

## **Deelnemers**

1. Ansoms Stan, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen\*
2. Autrique Mieke, VAD, Brussel
3. Bernaert Ilse, VAD, Brussel\*
4. Buijsrogge Stijn, P.C. Dr. Guislain, Gent
5. Ceccarine Jenny, UZ, Leuven
6. Claessens Joke, VAD, Brussel
7. Cox Jan
8. Crement Jelle, Universiteit Gent
9. De Beck Charlotte, Universiteit Gent
10. De Donder Else, VAD, Brussel
11. De Marrée Jozefien, Vrije Universiteit Brussel
12. De Smet Jan, VAGGA, Antwerpen
13. Defillet Tom, VAD, Brussel
14. Delarbre Jasmin, Logo Kempen
15. Excelmans Ellen, VRGT, Berchem\*
16. Hendrickx Stefaan, VIGeZ, Brussel\*
17. Hirschböck Annick, Logo-Oostbrabant, Herent
18. Hublet Anne, Universiteit Gent\*
19. Jongbloet Johan, Hogeschool Gent
20. Kinable Hilde, VAD, Brussel\*
21. Magerman Jurgen, P.C. Dr. Guislain, Gent
22. Möbius David, VAD, Brussel
23. Plets Christine, Tabakstop, Mechelen
24. Rigter Sander, Trimbos Instituut, Utrecht
25. Roelandts François, Logo Limburg, Hasselt
26. Rosiers Johan, VAD, Brussel
27. Stoffels Elke, Logo-Dender, Aalst
28. Toch Maryline, CGG, Gent
29. Van Assche Frieda, Vlaamse Gemeenschapscommissie, Brussel
30. Van Ermen Lieve,
31. Van Eynde Ellen, CGG Kempen, Turnhout
32. Van Gerwen Kris, Psychiatrie CHU-UVC, Brussel\*
33. Van Laere Koen, UZ Leuven
34. Van Malderen Sara, FOD Justitie, Brussel
35. Vergucht Mireille, Vlaams Platform tegen drugs
36. Verkest Annelies, Kliniek Sint-Jozef, Pittem
37. Verrando Rita, MSOC Limburg, Genk
38. Verstuyf Geert, VAD, Brussel\*

\*Sprekers/panel

## DE SAMENHANG TUSSEN ROKEN EN CANNABISGEBRUIK BIJ JONGEREN

Hilde Kinable, stafmedewerker studie en onderzoek, VAD

Hilde Kinable presenteerde de resultaten van een VAD-onderzoek naar de samenhang tussen tabak en cannabis. Deze zijn gebaseerd op de data van de leerlingenbevraging. Naast enkele verschillen in het gebruik van deze middelen – o.a. de legale status en publieke opinies over de producten - zijn er ook heel wat overeenkomsten. Over de gelijkenissen op neurologisch vlak wordt naar de presentatie van Dr. Ansoms verwezen. Een andere evidente parallel zit in de gebruikswijze: meestal wordt cannabis gebruikt in een joint en is er dus ook sprake van tabaksgebruik.

Maar er zijn nog andere verbanden te vinden. Iets meer dan de helft van de leerlingen die ooit rookten, hebben ook ooit cannabis gebruikt. Dit aandeel ligt 2,5 keer hoger dan het algemeen aandeel in de leerlingenpopulatie. Er zijn eveneens verbanden tussen de beginleeftijden van beide producten: wie vroeg met roken begint, begint in regel ook vroeg met cannabis. In de meeste gevallen is er maximaal 2 jaar verschil tussen de beginleeftijden. Naarmate de leerlingenpopulatie ouder is, is ook het gebruiksaandeel van zowel tabak als cannabis groter.

Het gecombineerd gebruik van tabak en cannabis brengt hogere risico's met zich mee. Zo verhoogt het gebruik van 1 joint per dag gedurende een jaar het risico op longkanker met 80%, wat overeenkomt met het dagelijks gebruik van 20 sigaretten. Voorts zijn er ook psychische risico's zoals het sterker voorkomen van angst- en affectieve stoornissen of psychoses.

Het verband tussen beide gebruiksvormen is uiteraard niet enkel terug te brengen tot elementen die met de mens of het middel te maken hebben. Ook het aspect milieu is hierin belangrijk, met de invloed van de vriendengroep als centraal element. Zo geven leerlingen die zowel tabak als cannabis ooit gebruikten 6 keer meer aan dat de helft van de vrienden cannabis gebruikt dan leerlingen die ooit rookten maar nooit cannabis gebruikten.

Deze resultaten die de verwevenheid tussen tabaksgebruik en cannabisgebruik aantonen nopen de spreker tot de open vraag of het voorkomen van roken bij jongeren indirect het voorkomen van cannabisgebruik tot gevolg heeft.

Tot slot nog een relativerend gegeven: 60% van de leerlingen geeft aan noch tabak noch cannabis gebruikt te hebben. Al het voorgaande gaat dus over een minderheid van de schoolgaande jongeren in het secundair onderwijs.

## NEUROFYSIOLOGISCHE ASPECTEN VAN VERSLAVING: ROKEN EN CANNABIS

dr. Stan Ansoms, psychiater, consulent psychiatrische kliniek Broeders Alexianen Tienen

Dr. Ansoms bracht de biologische kant van het verhaal. De presentatie van Dr. Ansoms was gebaseerd op zijn jarenlange ervaring en expertise op het vlak van alcoholafhankelijkheid.

De processen die leiden tot afhankelijkheid en verslaving zijn namelijk dezelfde voor alcohol, tabak, cannabis en andere psychoactieve middelen: herhaalde neurologische stimulatie door gebruik van een psychoactief middel leidt tot neuroadaptieve veranderingen in de hersenen, die aan de basis liggen van misbruik en afhankelijkheid.

Het zgn. beloningssysteem ('reward system') in de hersenen speelt een belangrijke rol in de totstandkoming van afhankelijkheid. Tijdens dit proces komt niet alleen dopamine vrij, maar eveneens een heleboel cannabinoïde receptoren.

Door onderliggende gemeenschappelijke neurobiologische processen en onderliggende gemeenschappelijke genetische invloeden beperken weinig gebruikers zich tot één drug. Het combineren van verschillende middelen komt dus vaak voor, wat het risico op problematisch gebruik verhoogt.

Dr. Ansoms toont aan dat er niet alleen een sterke link bestaat tussen roken en cannabisgebruik, maar ook tussen roken en alcoholgebruik. Zo intensifieert de vrijgave van dopamine de effecten van alcohol, zodat roken het drinken van alcohol stimuleert.

Dit komt ook tot uiting in de cijfers: maar liefst 80 à 90% van mensen met een alcoholafhankelijkheid rookt. Het rookgedrag, dat de laatste decennia daalde in de algemene bevolking, bleef in deze populatie even hoog. Rokers die afhankelijk zijn van nicotine lopen 2,7 keer meer kans om alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen. Verder is de schade van het gecombineerde gebruik van tabak en alcohol hoger dan de som van de schade van het gebruik van tabak en alcohol afzonderlijk. Bovendien overlijden er na ontwenning van alcohol meer mensen aan de gevolgen van roken dan van drinken. Op basis van al deze feiten argumenteert Dr. Ansoms dat een specifiek rookstopprogramma in de verslavingszorg wenselijk is.

Het gecombineerd gebruik van tabak en alcohol is verder een sterke voorspeller van het gebruik van cannabis (en van andere illegale drugs). Net zoals alcohol drinken en roken, vormt ook cannabisgebruik en roken een belangrijke comorbiditeit.

Door de specifieke wijze van het gebruik van cannabis worden toxische stoffen langer en dieper in de longen gehouden, wat het risico op gerelateerde gezondheidsproblemen nog verhoogt in vergelijking met tabak roken. Cannabisgebruikers beginnen 8,4 keer meer met roken, zijn minder geneigd om te stoppen met roken, slagen er minder goed in om te stoppen met roken. Nicotineafhankelijkheid vormt daarom een van de meest alarmerende gevolgen van cannabisgebruik.

## ROOKSTOPBEGELEIDING HOE WERKT DAT?

*Ellen Excelmans, psycholoog/tabakoloog, VRGT*

Ellen Excelmans gaf toelichting over rookstopbegeleiding en kaderde dit binnen wat meer informatie rond de epidemiologie van roken en de samenstelling van tabaksrook.

In de algemene bevolking blijkt één op drie te roken, waarvan 30% elke dag en 3% af en toe. De meerderheid van de mensen rookt dus regelmatig, wat verklaard kan worden door het verslavend aspect van nicotine. In de psychiatrische populatie ligt het percentage regelmatige rokers hoger. Over de jaren heen is er een daling geweest van het aantal rokers bij mannen. Bij vrouwen is geen spectaculaire daling te merken.

Tabaksrook bestaat uit nicotine (de stof die ons afhankelijk maakt), teer, irriterende en toxische stoffen en koolstofmonoxide (CO). Al bij al bestaat een sigaret uit meer dan 4.000 bestanddelen, zowel vaste stoffen als gassen. Op dit moment zijn hierbinnen meer dan 80 kankerverwekkende stoffen geïdentificeerd. In de loop der jaren zijn door de tabaksindustrie een aantal additieven toegevoegd om tabaksrook aantrekkelijker te maken, de smaak en het aroma te verbeteren, het inhaleren te vergemakkelijken, de nicotine absorptie in de hersenen te verhogen en het effect van nicotine te verhogen. Dit alles verhoogt uiteraard het verslavingsaspect.

Ellen Excelmans focuste eerst op koolstofmonoxide, een kleur- en geurloos gas dat vrijkomt bij de verbranding van de sigaret. Het bindt zich aan de rode bloedlichaampjes (hemoglobine), waardoor je het gevoel krijgt minder adem te hebben. Het is binnen de 24 uur uit je systeem. Je kan het meten met een CO-meter, iets wat vaak gebruikt wordt binnen rookstopbegeleiding omdat het aan de rokers meteen resultaat kan laten zien van minderen of stoppen met roken. Het relatief aantal partikels in uitgeademde lucht blijkt bij niet-rokers tussen 0 en 5 ppm te liggen en bij rokers hoger dan 10 ppm. Een – rokende- vrijwilliger uit het publiek mocht eens blazen in de CO-meter en dit werd meteen bevestigd.

In de presentatie werden vervolgens foto's getoond van de doorbloeding van een hand van een niet-roker en van enkele rokers, waarbij duidelijk werd dat de doorbloeding bij rokers veel minder goed is.

Vervolgens focuste de spreker op nicotine, de minst toxische stof maar tegelijk het meest verslavende middel. Bij nicotine is er geen duidelijke intoxicatie (in tegenstelling tot andere drugs). Het werkt zeer snel: er is een effect binnen de 10 seconden, met name stimulerend, ontspanning, een verhoogde concentratie, een prestatie- en stemmingsverbetering en een daling van angst en eetlust. Het belonend effect is dus duidelijk. Het werkt tegelijk kort: na maximum 2 uur zijn er al ontwenningssverschijnselen. Resultaat is dat men vaak moet doseren om geen last te krijgen van ontwenningssverschijnselen.

Er werd gesteld dat roken zeer verslavend is, wat geïllustreerd werd met de volgende berekening: als je 1 pakje of 25 sigaretten per dag rookt, wil dit zeggen dat je 175 sigaretten per week rookt, dit is 750 sigaretten per maand en 9.125 sigaretten per jaar. Als je weet dat je per sigaret 10 trekjes neemt, dan neem je 100.000 trekjes per jaar, en krijg je met andere woorden 100.000 beloningen per jaar.

Ellen Excelmans besprak hierna de criteria voor nicotine afhankelijkheid in de DSM-IV. Deze zijn gelijkaardig aan die voor alcohol en andere drugs, waarbij ook zowel tolerantie als ontwenningssverschijnselen optreden. Aan de hand van de Fägerströmschaal kan de mate van nicotine afhankelijkheid worden nagegaan. Elke rookstop poging kan andere ontwenningssverschijnselen geven, zoals een depressieve stemming, prikkelbaarheid, slapeloosheid, concentratieproblemen, vermoeidheid,... Een roker heeft gemiddeld 6 à 7 pogingen nodig om te stoppen. Hoe meer serieuze pogingen, hoe dichterbij het stoppen.

Er werd ook nog even stilgestaan bij passief roken, of het inademen van tabaksrook in omgevingslucht. De omgevingsrook is enerzijds samengesteld uit 'sidestream' rook (85%), anderzijds uit uitgeademde 'mainstream' rook (15%). 'Sidestream' rook (zijstroom) wordt voortgebracht door de verbranding van de sigaret tussen de trekjes. Uitgeademde 'mainstream' rook (hoofdstroom) is rook ingeademd door de actieve roker gedurende de trekjes. Omgevingsrook blijft schadelijk ondanks verdunning in de lucht en het rookverbod op openbare plaatsen is dan ook noodzakelijk vanuit een bescherming van de volksgezondheid.

Er zijn verschillende voordelen van rookstop. Onmiddellijke voordelen zijn een normalisering van de huidtemperatuur, polsslag en bloeddruk, een normalisering van de zuurstofspiegel in het bloed, na 24 uur is de CO uit het lichaam verwijderd, na 48 uur is alle nicotine uit het lichaam en na 72 uur beginnen de ontwenningssverschijnselen af te nemen. Voordelen na enkele weken zijn een verbetering van de smaak- en reukzin, het ademen gaat gemakkelijker, een vermindering van hoesten en fluimen, een verbetering van de conditie en een vermindering van de meeste ontwenningssymptomen. Na 1 jaar is het risico op een hartaanval met de helft verminderd en is de longfunctie verbeterd, na 10 jaar

is het risico op longkanker met de helft verminderd. Na 20 jaar is dit risico zelfs gelijkwaardig aan dat van een niet-roker.

Er zijn verschillende manieren om te stoppen met roken: zelfhulp, individuele begeleiding (een eenmalig adviesgesprek, verschillende opvolgsessies of intensieve begeleiding – dit alles al dan niet in combinatie met farmacologische middelen), groepsbegeleiding of alternatieve methoden zoals laser of accupunctuur (waarvan niet bewezen is of het werkt). Voor individuele begeleiding geldt: hoe intensiever, hoe hoger de kans op succes. Er bestaan ook hulpmiddelen, zoals nicotinesubstitutie (pleister, kauwgom, inhaler, zuigtablet, sublinguale tablet), bupropion (Zyban) en Varenicline (Champix). Dit zijn echter geen wondermiddelen: als je niet wil stoppen, gaat het niet werken. Bij nicotinesubstitutie vervangt NST nicotine. De dosering is afhankelijk van de mate van nicotineafhankelijkheid. De behandelingsduur is bij voorkeur 8 tot 12 weken. Ongewenste neveneffecten kunnen zijn: hoofdpijn, duizeligheid, slaapstoornissen en hartkloppingen. Contra-indicaties zijn een cardiovasculaire aandoening in de acute fase, een onstabiele angina pectoris en ernstige hartritmestoornissen.

Bupropion of Zyban werkt door een inhibitie van de re-uptake van noradrenaline/serotonine. Men gebruikt het gedurende 10 weken en kan stoppen met roken in de tweede week van inname. Een combinatie met NST is mogelijk. Nevenwerkingen zijn slapeloosheid, hoofdpijn en droge mond. Contra-indicaties zijn epilepsie en leverfunctiestoornissen, een eetstoornis en een voorgeschiedenis van een bipolaire stoornis, het gebruik van MAO-inhibitoren en zwangerschap of borstvoeding.

Varenicline of champix is specifiek ontwikkeld voor rookstop. Het is een partiële agonist die werkt zoals nicotine en zorgt voor de vermindering van de craving en de ontweningsverschijnselen. Daarnaast is het ook een partiële antagonist, wat wil zeggen dat het nicotine tegenwerkt in aanwezigheid van nicotine. Dit leidt tot een vermindering van de versterkende effecten van nicotine en een vermindering van het rookgenot. Combinatie met NST is zinloos. Nevenwerkingen zijn misselijkheid, hoofdpijn en slapeloosheid en een contra-indicatie zijn nierfunctiestoornissen.

De effectiviteit van verschillende interventies kwam ook aan bod. Er werd een vergelijking gemaakt tussen zelfhulpmateriaal, advies op maat, telefonische counseling, individuele ondersteuning, groepsondersteuning, nicotinesubstitutie, bupropion en varenicline. Terugbetaling van rookstop kan voor individuele én groepsbegeleiding, bij begeleiding door een arts of erkend tabakoloog. Een tabakoloog is een gezondheidswerker (KB78) of psycholoog met een opleiding tabakologie en rookstopbegeleiding. Er is een gedeeltelijke terugbetaling door het RIZIV van 30 euro voor de eerste sessie en 20 euro voor sessie 2 tot en met 8. Er is een mogelijkheid tot derdebetalersregeling en een lijst van erkende tabakologen kan worden teruggevonden via [www.erkendetabakologen.be](http://www.erkendetabakologen.be)

Tot slot haalde Ellen Excelmans nog even het verband aan tussen roken en cannabis. Tabak is een stimulerend middel, is legaal en er wordt vooral over gesproken binnen een medische context. Cannabis is een bewustzijnsveranderend, illegaal middel waarover vooral gesproken wordt binnen een psychiatrische context. Beiden zijn een verslavend middel en stoppen vereist gedragsveranderingsprocessen. De samenstelling van cannabisrook is gelijkaardig aan de samenstelling van tabaksrook, maar er is een groter volume per trek, men moet dieper inhaleren en langer inhouden en er is geen filter. Eén joint staat gelijk aan 4 à 5 sigaretten qua teer en CO. Een waterpijp blijkt trouwens ook niet gezonder te zijn dan sigaretten: de rook is minder irriterend maar er zitten meer CO en schadelijke stoffen in. Eén uur waterpijp roken staat gelijk aan 120 sigaretten.

Voor de begeleiding van cannabisstop haalt Ellen Excelmans aan dat de meeste joints ook tabak bevatten en dat de meeste tabakologen doorverwijzen bij cannabisgebruik. Haar vraag is of dit terecht is?

## PANELDISCUSSIE

Moderator: Geert Verstuyf, stafmedewerker hulpverlening, VAD

Panelleden:

- *Ellen Excelmans*, psycholoog/tabakoloog, VRGT
- *Ilse Bernaert*, stafmedewerker preventie sector onderwijs, VAD
- *Kris Van Gerwen*, MDFT therapeute, cannabis clinic, psychiatrie CHU-UCV Brugmann
- *Stefaan Hendrickx*, stafmedewerker tabakspreventie, VIGeZ
- *Dr. Anne Hublet*, universiteit Gent, vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

De discussie werd op gang gebracht aan de hand van drie stellingen.

De eerste stelling "tabakspreventie is de beste cannabispreventie" zou volgens de panelleden opgaan als preventie eng wordt gedefinieerd en betekent het eerste gebruik voorkomen. Als preventie ruimer wordt gedefinieerd en een continuüm bestrijkt gaande van voorkomen van gebruik tot nazorg, dan moet er ook aandacht zijn voor de eigenheid van de thematiek en is het van belang om ook oog te hebben voor zowel de persoon, het middel en de context. Tabak kan een 'gateway' zijn maar er is geen causaal verband tussen roken en cannabisgebruik. Er is ook een link met ander risicogedrag bv. onveilig vrijen, vroegtijdige seks,... en beschermende en risicofactoren. Het lijkt dan ook beter om daarop in te zetten en een ontwikkelingstraject aan te bieden in plaats van in te zetten op een middel. Middelgericht werken wordt belangrijker naarmate jongeren ouder worden en in aanraking komen met het middel.

De tweede stelling "Cannabispreventie en tabakspreventie moeten meer op elkaar afgestemd zijn" lijkt een logisch gevolg van stelling 1. Er stellen zich toch een aantal knelpunten zoals dat cannabis een illegaal middel is dat extra uitdagingen stelt aan een school, een werkomgeving enz. Het is wel nodig om te zoeken naar de link met tabak maar er zijn wel specifieke elementen waaraan bij cannabis aandacht moeten besteed worden (bv. aansprakelijkheid, wat te doen bij een vermoeden van gebruik, hoe wordt gecommuniceerd naar de ouders,...). In deze discussie werd duidelijk dat niet iedereen hetzelfde onder preventie verstaat.

De derde en laatste stelling ging over "stoppen met 2 middelen tegelijk is te veel van het goede (risico op herval)". Uit de discussie bleek dat rookstop zeker niet is ingeburgerd in ambulante drughulpverlening. In residentiële settings komt het al vaker voor hoewel de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen bv. zelf voor de kosten van rookstop moeten instaan. Stoppen met roken door cliënten in substitutiebehandeling zorgt ervoor dat zij minder heroïne of cannabis gaan bij gebruiken. Tabak als een substitutiemiddel zien in de behandeling van middelengebruik gaat echter een brug te ver. Aandacht voor rookstop in de behandeling voor ander middelengebruik is zeker zinvol maar dient steeds in overleg met de patiënt te gebeuren. Er dient ook aandacht te zijn voor het risico op herval van ander middelengebruik bij stoppen met roken.