

Kris Mooren

longarts/kaderarts palliatieve
zorg, Spaarne Gasthuis, Haarlem

Karin Pool

longarts/kaderarts palliatieve
zorg, Rode Kruis Ziekenhuis,
Beverwijk

OORDEEL OVER ROOKGEDRAG KAN EEN WIG TUSSEN ARTS EN PATIËNT DRIJVEN

Veroordeel de COPD-patiënt niet!

Als je roken niet als een verslaving ziet, maar als een keuze, is het lastig om compassie te voelen voor een patiënt die zijn gezondheid in gevaar brengt. Toch is compassie essentieel voor goede zorg. Dat laten twee longartsen aan de hand van een casus zien.

Een vrouw van 63 jaar wordt opnieuw verwezen naar de polikliniek Longziekten wegens een hoge ziektelast bij ernstige COPD. Drie jaar geleden was ze ook al op de polikliniek. Spirometrie liet toen al een belangrijke daling zien van de een-secondewaarde, oftewel het geforceerd expiratoir volume (FEV₁). Haar longarts besprak tijdens dat consult de noodzaak om te stoppen met roken. Bij het huidige consult is de longfunctie opnieuw verslechterd, met een FEV₁ van tussen 30 en 40 procent. De vrouw vertelt dat ze door dyspneu vrijwel niet buiten komt. Ze heeft een droogpoederinhalator die ze meer dan vijftien keer per etmaal gebruikt – aanzienlijk meer dan aanbevolen. Er is geen praktijkondersteuner, longverpleegkundige of ergotherapeut betrokken, ze heeft geen fysiotherapie. Ze vertelt dat ze last heeft van somberheid en angst is voor de toekomst. Op de vraag waarom ze niet eerder hulp heeft gevraagd, zegt ze dat ze twijfelt of ze wel recht heeft op zorg. Bij het vorige consult is haar verteld dat ze moet stoppen met roken en dit lukt niet. Ze vindt dat ze haar klachten aan zichzelf te wijten

heeft. Als ze naar een arts gaat met longklachten weet ze dat het roken opnieuw ter sprake zal komen; dit geeft gevoelens van schaamte en zelfverwijt.

In gevecht

Deze feiten over COPD staan vast:

1. roken is de belangrijkste oorzaak van COPD;
2. bij COPD is stoppen met roken de meest effectieve interventie;
3. het is onze plicht om het belang van de rookstop met onze patiënten te bespreken.

Voor ons als hulpverleners is de oorzaak-gevolgrelatie helder, ook al is die niet een-op-een: niet alle rokers worden aangedaan en niet alle mensen met COPD rookten.

Veel rokende patiënten zijn dagelijks in gevecht met zichzelf

Het rookgedrag van patiënten wordt in onze overdracht prominent genoemd, het is een van de eerste vragen die we aan patiënten stellen.

En deze feiten over *rookverslaving* staan vast:

1. de meeste rokers raken verslaafd op de kinderleeftijd en daar zijn slechts enkele sigaretten voor nodig;¹
2. meer dan 80 procent van de rokers wil graag stoppen, maar slaagt er niet in;
3. de overheid onderneemt te weinig om haar burgers tegen rookverslaving te beschermen.

Veel rokende patiënten zijn dagelijks in gevecht met zichzelf. Zij voelen zich niet altijd gesteund door hun omgeving. Ze schamen zich dat ze COPD hebben en mogelijk draagt deze schaamte bij aan het feit dat COPD – wereldwijd doodsoorzaak nummer drie – voor de maatschappij een relatief ‘onzichtbare’ ziekte is. Er zijn geen grootscheepse publieksacties om COPD tegen te gaan, integendeel: het blijft griezelig stil.

Helaas leveren wij als hulpverleners soms onbedoeld een bijdrage aan het schuldgevoel van rokers. Dit kan gebeuren als we het gesprek over rookverslaving beginnen zonder te vragen of de patiënt daarvoor op dat moment openstaat en zonder het gesprek goed in te leiden.

Heb compassie

Wees u bewust van de kwetsbare positie waarin de patiënt in de spreekkamer zich bevindt. Vraag eerst, of de patiënt op

dat moment het gesprek over roken wil aangaan – misschien heeft hij een heel andere hulpvraag. Als de patiënt het niet over het roken wil hebben, vraag dan of u er een volgende keer op mag terugkomen. Het helpt de patiënt (en uw behandelrelatie) als u benoemt dat de patiënt u niet nodig heeft om te horen hoe slecht roken is. De reden dat u het gesprek aangaat is dat u hem wilt helpen en steunen. Benoem actief dat u hem zo goed mogelijk zult begeleiden, ook als het niet lukt om te stoppen met roken. Als uw patiënt zichzelf verwijten maakt, zou u kunnen zeggen dat u die verwijten niet deelt; dat u wel de tabaksindustrie verwijt dat ze haar product extreem verslavend heeft gemaakt. U zult merken dat u door bovenstaande communicatie niet tegen-

over elkaar, maar naast elkaar komt te staan. Wees u vervolgens bewust van uw eigen ‘innerlijke ruimte’. Voor een niet-roker is de situatie waarin de roker zich bevindt, moeilijk voorstelbaar. Frustratie, onbegrip en machteloosheid liggen op de loer. Hulpverleners kunnen het gevoel krijgen dat rokende COPD-patiënten hun pogingen om hen beter te maken, ondermijnen. Voor een kwalitatieve studie naar de opvattingen van longartsen over rookverslaafde patiënten, interviewden we onder anderen een longarts die zei: ‘Als je kan roken tijdens een opname voor een exacerbatie, dan kun je net zo goed naar huis gaan.’² Dergelijke opvattingen, hoe invoelbaar ook, drijven een wig tussen arts en patiënt. Bij COPD ontstaan vaak

ook problemen op de niet-somatische domeinen – denk aan angst, depressie, isolement. Om deze te signaleren is een veilige en respectvolle arts-patiëntrelatie essentieel.

Maar het allerbelangrijkste is: heb compassie. Ernstige COPD is een vreselijke aandoening – ook zonder de gedachte dat je het aan jezelf te danken hebt. ■

contact

k.mooren@spaanegasthuis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Veel COPD-patiënten schamen zich dat ze roken. Daarom is COPD een relatief ‘onzichtbare’ ziekte.



GETTY IMAGES