

De aanpak van passief roken bij kinderen



WETENSCHAPPELIJKE CONCLUSIES
EN AANBEVELINGEN VOOR
GEZONDHEIDSWERKERS
IN CONTACT MET ROKENDE
OUDERS

- VRGT
Eendrachtstraat 56
1050 Brussel
Prof. Dr. S.Schol, algemeen directeur
- December 2011
- Met steun van de federale overheid

Deze tekst werd ontwikkeld door het rookstopteam van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGTvzw).

Mevr. E. Excelmans, tabakoloog - projectmedewerker
Mevr. L. Heirbaut, communicatiedeskundige – projectmedewerker
Mevr. A. Lievens, tabakoloog – projectmedewerker
Prof. Dr. S. Schol, algemeen directeur
Mevr. L. Van Nuffel, gezondheidspromotor - projectmedewerker
Dhr. J.M. Wouters, tabakoloog - rookstopcoördinator

Dit gebeurde in samenwerking met het expertencomité van het project 'Rookvrije zwangerschap – Pediatrie':

Dr. M. Azou, pediater AZ Damiaan Oostende en vice-voorzitter Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Prof. Dr. H. Boudrez, psycholoog en tabakoloog UZ Gent
Dr. L. Callewaert, secretaris Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Dhr. G. Christoffersen, coördinator vroedkunde Katholieke Hogeschool Kempen vzw departement gezondheidszorg-Lier
Dr. E. De Clerck, diensthoofd preventie Vlaamse Liga tegen Kanker
Mevr. MJ. Schoofs, stafmedewerker gezondheidsbevordering en prenatale cel kennisontwikkeling en beleidsondersteuning Kind&Gezin
Mevr. H. Vanheusden, stafmedewerker NVKVV
Dr. H. Van Hautem, geneesheer specialist in de pediatrie
Dr. V. Van Loocke, kinderarts

Inhoud

Inleiding	5
Wat is passief roken?	6
Wat is de prevalentie van passief roken bij kinderen?	7
Wat zijn de gevolgen van passief roken bij kinderen?	8
Misvattingen over het beschermen van kinderen tegen passief roken	10
Hoe kinderen beschermen tegen passief roken?	12
Hoe passief roken en rookstop bespreekbaar maken?	12
Rookstopbegeleiding is een bewezen en kosteneffectieve behandeling	15
Conclusie	16
Referenties	17

Inleiding

De literatuur biedt steeds meer evidentie voor de schadelijke effecten van passief roken op de gezondheid. De huidige wetgeving rond het rookverbod in het openbaar vervoer, de werkomgeving en de openbare plaatsen draagt bij tot de bescherming van de bevolking tegen de schadelijke effecten van passief roken. Deze wetgeving biedt echter geen bescherming voor de kinderen die in de thuissituatie aan sigarettenrook worden blootgesteld (1). Kinderen hebben een verhoogde kwetsbaarheid voor de effecten van passief roken (2). Daarom ontwikkelde de VRGT_{vzw}, in samenwerking met de FARE_Sasbl, deze aanbevelingen.

Deze aanbevelingen kaderen binnen het project 'Rookstop bij zwangere vrouwen en hun partner'. Een project dat werd gelanceerd in 2005. Dit gebeurde naar aanleiding van een Koninklijk Besluit dat voorzag in een forfaitaire terugbetaling van rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen en hun partner. Doel van het project is enerzijds het sensibiliseren van zwangere vrouwen en hun partner voor de gevaren van roken vóór, tijdens en na de zwangerschap; dit zowel voor de gevaren van actief als passief roken. Anderzijds richt het project zich ook op het informeren en mobiliseren van gezondheidswerkers (gynaecologen, vroedvrouwen, pediaters en huisartsen) in contact met zwangere vrouwen en hun partner.

Met het schrijven van een aantal aanbevelingen wil de VRGT_{vzw}, in samenwerking met de FARE_Sasbl, alvast een voorzet geven en u informeren over passief roken en de aanpak ervan.

Wat is passief roken?

Passief roken is het onvrijwillig inademen van 'secondhand smoke'.

Passief roken is het onvrijwillig inademen van tabaksrook in de omgevingslucht (2). Tabaksrook in de omgevingslucht bestaat uit de rook die door de roker uitgeademd wordt (uitgeademde hoofdstroomrook), de rook die vrijkomt uit de verbranding van het uiteinde van de sigaret en de rook die door het sigarettenpapier diffundeert (zijstroomrook) (2). De combinatie van uitgeademde hoofdstroomrook en zijstroomrook noemt men 'secondhand smoke'.

Tabaksrook bevat meer dan 4700 schadelijke chemische bestanddelen, waarvan er 43 kankerverwekkend zijn. Voorbeelden zijn ammoniak, acroleïne, koolmonoxide, dioxide,...

Ongeveer 85% van de tabaksrook die de passieve roker inademt is zijstroomrook. Zijstroomrook bevat, ten gevolge van een lagere verbrandingstemperatuur, grotere hoeveelheden schadelijke bestanddelen dan hoofdstroomrook (3). De hoeveelheid nicotine en teer in de zijstroomrook is drie keer hoger dan de hoeveelheid in de uitgeademde hoofdstroomrook, de concentratie van CO is ongeveer vijf keer hoger. Ook bevat zijstroomrook een hogere concentratie carcinogene substanties zoals 2-naftylamine, 4-aminobifenyl, N-nitrosamine en benzeen (4). Bovendien zijn de partikels in de zijstroomrook kleiner waardoor ze dieper in de longen kunnen binnendringen (5). Dit zorgt ervoor dat zijstroomrook ongeveer vier keer toxischer is dan hoofdstroomrook (1).

Passief roken is ook de onvrijwillige inname van 'thirdhand smoke' via luchtwegen, mond of huid lang nadat de rook uit de ruimte verdwenen is.

Passief roken is echter meer dan het inademen van 'secondhand smoke'. De schadelijke bestanddelen van sigarettenrook worden geabsorbeerd in muren, meubelen, kleding, speelgoed en andere objecten nadat er een sigaret gerookt is en reageren met oxidanten en andere bestanddelen in de omgeving waardoor nieuwe vervuilende stoffen worden gevormd. De schadelijke bestanddelen in tabaksrook blijven weken en maanden na het uitdoven van de sigaret in de ruimte aanwezig, zelfs wanneer de ramen zijn geopend en luchtfilters worden gebruikt (6). De schadelijke stoffen die doorheen de tijd in een ruimte opstapelen (meubelen, kleding, tapijten, ...), noemt men 'thirdhand smoke' (6). Voorbeelden van deze schadelijke bestanddelen zijn: nicotine, 3-EP, phenol, cresols, naphthalene, formaldehyde, en tabaksspecifieke nitrosamines (waarvan sommigen niet in verse tabaksrook gevonden kunnen worden) (7). Blootstelling aan 'thirdhand smoke' kan op verschillende manieren gebeuren, via onvrijwillige inademing, of door orale of dermale opname van schadelijke bestanddelen uit de omgevingslucht, in stof en op oppervlakken (7).

Secondhand smoke: Hoofdstroomrook (lucht die door roker wordt uitgeademd)

+

Zijstroomrook (rook die vrijkomt uit brandende sigaret)

- Lagere verbrandingstemperatuur dus schadelijker
- Meer nicotine, teer, CO
- Kleinere deeltjes dus dringen dieper in de longen

Thirdhand smoke: Schadelijke bestanddelen uit sigaret die zich in de ruimte opstapelen

- Opgenomen via inademing, oraal en dermaal
- Aanwezig in lucht, stof en op oppervlakken

Passief roken is de cumulatieve onvrijwillige blootstelling aan bestanddelen van sigarettenrook tijdens en na het roken van een sigaret.

De schadelijke effecten van blootstelling aan passief roken eindigen niet wanneer de sigaret wordt gedoofd. Ze houden aan, zelfs wanneer er nadien niet meer wordt gerookt, omdat de schadelijke bestanddelen van 'second- en thirdhand smoke' in de omgeving aanwezig blijven (7).

Wat is de prevalentie van passief roken bij kinderen?

Blootstelling aan passief roken bij kinderen is een vaak voorkomend probleem.

Ongeveer 40% van de kinderen in de wereld wordt thuis aan passief roken blootgesteld (6). Deze cijfers zijn vermoedelijk een onderschatting van het probleem. Onderzoek, waarbij passief roken aan de hand van een biologische validering (bepaling van cotininegehalte in het bloed) werd vastgesteld, toont immers dat ongeveer 60% van de 3 tot 11 jarigen en 56% van de 12 tot 19 jarigen aan passief roken is blootgesteld (3).

De moeder is de belangrijkste bron van blootstelling aan passief roken.

Ongeveer de helft van de rokende vrouwen slaagt er niet in om tijdens de zwangerschap te stoppen met roken (8). De meerderheid van de vrouwen die er wel in slagen (meer dan 60%) beginnen na de bevalling terug te roken (9).

Meer dan 75% van de rokende moeders stellen hun pasgeboren baby bloot aan sigarettenrook (5).

Kinderen uit de lagere sociaal-economische klasse vormen een belangrijke risicogroep.

Vrouwen uit de lagere sociaal-economische klasse roken meer. Lager opgeleide vrouwen (9 tot 11 jaar opleiding) hebben drie keer meer kans om te roken dan hoger opgeleide vrouwen (meer dan 16 jaar opleiding) (10). Ook het inkomen van een gezin is een beïnvloedende

factor, hoe lager het inkomen hoe groter de kans dat de kinderen worden blootgesteld aan passief roken (1).

Wat zijn de gevolgen van passief roken bij kinderen?

Kinderen zijn kwetsbaarder voor de effecten van passief roken.

Kinderen zijn kwetsbaarder voor de effecten van blootstelling aan sigarettenrook (2). Hun organen zijn immers kleiner en onvolgroeid. Hun immuunsysteem is minder ontwikkeld waardoor ze vatbaarder zijn voor respiratoire infecties en oorinfecties (2). Kinderen ademen bovendien drie tot acht keer sneller dan volwassenen (3), waardoor ze meer schadelijke stoffen inademen (11). Dit zorgt ervoor dat kinderen ongeveer 100 keer gevoeliger zijn voor vervuilende bestanddelen in huisstof dan volwassenen (12).

Daarnaast brengen kinderen meer tijd in de thuisomgeving in de nabijheid van hun ouders door. Ze hebben vaak minder vrijheid om een rokerige ruimte te verlaten. Jongere kinderen spelen vaak op de grond, waardoor ze meer stof inademen. Dit stof bevat schadelijke bestanddelen van sigarettenrook die doorheen de tijd zijn opgestapeld (3). Deze schadelijke stoffen worden niet enkel ingeademd. Jongere kinderen hebben immers de neiging om voorwerpen in hun mond te steken, waardoor ze de schadelijke stoffen ook inslikken (3). Bijlage 1 bevat een figuur die een visuele voorstelling geeft van alle organen die door passief roken worden aangetast.

Passief roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de kindertijd.

Zelfs bij beperkte blootstelling is passief roken een belangrijke vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de kindertijd (13). Prenatale en postnatale blootstelling aan sigarettenrook verhoogt de kans op wiegendood significant (14-16). Passief roken wordt geassocieerd met een verhoogde kans op ernstige infecties van de bovenste en de onderste luchtwegen (17). Een recente meta-analyse toont aan dat kinderen een significant verhoogd risico op infecties van de onderste luchtwegen (bronchitis, bronchiolitis, pneumonie) hebben wanneer moeder (OR 1.58)*, vader (OR 1.22)*, beide ouders (OR 1.62)* of een ander gezinslid (OR 1.54)* rookt (18). Het risico op bronchiolitis blijkt het sterkste verhoogd te zijn (18). De kans op een ziekenhuisopname ten gevolge van deze luchtwegeninfecties is bovendien groter (17). Ook de prevalentie van middenoorontstekingen is groter bij kinderen die worden blootgesteld aan passief roken. Zij hebben bovendien vaker last van allergische reacties (9).

Aan passief roken blootgestelde kinderen hebben vaker een verminderd longfunctioneren, ze hoesten meer en hebben vaker last van wheezing (2).

Bij kinderen met astma is passief roken gerelateerd aan een toename van het aantal astmatische aanvallen en een toename van de ernst van de aanvallen (19).

Kinderen die prenataal en postnataal aan sigarettenrook werden blootgesteld, vertonen vaker overmatige spierspanning en prikkelbaarheid bij pasgeborenen en gedragsstoornissen (oppositieel-opstandige gedragsstoornis, antisociale gedragsstoornis, ADHD,...) bij oudere kinderen (20). Blootstelling aan passief roken, zowel prenataal als postnataal, verhoogt het risico dat men als volwassene een verslaafde roker wordt (21).

Passief roken heeft tevens langetermijneffecten voor de gezondheid van het kind. Hartaandoeningen, longkanker en chronische longproblemen worden immers gerelateerd aan passief roken (10).

Kinderen die thuis worden blootgesteld aan sigarettenrook missen meer lesdagen, dit betekent een extra last voor kinderen die het al moeilijk hebben op school omwille van andere socio-economische redenen (1).

Misvattingen over het beschermen van kinderen tegen passief roken

Er bestaan veel misvattingen over de manier waarop kinderen tegen passief roken kunnen worden beschermd.

De meeste mensen zijn zich bewust van de risico's van onmiddellijke blootstelling aan 'secondhand smoke'(22). Sommige rokers nemen dan ook maatregelen om hun omgeving ertegen te beschermen: ramen openzetten, ventilatie opzetten, wachten tot de rook verdwijnt, roken in een aparte rookkamer. Deze maatregelen blijken echter niet effectief te zijn (22).

✘ Ik rook enkel wanneer de kinderen naar bed zijn.

Onderzoek toont een associatie tussen roken en de aanwezigheid van de schadelijke bestanddelen van sigarettenrook lange tijd na het actief roken van een sigaret (22). Uit onderzoek blijkt dat nicotine in huizen, die voorheen aan rokers verhuurd werden, aanwezig blijft en dat nieuwe bewoners, die niet roken, een verhoogde hoeveelheid nicotine op hun huid en in hun lichaam hebben (23). Ventileren of standaard schoonmaakprocedures helpen niet om de nicotine op de oppervlakken en het stof in huis op een effectieve wijze te verwijderen (24).

✘ Ik rook in een kamer waar de kinderen niet komen.

Roken verhoogt niet enkel de concentratie van schadelijke bestanddelen in de ruimte waar gerookt wordt of werd, maar ook in de delen van het gebouw waar men niet rookt (25). Sigarettenrook kan zich immers gemakkelijk van de ene naar de andere kamer verplaatsen (26), zelfs wanneer er een ventilatiesysteem wordt gebruikt (27). Roken in een rookkamer beschermt de kinderen niet tegen de schadelijke effecten van passief roken (3). Dit leidt, in het beste geval, tot een halvering van de blootstelling aan sigarettenrook (28).

✘ Ik rook enkel buiten.

Zelfs buiten roken beschermt kinderen niet volledig tegen de schadelijke effecten van passief roken. Sigarettenrook kan door ramen en deuren binnendringen. De schadelijke stoffen worden bovendien, via kleding, huid en stof, het huis binnengedragen (29).

✘ Ik ventileer de kamer nadat ik gerookt heb.

Ventilatie biedt geen oplossing voor het probleem van passief roken. Ventilatie kan helpen om de irritatie van rook te verminderen, maar niet om de schadelijke stoffen ervan te verwijderen (4).

✘ In de auto rook ik met het raam open.

Roken in een auto veroorzaakt hoge concentraties van schadelijke bestanddelen in de omgevingslucht. Naast de schadelijke bestanddelen in de lucht vindt men tevens schadelijke bestanddelen op de oppervlakken in de auto (bekleding, tapijt, plafondvoering, ...). Deze worden vervolgens opnieuw in de luchtcirculatie opgenomen zodat ze, lang nadat een sigaret werd gerookt, zorgen voor blootstelling aan passief roken. Zonlicht, extreme temperaturen en beperkte luchtcirculatie faciliteren bovendien chemische reacties en zorgen voor verdere hechting van de schadelijke bestanddelen aan het stof en de oppervlakken van de wagen (30). Onderzoek toont dat er een hogere concentratie van nicotine is in de omgevingslucht, het stof en de oppervlakken van auto's van rokers in vergelijking met auto's van niet-rokers. Wanneer rokers een rookverbod in de auto hadden, was het nicotineniveau in de lucht significant lager dan wanneer dit niet het geval was. Voor de hoeveelheid schadelijke stoffen in de oppervlakken en in het stof van de auto vond men daarentegen geen significante verschillen. Hiervoor kan men verschillende verklaringen aanhalen. Ten eerste; voor het rookverbod werd er wel in de auto gerookt. Ten tweede; de rook komt van buiten naar binnen of wordt via kleding, haar of huid in de wagen gebracht.

Poetsen (stofzuigen, stof afnemen, ...) en ventileren zijn onsuccesvolle methoden om de schadelijke bestanddelen significant te verminderen (31).

Hoe kinderen beschermen tegen passief roken?

Hoewel maatregelen als buiten roken, in een aparte rookkamer roken, ventileren of roken in afwezigheid van de kinderen de blootstelling aan passief roken vermindert, beschermen ze de kinderen niet volledig tegen de schadelijke effecten van passief roken (29).

Er is slechts één bewezen manier om kinderen hiertegen te beschermen. Dit is het 100% rookvrij maken van de omgeving waarin de kinderen leven (6). Er is immers geen veilige hoeveelheid blootstelling aan passief roken (32).

Hoe passief roken en rookstop bespreekbaar maken?

Belangrijk bij het bespreekbaar maken van passief roken is dat de hulpverlener geen oordelende houding aanneemt. De gezondheidswerker moet de gezinnen in staat stellen om het rookgedrag en het belang ervan in hun dagelijks leven te herzien (2).

Recente aanbevelingen omtrent rookstop en gedragsverandering dringen aan op het gebruik van de vijf A's (6,33-37).

De vijf A's structureren de interventie aan de hand van vijf begrippen: ask, advice, assess, assist en arrange.

Ask

Bevraag bij elk contact het rookgedrag van ouders en anderen in de omgeving van het kind. Deze anderen zijn rokende personen waarmee het kind direct contact heeft en rokende personen die dezelfde of nabijgelegen ruimten als het kind gebruiken. Beiden zijn immers een potentiële bron van blootstelling aan passief roken (29,38,39).

Rokers verwachten dat hun rookgedrag bevestigd zal worden. Onderzoek toont aan dat 90% van de vrouwen zich verrast noch geïrriteerd voelde wanneer naar hun rookgedrag werd gevraagd (2). Ander onderzoek toont aan dat 99% van de ouders het als de taak van de pediatr zien om het rookgedrag te bevragen (10). Deze bevraging geeft bovendien aan ouders de boodschap dat passief roken een risico voor de gezondheid van het kind inhoudt (9).

De moeder is de belangrijkste bron van passief roken bij jonge kinderen (40). Dit geldt tevens voor zieke kinderen die door een rokende moeder verzorgd worden (3).

Besteed extra aandacht aan moeders die tijdens de zwangerschap stopten met roken (41). Feliciteer deze ouders en moedig hen aan om de rookstop vol te houden (5).

Aan ouders die nog roken, vraagt u hoe ze hun kinderen reeds beschermen tegen de schadelijke effecten van passief roken en hoe goed dit verloopt. Benadruk dat deze inspanningen wijzen op een bewustzijn dat passief roken schadelijk is. Vraag hoe deze inspanningen tot stand kwamen en hoe dit hun rookgedrag heeft beïnvloed (9).

Advice

Bevraag de kennis van ouders over passief roken en de gezondheidseffecten ervan voor kinderen. Bied duidelijke en gepersonaliseerde informatie aan. Adviseer de ouders om te stoppen met roken. De begeleiding kan door de gezondheidswerker zelf worden gedaan of hij kan de ouders ook doorverwijzen naar een tabakoloog.

Vrouwen uit de lagere sociaal economische klasse zijn onzeker over wat passief roken inhoudt en hoe ze blootstelling hieraan bij hun kinderen kunnen voorkomen (10).

Informatie over blootstelling aan 'second- en thirdhand smoke' kan de motivatie om rookgedrag in de thuissituatie te veranderen verhogen (22). Ouders die geloven in de schadelijke effecten van 'thirdhand smoke' zullen vaker een rookverbod in de thuisomgeving installeren (22). De schadelijke effecten van blootstelling aan 'thirdhand smoke' kan een belangrijk element zijn in het motiveren tot een rookvrije thuisomgeving (22). Adviseer de ouders om te stoppen en een volledig rookvrije omgeving te creëren voor hun kind.

Assess

Bevraag de bereidheid om te stoppen met roken. Veel rokende ouders willen stoppen met roken. Ongeveer 70% van de rokers ondernam minstens één rookstop poging en ongeveer 46% van de rokers probeert elk jaar te stoppen met roken. De meeste rokers hebben meerdere pogingen nodig alvorens ze tot een succesvolle rookstop komen (9). Bevraag de bereidheid om de omgeving rookvrij te maken wanneer de ouder niet wenst te stoppen met roken (9). Mogelijks is het momenteel niet het ideale moment om met roken te stoppen, maar een eerste stap is alvast gezet (2).

Assist

Bied ondersteuning bij het stoppen met roken of bij het rookvrij maken van de omgeving. Aangezien nicotine een verslavend middel is, is het onwaarschijnlijk dat het identificeren van rokende ouders en het informeren over de gezondheidsrisico's van passief roken voldoende zal zijn om passief roken significant te verminderen. De meeste rokers hebben ondersteuning nodig (41). Bekijk welke mogelijkheden zij zelf zien en welke problemen ze hierbij verwachten (5). Kinderafdelingen zijn ideale plaatsen om met de ouders het stoppen met roken te bespreken (2). Bij gebrek aan tijd kan worden doorverwezen naar een erkend tabakoloog.

Arrange

Organiseer follow-up momenten. Bij een succesvolle rookstop wordt de ouder positief bekrachtigd. Herval moet niet gezien worden als een falen maar als een mogelijkheid om uit te leren voor de volgende poging.

Indien hier nood aan is, kan informatie worden gegeven over medicatie die de ontwenningverschijnselen kan doen afnemen (10).

Rookstopbegeleiding is een bewezen en kosteneffectieve behandeling

Rookstopbegeleiding wordt gedeeltelijk terugbetaald.

De meeste ouders willen stoppen met roken (10). Professionele rookstopbegeleiding kan de kansen op succes bij een rookstop poging significant verhogen.

Sinds 1 oktober 2009 wordt rookstopbegeleiding (individueel of in groep), uitgevoerd door een arts of erkend tabakoloog, gedeeltelijk terugbetaald. Voor de eerste consultatie (minimum 45 minuten) bedraagt de terugbetaling 30 euro. Voor de tweede tot de achtste consultatie (minimum 30 minuten) bedraagt de terugbetaling 20 euro. Men heeft recht op één reeks van acht consultaties per twee kalenderjaren. De zwangere vrouw kan genieten van een verhoogd terugbetalingstarief (circulaire RIZIV 2 juni 2010). Dit wil zeggen dat ze, met een maximum van acht consultaties per zwangerschap, per consultatie 30 euro terugbetaald krijgt.

De lijst van erkende tabakologen kan u terugvinden op de volgende webpagina: <http://www.erkendetabakologen.be/>.

Pediaters kunnen bijdragen aan het uitbouwen van een aanbod rond rookstopbegeleiding in hun werksetting.

De VRGT organiseert jaarlijks de vorming "Tabakologie en rookstopbegeleiding" in samenwerking met de vier Vlaamse universiteiten (Universiteit Antwerpen, Vrije Universiteit Brussel, Katholieke Universiteit Leuven en Universiteit Gent) en de Stichting tegen Kanker. Deze vorming kan helpen bij het uitbouwen van een aanbod rond rookstopbegeleiding of bij het zelf aanbieden van rookstopbegeleiding. Deze vorming is bovendien de enige opleiding die tot de titel van erkend tabakoloog kan leiden.

Voor meer informatie hierover, kan u terecht op het secretariaat van de VRGT (info@vrgt.be).

Conclusie

Passief roken is het onvrijwillig inademen van tabaksrook uit de omgevingslucht. Wereldwijd worden ongeveer 40% van de kinderen thuis aan passief roken blootgesteld. Passief roken heeft ernstige gevolgen op de gezondheid van een kind. Het is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de kindertijd. De gezondheidsgevolgen zijn groter dan bij volwassenen en bovendien worden kinderen meer en vaker aan passief roken blootgesteld. Het leidt onder andere tot een hogere kans op wiegendood, ernstige infecties van de luchtwegen, verminderd longfunctioneren, gedragsstoornissen,...

Er bestaan echter heel wat misvattingen over hoe kinderen tegen passief roken kunnen worden beschermd. Denk aan: enkel buiten roken, in de auto met het raam open roken, de kamer waarin werd gerookt ventileren,... Echter, de enige manier om kinderen tegen passief roken te beschermen is het 100% rookvrij maken van de omgeving waarin ze vertoeven.

Het is de taak van de gezondheidswerker om het passief roken te bespreken met de ouders. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de 5 A's. Een stappenplan waarbij de patiënt centraal staat en de nadruk op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ligt.

De patiënt kan ook worden doorverwezen voor rookstopbegeleiding bij een arts of erkend tabakoloog. Deze sessies worden gedeeltelijk terugbetaald.

Referenties

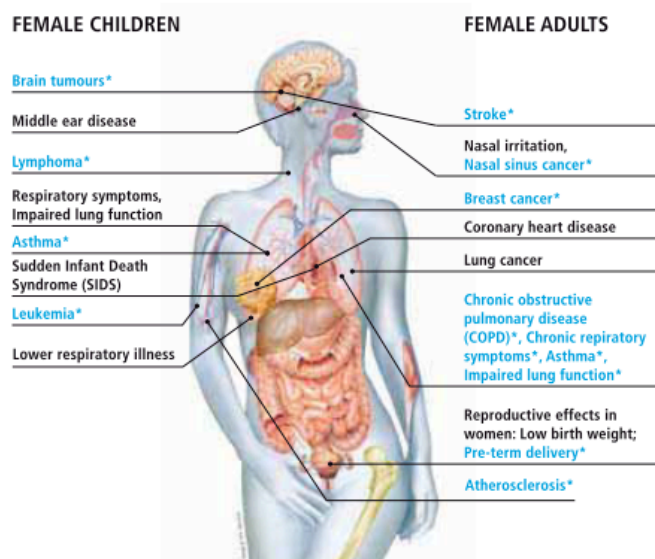
1. Jarvie JA, Malone RE. Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars: an ethical analysis. *American journal of public health* 2008;98:2140-5.
2. Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. *Pediatric nursing* 2006;18:29-31.
3. Matt GE, Bernert JT, Hovell MF. Measuring secondhand smoke exposure in children: an ecological measurement approach. *Journal of pediatric psychology* 2008;33:156-74.
4. OIVO. Documentatiemap roken. Brussel, OIVO 2004.
5. Ortega G, Castellà C, Martin-Cantera C, Ballvé JL, Diaz E, Saez M, et al. Passive smoking in babies: the BIBE study (Brief intervention in babies. Effectiveness). *BMC Public Health* 2010;10:722.
6. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic: implementing smoke-free environments. Geraadpleegd op 29 juni 2011 via http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.
7. Matt EG, Quintana PJE, Destailats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC, et al. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. Geraadpleegd op 18 juli 2011, <http://ehp03.niehs.nih.gov/article/info%3Adoi%2F10.1289%2Fehp.1103500>.
8. Kind en gezin (2009). Het kind in Vlaanderen, 2009. Geraadpleegd op 18 augustus 2011, <http://www.kindengezin.be/img/kind-in-vlaanderen-2009.pdf>
9. Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passive and active. *Pediatr Pulmonol suppl* 2004;26:183-7.
10. Sheahan SL, Free TA. Counseling parents to quit smoking. *Pediatric Nursing* 2005;31:98-109.
11. Ansari W. Passive smoking and chronic illness in children: age and gender inequalities, and the fallacy of 'low-strength' cigarettes. *Chronic illness* 2005;1:87-91.
12. Roberts JW, Wallace LA, Camann DE, Dickey P, Gilbert SG, Lewis RG, et al. Monitoring and reducing exposure of infants to pollutants in house dust. *Reviews of Environmental Contamination & Toxicology* 2009;201:1-39.
13. Wilson KM, Klein JD, Blumkin AK, Gottlieb M, Winickoff JP. Tobacco smoke exposure in children who live in multiunit housing. *Pediatrics* 2011;127:85-92.
14. Anderson HR, Cook, DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003-9.
15. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004;113:1007-15.
16. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and sudden infant death syndrome. *Reviews on Environmental Health* 2006;21:81-103.
17. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, et al.. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (review). *The Cochrane Library* 2008;4:CD001746.
18. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory research* 2011;12:1-11.

19. Cook DG, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997;52:1081-94.
20. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current opinion in pediatrics* 2008;20:184-90.
21. Becklake MR, Ghezzo H, Ernst, P. Childhood predictors of smoking in adolescence : a follow-up study of Montreal school children. *Canadian Medical Association Journal* 2005;173:377-9.
22. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, McMillen RC et al. Beliefs about the health effects of thirdhand smoke and home smoking bans. *Pediatrics* 2009;123:74-9.
23. Matt GE, Quintana PJ, Zakarian JM, Fortmann AL, Chatfield DA, Hoh et al. When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. *Tobacco Control* 2010;20.
24. Schick, S. Thirdhand smoke: here to stay. *Tobacco control* 2011;20:1-3.
25. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu, T. Effectiveness of smoke-free policy in lowering office secondhand smoke concentrations in china. *Journal of Occupational and Environmental Health* 2008;50:570-5.
26. King BA, Travers MJ, Cummings KM, Mahoney MC, Hyland AJ. Secondhand smoke transfer in multiunit housing. *Nicotine & tobacco research* 2010;12:1133-41.
27. Lee K, Hahn EJ, Robertson HE, Whitten L, Jones LK, Zahn B. Air quality in and around airport enclosed smoking rooms. *Nicotine & tobacco research* 2010;12:665-8.
28. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated « no smoking » areas provide partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco control* 2004;13:17-22.
29. Matt GE, Quintana PJE, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, et al. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tobacco Control* 2004;13:29-37.
30. Matt GE, Quintana PJE, Hovell MF, Chatfield D, Ma DS, Romero R et al. Residual tobacco smoke pollution in used cars for sale: air, dust, and surfaces. *Nicotine & tobacco research* 2008;10:1467-75.
31. Fortmann AL, Romero, RA, Sklar M, Pham V, Zakarian J, Quintana PJ, et al. Residual tobacco smoke in used cars : futile efforts and persistent pollutants. *Nicotine & tobacco research* 2010;12:1029-36.
32. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2006.
33. Osadchy A, Kazmin A, Koren G. Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended? *Journal of obstetrics and gynaecology of Canada* 2009;31:744-7.
34. Flenady V, Macphail J, New K, Devenish-Meaers P, Smith J. Implementation of a clinical Patrice guideline for smoking cessation in a public antenatal care setting. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 2008;48:552-8.
35. Chapin j, Root W, American college of obstetricians and gynaecologists. Improving obstetrician-gynaecologist implementation of smoking cessation guidelines for pregnant woman: an interim report of the American college of obstetricians and gynaecologists. *Nicotine & tobacco research: official journal of the society of research on nicotine and tobacco* 2004;6:253-7.
36. U.S. preventive services task force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant woman: U.S. Preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Annals of internal medicine* 2009;150:551-5.

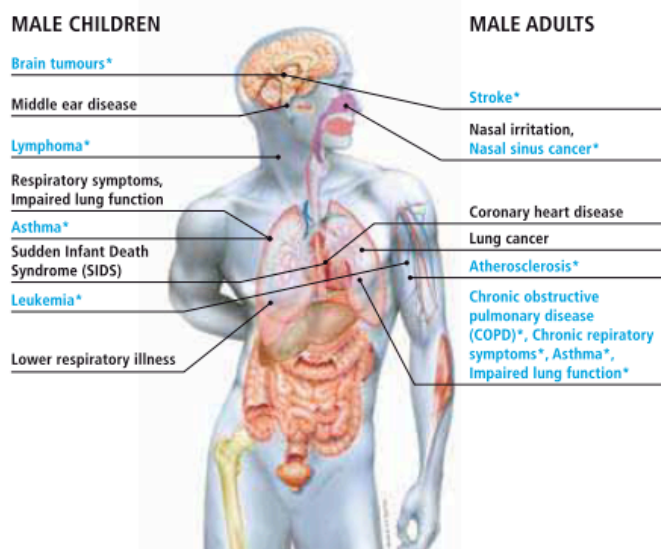
37. Best D, Committee on environmental health, Committee on native American child health & Committee on adolescence. From the American academy of pediatrics: technical report- secondhand and prenatal tobacco smoke exposure. *Pediatrics* 2009;124:1017-44.
38. Daisey JM, Mahanama KR, Hodgson AT. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: Emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 1998;8:313-34.
39. Singer BC, Hodgson AT, Guevarra KS, Hawley EL, Nazaroff WW. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science & Technology* 2002;36:846-53.
40. U.S. Surgeon General. The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General, 1986. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Office on Smoking and Health, 1986.
41. Burnett KF, Young PC. Ask, advice, assist: pediatricians and passive smoke exposure. *Clinical pediatrics* 1999;38:339-45.

Bijlage 1

DISEASES CAUSED BY SECOND-HAND SMOKE



* Evidence of causation: suggestive
Evidence of causation: sufficient



* Evidence of causation: suggestive
Evidence of causation: sufficient

U.S. Surgeon General. (1986). The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General, 1986. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Office on Smoking and Health.