

‘Stoptober’: zorgsector kan helpen Nederland rookvrij te krijgen

Hoewel de overheid en de zorg al jarenlang sturen op tabaksontmoediging, lopen de effecten van deze inspanningen achter op de ambities. Arts-epidemioloog Esther Croes ziet voor de zorg twee duidelijke actiepunten: zorgprofessionals moeten vaker het stopadvies geven en zorgbestuurders kunnen een enorme impuls geven door zelf de rookstopzorg binnen hun regio goed te organiseren.

 Bewaren



Esther Croes: Er is behoefte aan goede lokale zorgpaden, zodat iedereen in de zorg weet naar wie ze een roker kunnen doorverwijzen'

De maand Oktober staat opnieuw in het teken van tabaksontmoediging: ‘**Stoptober**’, een initiatief van KWF, Hartstichting, Longfonds, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Trimbos-instituut, GGD GHOR Nederland, en Stichting Gezondheidsfondsen voor Rookvrij. Gratis webinars, social media pagina’s vol tips, Stoptober.tv, en een app moeten de roker verleiden voor ten minste 28 dagen te stoppen.

Wat is het effect van Stoptober, en dat van alle overige zorginterventies, maatschappelijke- en overheidsinspanningen? *Zorgvisie* sprak met Esther Croes, als arts-epidemioloog verbonden aan het Trimbos-instituut.

De overheid maakt zich al jaren hard om het roken te ontmoedigen. Het Nationaal Preventieakkoord, in 2018 gepresenteerd door staatssecretaris Blokhuis, gaf hier

een extra impuls aan. Wat is de impact hiervan geweest? Wie rookt er, zijn deze aantallen afgenomen of moeten we, zoals u het zelf beschreef, ‘harder dweilen’?

‘Cijfers over tabaksgebruik in de algemene bevolking zijn afkomstig van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS. De daling in het aantal rokers gaat de goede kant op, al is het mondjesmaat. In 2014 rookte nog 25,7 procent van de volwassenen, nu is dat 21,7 procent, een statistisch significant verschil. Wanneer je in kaart brengt wie er precies roken, kun je naar een aantal variabelen kijken. Bijvoorbeeld opleidingsniveau. Relatief gezien roken laagopgeleiden het meest, 26 procent. Al scheelt dat weinig met de groep middelbaar opgeleiden, 25 procent. Het is een aanzienlijk verschil met hoogopgeleiden, waar het percentage op 15 ligt. Maar, kijkende naar absolute aantallen, is de groep middelbaar opgeleiden het grootst, met meer dan 1,2 miljoen mensen. In zorgbeleid en onderzoek is weinig gefocust op deze groep, en juist voornamelijk gekeken naar laagopgeleide rokers. Dat is echter een complexe groep, waar vaak veel meer problemen meespelen.’

‘Als we streven naar een snelle daling van het aantal rokers in Nederland, is mijn pleidooi om vooral de grootste groep rokers niet uit het oog te verliezen. Een andere variabele, en naar mijn idee even zo belangrijke, is leeftijd. In de leeftijdscategorie 20 tot 30 jaar is het percentage rokers het hoogst. Onderzoek laat zien dat deze groep zich minder aangesproken voelt door de “traditionele” rookstopzorg. Daar hebben we dus nog een slag te slaan.’

In een van uw publicaties onderscheidt u vier soorten interventies: gedragsmatige interventies, e-health interventies, farmacotherapie en de e-sigaret. Kijkende naar alles wat er geprobeerd is, welke soort interventies zijn dan succesvol gebleken, en wat werkte er niet? Hoe verklaart u dat?

‘Dit zijn de interventies die de multidisciplinaire Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving onderscheidt. Ik wil echter benadrukken dat tabaksontmoediging de grootste effecten heeft als vanuit drie pijlers wordt ingezet: 1. Overheidsmaatregelen, 2. Activiteiten vanuit de maatschappij, en 3. Activiteiten vanuit de zorg. De vier interventies die je noemde, vallen onder pijler 3 en zijn zorg-gerelateerd. Roken werd in de vorige eeuw ‘normaal’, maar is in wezen een verslaving. Om mensen daadwerkelijk aan te zetten om te stoppen met deze verslaving, is veel aansporing nodig en daarom zijn interventies vanuit alle drie deze pijlers nodig. Bij overheidsmaatregelen kun je bijvoorbeeld denken aan het verhogen van de accijnzen op tabak, een van de meest effectieve beleidsmaatregelen. Een andere belangrijke zijn voorlichtingscampagnes, waar de overheid binnenkort weer mee start. Het draagvlak in de samenleving wordt vergroot door maatschappelijke initiatieven als de beweging ‘Op weg naar een Rookvrije Generatie’. Dit positief ingestoken initiatief verspreidt zich als een lopend vuurtje door Nederland: je ziet steeds meer rookvrije speeltuinen en

sportvelden, en ook pretparken en de NS werken mee aan een rookvrije generatie. Dat zijn allemaal geen overheidsmaatregelen geweest, maar eigen keuzes.'

'De derde pijler, de zorg, bungelt hiermee vergeleken nog een beetje onderaan. We bespreken als artsen het roken veel te weinig met de patiënt, en hebben nog lang niet in alle regio's in kaart waar de roker terecht kan voor rookstopondersteuning op maat. Hier is nog veel verbetering mogelijk.'

Studies naar gezondheidsverschillen gerelateerd aan sociaaleconomische status (SES) tonen een verband aan tussen een ongezonde leefstijl, waarbij roken een belangrijke factor is, en opleidingsniveau. Wat betekent dat voor mogelijke behandelmethoden? Verschillen deze groepen ook in de mate waarin een bepaalde interventie slaagt of niet? Met andere woorden: is het zo dat de Stoptober-app goed werkt voor groep A, maar een e-sigaret voor groep B?

'Ja, bekend is de toenemende gezondheidskloof tussen hoog- en laagopgeleiden. En roken is een belangrijke factor hierbij. Het probleem bij laagopgeleiden is echter complex, omdat het doorgaans om meer dan alleen roken gaat. Er speelt vaak ook financiële stress, werkloosheid, lagere gezondheidsvaardigheden, en doordat ook laagopgeleide rokers in hun eigen bubbel leven, zien zij vaak alleen maar mensen die ook roken. Vaak kregen zij als kind thuis het roken al met de paplepel ingegoten. Probeer onder zulke complicerende factoren maar eens van een verslaving als roken af te komen...'

Zijn er interventies die zulke diepgewortelde patronen kunnen tackelen?

'Die bestaan zeker, maar het is noodzakelijk dat je maatwerk levert. Mensen met een lagere sociaal-economische achtergrond doen even vaak stoppogingen als hoogopgeleiden, echter veel minder vaak succesvol. Je ziet in het algemeen dat interventies niet goed bij deze groep aansluiten. Bij online interventies is de *drop out rate* bijvoorbeeld veel hoger ligt dan bij hoogopgeleide mensen. Er kunnen ook financiële drempels meespelen. Voor sommigen is een tramritje naar de locatie van de begeleider al te duur.'

'Je zou veel meer persoonsgerichte hulp op maat moeten bieden, aansluitend bij de leefwereld van deze rokers, met zo min mogelijk praktische drempels. Een actieve werving, ga bij wijze van spreken de deuren langs om ze uit te nodigen voor een stoppen-met-rokenprogramma, versterk het zelfvertrouwen en het geloof in eigen kunnen, oordeel niet en zorg voor een lang (nazorg)traject: een jaar begeleiding is geen overbodige luxe voor deze groep.'

Hoe kan de zorg deze groep bereiken? En hoe zou men binnen de zorg daarvoor moeten samenwerken?

‘Ik wil twee actiepunten uitlichten. Het eerste is dat zorgprofessionals vaker met hun patiënt of cliënt over roken zouden moeten spreken, om de urgentie te vergroten. Iedere zorgverlener zou het stopadvies moeten geven; dat gebeurt nu nog veel te weinig. Dit vraagt geen hogere wiskunde, het zogeheten *very brief advice* is in 30 seconden klaar: “mag ik het met u over roken hebben”? Op een handig zakkaartje staan de stappen. Tijdens elk consult is er wel een reden om het even te hebben over stoppen met roken. Ook als het bijvoorbeeld gaat om een knieoperatie; wonden van niet-rokers genezen sneller en beter. En bij een kind met oorontsteking of astma is het altijd zinvol om te vragen of er in huis wordt gerookt.’

‘Maar met alleen een stopadvies lossen we het probleem niet op. Het tweede actiepunt is dat op lokaal niveau veel helderder moet worden wie welke vorm van stop-ondersteuning kan leveren. Zodat geen enkele zorgverlener meer met zijn handen in het haar zit omdat hij of zij niet weet waar de rokende patiënt heen te verwijzen voor rookstopbegeleiding van de juiste intensiteit. We hebben behoefte aan goede lokale zorgpaden, zodat iedereen in de zorg weet naar wie ze een roker kunnen doorverwijzen. Dat geldt net zo hard voor huisartsen, POH’s en fysio’s als medisch specialisten, apothekers en medewerkers in de geboortezorg. De urgentie binnen de zorg wordt inmiddels steeds meer gevoeld, maar in vergelijking met wat de NS heeft ondernomen, namelijk alle rookpalen van stations weggehaald, staan de initiatieven in de zorg nog in de kinderschoenen. Bovendien hebben we er last van dat covid-19 veel aandacht in de zorg opsloopt.’

Vindt u dat zorgbestuurders in het algemeen voldoende bewust zijn van het belang van tabaksontmoediging in het kader van preventie, of zou stop-ondersteuning een meer prominente plek moeten krijgen in bijvoorbeeld gecombineerde leefstijlinterventies?

‘Ik denk absoluut dat men in het algemeen nog onvoldoende bewust is van het belang van tabaksontmoediging. Roken is tenslotte de allerbelangrijkste leefstijlgebonden risicofactor. Toch zie je dat in het huidige debat over leefstijl meer aandacht uitgaat naar overgewicht. Het is natuurlijk ook best gezellig om als zorgverlener te zeggen: ik start een loopgroepje. Dat positieve imago rondom stoppen met roken hebben we nog onvoldoende weten te creëren. Wij kunnen daar zeker van leren en misschien net zo belangrijk: streven naar een geïntegreerde aanpak, waarin zowel overgewicht als roken aandacht krijgen binnen dezelfde interventie.’

Welke rol hebben zorgbestuurders hierbij? Welke tips geeft u hen mee?

‘Ik noemde eerder al twee belangrijke actiepunten: zorgverleners kunnen vaker een stopadvies geven, en ten tweede is het van belang de lokale rookstopzorg helder te organiseren, zodat iedereen elkaar weet te vinden. In veel ziekenhuizen is bijvoorbeeld bezuinigd op rookstoppoli’s, terwijl daar veel expertise was voor rokers met

zwaardere verslavingsproblematiek. Nu zie je dat er toch weer wordt geëxperimenteerd met **dit soort initiatieven**. Een belangrijke ontwikkeling is momenteel ook **de rookvrije zorg**, een initiatief dat voortkomt uit het preventieakkoord. De bijbehorende website geeft veel best practices voor hoe je als zorginstelling rookvrij wordt. Dat is breder dan alleen een rookvrij terrein. Het gaat om een cultuurverandering, de omslag naar rookvrij, waarvan de uitstraling is dat gezondheidszorg niet gepaard kan gaan met zoiets schadelijks als tabaksgebruik. Daarmee beschermen we ook de niet-rokers in Nederland, veruit de grootste groep, want tweedehandsroken is eveneens schadelijk. Het is belangrijk om zowel personeel, patiënten, cliënten en bezoekers daartegen te beschermen. Vanuit het management is het heel belangrijk om daar prioriteit aan te geven. 'Roken mag niet normaal zijn. Al helemaal niet binnen de zorg.'

0

Hester Hinloopen

INTERVIEW

PREMIUM

'De tijd is rijp voor omslag naar duurzame voeding'

De transitie naar gezonde, duurzame voeding in de zorg moet nog op gang komen. Verhalen van patiënten die actief bezig zijn met leefstijl om van hun klachten af te komen, kunnen als vertrekpunt dienen om de transitie in gang te zetten, stelt Cees Smit.

GEEN CATEGORIE

PREMIUM

'Slimmere zorg nodig in Achterhoek om dubbele vergrijzing op te vangen'

Zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraar Menzis hebben een ambitieuze visie opgesteld om de zorg in de vergrijsde Achterhoek op peil te houden. Het moet volgens hen echt anders, omdat de zorgvraag groter dreigt te worden dan het aanbod. Ze zetten in op minder specialistische zorg, meer eigen regie bij patiënten en slim gebruik van digitale toepassingen.