

Zorgmodule leefstijl stoppen met roken

Doel

Al weten veel patiënten wel dat stoppen met roken gezondheidsproblemen kan verminderen of voorkomen, het betekent voor hen een lastig proces waarin verschillende stappen nodig zijn voor het eindelijk definitief lukt. Advies op maat is van belang om de kans op succes te vergroten. Dit vergt vaak de inzet van meerdere zorgverleners. Uniformiteit in de adviezen en motivering, en afspraken over taakafbakening en regie zijn hierbij van belang.

Als je een patiënt wilt stimuleren tot leefstijlverandering kan persoonsgerichte zorg hierbij ondersteunen. Professionals blijken soms geneigd te snel adviezen te geven. De vraag is of dit aansluit bij wat de patiënt kan en wil. Met een persoonsgericht gesprek kun je inventariseren wat belangrijk is voor de patiënt ten aanzien van zijn algehele gezondheid.

Doelgroep

- Patiënten die de huisarts consulteren met aan roken gerelateerde klachten:
 - luchtwegen: hoesten, benauwdheid, rinitis, astma, COPD;
 - hart- en vaatziekten of een verhoogd risico hierop;
 - diabetes mellitus type 2;
 - keel- en maagklachten;
 - valrisico's;
 - ulcus cruris.
- Ouders van kinderen met astma en recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen.
- Vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken of overwegen.
- Vrouwen met een kinderwens en zwangeren met hun partners.
- Patiënten bij wie onlangs een aan roken gerelateerde, ingrijpende diagnose is gesteld (bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct, COPD, maligniteiten).

Achtergrond

Roken en gezondheid

Ongeveer 25% van de Nederlanders rookt. Naar schatting kan wereldwijd 12% van alle sterfte worden toegeschreven aan roken (16% onder mannen, 7% onder vrouwen).³ Roken is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak van ziekte (longkanker, COPD en coronaire hartziekten) en sterfte.¹ Naar schatting 21% van de verloren levensjaren is te wijten aan roken.

De meeste rokers zijn te vinden in de leeftijdsgroep 20- tot 30-jarigen: circa een derde van hen rookt. Beduidend minder ouderen roken; van de 75-plussers rookt slechts 10%. Dit komt deels doordat rokers eerder overlijden, maar ook doordat mensen op latere leeftijd niet zo gauw beginnen en vaker stoppen met roken.

Niet alleen rokers hebben een verhoogd risico op overlijden als gevolg van roken; ook 'meerokers' hebben ongeveer 25% meer kans op longkanker en hart- en vaatziekten. Bovendien veroorzaakt of verergert meerroken vooral bij kinderen luchtwegaandoeningen.

Andere gevolgen van roken kunnen zijn: erectiele disfuncties en een verminderde vruchtbaarheid. Rond zwangerschap en geboorte komen daar voor rokende vrouwen nog bij:

- een twee- tot driemaal verhoogde kans op kinderen met een laag geboortegewicht;
- 70% meer kans op vroeggeboorte;
- circa 60% meer kans op placenta praevia en solutio placentae;
- circa 50% meer kans op perinatale sterfte;
- circa tweemaal meer kans op wiegendood.

Ook als zwangere vrouwen 'meeroken' verhoogt dit de kans op deze ongunstige uitkomsten. Vrouwen die orale anticonceptiva gebruiken en meer dan 15 sigaretten per dag roken, hebben een 20 maal verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties. Bij matige rooksters (minder dan 15 sigaretten per dag) is dit risico 3,5 keer verhoogd. Bij niet-rokende pilgebruiksters is het risico tweemaal verhoogd.⁶

Specifieke bevolkingsgroepen

Meer Turken dan Nederlanders roken, vooral Turkse mannen.⁷ Sociale druk speelt hierbij een grote rol, evenals de gewoonte elkaar sigaretten aan te bieden. Ook het aantal rokende Turkse vrouwen groeit; zij zien dit als een vorm van emancipatie. Turkse en Marokkaanse vrouwen stoppen minder vaak tijdens de zwangerschap.⁷

Ook mensen met een lage sociaaleconomische status roken meer. Onder de 30- tot 39-jarigen rookt 56% van de laagopgeleide mannen tegen 31% van de hoogopgeleide mannen. Bij vrouwen is dit respectievelijk 53% en 25%.

Richtlijnen beleid

De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënt zijn het uitgangspunt voor de behandeling.

Besprek samen met de patiënt de mogelijkheden voor ondersteuning vanuit de praktijk, wijk en regio en via internet. Mogelijke vormen van ondersteuning zijn: zelfhulp, korte motiverende interventie, of intensieve ondersteunende interventies. De ondersteuning kan telefonisch, digitaal of face-to-face, en individueel of in groepsverband worden gegeven. Hoe intensiever de behandeling (langere duur en hoger aantal contactmomenten en vervolgafspraken), hoe groter de effectiviteit.

Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel het best passend is op grond van diens voorkeuren, zelfmanagementvaardigheden en eerdere ervaringen met behandelingen.



Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Uitsluitend zelfmanagement • Voorkeur patiënt • Voldoende zelfmanagementvaardigheden	• Patiënt gaat zelf aan de slag met zijn leefstijl • Relevante informatie www.thuisarts.nl • Bij voorkeur intensieve ondersteuning in groepsprogramma's (GGD en thuiszorginstellingen) en programma's met individuele (telefonische) coaching (www.rokeninfo.nl) • Andere websites: www.medipro.nl, www.rokendebaas.nl	• Geen • Eventueel vervolgspraak
2. Kort stoppen-met-rokenadvies	1. Vraag Vraag naar de rookstatus: 'Rookt u (nog)?' 2. Vertel Vertel op welke manier de patiënt kan stoppen. Leg uit dat de kans op een succesvolle stoppoging groter is met behulp van professionele begeleiding en eventueel aanvullend hierop met pleisters en medicatie. 3. Verwijs Verwijs bij interesse (warm) naar de juiste zorgverlener. Vraag toestemming aan de patiënt om de gegevens te delen met de stoppen-met-rokenbegeleider. Hij of zij neemt vervolgens contact op. Je kunt ook direct een afspraak inplannen, -bij jezelf of een collega. Bij een twijfelende patiënt kun je verwijzen, met als doel de motivatie te verhogen als opstap naar het uiteindelijke stoppen.	• Huisarts • Praktijkondersteuner • Andere zorgverleners in eerste en tweede lijn

3. Korte motiverende interventie	• Bewust maken van gezondheidsrisico's • Motiverende gespreksvoering Bespreek: • de nadelen van roken en de voordelen van niet roken; • de relevantie van het stoppen met roken; • de risico's van de patiënt; • mogelijke barrières bij het stoppen met roken • wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden; • alternatieven voor de prettige effecten van tabak.	• Huisarts • Praktijkondersteuner • Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn
4. Intensieve ondersteunende interventie	Intensieve behandeling bij het stoppen met roken Bespreek: • de nadelen van roken en de voordelen van niet roken; • de relevantie van het stoppen met roken; • de risico's van de patiënt; • mogelijke barrières bij het stoppen met roken • wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden; • alternatieven voor de prettige effecten van tabak. • Stel een behandelingsplan op met onder meer de stopdatum en vervolgcontacten • Farmacologische ondersteuning door de huisarts	• Huisarts • Praktijkondersteuner • Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn • Check zo nodig het Kwaliteitsregister Stoppen met roken

5. Gespecialiseerde behandeling • Complexe verslavingsproblematiek • Patiënt is al onder behandeling in de verslavingszorg	• Intensieve behandeling bij het stoppen met roken • Behandelingsplan opstellen • Farmacologische ondersteuning	• Gespecialiseerde GGZ (verslavingszorg)
--	---	--

Medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken

Geef medicamenteuze ondersteuning bij meer dan tien sigaretten per dag of als de patiënt dat wenst:

- eerste keuze zijn nicotinevervangende middelen.
- op verzoek van de patiënt of na eerdere mislukte pogingen met nicotinevervangende middelen:
 - nortriptyline,
 - bupropion
 - varenicline
 - eventueel gecombineerd met nicotinevervangende middelen.

Tabel 1 Medicamenteuze ondersteuning van stoppen met roken

Medicatie/ toediening svorm	Belangrijkste contra-indicaties	Gebruik
STAP 1		
<i>Nicotinevervangende medicatie</i>	Leeftijd < 12 jaar Overgevoeligheid Recent MI, recent CVA Ernstige hartritmestoornis	• Gebruik volgens aanwijzingen en bepaal de startdosis (afhankelijk van het aantal gerookte sigaretten) volgens de bijsluiter • Staak roken voor aanvang met NVM • Gebruik bij leeftijd van 12 tot 17 jaar onder begeleiding van een arts • Gebruik tijdens zwangerschap en lactatie onder begeleiding van een arts
Kauwgom 2 mg en 4 mg	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	• Gebruik zo nodig 2 tot 4 mg, maximaal 50 tot 60 mg per dag gedurende 3 maanden • Start bij > 20 sigaretten met 4 mg • Bouw geleidelijk af, maximaal 6 tot 9 maanden
Pleister 7, 14 en 21 mg/24 uur	Zwangerschap Lactatie, met uitzondering van laagste doseringen Beschadigde huid, eczeem	• Gebruik 1 pleister van 7/14/21 mg per etmaal • Plak elke dag op een nieuwe plek gedurende 4 tot 6 weken • Bouw geleidelijk af, maximaal 3 maanden
Zuigtablet 1, 1½, 2 en 4 mg	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	• Gebruik zo nodig elke 1 tot 2 uur 1 mg • Keuze voor sterkte is afhankelijk van nicotineafhankelijkheid: maximaal 30 tabletten van 1 mg en maximaal 15 tabletten van 1½, 2 en 4 mg per dag • Bouw geleidelijk af, maximaal 3 maanden
Mondspray 1 mg/spray	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	• Week 1 tot 6: 1 tot 2 sprays om de 30 tot 60 minuten. Maximaal 64 verstuivingen over 16 uur per periode van 24 uur • Week 7 tot 9: bouw af tot de helft van het gemiddelde aantal verstuivingen in stap 1 • Week 10 tot 12: bouw geleidelijk af naar maximaal 4 verstuivingen/dag, maximaal 3 maanden
STAP 2 (oplopende prijs)		
STAP 2A Nortriptyline (off-label) 10, 25, 50 mg, tablet	Leeftijd < 18 jaar Recent myocardiinfarct, coronairlijden, verlengd QT-interval en hartritmestoornissen	• Start als de patiënt nog rookt, stopdatum op dag 7 of 8 • Begin dosering 1 dd 25 mg, na 3 dagen 1 dd 50 mg, na weer 3 dagen 1 dd 75 mg • Bij ouderen en jongvolwassenen: start met 1 dd 10 mg, na 3 dagen 1 dd 20 mg, na weer 3 dagen 1 dd 30 tot 40 mg • Behandel gedurende 6 tot 12 weken 1 dd 75 mg (ouderen/jongvolwassenen 1 dd 30-40 mg)

Tabel 1 Medicamenteuze ondersteuning van stoppen met roken

Medicatie/ toediening svorm	Belangrijkste contra-indicaties	Gebruik
	Geen voorkeur tijdens zwangerschap en lactatie, alleen op strikte indicatie en met controles	• Stop in 1 keer; afbouw niet nodig
STAP 2B <i>Bupropion</i> 150, 300 mg, tablet	Leeftijd < 18 jaar Zwangerschap en lactatie Bipolaire stoornis en bij voorkeur niet bij schizofrenie en ernstige depressie Epilepsie, alcoholafhankelijkheid in verband met risico op insulten bij alcoholabstinentie	• Start als de patiënt nog rookt, stopdatum in 2e week • Begin dosering 's morgens 1 dd 150 mg, 6 dagen; daarna 2 dd 150 mg (interval 8 uur), 7 tot 9 weken • Bij verminderde nier- en leverfunctie en bij ouderen maximaal 150 mg per dag • Niet innemen vóór het slapengaan vanwege optreden slapeloosheid • Bouw de dosering daarna geleidelijk af
STAP 2C Va <i>renicline</i> 0,5 mg, 1 mg, tablet	Leeftijd < 18 jaar Zwangerschap en lactatie Bij voorkeur niet bij schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie	• Start 1 tot 2 weken voor de stopdatum • Begin dosering 1 dd 0,5 mg 3 dagen, daarna 2 dd 0,5 mg 4 dagen, daarna onderhoudsdosering 2 dd 1 mg gedurende 12 weken. Verleng zo nodig nog 12 weken met 2 dd 1 mg • Verlaag bij hevige misselijkheid de dosering tot 2 dd 0,5 mg • Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10 tot 30 ml/min/1,73 m²) 1 dd 0,5 mg 3 dagen, daarna 1 dd 1 mg • Bouw eventueel af bij verhoogd risico op terugval