spelenderwijs leren voorbij. Volwassenen zijn druk en accepteren het proces van vallen en opstaan bij het aanleren van nieuw gedrag onvoldoende. Ze haken daarom vaak vroegtijdig af. De leercurve van veel volwassenen is trager dan die was op de kinderleeftijd.

Het voordeel is wel dat het over het algemeen daarom ook lastiger is om op volwassen leeftijd verslaafd te raken. Vandaar dat het zo belangrijk is om het gebruik van gemakproducten, zoals tabak, alcohol of andere drugssoorten, zo lang mogelijk uit te stellen, zeker tot na het achttiende levensjaar (NIX18). Liefst zelfs tot na vierentwintig jaar, o.a. omdat dan de hersenen zijn uitgerijpt. Hoe later iemand begint met het gebruik van deze producten, hoe kleiner de kans op frequent gebruik, problemen en verslaving.

Als we, bijvoorbeeld om gezondheidsredenen, besluiten om na jaren ons rookgedrag te veranderen dan voelt dat onwennig, we krijgen ontwenningverschijnselen. Dit is onprettig en ongemakkelijk. We komen er vaak snel genoeg achter dat deze ontwenningverschijnselen weer verdwijnen als we het oude gedrag herhalen. Dit stelt ons weer op ons gemak, en dat vindt het gemaksdier in ons plezierig. Op het moment dat een individu zijn rookgedrag verandert, wordt dit vaak spoedig opgemerkt door de omgeving en dit leidt tot bewuste en vooral onbewuste sociale druk om deze verandering te heroverwegen: "ach, doe toch gezellig even mee". Dit zijn als het ware sociale ontwenningverschijnselen vanuit de kudde; dit zijn immers ook allemaal gewoontedieren die gewend zijn dat het individu dat probeert te stoppen met roken normaliter rookt. Een stopper in de rokende kudde voelt voor een kudde rokers onwennig en dat is ongemakkelijk. En dat willen we niet.

Omgekeerd zal een individu vaak zijn gedrag aanpassen als de rest van de kudde dit doet. Als een aantal mensen toch stopt met roken komen vaak ook anderen in de vriendenkring in beweging om het rookgedrag te veranderen. De individuele consument wordt dus beïnvloed door de kudde tijdens het ontwennen van oud gedrag, maar ook het wennen aan nieuw gedrag. Grotendeels vindt deze beïnvloeding plaats zonder dat we er bewust over nadenken.

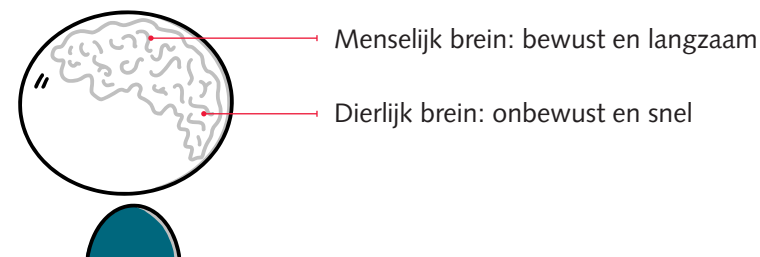
Denk er eens over na, liefst samen met je collega's: welke gewoontes hebben jullie als groep ten aanzien van stoppen-met-roken-acties en hoe kan je gebruik maken van het kuddedier, gewoontedier en gemaksdier in ons om deze gewoontes te veranderen?



Ons brein

Deze drie menselijke eigenschappen vormen de kern van waarom mensen bepaald gedrag vertonen (zoals roken) en zelfs hiermee doorgaan terwijl ze verstandelijk hebben besloten dat het beter is om er mee te stoppen. Of voor zorgverleners die het gesprek over roken anders willen gaan aanpakken, maar dit desondanks niet doen. Bij elk veranderingsproces zijn het kuddedier, gewoontedier en gemaksdier in ons te identificeren als centrale factoren. Dat dit zo is, is eenvoudig te verklaren als we wat nader inzoomen op ons brein en de rol die onze hersenen spelen bij gedragsveranderingsprocessen.

Onze hersenen spelen namelijk een centrale rol in het uitvoeren van ons gedrag, zoals dus ook het roken van tabak. Zonder ons brein zouden we niet roken, maar dit geldt voor al ons gedrag. Hoewel we de complexiteit van ons brein niet tekort willen doen, is het in het kader van (het ondersteunen van een) gedragsverandering nuttig om het brein grofweg onder te verdelen in twee delen, namelijk (1) het menselijk brein en (2) het 'dierlijk' brein (figuur 6.1). Deze tweedeling blijkt uit ervaring ook gemakkelijk uit te leggen aan veel patiënten, wat ze kan helpen in hun eigen veranderingsproces. Ook kan het patiënten helpen als ze zelf mensen in hun omgeving willen helpen om te stoppen met roken. Het is dus een eenvoudig overdraagbaar model. Lees daarom vooral de toelichting op de volgende pagina.



Figuur 6.4

Menselijk brein

Het menselijk brein is gelegen in de hersenschors, evolutionair het jongste deel van onze hersenen. Dit is het hersengedeelte dat ons als mensen uniek maakt ten opzichte van andere dieren. Ons menselijk brein ontwikkelt tijdens het leven een grote woordenschat en daarmee kunnen we nadenken over bijvoorbeeld ons rookgedrag. We kunnen er een besluit mee nemen om dit gedrag te veranderen en bedenken hoe we dit zullen aanpakken. Dit is trouwens ook het deel van de hersenen waarmee je als zorgverlener na het lezen van dit boek het besluit kan nemen om vaker een stoppen-met-rokenadvies te gaan geven dan je nu doet.

Dit menselijke brein werkt echter relatief traag en is zeer beperkt qua capaciteit; we kunnen niet over tien dingen tegelijkertijd nadenken en van veel denken wordt ons brein moe. Op dat moment, of als we gespannen zijn, dan merken we dat ons menselijk brein niet meer optimaal functioneert. We schakelen in die situaties over op de automatische piloot en gaan onze aangeleerde routines en gewoonten uitvoeren. Dit merken veel rokers als ze proberen te stoppen. Ze krijgen vaak last van ontwenningverschijnselen, zoals stress, angstklachten of slapeloosheid. Ook voelen ze de invloeden vanuit de omgeving die het roken aantrekkelijk en makkelijk maken, en de roker afleiden van waar hij of zij mee bezig wilde zijn, namelijk niet-roken. Het gewoontedier, gemaksdier en kuddedier in ons werken ons dan flink tegen, want zij willen doorgaan met roken. Vervolgens valt deze roker terug op de ingesleten gewoonten, zoals roken, en de roker rookt weer, ontspant zich en voelt zich weer

gemakkelijk. Dit noemen we terugval of een mislukte stoppoging en dit is wat veel rokers die willen stoppen meemaken. Dit geldt in brede zin voor veel mensen die gedrag willen veranderen; die bijvoorbeeld minder ongezond willen eten, minder willen zitten en meer willen bewegen, minder alcohol willen drinken, vaker over stoppen met roken willen praten en ga zo maar door.

Veel rokers geven (met hun menselijk brein) aan dat ze echt willen stoppen met roken, maar hebben alweer een sigaret opgestoken voordat ze zich er bewust van zijn. Alsof het ze overkomt, alsof iemand anders controle heeft over hun gedrag. Het is een vorm van controleverlies: ons menselijk brein heeft op dat moment onvoldoende controle over ons dierlijk brein.

Dierlijk brein

Het merendeel van alles wat we doen, wordt elke dag zonder dat we er ons bewust van zijn aangestuurd en uitgevoerd door ons dierlijke brein. Een deel van wat we doen is aangeboren en is niet te veranderen, omdat het anders niet goed met het leven verenigbaar is. Het gaat dan om ademen of het rondpompen van ons bloed. Dit gedrag wordt onbewust uitgevoerd en we hebben het alleen door als deze processen niet adequaat verlopen, bijvoorbeeld als we in iets dreigen te stikken of als we ineens last krijgen van hartkloppingen.

Ook een groot deel van ons aangeleerde gedrag doen we na veel oefening zonder dat we er ons nog bewust van zijn. We hoeven na verloop van tijd niet meer na te denken over wanneer en hoe we tandenpoetsen, stofzuigen, autorijden of een sigaret roken. Het grote voordeel van het automatiseren van gedrag na vele herhalingen is dat we daardoor niet elke keer als we in de auto of op de fiets stappen over alle onderdelen van het autorijden of fietsen hoeven na te denken. Toen we ermee begonnen moest dit nog wel, we vielen van onze fiets of de auto sloeg af, maar na verloop van tijd gaat het helemaal vanzelf. We krijgen door onze gewoonten weer ruimte om met ons menselijk brein na te denken over andere dingen, en om weer nieuwe dingen te leren of door te leren.

Je wordt niet geboren als roker; roken is ook aangeleerd gedrag, dat na jarenlang dagelijks gebruik diep in ons dierlijk brein ingesleten kan raken. Veel rokers kunnen vrijwel alles wat met het roken te maken heeft uitvoeren, zonder dat ze er bewust over hoeven na te denken. Dit geldt voor het lopen naar de supermarkt, het kopen van shag, het rollen van een shagje, het aansteken, oproken en het wegschieten van de peuk als afsluiting van het rookritueel. Ook het aanbieden van een sigaret aan een net gestopte collega gaat meestal vanzelf, je hebt het al gedaan voordat je je er bewust van bent. "Oh nee, het is ook zo, je bent gestopt met roken", kan een roker nadat hij een sigaret al heeft aangeboden zich ineens met z'n menselijk brein realiseren. Dan is het vaak al te laat, de roker die probeerde te stoppen heeft de sigaret al in z'n mond en komt direct met een automatisch antwoord dat z'n dierlijk brein al klaar had staan: "ach eentje moet kunnen, om het af te leren". Rokers doen dit soort dingen op hun ruggenmerg, ze zijn het gewend.

Het nadeel van diep in je dierlijk brein ingesleten gewoonten, zoals roken, is dat als je met je menselijk brein hebt besloten om te stoppen met roken, je alsnog te maken krijgt met dit dierlijk brein. En je dierlijk brein heeft een haast onbeperkte capaciteit en werkt razendsnel. Veel sneller dan ons menselijk brein. In tegenstelling tot ons menselijk brein raakt het dierlijk brein ook vrijwel niet uitgeput. Sterker nog, als ons menselijk brein 'vol zit', overprikkeld, gestrest, vermoeid, of afgeleid is, dan neemt ons dierlijk brein alles gewoon over. Het dierlijk brein bepaalt sowieso al het grootste gedeelte van wat we dagelijks doen, maar zeker als we gedrag, zoals roken, veranderen dan laat het dierlijk brein ons zien wie de baas is over onszelf. De drie menselijke eigenschappen: kuddedier, gemaksdier en gewoontedier vormen samen je dierlijk brein en bepalen, nogmaals, waarom we bepaalde dingen onszelf aanleren, waarom we doen wat we doen, zelfs als we het beter kunnen laten en ons menselijk brein ook heeft geconcludeerd dat dit inderdaad beter is.

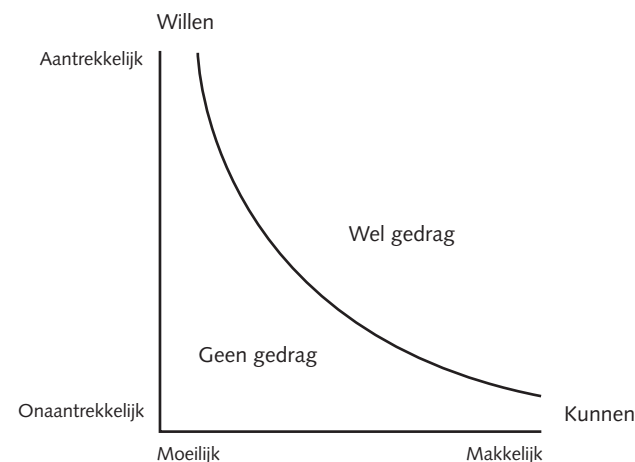


Aanleren van gedrag is makkelijker dan afleren. Sterker nog: afleren kan niet. Wel kan er nieuw ander gedrag voor in de plaats komen door te oefenen en dit heel vaak te herhalen. En dat kan iedereen, ook op latere leeftijd. En begin zo veel mogelijk bij de basis: leer nieuwe collega's goede stoppen-met-rokenzorg aan, zowel in opleidingen als tijdens inwerkperiodes.

Willen en kunnen

Zoals gezegd, is er zeer veel geschreven over waarom mensen bepaald gedrag vertonen. We hebben al besproken dat het menselijk, en vooral het dierlijk brein met de drie menselijke eigenschappen (kuddedier, gemaksdier en gewoontedier) bij ons aangeleerde (consumenten)gedrag een centrale rol spelen. Het is nuttig dat elke roker die wil stoppen zich (met z'n menselijk brein) hier bewust van is. Hoe beter ons menselijk brein namelijk onze eigen gebruiksaanwijzing kent, hoe beter het in staat is om ons dierlijk brein te besturen in de door ons (menselijk brein) gewenste richting.

Daarnaast is het handig om je te realiseren dat als iemand bepaald gedrag vertoont, zoals roken of het geven van een stoppen-met-rokenadvies aan een roker, diegene het voldoende moet 'willen' én voldoende moet 'kunnen' (Van de Graaf, 2022). Hoe liever je dit wilt doen, hoe groter de kans dat je het ook daadwerkelijk doet. Als je het wel graag wilt, maar je beschikt niet over de competenties of je krijgt de mogelijkheden van je omgeving niet om het te doen, dan zal je het gedrag niet vertonen. Je wilt het wel, maar kunt het niet. Andersom geldt hetzelfde, als je het goed kan en het is makkelijk om te doen, maar je wilt het absoluut niet doen, dan zal je het niet doen. Iemand die iets niet wil doen en ook niet kan, zal het ook niet doen. Gedrag wordt dus bepaald door het 'willen' en 'kunnen'. Op de volgende pagina gaan we daar nader op in.



Figuur 6.5

In deze figuur kun je voor 'geen gedrag' van alles invullen zoals 'niet gaan roken', 'niet gaan stoppen' of 'geen stopadvies geven'. Wel gedrag staat voor het gedrag dat je graag wilt gaan vertonen/ gewenst is.

Willen

Het 'willen' is de motivatie, 'drive' of hetgeen je beweegt om iets te doen. Deze motivatie kan vanuit jezelf komen (interne of intrinsieke motivatie) of van buitenaf (externe of extrinsieke motivatie). Allerlei interne en externe invloeden kunnen je 'willen' beïnvloeden. Ze kunnen je meer of minder motiveren om iets te doen. De invloeden zijn ofwel aanmoedigend of ontmoedigend. Vaak is het een combinatie van zowel interne als externe (de)motiverende invloeden die de mate van 'willen' veroorzaken.

Bij het 'willen' gaat het om hoe aantrekkelijk of onaantrekkelijk bepaald gedrag is om uit te voeren (figuur 6.5). Hoe aantrekkelijker bepaald gedrag voor je is, hoe groter de motivatie is om het gedrag te vertonen en hoe groter de kans is dat je het ook daadwerkelijk doet. Hoe onaantrekkelijker het gedrag is, hoe kleiner de kans dat je het doet. Iets kan daarbij aantrekkelijk zijn omdat het gedrag op zichzelf belonend is, maar het kan ook zijn dat door het gedrag iets negatiefs wordt


weggehaald, bijvoorbeeld stress of ontwenningsverschijnselen. Een beginnend gebruiker gebruikt vaak voornamelijk vanwege de positieve effecten van het gebruik op zich en vanwege sociale aanmoediging. Een chronisch, frequent gebruiker gebruikt vaak ook, of zelfs vooral, om de negatieve effecten van niet-gebruiken, de ontwenningsverschijnselen, te verzachten.

Het is vooral hoe aantrekkelijk je dierlijk brein iets vindt dat bepaalt of je iets doet. Je menselijk brein met z'n bewuste 'wilskracht' heeft hier slechts beperkte invloed op. Je kan wel bedenken dat iets lekker moet zijn, bijvoorbeeld omdat anderen zeggen dat het lekker is, maar als je dierlijk brein iets vies vindt dan kan je het misschien door sociale druk wel een keer eten, maar thuis zal je het zeker niet in je mond stoppen. Roken kan voor je menselijk brein onaantrekkelijk zijn geworden door nieuwe kennis over de schadelijkheid, maar kan onbewust toch zeer aantrekkelijk zijn om te doen, omdat je zoveel last hebt van ontwenningsverschijnselen dat je toch voldoende gemotiveerd bent om te roken en dus weer rookt.

Kunnen

Het 'kunnen' gaat over het beschikken over de juiste ('interne') capaciteiten of competenties om het gedrag te vertonen én de ('externe') mogelijkheden of gelegenheid die je omgeving je biedt om het te doen. Voorbeelden van capaciteiten zijn het wel of niet bezitten van voldoende geld om sigaretten te kopen, te jong zijn of de juiste leeftijd hebben om het te mogen kopen, het wel of niet kunnen draaien van een shagje, het goed of slecht reageren op de geïnhaleerde rook (vaak speelt hierbij ook genetische aanleg een rol), enzovoort. Voorbeelden van mogelijkheden zijn het beschikbaar zijn van tabaksproducten in de supermarkt in de buurt, een rookverbod of juist een rookplek op het terrein waar je werkt, en rokers in je vriendengroep die jou sigaretten geven op het moment dat jij ze zelf vergeten bent. Het gaat bij het 'kunnen' net als bij het 'willen' ook weer om factoren vanuit jezelf en vanuit je omgeving. In dit geval gaat het er niet zo zeer om of iets aantrekkelijk of onaantrekkelijk is, maar om of gedrag makkelijk of moeilijk is (figuur 6.5). Hoe moeilijker het voor je is om het gedrag te vertonen, hoe kleiner de kans dat je het gedrag

vertoont. Andersom geldt hetzelfde: hoe makkelijker iets is, hoe groter de kans dat je het doet.



Zo is het ook met praten over rookgedrag: meer/ minder tijd die je hebt en de mate van je vaardigheden om een gesprek over roken te voeren hebben invloed op hoe en óf je het rookgedrag bespreekt.

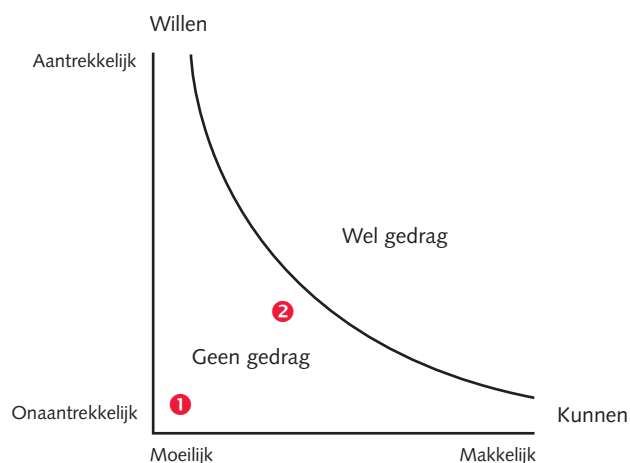
Interactie tussen willen en kunnen

Hoe groter de motivatie ('interne' en 'externe' willen), capaciteiten ('interne' kunnen) én mogelijkheden ('externe' kunnen) hoe groter de kans is dat iemand het gedrag ook daadwerkelijk vertoont en andersom. Vaak maken bepaalde invloeden het gedrag zowel wat aantrekkelijker als makkelijker of juist zowel wat onaantrekkelijker als moeilijker. Het willen en kunnen staan dus met elkaar in verbinding via de interne of externe factoren die er invloed op hebben. Een partner die een sigaretje aanbiedt maakt het roken makkelijker en ook aantrekkelijker. Een partner die druk uitoefent op jou dat je moet stoppen met roken maakt het roken minder aantrekkelijk en minder makkelijk.

Deze interactie tussen het interne en externe willen en kunnen geldt voor al ons gedrag. Dit geldt dus voor het wel of niet bespreken van het stoppen met roken tijdens een consult met een rokende patiënt, maar dit geldt ook voor het wel of niet roken.

Stel, een dertienjarige jongen die nog nooit heeft gerookt, wil graag roken omdat populaire jongens in de klas roken. Hij heeft voldoende interne motivatie om het te doen, maar hij kan zelf nog geen sigaretten kopen, zijn eigen vrienden roken niet en zijn ouders roken ook niet en ontmoedigen actief het roken. Hij wordt extrinsiek door de populaire jongens wel verleid om te roken, wat hem intrinsiek motiveert, maar netto wordt hij extrinsiek niet voldoende gemotiveerd om te roken. Vanuit zijn omgeving wordt het immers vooral ontmoedigd. Het willen roken is

daarmee netto niet zo groot. Bovendien zijn de mogelijkheden om te roken (externe 'kunnen') beperkt en ook het interne 'kunnen' is beperkt, omdat hij nog nooit heeft gerookt en ook weinig voorbeelden in zijn omgeving heeft waar hij al onderdelen van het roken heeft kunnen leren. Hij weet niet eens hoe het is om een pakje sigaretten te bezitten en hoe je zo'n pakje open maakt. Het zijn vooral een aantal influencers uit zijn schoolomgeving die hem verleiden om te roken. Het willen en kunnen van deze scholier is veel beperkter dan bij een vergelijkbare leerling die rokende ouders met rokende vrienden en kennissen heeft, dagelijks ziet hoe zijn ouders en anderen een shagje rollen en leert in welke gelegenheden een roker normaliter rookt. De tweede leerling kan eenvoudig ook shag en vloei uit de zak van zijn ouders pakken, en als hij rookt zouden zijn ouders het waarschijnlijk niet ruiken, dus de mogelijkheden zijn groter dan bij de eerste leerling. Als beide jongens verleid worden door de populaire, rokende jongeren op school dan is het waarschijnlijker dat de tweede leerling gaat roken en de eerstgenoemde leerling niet.

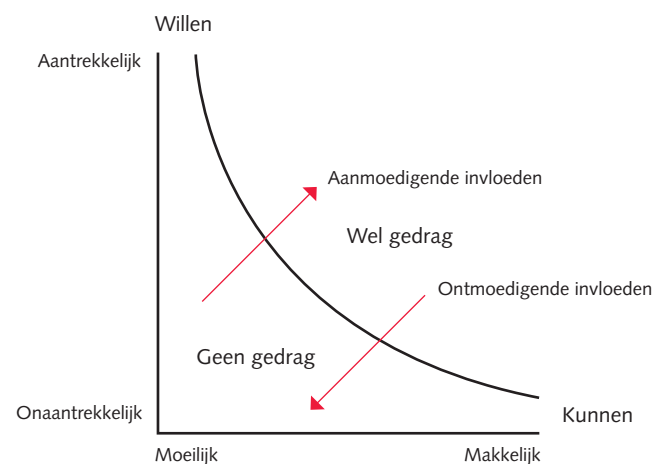


Figuur 6.6

De uitgangsposities van beide leerlingen voordat ze beïnvloed werden door de populaire jongens op school. Leerling 2 staat al op het punt te gaan roken in tegenstelling tot leerling 1.

Ontmoedigende en aanmoedigende invloeden

Een roker staat continu onder invloed van factoren in zichzelf en uit z'n omgeving die het roken ofwel aanmoedigen of ontmoedigen. Deze invloeden zijn niet elk moment van elke dag hetzelfde en in elke situatie is er weer een nieuwe combinatie van interne en/of externe aanmoedigende en/of ontmoedigende invloeden. Met andere woorden: er zijn constant invloeden die het roken aantrekkelijker en/of makkelijker en onaantrekkelijker en/of moeilijker maken.



Figuur 6.7

Een zorgverlener die een uitgebreid rookstopadvies geeft en uitlegt waarom een patiënt beter kan stoppen met roken zorgt met deze kennisoverdracht dat het roken minder aantrekkelijker voor de roker wordt. De interne motivatie om te roken wordt door deze externe ontmoedigende invloed kleiner. Een zwijgende zorgverlener kan het omgekeerde signaal geven en de interne motivatie om te roken juist vergroten. Een rookvrij ziekenhuis beperkt het externe 'kunnen' tijdens het verblijf in het ziekenhuis en verkleint de kans dat een roker op het ziekenhuisterrein rookt. Dit is een ontmoedigende invloed. Een ziekenhuis met meerdere rookplekken op het terrein moedigt het roken aan en maakt

het makkelijker om te roken, waardoor er op een ziekenhuisterrein waar rookplekken zijn meer gerookt wordt dan op een ziekenhuisterrein waar een rookverbod is ingesteld. We zien hier ook goed hoe een individu (rokers, zorgverleners en anderen) beïnvloed wordt door de omgeving.

Zoals gezegd domineert ons dierlijke brein, zeker als we vermoeid, druk, gestrest of afgeleid zijn. Als we gewend zijn om niet te roken zullen we, zeker ook in die situaties, voornamelijk niet roken, maar als we gewend zijn om als roker door het leven te gaan dan zullen we dan juist wel roken. Bij een niet-roker zijn netto de ontmoedigende invloeden het grootst; hij of zij is bijvoorbeeld niet of nauwelijks ontvankelijk voor een verleidelijke tabaksreclame of een door een roker aangeboden sigaret. Bij een roker zijn de aanmoedigende invloeden netto het sterkst. Een roker zal daarom eerder een sigaret opsteken bij het zien van een tabaksreclame of als een sigaret door een andere roker wordt aangeboden.

Check bij jezelf en de roker/stopper het willen en kunnen en de aanmoedigende en ontmoedigende invloeden hierop. Zoek samen naar de invloeden die de kans op 'niet-roken'-gedrag vergroten. Gebruik hiervoor eventueel figuur 6.7.



Aan de slag

- Bespreek met je collega's: wat houdt jullie nog tegen om vaker over het (mee)rookgedrag te praten en te verwijzen? Wat is de invloed van het kuddedier, gewoontedier en gemaksdier in ons?
- Wat heb je nodig om het bespreken van roken makkelijker en aantrekkelijker te maken?
- Maak een concreet plan met een duidelijke eerste stap. Succes!

In de praktijk

Sem en de mensen in zijn omgeving hebben allen stappen gezet op weg naar een rookvrij leven, een rookvrij Nederland. Dat lukte de een wat beter dan de ander.

Nu ben jij aan zet: wat is jouw eerste stap op weg naar betere zorg voor rokers en stoppers?



Alle referenties en website verwijzingen in dit hoofdstuk zijn via deze QR-code te benaderen.

“ *Stoppen met roken bespreken, door de doktersassistente? Ja, graag zelfs! Het gaat vaak veel makkelijker dan je denkt. Het zijn de kleine momentjes in je contact met patiënten, die zo waardevol kunnen zijn. Aankaarten, luisteren waarom iemand wil stoppen met roken, uitleg geven, vrijblijvende info verstrekken, vragen of je erop terug mag komen. Je hebt dan met respect de 1e stap gezet én een proces in werking en plukt daar later de vruchten van.*

Linda de Boer-Hendriks, Stoppen-met-rokencoach, Doktersassistent

Verpleegkundigen en verzorgenden spelen een cruciale rol in het op weg helpen van de roker naar het stoppen. Handige reminder is je eigen hand, waar je 4 V's van kunt maken. Die staan voor: Vraag of patiënt rookt, Vertel dat het (zieken)huis rookvrij is, maar dat er nicotine vervangende medicatie beschikbaar is (pleisters, zuigtabletten voor lastige momenten), Voorschrijven: Vraag de arts om een recept voor nicotine vervangende medicatie. Verwijs door naar hulp voor na ontslag; stoppen met roken is vooral het doorbreken van gewoontes en zonder hulp vervallen rokers makkelijk in de oude patronen.

Hanneke Schaap, Verpleegkundig specialist longgeneeskunde

Chronisch ZorgNet zorgverleners (fysio-/oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten) werken interdisciplinair samen rondom patiënten met etalagebenen, COPD, hartproblemen, corona en osteoporose. Alle CZNet deelnemers kunnen de scholing RookStopCoaching volgen. De intrinsieke motivatie en het veelvuldig contact maakt de CZNet zorgverlener tot een ideale partner in het rookstop proces. In dit boek worden vele handvatten geboden om patiënten nog beter te helpen bij het stoppen met roken.

Joep Teijink, Voorzitter Chronisch ZorgNet

Naast het bij iedere patiënt wijzen op het belang van stoppen met roken, leent vooral de acute presentatie binnen de cardiologie zich voor het maken van een afspraak met de patiënt dat er niet meer gerookt wordt. Idealiter wordt de patiënt direct naar een Stoppen met Roken programma verwezen.

Michelle Michels, Cardioloog, namens het bestuur van de NVVC

Een handboek Stoppen met Roken met daarin handvatten voor elke zorgverlener om een bijdrage te kunnen leveren aan het streven naar een rookvrije generatie staat wat mij betreft bij voorbaat al hoog op de bestsellerslijst. We kunnen ons als dokters niet (meer) verschuilen achter de gedachte dat wij vooral zijn opgeleid om patiënten met onze behandelingen beter te maken, het gaat ook om preventie en het bevorderen van een goede leefstijl. Het stoppen met roken of niet gaan roken is daar een belangrijk onderdeel van.

Leon van den Toorn, Longarts, Voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

De fysiotherapeut kijkt voor de behandeling van klachten bij bewegen niet alleen naar de fysieke oorzaak, maar vooral ook naar de leefomstandigheden en de leefstijl van de patiënt. Roken beperkt niet alleen het vermogen om goed te bewegen, maar kan ook leiden tot ernstige klachten zoals COPD en Claudicatio Intermittens. Dit boek helpt zorgverleners hun patiënten te begeleiden bij het stoppen met roken. Het helpt om gezonder te maken en erger te voorkomen.

Guido van Woerkom, Voorzitter Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Alle patiënten/cliënten van een huisartsenpraktijk of andere zorgorganisatie hebben contact met doktersassistenten. Daarom kunnen doktersassistenten een belangrijke bijdrage leveren om te stoppen met roken. Dit handboek is onontbeerlijk omdat het handvatten biedt hoe de stoppen met roken-aanpak in de praktijk te brengen.

Jellie Klaver, Directeur, en Sietsche van Gunst, Beleidsmedewerker bij de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten. NVDA

Alle urologen zijn zich bewust van de risico's van roken, want het is de belangrijkste oorzaak van blaaskanker. Goede reden voor urologen om dit boek te lezen om nog betere stopadviezen te geven en adequaat te verwijzen.

Bart van Bezooijen, Uroloog, Voorzitter Bestuur NVU ”

“

Een must voor elke gezondheidswerker: hét handboek hoe en waarom je een cliënt/patiënt motiveert en begeleidt om te stoppen met roken. Ken de feiten én je verwijsnetwerk, wetend dat 80 % van alle rokers zou willen stoppen met roken en om te voorkomen dat 2 van de 3 gebruikers er aan komt te overlijden.

Wanda de Kanter, Longarts, Voorzitter Rookpreventie Jeugd

Omdat mondzorgverleners hun patiënten regelmatig zien, worden ze al jaren ingezet als pleitbezorgers van stoppen met roken. En niet zonder reden: in de mond zijn de gevolgen van roken te ruiken, maar ook zeker zichtbaar. Een handboek kan zeker bijdragen aan een zorgbrede standaard hoe om te gaan met mensen die roken.

Richard Kohsiek, Bestuurslid KNMT

Kinderartsen komen op voor de gezondheid van kinderen. Aandacht voor een gezonde leefstijl hoort daar nadrukkelijk bij en dus ook het bespreken van de nadelen en risico's van een ongezonde leefstijl. Zowel met ouders als met kinderen en jongeren zelf. Hoe beter wij in staat zijn dat te doen, hoe beter dat is voor het kind.

Károly Illy, Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

”