

A photograph of a woman in a white lab coat sitting in a black office chair, gesturing with her hands as she speaks to another woman whose back is to the camera. The setting is an office with windows in the background. A semi-transparent blue banner is overlaid on the bottom half of the image, containing the title and subtitle.

# Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten

Praktische handvatten voor toeleiding naar  
stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn

FEBRUARI 2024

## Colofon

### INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

### MET ONDERSTEUNING VAN

Trimbos-instituut

### FINANCIERING

De ontwikkeling van dit handboek werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

### ONTWERP

The Creative Hub, Canon Nederland N.V.

### FOTOGRAFIE

Gettyimages.nl



## Werkgroep Handboek

Dit handboek is ontwikkeld door een werkgroep die is samengesteld uit verschillende deskundigen op het gebied van stoppen met roken binnen de eerste- of tweedelijnszorg. De leden van deze werkgroep zijn afgevaardigden van de organisaties waaraan zij zijn verbonden.

- ▶ Maurits van der Veen, cardioloog, lid van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC) (voorzitter werkgroep)
- ▶ Iris Kramer, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut (coördinatie)
- ▶ Anne-Marije Bouter-van der Meer, longarts, lid van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- ▶ Corine Bakker, adviseur, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- ▶ Clasien van der Houwen, gynaecoloog, lid van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- ▶ Jan Jansen, programmamanager kwaliteit, lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- ▶ Karine van 't Land, voorzitter Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid (KAMG) / docent, Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
- ▶ Rinske Loeffen, internist, lid van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- ▶ Arjen Neven, psychiater, lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- ▶ Joep Teijink, vaatchirurg, lid van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV)
- ▶ Nelleke Torrenge, verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg/longgeneeskunde, lid van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

### Advisering Handboek

- ▶ Esther Croes, arts-epidemioloog, Trimbos-instituut
- ▶ George Nossent, longarts, lid van de NVALT
- ▶ Ron Schipper en Yvon Heijmans, beleidsmedewerkers, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>1</sup>
- ▶ Joppe Tra<sup>2</sup>, beleidsadviseur, lid van de NVALT

1 Disclaimer: De NZa heeft met deze eerste versie van het handboek meegelezen. Dit handboek is geen toetsingskader of wet- en regelgeving, maar geeft hier een nadere toelichting op. Voor de van toepassing zijnde wet- en regelgeving wordt verwezen naar de geldende NZa-regelgeving. De NZa-regelgeving is altijd voorliggend.

2 Geadviseerd t/m september 2022.

# Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Overzicht van de aanbevelingen	7
<b>H1 Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1 Aanleiding handboek	10
1.2 Wat is stoppen-met-rokenzorg?	11
1.3 Doel handboek	11
<b>H2 Patiënten in de tweede lijn die roken</b>	<b>12</b>
2.1 Doelgroep voor stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn	12
2.2 Ziekenhuis als locatie voor stoppen-met-rokenzorg	12
2.3 Informatie over roken en stoppen-met-rokenzorg	14
2.4 Doorverwijzing	16
2.5 Inhoud van stoppen-met-rokenzorg	18
2.6 Terugkoppeling van het stoppen-met-rokentraject	18
2.7 Toepassing handboek in de derde lijn	19
<b>H3 Personele en functionele aspecten</b>	<b>21</b>
3.1 Stoppen-met-rokenambassadeur: aanjager	21
3.2 Stoppen-met-rokenconsulent: uitvoerder	23
3.3 Zichtbaarheid van stoppen met roken in het ziekenhuis of zorginstelling	24
3.3.1 Bij klinische opname / opname spoedeisende hulp	24
3.3.2 Bij poliklinisch traject	25
3.3.3 In de GGZ en de verslavingszorg	26
3.4 Structuur m.b.t. toeleiding en informatie-uitwisseling	26
<b>H4 Financieel kader van stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn</b>	<b>28</b>
4.1 Om welke zorg gaat het?	28
4.2 Algemene informatie bekostiging	30
4.3 Declaratie van stoppen-met-rokenzorg	30
4.4 Mogelijke ontwikkelingen voor financiering van toeleiding naar stoppen-met-rokenzorg in de nabije toekomst	32

<b>H5 Implementatieschema</b>	<b>35</b>
Literatuur	37
<b>APPENDIX I - Afwegingskader</b>	<b>39</b>
<b>APPENDIX II – E-sigaret</b>	<b>41</b>
<b>APPENDIX III – Best Practices</b>	<b>43</b>
Appendix III.1. Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	43
Appendix III.2. Almere	47
Appendix III.3. Taskforce Rookvrije Start	49
Appendix III.4. Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede	52
Appendix III.5. Amsterdam UMC	56
Appendix III.6. Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis	57
Appendix III.7. Chronisch ZorgNet	59

## Voorwoord

Dat roken een belangrijke risicofactor is voor veel ziektes, slecht herstel en sterfte, behoeft geen betoog. Stoppen met roken is dan ook een wezenlijk aspect van een medische behandeling en speelt een belangrijke rol in de medisch specialistische zorg. Helaas blijkt dat er in het medisch handelen binnen de tweede- en derde lijn weinig aandacht is voor het bespreken van roken en stoppen met roken.

In de Zorgstandaard Tabaksverslaving (1) wordt gesteld: “Een sterke stoppen-met-rokeninfrastructuur is essentieel om meer rokers succesvol te laten stoppen met roken. Het is van groot belang dat rokers, die willen stoppen met roken, worden verwezen naar bekwame zorgverleners die hen hierin kunnen begeleiden. De huidige organisatie van de zorg voor stoppen met roken is onoverzichtelijk.”

Met deze achtergrond is het project ‘Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialististen’ opgezet en uiteindelijk uitgevoerd met behulp van een subsidie van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialististen (SKMS). Een werkgroep met vertegenwoordigers vanuit diverse gremia hebben hun aandeel geleverd en er is bij het opstellen van de tekst veel gebruik gemaakt van praktijkervaringen.

Het voorliggende document is het eindresultaat: een handboek met daarin aanbevelingen en handvatten om lokaal vanuit de tweede- of derde lijn een goede stoppen-met-rokeninfrastructuur op te bouwen. Binnen deze infrastructuur kunnen patiënten die roken verwezen worden naar de juiste zorg op de juiste plek en kunnen zo adequaat geholpen worden om te stoppen met roken. De nadruk in dit handboek ligt op het proces van het bespreken van roken in de spreekkamer tot aan de toeleiding naar hulp bij het stoppen met roken.

Wij hopen dat de aanbevelingen en handvatten door het medisch specialistische zorgveld zullen worden opgepakt en dat het handboek op deze manier in de praktijk gaat bijdragen aan minder ziektelast, vlotter herstel en lagere sterfte ten gevolge van roken.

Maurits J. van der Veen, voorzitter, cardioloog

# Overzicht van de aanbevelingen

## H2 Patiënten in de tweede lijn die roken

### Ziekenhuis als locatie voor stoppen-met-rokenzorg

- ▶ Bij stoppen-met-rokenzorg moet er nauwkeurig gekeken worden naar ‘de juiste zorg op de juiste plek’. De stoppen-met-rokenzorg moet bij de zorgzwaarte passen en vindt bij voorkeur plaats in de directe omgeving van de patiënt.
- ▶ Stoppen-met-rokenzorg kan in de tweede lijn verstrekt worden, bijvoorbeeld door het opzetten van een gespecialiseerde rookstoppoli.

### Informatie over roken en stoppen-met-rokenzorg

- ▶ Bespreek roken en stoppen met roken bij iedere patiënt en documenteer dit in het elektronisch patiëntendossier.
- ▶ Met het ‘Very Brief Advice’ kan in minder dan een minuut een kort stopadvies gegeven worden, al heeft een uitgebreider stopadvies de voorkeur.
- ▶ Zorg voor goede lokale informatievoorziening om het stoppen met roken bespreekbaar te maken (bijvoorbeeld met wachtkamerfilmpjes).

### Doorverwijzing

- ▶ Zorg voor kwaliteit en voldoende kennis in het traject van doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg (bijvoorbeeld door inzet van een stoppen-met-rokenconsulent).
- ▶ Zorg voor een vorm van *warme* verwijzing bij doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg.

### Inhoud van stoppen-met-rokenzorg

- ▶ Zorg voor een goed overzicht van beschikbare stoppen-met-rokenzorg, zowel lokaal, landelijk als online (behandelcoaches die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken).

### Terugkoppeling van stoppen-met-rokentraject

- ▶ Zorg voor terugkoppeling aan de verwijzer en rapporteer de uitkomst van de behandeling bij stoppen met roken. Bij voorkeur gestandaardiseerd en via het elektronisch patiëntendossier.

### H3 Personele en functionele aspecten

#### **Stoppen-met-rokenambassadeur: aanjager**

- ▶ Stel een stoppen-met-rokenambassadeur aan in elk tweedelijns-instituut (een zorgverlener, zoals een arts/verpleegkundige, of een beleidsmedewerker).
- ▶ Zorg voor draagvlak voor stoppen met roken binnen alle gremia van een tweedelijnsinstituut (raad van bestuur, medische staf, ondernemingsraad, cliëntenraad).
- ▶ Zorg voor aansluiting bij ontwikkelingen rondom stoppen met roken, zoals landelijke projecten, campagnes, en lokale preventieakkoorden.

---

#### **Stoppen-met-rokenconsulent: uitvoerder**

- ▶ Stel een functionaris (bijvoorbeeld een stoppen-met-rokenconsulent) aan waar alle zorgverleners patiënten die willen stoppen met roken makkelijk naar kunnen doorverwijzen. Deze functionaris kan deel uitmaken van een leefstijlzorgloket, maar heeft hiervoor wel specifieke vaardigheden en kennis van hulp bij stoppen met roken nodig.

---

#### **Zichtbaarheid van stoppen met roken in het ziekenhuis**

- ▶ Zorg voor zichtbaarheid van (het belang van) stoppen met roken, zowel in de spreekkamer als op andere plaatsen in het ziekenhuis of zorginstelling in zowel de klinische- als poliklinische setting, als ook binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.
- ▶ Leg een werkwijze voor benadering van stoppen met roken vast in een protocol, zowel voor de klinische als poliklinische setting.

---

#### **Structuur m.b.t. toeleiding en informatie-uitwisseling**

- ▶ Leg bij iedere patiënt de rookstatus en het stoppen-met-rokenadvies vast in het elektronisch patiëntendossier. Bij voorkeur gestandaardiseerd aan de hand van kwaliteitsindicatoren beschreven in de Zorgstandaard, zodat deze teruggekoppeld kunnen worden op een geaggregeerd niveau in de regio of op landelijk niveau.
  - ▶ Zorg voor een ‘warme’ doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg, dit kan ook via het elektronisch patiëntendossier.
-



#### H4 Financieel kader van stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn

- ▶ De mogelijkheden voor het inzetten van vergoeding van stoppen-met-rokenzorg als zorgprestatie worden onvoldoende benut binnen de tweede lijn.
- ▶ Daar waar de bestaande financiering (door middel van dbc-zorgproducten) onvoldoende ruimte biedt voor *toeleiding* naar stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn (zoals dat door een stoppen-met-rokenconsulent uitgevoerd kan worden), zijn er vaak wel mogelijkheden voor tijdelijke bekostiging. Bijvoorbeeld in de vorm van experimenten, een facultatieve prestatie of interne subsidies.





## Inleiding

### 1.1 Aanleiding handboek

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland (2). Vrijwel alle medisch specialisten behandelen patiënten met aandoeningen die veroorzaakt zijn door roken of waarvan de prognose of het herstel nadelig beïnvloed wordt door roken. Stoppen met roken is voor vele ziektebeelden de meest effectieve preventieve maatregel (3). Stoppen met roken is echter een onderbelicht onderwerp in de spreekkamer. Dit komt mede doordat zorgverleners weinig tijd hebben om het gesprek over roken aan te gaan en doordat veel zorgverleners denken dat de patiënt niet gemotiveerd is om hierover te praten (4,5). Daarnaast is er vaak een gebrek aan goede organisatie van stoppen-met-rokencare vanuit de tweede lijn, bijvoorbeeld doordat mogelijkheden voor directe verwijzing naar stoppen-met-rokencare ontbreken, of doordat zorgverleners hier niet van op de hoogte zijn.

Dat veel zorgverleners denken dat de patiënt niet gemotiveerd is om het gesprek over roken aan te gaan is ten onrechte. Uit recent draagvlakonderzoek blijkt dat slechts één op de tien patiënten die roken vindt dat de zorgverlener niet de aangewezen persoon is om een rookstopadvies te geven, en maar liefst 72% vindt dat zij hulp verdienen bij het stoppen met roken (4). Bovendien blijkt uit onderzoek dat de kans dat een rokende patiënt daadwerkelijk stopt 1,5 keer groter is als een arts een stopadvies geeft (6). Door te zwijgen laat de zorgverlener dus een enorm potentieel liggen.

Naast het geven van een stoppen-met-rokenadvies, is het van belang dat de zorgverlener ook de juiste route weet naar stoppen-met-rokencare en dit met de patiënt bespreekt. Goede organisatie van stoppen-met-rokencare vanuit de tweede lijn is daarom essentieel.

## 1.2 Wat is stoppen-met-rokenczorg?

Stoppen-met-rokenczorg vanuit de tweede lijn beschouwen we hier als het proces waarin zorgverleners uit de tweede lijn hun patiënten die roken naar de juiste zorg leiden om stoppen met roken te ondersteunen. Tabaksverslaving wordt tegenwoordig erkend als een (verslavings)ziekte waar behandeling voor geïndiceerd is (7), variërend van zelfzorg tot specialistische behandeling in de verslavingszorg.

Het Partnership Stoppen met Roken ontwikkelde een afwegingskader ‘Doelmatiger zorg Tabaksverslaving’ voor zorgverleners, om patiënten naar de juiste zorg te verwijzen (**Appendix I**). Hier staat beschreven wat de juiste zorg op de juiste plek is voor mensen die willen stoppen met roken. Bij de verschillen de type interventies staan de doelgroep en bijbehorende zorg omschreven. De vier niveaus die hier gehanteerd worden zijn:<sup>3</sup>

- 1 Zelfzorg
- 2 Standaardzorg (adviseren en motiveren)
- 3 Begeleiding
- 4 Behandeling in de verslavingszorg

Binnen het kader van dit handboek wordt er met name gekeken naar de standaardzorg en de toeleiding naar begeleiding.

## 1.3 Doel handboek

Het doel van dit handboek is om tweedelijnsinstellingen handvatten te bieden om stoppen-met-rokenczorg lokaal goed te organiseren. Wanneer stoppen-met-rokenczorg meer gestructureerd ingebed wordt, zullen zorgverleners meer gebruik maken van de beschikbare methodes en hulpmiddelen. Dit handboek is geen bindende richtlijn, maar geeft instellingen adviezen over hoe de huidige situatie verbeterd kan worden en wat daar voor nodig is met betrekking tot organisatie, logistiek en financiering. Hiertoe zullen ‘best practices’ als referentie dienen. Een best practice is een werkmethode of interventie die wordt beschouwd als effectiever ten opzichte van de standaardmethode. De principes van dit handboek zijn gericht op de behandeling van tabaksverslaving (zie **Appendix II** voor toelichting e-sigaretten) en zijn ook van toepassing op de derde lijn (zie **Hoofdstuk 2.7**).

3 Momenteel werkt het Partnership aan een nieuwe versie van het afwegingskader waar ‘SMR-extra’ aan niveau 3 toegevoegd zal worden (3a: ‘standaard intensieve begeleiding’ en 3b ‘extra intensieve begeleiding’).



## Patiënten in de tweede lijn die roken

### 2.1 Doelgroep voor stoppen-met-rokencare vanuit de tweede lijn

Alle rokende patiënten binnen de tweede lijn vormen een geschikte doelgroep voor het starten van een stoppen-met-rokentraject. Deze patiënten komen in een ziekenhuis of zorginstelling met een specifieke hulpvraag bij een (mogelijke) ziekte/aandoening en er volgt vaak een diagnostisch of behandeltraject. Door hun (mogelijke) ziekte zijn ze meestal meer gemotiveerd om te stoppen met roken. Medische zorgverleners zijn daarnaast vaak intrinsiek bereid rokende patiënten te motiveren om te stoppen, simpelweg omdat zij goede gezondheid nastreven. Een bezoek aan een ziekenhuis of zorginstelling is dus een belangrijk moment om stoppen met roken bespreekbaar te maken. Bovendien impliceert een eventuele opname in het ziekenhuis of zorginstelling een (onvrijwillige) rookvrije episode voor een rokende patiënt.

### 2.2 Ziekenhuis als locatie voor stoppen-met-rokencare

Stoppen-met-rokencare kan zowel binnen als buiten het ziekenhuis georganiseerd worden. De (fysieke) aanwezigheid van stoppen-met-rokencare in het ziekenhuis of instelling heeft als voordeel dat er snelle informatieoverdracht mogelijk is en er een directe aansluiting is van het stoppen-met-rokengesprek naar eventuele stoppen-met-rokencare. Daarnaast voelen patiënten die in het ziekenhuis behandeld worden waarschijnlijk een lagere drempel tot stoppen-met-rokencare wanneer deze care in of via het ziekenhuis aangeboden wordt. Ook biedt de directe aanwezigheid van stoppen-met-rokencare in een ziekenhuis kansen voor het opzetten van zogenaamde 'prehabilitatie trajecten' voorafgaand

aan (chirurgische) interventies. Specifiek binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of verslavingszorg kan stoppen-met-rokenzorg geïntegreerd worden in de al bestaande behandeling. Voorbeelden van goed opgezette stoppen-met-rokenzorg in het ziekenhuis zijn de rookstoppoli's van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk (**Appendix III.1** voor best practice) en het Flevoziekenhuis in Almere (**Appendix III.2** voor best practice). Zie ook het [overzicht van alle stoppen-met-rokenpoli's](#).

Stoppen-met-rokenzorg in of via de tweede lijn kan echter ook nadelen hebben. Niet alle patiënten willen meer tijd dan nodig in een ziekenhuis doorbrengen. Mentale en fysieke aspecten kunnen hierbij een rol spelen, maar ook basale zaken als tijdsinspanning (stoppen met roken is vaak een langdurig proces), voorhanden zijn van begeleiding (indien iemand niet zelfstandig kan komen), en reisen en parkeerkosten. Het is daarom belangrijk om per patiënt te kijken naar 'de juiste zorg op de juiste plek'. De stoppen-met-rokenzorg moet daarnaast ook bij de zorgzwaarte passen (**Appendix I**). Een stoppen-met-rokenconsulent of leefstijlloket met daarin een specifiek traject voor begeleiding bij stoppen-met-roken (buiten het ziekenhuis) kan daarbij nuttig zijn (zie **Hoofdstuk 3.2**).

Indien mogelijk lijkt het aanbieden van stoppen-met-rokenzorg in de directe omgeving van de patiënt de voorkeur te hebben. Stoppen-met-rokenbegeleiding kan dan bijvoorbeeld gegeven worden binnen de huisartsenpraktijk. Het voordeel hiervan is dat de patiënt de zorg kan ontvangen in een vertrouwde omgeving en in de buurt. Er zijn ook mooie voorbeelden waarin vanuit de huisartsenpraktijk (zorggroep) nauw samengewerkt wordt met ziekenhuizen (**Appendix III.2**). Niet elke huisartsenpraktijk biedt echter (uitgebreide) stoppen-met-rokenzorg aan. Patiënten kunnen voor begeleiding in hun leefomgeving ook terecht bij een vrijgevestigde stoppen-met-rokencoach of een organisatie voor stoppen-met-rokenzorg.

Voor alle aanbieders geldt dat de stoppen-met-rokenzorg zowel face-to-face, online, als telefonisch kan plaatsvinden. Het voordeel van online interventies en telefonische coaching is dat er geen reistijd is. Een goed voorbeeld van telefonische coaching is de interventie 'Rookvrije Ouders', welke specifiek ontwikkeld is voor (toekomstige) ouders (**Appendix III.3** voor best practice). Het is overigens van belang dat een stoppen-met-rokencoach is ingeschreven in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#). Wanneer er in dit handboek gesproken wordt over een 'erkende stoppen-met-rokencoach', wordt er een coach bedoeld die is ingeschreven in dit register.

### Aanbevelingen

- ▶ Bij stoppen-met-rokenzorg moet er nauwkeurig gekeken worden naar 'de juiste zorg op de juiste plek'. De stoppen-met-rokenzorg moet bij de zorgzwaarte passen en vindt bij voorkeur plaats in de directe omgeving van de patiënt.
- ▶ Stoppen-met-rokenzorg kan in de tweede lijn verstrekt worden, bijvoorbeeld door het opzetten van een gespecialiseerde rookstoppoli.

## 2.3 Informatie over roken en stoppen-met-rokenzorg

De zorgverlener dient in vrijwel alle situaties de rookstatus van de patiënt uit te vragen en deze te documenteren in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Wanneer een patiënt rookt, dan is er vrijwel altijd winst te behalen als de patiënt stopt met roken, vanwege het gunstige effect op het ziektebeloop en behandeluitkomsten. Daarom is het voor de zorgverlener belangrijk en heel logisch om over stoppen met roken te spreken. De meeste zorgverleners in de tweede lijn zijn echter primair bezig met diagnostiek en behandeling van ziekte en besteden geen tot minimale aandacht aan roken en stoppen met roken. Veelgenoemde barrières zijn o.a. het tijdgebrek tijdens een medisch consult, niet weten hoe een stoppen-met-rokengesprek te starten en uit te voeren, en het gebrek aan goede informatie, onder andere over verwijsmogelijkheden (5).

Uit een meta-analyse op basis van 17 studies in een Cochrane review (6) bleek dat een minimaal stopadvies van een arts (een consult van maximaal 20 min) effectiever is dan geen advies (relatieve risico: 1,66; 95% betrouwbaarheidsinterval: 1,42 tot 1,94). Het percentage dat gestopt was met roken na minimaal zes maanden was ongeveer 8% in de groep die advies van een arts kregen en ongeveer 5% in de groep die geen advies kregen (6).

### VBA/VBA+

Het is dus van belang en het is logisch dat zorgverleners *alle* patiënten die roken een stopadvies geven. Wanneer er tijdens een consult weinig tijd over is om het stoppen met roken bespreekbaar te maken, kan het 'Very Brief Advice' (VBA) mogelijkheden bieden. Het VBA is een methode om in minder dan een minuut een stoppen-met-rokenadvies te geven in drie eenvoudige zinnen en sluit af met een verwijzing naar stoppen-met-rokenbegeleiding (vraag, vertel, verwijs). Een VBA-gesprek kan er als volgt uit zien:

- ▶ *Vraag: “Rookt u?”*
- ▶ *Vertel: “Als u wilt stoppen met roken, dan is de kans dat u slaagt het grootst als u professionele begeleiding krijgt.”*
- ▶ *Verwijs warm: “Ik wil u daarom graag verwijzen naar een goede rookstopbegeleider.”*

Een dergelijk kort stopadvies kan van groot belang zijn vanwege het gemak waarmee deze kan worden toegepast. Iedere zorgverlener kan namelijk het VBA geven. Het Trimbos-instituut biedt een gratis [e-learning](#) aan om zorgverleners te scholen in het geven van een dergelijk advies. In het UMC Groningen is het VBA breed [geïmplementeerd](#) (8). Het is wel een sterke aanbeveling het VBA te laten volgen door een ‘warme’ verwijzing (VBA+) naar de juiste stoppen-met-rokencare (zie **Hoofdstuk 2.4**).

### **Uitgebreider rookstopadvies**

Als een zorgverlener meer tijd heeft, dan heeft een uitgebreider rookstopadvies de voorkeur. Hierbij wordt informatie gegeven over de schadelijkheid van roken in relatie tot de klacht of aandoening waarmee de patiënt zich presenteert en daarmee het belang van stoppen met roken. Bovendien kunnen in dit gesprek ter motivatie de directe kosten van roken (accijnsverhoging), het sociale isolement van rokers (toename rookverboden), meeroken (kleinkinderen, huisdieren), en de gezondheidswinst (bijvoorbeeld preventie van andere rookgerelateerde aandoeningen) besproken worden. De zorgverlener kan hierbij gebruik maken van [motiverende gespreksvoering](#); een techniek die is gericht op het bewust worden van de voor- en nadelen van het eigen gedrag en de bestaande alternatieven. Motiverende gespreksvoering is een bewezen effectieve gesprekstechniek die kan worden toegepast bij patiënten die onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. Het doel is om motivatie voor verandering op te wekken of te versterken, met respect voor de eigen zienswijze en bereidheid van de patiënt. Er zijn [trainingen beschikbaar gericht op het aanleren van motiverende gespreksvoering](#).

Wanneer er een rookstopwens is, is het nuttig om eerdere stoppogingen kort te evalueren en samen na te gaan welke rookstopmethode goed zou aansluiten. Een uitgebreider rookstopconsult kan resulteren in een vervolgspraak bij de desbetreffende zorgverlener (inclusief het afspreken van een stopdatum) óf in een doorverwijzing naar een andere professionele stoppen-met-rokeraanbieder (zie **Hoofdstuk 2.4**). Wanneer de patiënt geen rookstopwens heeft, is het van belang te benoemen dat hij te allen tijde zich kan bedenken en dan alsnog aanvullende informatie kan krijgen.

Om dit informatieve gesprek zo effectief mogelijk te laten verlopen, is het bevorderlijk als het ziekenhuis toegankelijke en goed leesbare informatie over stoppen met roken faciliteert. Voorbeelden hiervan zijn websites (ikstopnu.nl, [rookvrijezorg.com](http://rookvrijezorg.com)), filmpjes, (digitale) folders, zakkaartjes of bijvoorbeeld informatie op schermen in wachtkamers (voor voorbeelden zie de [Toolkit Rookvrije Zorg](#)).

### Aanbevelingen

- ▶ **Bespreek roken en stoppen met roken bij iedere patiënt en documenteer dit in het elektronisch patiëntendossier.**
- ▶ **Met het ‘Very Brief Advice’ kan in minder dan een minuut een kort stopadvies gegeven worden, al heeft een uitgebreider stopadvies de voorkeur.**
- ▶ **Zorg voor goede lokale informatievoorziening om het stoppen met roken bespreekbaar te maken (bijvoorbeeld met wachtkamerfilmpjes).**

## 2.4 Doorverwijzing

Veel zorgverleners en instellingen binnen de tweede lijn leveren zelf geen stoppen-met-rokenzorg. Hierdoor vindt er doorgaans een doorverwijzing plaats. Veel stoppen-met-rokenbegeleiding wordt geboden door huisartsen en uitgevoerd door POH's. In toenemende mate wordt er stoppen-met-rokenzorg aangeboden door vrijgevestigde stoppen-met-rokencoaches en organisaties.

De beschikbaarheid en vindbaarheid van stoppen-met-rokenzorg is echter nog niet altijd optimaal. Niet iedere huisartsenpraktijk biedt stoppen-met-rokenzorg en de inhoud daarvan kan per praktijk verschillen. Het is daardoor vaak lastig om vanuit de patiënt-zorgverlener relatie binnen de tweede lijn, de patiënt naar de juiste stoppen-met-rokenzorg in de eerste lijn te verwijzen. Daarnaast is het onduidelijk wie binnen de tweede lijn verantwoordelijk is voor doorverwijzing van de patiënt en verschillen patiënten in hulpvraag en rookhistorie. De inschatting van de zorgbehoefte is dus van belang, waarvoor kennis, kunde en tijd vaak ontbreekt in het directe patiëntencontact binnen de tweede lijn.

Structuur en kwaliteit in de toeleiding naar de juiste stoppen-met-rokenzorg is dus belangrijk. Het werkt bevorderlijk wanneer er een technische, simpele wijze van doorverwijzen naar stoppen-met-rokenbegeleiding voorhanden is (bijvoorbeeld via het EPD, zie **Hoofdstuk 3.4**).



Bovendien lijkt een ‘warme’ verwijzing bij te dragen aan het succes en de kwaliteit van het stoppen-met-rokentraject. Bij een warme verwijzing neemt de zorgverlener het initiatief om de patiënt direct te verbinden met een stoppen-met-rokenbegeleider. Dit kan bijvoorbeeld door de contactgegevens van de patiënt door te sturen naar de huisarts/POH of een stoppen-met-roken coach zodat deze proactief een afspraak kan maken met de patiënt. Uit een systematische review bleek dat rokende patiënten vaker een behandeling starten wanneer zij warm worden doorverwezen naar professionele hulp (9). De gerandomiseerde controle studie van Vidrine et al. (2013) liet bijvoorbeeld zien dat 28,2% van de verwezen rokers een stoppen-met-rokenbehandeling gestart was wanneer de stoppen-met-rokencoach contact met de patiënt opnam, in vergelijking met 1,6% wanneer de patiënt de afspraak zelf moest verzorgen (10).

Om deze warme verwijzing onder zorgverleners te stimuleren is de [Very Brief Advice+ \(VBA+\)](#) methode ontwikkeld, welke een uitbreiding is op de VBA methode. Dit warm verwijzen is het vernieuwende aspect aan deze methode. Een door het Trimbos-instituut ontwikkelde [bureaubalk VBA+](#) en [zakkaartje](#) helpen zorgverleners het gesprek aan te gaan over roken en warm te verwijzen naar professionele hulp. Het [Kwaliteitsregister Stoppen met roken](#) en de [Hulp in de buurt-kaart](#) van [www.ikstopnu.nl](http://www.ikstopnu.nl) geven een overzicht van het aanbod aan stoppen-met-rokencoaches in de regio om naar te verwijzen.

Binnen het ziekenhuis kan het inschatten van de zorgzwaarte en het verzorgen van een warme verwijzing naar passende stoppen-met-rokenzorg worden toebedeeld aan een specifieke functionaris; bijvoorbeeld een stoppen-met-rokenconsulent (zie **Hoofdstuk 3.2** en **Appendix III.4**). Wanneer een ziekenhuis hier de mogelijkheid niet voor heeft, is een stoppen-met-rokenadvies aan de patiënt met een doorverwijzing in ieder geval zinvol. Een afspraak voor terugkoppeling of het stoppen-met-rokentraject gelukt is en/of de juiste hulp verkregen is van belang ter motivatie van de verwijzer en het aanbieden van aanvullend stoppen-met-roken zorg bij terugval (zie **Hoofdstuk 2.6**).

---

### Aanbevelingen

- ▶ Zorg voor kwaliteit en voldoende kennis in het traject van doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg (bijvoorbeeld door inzet van een stoppen-met-rokenconsulent).
  - ▶ Zorg voor een vorm van warme verwijzing bij doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg.
-

## 2.5 Inhoud van stoppen-met-rokenzorg

Niet iedereen heeft intensieve hulp bij stoppen met roken nodig. Voor een aantal patiënten volstaat een gesprek met een stoppen-met-rokenadvies, gegeven door een zorgverlener of bijvoorbeeld een stoppen-met-rokenconsulent (**Appendix I: Motiveren/Adviseren**). Voor anderen is er een coachingstraject (**Appendix I: Coaching**) of intensieve verslavingszorg nodig (**Appendix I: Verslavingszorg**). Er zijn meerdere aspecten van belang die noodzakelijk zijn voor het leveren van de juiste stoppen-met-rokenzorg. Het traject wordt bij voorkeur aangepast aan de specifieke situatie en wens van de patiënt. Daarnaast is het belangrijk dat er gekeken wordt naar de motivatie van de patiënt en dat er extra aandacht geschonken wordt aan categorieën patiënten bijvoorbeeld met een lage sociaaleconomische positie, zwangere vrouwen, patiënten met psychische klachten en patiënten met andere verslavingen.

De richtlijn '*Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning*' adviseert gedragsmatige ondersteuning op maat, eventueel in combinatie met farmacologische middelen (7). Er zijn verschillende opties voor gedragsmatige stoppen-met-rokenondersteuning, zoals individuele begeleiding, groepsbegeleiding of telefonische begeleiding. Het is belangrijk dat de stoppen-met-rokenbegeleiding die wordt aangeboden wel 'evidence based' is. Deze wordt meestal vergoed, zonder aantasting van het eigen risico. Andere mogelijkheden (bijvoorbeeld hypnotherapie, lasertherapie of acupunctuur) worden vaak niet vergoed. Overigens, bij rokers die geen behoefte hebben aan intensieve professionele begeleiding, kunnen zelfhulpmaterialen aangeboden worden.

---

### Aanbevelingen

- ▶ **Zorg voor een goed overzicht van beschikbare stoppen-met-rokenzorg, zowel lokaal, landelijk als online (behandelcoaches die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken).**
- 

## 2.6 Terugkoppeling van het stoppen-met-roken traject

Preventie en het behandelen van risicofactoren is in toenemende mate onderdeel van de opleiding van medische professionals en wordt in toenemende mate opgenomen in richtlijnen, behandeltrajecten en protocollen. Roken is de belangrijkste vermijdbare risicofactor voor vele ziektes en stoppen met roken geeft verbetering in herstel.

Toch is stoppen met roken niet een ‘populair’ onderwerp voor medisch specialisten om te bespreken tijdens een consult. Eén van de redenen waarom zorgverleners niet over stoppen met roken praten is het in hun ogen vaak teleurstellende resultaat van een stoppen-met-rokenpoging. Terugkoppeling van successen van het stoppen-met-roken traject naar de verwijzer zou een stimulans kunnen vormen om patiënten vaker te verwijzen. Een succes in stoppen met roken kan stimulerend werken voor de aanvrager en een niet geslaagde poging kan eventueel ook bijdragen aan het aanbieden van hulp bij terugval. Een goede en makkelijk te gebruiken structuur in informatievoorziening en terugkoppeling is hierbij belangrijk. Idealiter wordt dit geïmplementeerd binnen het EPD (zie **Hoofdstuk 3.4**).

### Aanbevelingen

- ▶ **Zorg voor terugkoppeling aan de verwijzer en rapporteer de uitkomst van de behandeling bij stoppen met roken. Bij voorkeur gestandaardiseerd en via het elektronisch patiëntendossier.**

## 2.7 Toepassing handboek in de derde lijn

De principes in dit handboek zijn geschreven voor patiënten die zich bevinden in de tweede lijn, maar dit handboek is ook van toepassing in de derde lijn. De derde lijn is dat deel van de (curatieve) zorg waar hoog complexe zorg wordt geleverd. Vaak betreft het academische ziekenhuizen en gespecialiseerde centra. Uiteraard worden ook in de derde lijn patiënten die roken gezien en behandeld door zorgverleners. Wel zijn er specifieke aandachtspunten voor stoppen met roken binnen de derde lijn:

- ▶ Chronische zorg wordt meestal in de tweede- en eerste lijn gegeven. De behandelrelatie is vaak korter in de derde lijn; patiënten worden dan na een kort diagnostisch- of behandeltraject terugverwezen. Door de korte behandelduur kan het adviseren en verwijzen om te stoppen met roken mogelijk minder vanzelfsprekend zijn.
- ▶ Patiënten komen in de derde lijn vaak van buiten de regio van het betreffende centrum, zodat verwijzing naar stoppen-met-rokenzorg niet makkelijk of praktisch uitvoerbaar kan zijn. Dit maakt de inzet van een stoppen-met-rokenconsulent met verwijzing naar stoppen-met-rokenzorg in de regio van de patiënt een aantrekkelijke oplossing om ook voor deze patiënten de juiste zorg op de juiste plaats te bewerkstelligen (zie **Hoofdstuk 3.2** en **Appendix III.4**).
- ▶ Bepaalde behandelingen binnen de derde lijn worden alleen gegeven indien een patiënt gestopt is met roken, bijvoorbeeld

longvolumereductiebehandeling bij patiënten met ernstig COPD of een longtransplantatie. Alvorens een patiënt in aanmerking kan komen voor een dergelijk behandeltraject, zal er in de eerste en/of tweede lijn al aandacht besteed moeten worden aan stoppen met roken.



## Personele en functionele aspecten

Bij het opzetten van een succesvol stoppen-met-rokentraject vanuit de tweede lijn kunnen verschillende personen een belangrijke rol spelen. Besproken worden de:

- ▶ Stoppen-met-rokenambassadeur (arts, verpleegkundige of beleidsmedewerker)
- ▶ Stoppen-met-rokenconsulent (consulent, gespecialiseerd verpleegkundige)

### 3.1 Stoppen-met-rokenambassadeur: aanjager

Om het belang van stoppen met roken goed in te bedden in het ziekenhuis of instelling, is allereerst zichtbaarheid van het belang. Een goede kapstok hiervoor is het rookvrije ziekenhuis, een afspraak die voortkomt uit het Nationaal Preventieakkoord (11). Hiermee wordt het ziekenhuis een rookvrije omgeving voor patiënt, medewerker én bezoeker. Een stoppen-met-rokenambassadeur kan letterlijk het gezicht zijn van een rookvrij ziekenhuis, in ieder geval in de fase waarin een ziekenhuis stoppen-met-rokenbeleid aan het ontwikkelen is, en daarna voor het bestendigen van beleid en het aanjagen van initiatieven. Voor inspiratie, zie [Rookvrije Zorg | Rookvrije Zorginstellingen \(Appendix III.5 - best practice Amsterdam UMC\)](#) en de NVZ-publicatie '[De zorg rookvrij – Frisse ambities in een weerbarstige praktijk](#)'.

#### Interne en externe verbindingen leggen

Een belangrijke rol van de ambassadeur is het zoeken van verbinding met interne en externe betrokkenen. Bijvoorbeeld met de raad van bestuur voor het opstellen van beleid, met de medische staf om collega's te activeren, protocollen op te stellen en mee te nemen in de ontwikkelingen, of met een projectteam om interne processen en communicatie goed af te stemmen. Maar ook met partijen buiten het

ziekenhuis, bijvoorbeeld om transmurale stoppen-met-rokenzorg te organiseren of een netwerk op te bouwen om patiënten (en eventueel rokende medewerkers) te kunnen verwijzen vanuit het ziekenhuis (**Appendix III.2 - best practice Almere**).

### Projectmatige aanpak

Het goed organiseren van stoppen-met-rokenzorg vraagt om een projectmatige aanpak. Betrokkenheid vanuit meerdere lagen van de organisatie vergroot de kans van slagen. De raad van bestuur is nodig om de randvoorwaarden te creëren voor een geslaagd project: het kunnen inrichten van een projectteam, tijdsbesteding en financiële middelen. De grootte van een projectteam zal verschillen, afhankelijk van de grootte en het profiel van het ziekenhuis. Belangrijk is dat de leden intrinsiek gemotiveerd zijn om stoppen-met-rokenzorg te organiseren, te vertalen naar de praktijk en uit te dragen. De ambassadeur kan ook hier een belangrijke rol spelen: het om zich heen verzamelen van gemotiveerde medestanders. Overigens geldt voor de rol van ambassadeur dat dit één vast persoon kan zijn, een commissie voor onbepaalde tijd of een roulerende functie, afhankelijk van de voorkeur van de instelling en betrokkenen.

### Aansluiting bij actuele ontwikkelingen

In navolging van het Nationale Preventieakkoord (11) is er een beweging ontstaan van landelijke platforms en lokale initiatieven rondom het onderwerp roken. Deze platforms en initiatieven kunnen zeer behulpzaam zijn om in het ziekenhuis aandacht te vragen voor stoppen-met-rokenzorg. Hiermee plaatst de ambassadeur de boodschap voor rookvrije zorg in een bredere maatschappelijk ontwikkeling. Dat kan helpen bij de acceptatie van stoppen-met-rokenzorg en beleid door collega's en patiënten.

Bij platforms en initiatieven valt te denken aan:

- ▶ Lokale preventieakkoorden;
- ▶ Landelijke projecten zoals de [Taskforce Rookvrije start](#) en [Rookvrije Zorg](#);
- ▶ De campagne '[Rookvrije Generatie](#)' een initiatief van de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij;
- ▶ De [coalitie: Leefstijl in de zorg](#)
- ▶ Beroepsverenigingen met een visie op rookvrije zorg, zoals de vereniging [Arts & Leefstijl](#);
- ▶ [Platform stoppen met roken](#);
- ▶ [Green Deal Zorg, gezonde leefomgeving](#);
- ▶ WHO-wereld niet rokendag op 31 mei en de [Stoptober](#)-campagne in oktober.

### Aanbevelingen

- ▶ Stel een stoppen-met-rokenambassadeur aan in elk tweedelijnsinstituut (een zorgverlener, zoals een arts/ verpleegkundige, of beleidsmedewerker).
- ▶ Zorg voor draagvlak voor stoppen met roken binnen alle gremia van een tweedelijnsinstituut (raad van bestuur, medische staf, ondernemingsraad, cliëntenraad).
- ▶ Zorg voor aansluiting bij ontwikkelingen rondom stoppen met roken, zoals landelijke projecten, campagnes en lokale preventieakkoorden.

## 3.2 Stoppen-met-rokenconsulent: uitvoerder

Naast een ambassadeur is het bevorderlijk dat er een functionaris is die praktisch de stoppen-met-rokenzorgvraag opvangt en verwerkt: een ‘casemanager’. Het is belangrijk dat er een werkwijze wordt afgesproken over het begeleiden van de patiënt vanaf het stoppen-met-rokenadvies in de spreekkamer tot aan de feitelijke stoppen-met-rokenbegeleiding. In deze werkwijze staat beschreven wie welke rol vervult en welke acties uitvoert. Een zuiver administratieve handeling kan bij een polimedewerker belegd worden. Voor een warme overdracht kan een ziekenhuis een stoppen-met-rokenconsulent aanstellen.

Alle zorgverleners kunnen patiënten die roken (eventueel eenvoudig via het EPD) doorsturen naar een stoppen-met-rokenconsulent. Een stoppen-met-rokenconsulent helpt patiënten op weg naar de juiste stoppen-met-rokenzorg en verwijst, met een warme verwijzing, naar de stoppen-met-rokenzorg waarvan wetenschappelijk bewezen is dat deze helpt (**Appendix III.4 - best practice Ede**). Het voordeel van het inschakelen van een stoppen-met-rokenconsulent is dat deze actief contact legt met de patiënt en dat het initiatief niet bij de roker zelf ligt. Deze rol kan op verschillende manieren en door verschillende medewerkers ingevuld worden, bijvoorbeeld door een gespecialiseerd verpleegkundige. Belangrijk is dat de consulent specifieke vaardigheden en kennis van hulp bij stoppen met roken heeft. De stoppen-met-rokenconsulent kan individueel werken of verbonden zijn aan een leefstijlzorgloket.

### Leefstijlzorgloket

De stoppen-met-rokenconsulent kan werkzaam zijn binnen een ‘leefstijlzorgloket’. Steeds vaker worden er leefstijlzorglokets opgezet in ziekenhuizen, hoewel vaak nog in pilot stadium met veel variatie in de praktijk. Het leefstijlzorgloket vormt een brug tussen het ziekenhuis

en de eerste/nulde lijn. Patiënten kunnen hiernaar verwezen worden via artsen of verpleegkundig specialisten. Bij een leefstijlzorgloket wordt het netwerk in/rondom de woonplaats van patiënt gebruikt voor toeleiding naar een (leefstijl)interventie (zie [voorbeeld Erasmus MC](#)). Belangrijk om na te streven is dat het leefstijlzorgloket geen mensen voor leefstijlbegeleiding naar het ziekenhuis toe trekt. Het betreft dus mensen die al in behandeling zijn in het ziekenhuis.

---

#### Aanbevelingen

- ▶ Stel een functionaris (bijvoorbeeld een stoppen-met-rokenconsulent) aan waar alle zorgverleners patiënten die willen stoppen met roken makkelijk naar kunnen doorverwijzen. Deze functionaris kan deel uitmaken van een leefstijlzorgloket, maar heeft hiervoor wel specifieke vaardigheden en kennis van hulp bij stoppen met roken nodig.
- 

### 3.3 Zichtbaarheid van stoppen met roken in het ziekenhuis of zorginstelling

#### 3.3.1 Bij klinische opname / opname spoedeisende hulp

Een presentatie op de spoedeisende hulp, of een opname op een verpleegafdeling, is voor een patiënt vaak een ‘life changing event’. Soms wordt de patiënt voor het eerst geconfronteerd met een ziekte of aandoening, of wordt de ernst ervan pas echt duidelijk tijdens deze gebeurtenis. De wens om zo snel mogelijk beter te willen worden is doorgaans groot. Bovendien kan de patiënt tijdens de opname al niet meer roken. Hier doet zich een uitgelezen kans voor om stoppen met roken ter sprake te brengen en een stoppen met roken traject te starten. Is de roker hiertoe gemotiveerd, dan kan vanuit de klinische opname een stoppen-met-roken traject opgestart worden.

#### Werkwijze en rollen verduidelijken in klinisch protocol

De werkwijze voor stoppen-met-rokenzorg vanuit de klinische setting kan worden vastgelegd in een protocol. Daarin wordt de rol van de verschillende zorgverleners en medewerkers beschreven en hoe de feitelijke verwijzing en begeleiding binnen het ziekenhuis tijdens een klinische opname zou moeten plaatsvinden (zie voor voorbeeld [Richtlijn: UMC Groningen](#)).



Te denken valt aan (zie [richtlijn Tabaksontmoediging in het ziekenhuis](#)):

- ▶ Registratie rookstatus in EPD;
- ▶ Rookstopadvies/VBA (iedere zorgverlener);
- ▶ Rol verpleegkundigen bij stoppen-met-rokenbegeleiding voor de patiënt tijdens verblijf;
- ▶ Beschikbare (digitale) informatiemiddelen stoppen met roken voor de patiënt;
- ▶ Beleid nicotine vervangende middelen (gedurende de opname, als ook bij ontslag in de dag erna);
- ▶ Afspreken van consult bij stoppen-met-rokenconsulent, longverpleegkundige tijdens of na opname of bij huisarts/POH of rookstopcoach buiten het ziekenhuis;
- ▶ Wat de rol van een stoppen-met-rokenconsulent bij ontslag kan zijn (overgang naar stoppen-met-rokenzorg buiten het ziekenhuis).

### 3.3.2 Bij poliklinisch traject

Aandacht voor stoppen met roken kan op meerdere momenten in het poliklinische traject gevraagd worden: in de spreekkamer, maar ook in de wachtruimte of zelfs al tijdens het aanmeldproces. De rookstatus kan uitgevraagd worden tijdens het poliklinisch consult, maar ook via een digitale aanmeldzuil, door een baliemedewerker of via een patiënten portaal.

#### Aandacht voor stoppen met roken in de spreekkamer

Een specialist, arts-assistent of verpleegkundige kan stoppen met roken bespreekbaar maken door te vragen naar de rookstatus, het VBA te geven, of een uitgebreider rookstopadvies te geven. Dit wordt bij voorkeur gevolgd door het bespreken of de patiënt doorverwezen wil worden voor stoppen-met-rokenbegeleiding. Het organiseren van een training voor dergelijke gespreksvoering kan een noodzakelijke stap zijn. De benadering van het stoppen-met-rokentraject in de poliklinische setting kan vastgelegd worden in een werkwijze of protocol om willekeur te voorkomen.

Denk bij een dergelijke werkwijze/protocol aan:

- ▶ Op welke medewerkers is de beschreven werkwijze van toepassing;
- ▶ Registratie rookstatus en stoppen-met-rokenadvies in EPD;
- ▶ Manier van verwijzen (via EPD of polimedewerker);
- ▶ Verwijsmogelijkheden (POH/huisarts, organisatie voor stoppen-met-rokenzorg etc.);
- ▶ De rol van een eventuele stoppen-met-rokenconsulent.

#### Aandacht voor stoppen met roken rond de spreekkamer

Aandacht vragen voor stoppen met roken kan ook via de fysieke omgeving/ruimte waarin de rokende patiënt zich bevindt in het

ziekenhuis of zorginstelling. Vaak is er via een communicatie-afdeling van een ziekenhuis of zorginstelling materiaal over stoppen met roken beschikbaar. Te denken valt aan posters, wachtkamerfilmpjes of folders (voor voorbeelden zie de [Toolkit Rookvrije Zorg](#)).

### 3.3.3 In de GGZ en de verslavingszorg

Het is bekend dat veel patiënten met psychiatrische aandoeningen en patiënten met andere verslavingen roken. Vaak wordt dit als vaststaand gegeven geaccepteerd. Het is van belang dat er zowel in de klinische als ambulante zorg aandacht is voor stoppen met roken (12). Het bespreken van stoppen met roken zou een vast onderdeel moeten worden van de consultvoering. De patiënt dient geïnformeerd te worden over verschillende interacties, zoals die tussen roken enerzijds en medicatie, somberheid en andere verslavingen anderzijds. Net als binnen de spreekkamer in de somatische geneeskunde, kan op verschillende manieren roken en stoppen met roken besproken worden binnen GGZ en verslavingszorginstellingen. Dit kan variëren tot vragen naar rookstatus, het VBA geven, tot het gericht vragen of iemand doorverwezen wil worden voor stoppen-met-rokenbegeleiding en naar welke vorm. Bij patiënten met psychiatrische aandoeningen en voor patiënten met ook andere verslavingen zal er eerder een intensiever traject nodig zijn (**Appendix I**). Voor patiënten die (verplicht) zijn opgenomen is een handreiking verschenen ([Nieuwe leidraad: rookvrije ggz in de context van verplichte zorg](#)).

#### Aanbevelingen

- ▶ Zorg voor zichtbaarheid van (het belang van) stoppen met roken, zowel in de spreekkamer als op andere plaatsen in het ziekenhuis of zorginstelling in zowel de klinische- als poliklinische setting, als ook binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.
- ▶ Leg een werkwijze voor benadering van stoppen met roken vast in een protocol, zowel voor de klinische als poliklinische setting.

## 3.4 Structuur m.b.t. toeleiding en informatie-uitwisseling

### Monitoren van de rookstatus en het stoppen-met-rokenadvies

Binnen de verschillende ziekenhuis registratiesystemen is er vaak een plek aanwezig waar de rookstatus vastgelegd kan worden (**Appendix III.6 - best practice AVL**). De rookstatus kan bijvoorbeeld eenvoudig worden uitgevraagd en vastgelegd door een polimedewerker, bij voorkeur bij inschrijving of een eerste zorgcontact. Vervolgens kan de behandelaar (of een stoppen-met-roken-consulent) ook de

rookhistorie, begeleiding, en risicofactoren voor het wel/niet slagen van een stoppen-met-rokenpoging (o.a. rokende familieleden, sociale kwetsbare situatie, weinig intrinsieke motivatie) vastleggen in het EPD. De rookgeschiedenis kan bijvoorbeeld van belang zijn in het beoordelen, analyseren en evalueren van interventies en behandeltrajecten in stoppen-met-rokenzorg. Een koppeling van informatie uit de diverse 'lijnen' lijkt hierbij van belang. Dat laatste is echter in de praktijk een lastig aspect van ICT systemen in de zorg.

Het vastleggen van terugval na een stoppen-met-rokenpoging is van belang om aan te sturen op aanvullende stoppen-met-rokenzorg. Daarnaast kan het vastleggen en terugkoppelen van successen een stimulans vormen voor zorgverleners om vaker het stoppen-met-rokengesprek aan te gaan en patiënten door te verwijzen. Daarom is goede monitoring van het traject en het beloop van stoppen-met-rokenzorg noodzakelijk. Er zijn kwaliteitsindicatoren voor de stoppen-met-rokenzorg beschreven in de Zorgstandaard Tabaksverslaving (1). Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg die een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Voorbeelden van kwaliteitsindicatoren zijn *'het percentage patiënten waarvoor de rookstatus is vastgelegd'* en *'het percentage rokende patiënten dat in de afgelopen 12 maanden een stopadvies heeft gekregen'*. Wanneer deze indicatoren per ziekenhuis worden gemonitord, kunnen deze teruggekoppeld worden op een geaggregeerd niveau in de regio of op landelijk niveau.

#### Warm doorverwijzen via het EPD

Naast het vastleggen van de rookstatus en stoppen-met-rokenadvies, biedt het EPD de mogelijkheid tot snelle verwijzing naar stoppen-met-rokenzorg, eventueel via een stoppen-met-rokenconsulent. Op deze wijze kan een verwijzer zonder veel moeite na een stopadvies of een VBA direct en toch warm doorverwijzen via het EPD (**Appendix III.7 – best practice Chronisch ZorgNet**).

---

#### Aanbevelingen

- ▶ Leg bij iedere patiënt de rookstatus en het stoppen-met-rokenadvies vast in het elektronisch patiëntendossier. Bij voorkeur gestandaardiseerd aan de hand van kwaliteitsindicatoren beschreven in de Zorgstandaard, zodat deze teruggekoppeld kunnen worden op een geaggregeerd niveau in de regio of op landelijk niveau.
  - ▶ Zorg voor een warme doorverwijzing naar stoppen-met-rokenzorg, dit kan ook via het elektronisch patiëntendossier.
-



## Financieel kader van stoppen-met-rokenzorg vanuit de tweede lijn

Om stoppen-met-rokenzorg in of vanuit de tweede lijn goed te organiseren is gestructureerde financiering noodzakelijk. Er bestaan afspraken over financiering van stoppen-met-rokenzorg. Deze afspraken zijn met name toepasbaar binnen de eerste lijn, maar worden niet toegepast binnen de tweede lijn omdat zij vaak niet binnen de dbc-structuur passen en/of hiervoor ontoereikend zijn. Zoals beschreven in **Hoofdstuk 2** en **Hoofdstuk 3**, kan de tweede lijn een belangrijke rol spelen in de ‘toeleiding’ naar de juiste stoppen-met-rokenzorg, bijvoorbeeld door inzet van een stoppen-met-rokenconsulent. De betaling van deze toeleiding hoort dan ook structureel en breed geregeld te zijn. Helaas is dit ten tijde van het schrijven van dit handboek nog niet het geval. In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige financieringsmogelijkheden voor stoppen-met-rokenzorg en worden mogelijkheden voor financiering van toeleiding naar stoppen-met-rokenzorg besproken.

### 4.1 Om welke zorg gaat het?

Stoppen-met-rokenzorg is inhoudelijk vastgelegd in:

- ▶ De huidige [Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022](#) (1) opgesteld door de stichting Partnership Stoppen met roken. Deze zorgstandaard omschrijft functioneel de norm voor de zorg bij de zorgvraag stoppen met roken. De zorgstandaard bevat een zorginhoudelijke en organisatorische uitwerking van het programma. De standaard dient om cliënten inzicht te geven in kwaliteitsnormen en faciliteert verzekeraars en aanbieders bij het sluiten van overeenkomsten.

- ▶ De nu geldende [Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving stoppen met roken ondersteuning Herziening 2016 \(7\)](#), het addendum [Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen \(13\)](#) en de [Richtlijn Tabaksontmoediging in het ziekenhuis \(14\)](#).
- ▶ De [NHG-behandelrichtlijn Stoppen met roken \(15\)](#).

Het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken wordt uitgevoerd door zorgprofessionals die gespecialiseerd zijn in stoppen-met-rokenzorg en geregistreerd staan in het Kwaliteitskader Stoppen met Roken. Deze begeleiding (het stoppen-met-rokenprogramma) wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. In artikel 2.5b van het Besluit zorgverzekering staat hierover het volgende beschreven:

- 1** Zorg bij het stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.
- 2** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat het één keer per kalenderjaar volgen van een programma.

De gedragsmatige behandeling bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding. Deze begeleiding richt zich onder andere op inzicht geven in de functie van het rookgedrag, identificatie van moeilijke momenten, voorbereiding op het stoppen, een stopplan opstellen, ondersteuning na het stoppen en terugvalpreventie. Eventueel wordt de gedragsmatige behandeling ondersteund met een farmacologische behandeling. Deze middelen worden voorgeschreven door een daartoe bevoegde zorgverlener, die niet noodzakelijkerwijs dezelfde is als de zorgverlener die de gedragsmatige ondersteuning uitvoert.

Bij gecontracteerde aanbieders is het stoppen-met-rokenprogramma vanaf 1 januari 2020 vrijgesteld van het eigen risico van de zorgverzekering. Dat geldt ook voor de farmacologische ondersteuning die deel uit kan maken van het programma. Zoals gesteld in de wet kan elke verzekerde vanuit de basisverzekering één keer per jaar aanspraak maken op vergoeding van een stoppen-met-roken programma. Dit programma kan uit meerdere onderdelen (waarbinnen meerdere stoppogingen) bestaan, waarbij één partij als hoofdaannemer moet optreden.

Zorg die niet overeenkomt met de Zorgstandaard en de richtlijnen die hierboven worden benoemd, wordt niet vergoed.

## 4.2 Algemene informatie bekostiging

In hoofdstuk 4.3 wordt per sector toegelicht welke bekostigingsmogelijkheden er zijn. Maar in het algemeen geldt grofweg dat de onderdelen adviseren en motiveren uit de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022 momenteel onder de reguliere bekostiging die geldt voor desbetreffende zorgverlener vallen (bijvoorbeeld onderdeel van consultprestaties of dbc-zorgproducten).

Voor de begeleiding (het stoppen-met-rokenprogramma) bestaat aparte bekostiging zoals beschreven in de [Beleidsregel BR/REG-19132 Stoppen-met-rokenprogramma](#). Het programma bestaat altijd uit begeleiding gericht op gedragsverandering en wordt waar nodig aangevuld met farmacologische ondersteuning. Dit is beschreven als zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, verloskundigen en psychologen die plegen te bieden, maar dit is een functionele omschrijving op basis waarvan blijkt dat deze zorg vanuit de zorgverzekeringswet vergoed mag worden. Andere beroepsgroepen mogen het stoppen-met-rokenprogramma ook uitvoeren, mits zij hiertoe bevoegd en bekwaam zijn. Voor het stoppen-met-rokenprogramma geldt een vrij tarief: zorgverzekeraars bepalen in samenspraak met aanbieders de vergoeding. Zie voor een overzicht van de regelingen ook de [informatiekaart](#) die het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) daarover hebben uitgegeven.

## 4.3 Declaratie van stoppen-met-rokenzorg

Zorgaanbieders kunnen zorg voor stoppen-met-roken via verschillende routes in rekening brengen. Er bestaan geen aparte prestaties voor kortdurende stopadviezen of kortdurende motiverende interventies. Deze zorg valt onder de reguliere zorgverlening van zorgverleners zoals medisch specialisten en wordt gedeclareerd als onderdeel van de reguliere prestaties (bijvoorbeeld als onderdeel van de zorgactiviteit voor polikliniekbezoek).

### Stoppen-met-rokenbegeleiding in de huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk kan begeleiding bij het stoppen met roken plaatsvinden. Deze stoppen-met-roken begeleiding als systematische interventie behoort tot het aanvullend aanbod (zie [Aanbod huisartsgeneeskundige zorg](#)). Het aanbieden van een stoppen-met-rokenprogramma vanuit de huisartsenpraktijk kan op twee manieren gedeclareerd worden:

- ▶ Via de prestatie voor het stoppen-met-roken programma. Deze prestatie wordt in rekening gebracht voor een programma, wat bestaat uit intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding van minimaal vier consulten van 10 minuten. Waar nodig mag het programma farmacologisch ondersteund worden, waarvoor een toeslag geldt.
- ▶ Voor patiënten die binnen de ketenzorg voor diabetes mellitus, COPD of CRVM vallen, geldt dat de stoppen-met-roken zorg ook bekostigd kan worden als integraal onderdeel van de ketenafpraak. Het is toegestaan om binnen de ketenzorg alleen de stopadviezen te bekostigen. In dat geval mag daarnaast een prestatie voor het stoppen-met-roken-programma in rekening gebracht worden wanneer intensievere zorg nodig is (zie document NZa: [Hoe kan stoppen-met-rokenzorg gedeclareerd worden voor patiënten die ketenzorg ontvangen?](#)).

### Stoppen-met-rokenbegeleiding bij gespecialiseerde aanbieders

Stoppen-met-rokenbegeleiding wordt ook aangeboden door gespecialiseerde (vrijgevestigde) aanbieders. De zorg kan aangeboden worden als individuele zorg en als zorg in een groep. Verder kan de zorg op locatie plaatsvinden of op afstand vorm krijgen, telefonisch of online. Zorgaanbieders bepalen zelf hoe zij de zorg uitvoeren en aanbieden. Bij zorgverzekeraars is het een minimumeis bij de inkoop dat deze uitvoerders van stoppen-met-roken begeleiding geregistreerd zijn in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken van KABIZ](#) (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg). Gespecialiseerde aanbieders kunnen de stoppen-met-rokenzorg declareren via:

- ▶ Via de prestatie voor het stoppen-met-roken programma. Deze prestatie wordt in rekening gebracht voor een programma, wat bestaat uit intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding van minimaal vier consulten van 10 minuten.

### Stoppen-met-rokenbegeleiding in de tweede lijn

Het aanbieden van het stoppen-met-rokenprogramma vanuit de tweede lijn kan worden vergoed (zie onder). Klinische opnamen en verslavingszorg vanwege tabaksverslaving zijn nog geen reguliere zorgproducten (zie bijvoorbeeld: [Menzis en VNN starten NZA-experiment voor behandeling tabaksverslaving](#)).

Het stoppen-met-rokenprogramma kan vanuit de tweede lijn op twee manieren gedeclareerd worden:

- ▶ Via dbc-zorgproducten voor rookverslaving; alleen indien longarts, verpleegkundig specialist, physician assistant of andere beroepsgroep die de poortfunctie uitvoert hierbij betrokken is. Dit belemmert echter de universele inzet binnen de ziekenhuispopulatie.

- ▶ Via de prestaties voor het Stoppen-met-rokenprogramma. Hoewel deze prestaties vooral door eerstelijnsaanbieders gebruikt worden, mogen ziekenhuizen deze prestaties ook gebruiken.

### **Toeleiding naar stoppen-met-roken zorg**

Een groot deel van de patiënten wordt vanuit de eerste lijn van stoppen-met-rokenzorg voorzien of doorverwezen naar intensievere stoppen-met-rokenzorg. De zorgverleners, zoals huisartsen en POH's, die deze verwijzingen verzorgen worden al bekostigd. Hun inspanningen om patiënten onder te brengen bij aanbieders van stoppen-met-rokenzorg worden dus al betaald vanuit de reguliere consulttarieven. Dat geldt ook voor de toeleiding vanuit de tweede lijn. Doorverwijzingen zijn onderdeel van de reguliere zorg.

Daarnaast is het vaak mogelijk om tijdelijke bekostiging in het leven te roepen. Daarvoor bestaat ruimte in de vorm van [experimenten](#), subsidies, segment 3 huisartsenzorg en facultatieve prestaties. Deze hebben het voordeel dat ze op korte termijn ingezet kunnen worden. Nadeel is dat de looptijd van sommige varianten beperkt is, dat er een overeenkomst nodig is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en, daaruit voortvloeiend, dat niet alle patiënten en zorgaanbieders er onder vallen. Voor meer structurele bekostiging moeten we dus ook buiten de kaders van deze regelingen kijken.

## **4.4 Mogelijke ontwikkelingen voor financiering van toeleiding naar stoppen-met rokenzorg in de nabije toekomst**

Structureel beleid van de overheid omvat, uitzonderingen daargelaten, uitsluitend de bekostiging van zorg. De toeleiding van patiënten moeten we echter niet zomaar beschouwen als zorg in de engere zin. In feite gaat het hier om coördinatie van zorg en die is soms wel onderdeel van het beleid, maar niet altijd. We noemden hierboven al verwijzing door zorgverleners in de eerste lijn, een (overbekende) vorm van coördinatie van zorg. Onlangs is het mogelijk geworden zorgaanbieders van ketenzorg apart te betalen voor de component Organisatie en Infrastructuur (O&I). Ook in de langdurige zorg bestaan mogelijkheden om coördinatie van zorg te bekostigen. Binnen het sociaal domein zijn Wmo-cliëntondersteuners actief, die burgers kunnen ondersteunen bij het aanvragen en vinden van de juiste ondersteuning.

Een geheel andere manier om de specifieke coördinatie van zorg voor patiënten uit de tweede lijn richting het stoppen-met-rokenzorgaanbod te betalen is mogelijk zonder enige regulering door de overheid. De stoppen-met-rokenzorgaanbieders waar



deze patiënten ‘landen’ zouden mee kunnen betalen aan de stoppen-met-roken-consulent. Volgens de huidige regelgeving kan één hoofdcontractant de vergoeding van één stoppen-met-rokenprogramma declareren. De hoofdcontractant brengt het programma na beëindiging hiervan in rekening. De hoofdcontractant kan ook alle geleverde zorg door onderaannemers declareren. Op grond van het hierboven genoemde het Besluit Zorgverzekering mag de hoofdcontractant éénmaal per kalenderjaar een programma declareren. Die hoofdcontractant spreekt als zorgaanbieder met de zorgverzekeraar een tarief af dat alle kosten, ook van onderaannemers, dekt.

De bekostiging van stoppen-met-rokenzorg is geregeld in [Regeling](#), [Beleidsregel](#) en [Prestatiebeschrijving](#) van de NZa (zie [informatiekaart](#)). Aandachtspunten daarbij zijn:

- ▶ De hoofdcontractant zou de stoppen-met-rokenzorgaanbieder zijn, die de stoppen-met-rokenconsulent betaalt na succesvolle verwijzing.
- ▶ In veel gevallen blijkt een gesprek met de stoppen-met-rokenconsulent voldoende voor een patiënt, of heeft de patiënt toch geen behoefte aan verwijzing naar een stoppen-met-rokenaanbieder. De patiënt komt dan niet aan bij een stoppen-met-rokenaanbieder.
- ▶ Een andere manier om de stoppen-met-rokenconsulent te bekostigen is via de dbc-systematiek. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen samen afspraken maken over de contractprijs van een dbc-zorgproduct waar de kosten van een stoppen-met-rokenconsulent in kunnen worden opgenomen (of al opgenomen kunnen zijn). Voor meer kosten binnen de medisch-specialistische zorg geldt dat deze niet uitgedrukt worden in losse prestaties (of zorgactiviteiten) maar verdisconteerd worden binnen de dbc-zorgproducten.
- ▶ Het optreden als hoofdaannemer brengt extra administratie met zich mee. BTW-plichtigheid zou e.e.a. complex kunnen maken: stoppen-met-rokenzorgaanbieders zijn BTW-plichtig; individuele zorgaanbieders in ziekenhuis of huisartsenpraktijk zijn niet BTW-plichtig.

Het is aan de betrokken partijen (stoppen-met-rokenzorgaanbieders en zorgverzekeraars) om hier nader afspraken over te maken. Er valt te denken aan abonnementsgeld, maar meer voor de hand ligt een fee-for-service model. Mocht deze oplossing onvoldoende bloeien, dan kan altijd nog gedacht worden aan het opnemen van een verplichting voor deze coördinatie van zorg in wet- of regelgeving.

---

### Aanbevelingen

- ▶ De mogelijkheden voor het inzetten van vergoeding van stoppen-met-rokencare als zorgprestatie worden onvoldoende benut binnen de tweede lijn. Het verdient aanbeveling om op deze wijze stoppen-met-rokencare binnen de tweede lijn te faciliteren.
  - ▶ Daar waar de bestaande financiering (door middel van dbc-zorgproducten) onvoldoende ruimte biedt voor *toeleiding* naar stoppen-met-rokencare vanuit de tweede lijn (zoals dat door een stoppen-met-rokenconsulent uitgevoerd kan worden), zijn er vaak wel mogelijkheden voor tijdelijke bekostiging. Bijvoorbeeld in de vorm van experimenten, een facultatieve prestatie of interne subsidies.
-



## Implementatieschema

Dit handboek is van toepassing op alle ziekenhuizen en zorginstellingen die vallen onder de tweede- en derdelijnszorg. Het is van belang dat dit handboek regionaal wordt opgepakt door de ziekenhuizen om de aanbevelingen beschreven in dit handboek te implementeren. In het schema hieronder worden de rollen die belangrijk zijn bij het implementatieproces (medische staf, raad van bestuur, ICT, zorgverlener) nader toegelicht.

Rol	Toelichting	Taken bij implementatie handboek
<b>Medische staf</b>	De medische staf heeft een belangrijke stem bij het bepalen van het beleid over de medische zorg en ziekenhuisorganisatie in algemene zin. Daarom is het belangrijk dat dit handboek opgepakt wordt door de medische staf bij het zetten van de eerste stappen richting implementatie (agendasetting etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aanstellen van een stoppen-met-rokenambassadeur (een zorgprofessional, zoals een arts of verpleegkundige, of een betrokken beleidsmedewerker). De stoppen-met-rokenambassadeur zal het gezicht zijn van alle stoppen-met-rokenactiviteiten, zowel intern als extern, en het aanspreekpunt zijn voor raad van bestuur</li> <li>▶ Agendasetting bij raad van bestuur</li> <li>▶ Collega's motiveren en mee nemen in de ontwikkelingen</li> </ul>

<b>Raad van bestuur</b>	Raad van bestuur is verantwoordelijk voor het stellen van randvoorwaarden voor implementatie zoals financiering en tijd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Inrichten van een projectteam (met de stoppen-met-rokenambassadeur als aanjager)</li> <li>▶ Financiering vrijmaken voor het aanstellen van een stoppen-met-rokenconsulent</li> </ul>
<b>ICT</b>	ICT speelt een steeds grote rol in de zorg en kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versnellen van documentatie van de rookstatus en het stoppen-met-rokenadvies, en het vereenvoudigen van het doorverwijsproces naar de juiste stoppen-met-rokenzorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Het faciliteren van een plek in het EPD waar zorgverleners de rookstatus van de patiënt en het stoppen-met-rokenadvies kunnen vastleggen</li> <li>▶ Het faciliteren van een knop in het EPD waarmee zorgverleners warm kunnen verwijzen naar een stoppen-met-rokenconsulent</li> </ul>
<b>Zorgverlener</b>	<p>Vrijwel alle zorgverleners hebben te maken met patiënten die roken met bijbehorende gezondheidsschade. Hierdoor is de inzet van de zorgverleners van grote waarde.</p> <p>Zoals in de Zorgstandaard Tabaksverslaving (1) wordt benoemd is het belangrijk om te benadrukken dat niet iedere zorgverlener en discipline ‘alles’ hoeft te doen: door de juiste toepassing van dit handboek zullen door het opzetten van een goede stoppen-met-rokenstructuur, barrières als tijdgebrek en gebrek aan training zoveel mogelijk worden weggenomen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Iedere patiënt die rookt een stoppen-met-rokenadvies geven.</li> <li>▶ Het documenteren van de rookstatus en het stoppen-met-rokenadvies in het EPD</li> <li>▶ Patiënten die willen stoppen met roken warm doorverwijzen naar een erkende stoppen-met-rokencoach, bij voorkeur via een stoppen-met-rokenconsulent.</li> <li>▶ Het volgen van relevante scholingen m.b.t. stoppen-met-rokenzorg (nascholingen, e-learnings etc.)</li> </ul>

## Literatuur

1. Partnership Stoppen met Roken. Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022. Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2096-zorgstandaard-tabaksverslaving-2022/>.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Toekomst Verkenning 2018 Een gezond vooruitzicht. Minist van Volksgezond Welz en Sport. 2018.
3. U.S. Department of health and human services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. J Urol [Internet]. 2020; Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>.
4. Hopman P, Croes E, Jessica B. Het rookstopadvies van de zorgverlener is goud waard. Med Contact (Bussum). 2022.
5. Meijer E, Kleij RMJJ Van Der, Chavannes NH. Facilitating smoking cessation in patients who smoke : a large-scale cross-sectional comparison of fourteen groups of healthcare providers. BMC Health Serv Res. 2019;1–16.
6. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2017(12).
7. Richtlijnwerkgroep. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning 2016. Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1580-richtlijn-behandeling-van-tabaksverslaving-en-stoppen-met-roken-ondersteuning/>.
8. van der Vaart H, Drouven-Kamstra J, Bierman W, Pardoel Z. Zó helpt u uw patiënt te stoppen met roken. Very Brief Advice is een rookstopadvies waar zorgverleners resultaat mee boeken. Medisch contact; 2023.
9. van Westen-Lagerweij N, Hipple Walters BJ, Potyka F, Croes EA, Willemsen MC. Proactive referral to behavioral smoking cessation programs by healthcare staff: a systematic review. Nicotine Tob Res. 2022.
10. Vidrine JI, Shete S, Cao Y, Greisinger A, Harmonson P, Sharp B, et al. Ask-Advise-Connect: A new approach to smoking treatment delivery in health care settings. JAMA Intern Med. 2013;173(6):458–64.
11. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Nationaal Preventieakkoord. 2018;1–76. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>.

12. Batalla A, Vermeulen J, Neven A, Roos R, Kap M, Schellekens A. Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg. 2020;(November). Available from: <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2020/nieuwe-leidraad-rookvrije-ggz-in-de-context-van-verplichte-zorg>.
13. Addendum werkgroep. Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen 2016. Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1579-addendum-behandeling-van-tabaksverslaving-en-stoppen-met-roken-onder>.
14. Richtlijnwerkgroep. Richtlijn Tabaksontmoediging in het ziekenhuis 2023. Available from: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaksontmoediging/startpagina\\_-\\_tabaksontmoediging.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaksontmoediging/startpagina_-_tabaksontmoediging.html).
15. Chavannes N, Drenthen T, Wind L, Van Avendonk M, Van den Donk M, Verduijn M. NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken. NHG Utrecht. 2017.
16. E. Croes, J. Bommelé, M. Willemsen, S. Troelstra. Elektronische sigaretten (vapes) 2023. Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2113-elektronische-sigaretten-vapes/>.
17. Garritsen H, Bommelé J, de Nerée C, Troelstra S, Croes E, Willemsen M. Jongerenmonitor tabaks- en nicotineproducten 2023. Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2112-jongerenmonitor-tabaks-en-nicotineproducten/>.
18. Dekker P, de Kanter W. Nederland stopt! Met roken. Thoreris, Uitgeverij; 2008.
19. Benson F, Nierkens V, Willemsen M, Stronks K. Effects of different types of smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study. *Tob Prev Cessat.* 2016;2.
20. Kramer I, Voer N De, Croes E, Ramaekers M, Brouwer M. Effectief rookstopprogramma in Almere. *Huisarts Wet.* 2023;1-4.
21. Garritsen HH, Vermeulen JM, Rozema AD, van Lonkhuijzen LRCW, Kunst AE. Impact of a smoke-free policy on smoking prevalence on hospital grounds: A before-after study. *Tob Prev Cessat.* 2022;8(May):1-8.

## APPENDIX I - Afwegingskader

### Afwegingskader Doelmatige zorg Tabaksverslaving: Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)

	Type interventie	Doelgroep	Juiste zorg	Juiste plek
<b>ZELFZORG</b>				
0	Zorgstandaard: niet beschreven NHG-Zorgprofiel 1	Alle (ex-)rokers die zonder begeleiding van professionals willen of (lijken te) kunnen stoppen of als aanvulling op 1 t/m 4.	Zelfmanagement, geen zorg	Thuis, geen zorg
<b>STANDAARDZORG</b>				
1	Zorgstandaard: Adviseren NHG-Zorgprofiel: 2	Alle (ex-)rokers die in contact komen met een zorgprofessional	(Stop)advies op maat	Alle zorgorganisaties waar de (ex-) roker komt met een zorgvraag
2	Zorgstandaard: Motiverende interventie NHG-Zorgprofiel: 3	Alle (ex-)rokers die in contact komen met een zorgprofessional bij wie de motivatie om te stoppen verhoogd kan worden	Motivatieverhogende interventies	Alle zorgorganisaties waar de (ex-) roker komt met een zorgvraag
<b>BEGELEIDING</b>				
3	Zorgstandaard: Intensieve begeleiding NHG-Zorgprofiel: 4	Alle rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken en daar begeleiding bij willen, maar bij wie (nog) geen verslavings-geneeskundige behandeling geïndiceerd is	SMR-begeleiding (monodisciplinair, gericht op stoppen met roken)	Alle zorgorganisaties waar geregistreerde rookstopcoaches werken (op doelmatige locatie; zie Kwaliteitsregister Stoppen met roken)
<b>VERSLAVINGSGENEESKUNDE</b>				
4	Zorgstandaard: Behandelen NHG-Zorgprofiel: 5	Bij ernstige, complexe verslavingsproblematiek en/of urgente noodzaak om te stoppen wat niet met begeleiding lukt	Verslavingsgeneeskundige behandeling (multidisciplinair, gericht op stoppen met roken, minderen en/of verhogen kwaliteit van leven)	Verslavingszorginstellingen (op doelmatige locatie; zie Kwaliteitsregister Stoppen met roken)

Bron: [Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022](#) (1)

**De uitgangspunten van dit afwegingskader zijn:**

- ▶ Stoppen met roken wordt gezien als een leerproces. De geïndiceerde zorginterventies bij dit proces vallen onder verzekerde zorg en worden vergoed.
- ▶ Het kader is gerangschikt volgens het ‘stepped care’-model (stapsgewijs opbouwen van zorgintensiteit, aansluitend bij verschillende zorgvragen), maar het uitgangspunt is zo snel mogelijk verlenen van ‘matched care’ (zorg aansluitend bij de zorgvraag en doelgroep), zeker in het geval van een urgente noodzaak om te stoppen.
- ▶ Gaandeweg het stoppen-met-rokenproces kan, indien geïndiceerd, geswitcht worden tussen de verschillende interventies (zowel op- als afschalen).
- ▶ De juiste zorg moet verleend worden op de juiste plek en door de juiste persoon; de zorg moet doelmatig zijn.
- ▶ De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënten zijn het uitgangspunt voor de zorg.



## APPENDIX II – E-sigaret

De e-sigaret is een elektronisch apparaat waarin een vloeistof, met of zonder nicotine, kan worden verdampt. Tegenwoordig worden de Engelse termen ‘vape’ (damp) en ‘vaping’ (dampen) gebruikt door de tabaksindustrie en consumenten (voornamelijk jongeren) om e-sigaretgebruik aan te duiden en onderscheid te maken met het roken van tabak.

Oorspronkelijk was de e-sigaret bedoeld voor gebruik als ondersteuning bij het stoppen met roken, hoewel bijna driekwart van de e-sigaret gebruikers aangaf daarnaast ook tabakssigaretten te roken (16). In 2023 gaf 21,7% van de jongeren tussen de 12 en 25 jaar aan een e-sigaret te hebben gebruikt in het afgelopen jaar (17). Voor deze groep komen er steeds meer aanwijzingen dat de e-sigaret een opstapproduct is naar tabakssigaretten: jongeren vinden vooral de vele zoete smaakjes, zoals bijvoorbeeld mojito en kaneel, aantrekkelijk. Daarnaast is het product makkelijk verkrijgbaar en relatief goedkoop. Recent zijn er verontrustende signalen gekomen dat het aantal jongeren dat e-sigaretten gebruikt snel toeneemt.

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat e-sigaretgebruik zou kunnen leiden tot gezondheidsschade. Hoe groot die schade is, zal pas over tientallen jaren duidelijk worden. Een e-sigaret mist veel van de giftige verbrandingsproducten van tabak, maar in de damp komen wel schadelijke stoffen vrij, zoals formaldehyde, en (sporen van) giftige en carcinogene stoffen- wat nadelige gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Daarnaast is nicotine een zeer verslavende stof en heeft acute effecten, zoals misselijkheid en een hoge bloeddruk. Bovendien zijn hersenen die zich nog ontwikkelen (bij jongeren) gevoelig voor versturende effecten van nicotine (16).

Omdat o.a. hart- en vaatziekten vaak decennia nodig hebben om zich te ontwikkelen, is het ook pas over lange tijd mogelijk om de werkelijke lange termijn effecten van de e-sigaret op de gezondheid vast te stellen. Uitgaande van het voorzorgsprincipe is het advies in de [Factsheet Elektronische Sigaretten](#) van het Trimbos-instituut dan ook dat de Nederlandse volksgezondheid het meest gebaat is bij ontmoediging van het gebruik van e-sigaretten, en het beperken van het gebruik tot de groep rokers die het echt niet lukt om te stoppen met roken met de bewezen effectieve hulpmiddelen zoals coaching, eventueel aangevuld met nicotinevervangers of andere medicatie. Bij voorkeur uitsluitend op recept verkrijgbaar.



Doordat de langetermijngevolgen van het gebruik van e-sigaretten nog onduidelijk zijn, en doordat ‘stoppen met vaperen’ nog weinig in de praktijk voorkomt, richt dit handboek zich alleen op tabaksverslaving. Door het toenemend gebruik van e-sigaretten zal dit onderwerp in de toekomst waarschijnlijk wel een grote rol gaan spelen en is dus een belangrijk onderwerp om te bewaken.

# APPENDIX III – Best Practices

## Appendix III.1. Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk

---

### Project

#### Rookstoppoli: de ‘RKZ-methode’

Het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) heeft een rookstoppoli opgezet waar door middel van motiverende gespreksvoering en gestructureerde en intensieve begeleiding stoppen-met-rokenzorg geleverd wordt binnen de tweede lijn: de RKZ-methode.

#### Werkzame elementen

- ▶ Actieve voorbereiding van de patiënt vereist
- ▶ Intensieve stoppen-met-rokenondersteuning inclusief één jaar nazorg
- ▶ Nauwe samenwerking met specialisten en longartsen in het ziekenhuis
- ▶ Gemotiveerde projectgroep voor realisatie en implementatie programma

#### Contactpersoon

Pauline Haasbroek ([phaasbroek@rkz.nl](mailto:phaasbroek@rkz.nl)), rookstopcoach, RKZ

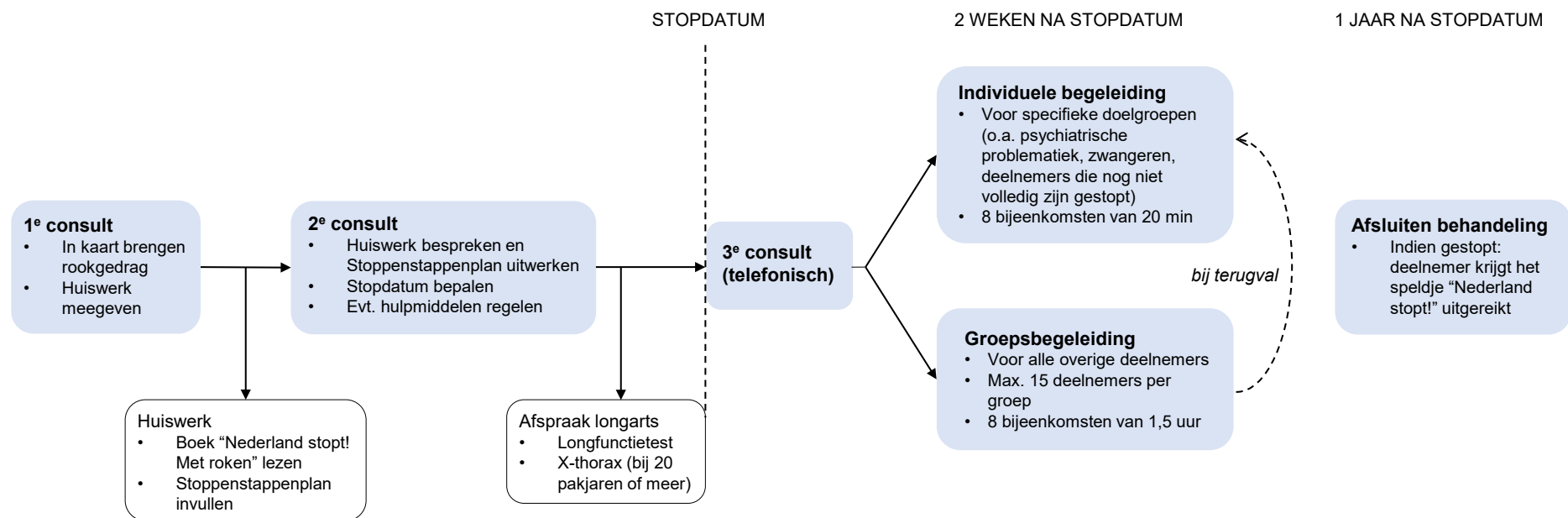
---

#### Doelgroep

Alle patiënten die willen stoppen met roken kunnen intensieve stoppen-met-rokenondersteuning krijgen binnen de rookstoppoli van het RKZ. Patiënten kunnen zowel vanuit de eerste- als tweede-lijn verwezen worden.

#### Werkwijze

De rookstoppoli van het RKZ hanteert een vast stappenplan voor het selecteren en begeleiden van de deelnemers (zie **Figuur 1** en een [video](#) met uitleg).



Figuur 1. Stroomschema werkwijze rookstoppoli RKZ Beverwijk

## 1. Motivatie verhogen en stopdatum vaststellen

De intake vindt plaats bij de rookstopcoach middels motiverende gespreksvoering waarbij het rookgedrag in kaart wordt gebracht. Na dit eerste consult gaat de deelnemer thuis het boek 'Nederland stopt! met roken' lezen (18) (ook luisterboek beschikbaar) en een stoppenstappenplan invullen. Het doel van het lezen van het boek is om de motivatie om te stoppen met roken te verhogen. Om de deelnemers extra te motiveren maken de coaches gebruik van motivatiekaartjes (zie **Figuur 2** voor voorbeeld). Een belangrijke voorwaarde voor deelname aan het programma is dat patiënten aantoonbaar gemotiveerd zijn om te stoppen. In het tweede consult wordt het huiswerk besproken en een stopdatum bepaald. Daarnaast krijgt de deelnemer een verwijzing voor een afspraak bij de longarts, voorafgegaan door een longfunctietest en X-thorax (bij 20 pakjaren of meer).



Figuur 2. Voorbeeld van motivatiekaartje met persoonlijke beweegredenen om te stoppen met roken

## 2. Terugvalpreventie

Nadat de deelnemer minimaal twee weken gestopt is met roken wordt er gedurende één jaar gebruikt voor terugvalpreventie. De rookstopcoach bepaalt welke methode de deelnemer zal volgen: individuele begeleiding of groepsbegeleiding. Voor speciale doelgroepen, o.a. mensen met psychiatrische problematiek en zwangeren, zal de begeleiding individueel plaatsvinden. Ook wanneer men niet helemaal gestopt is of terugvalt in het roken, zal de begeleiding individueel voortgezet worden. Later in het traject kan dan alsnog gekozen worden voor vervolg van de begeleiding in de groep.

Indien er geen indicatie is om de begeleiding individueel voort te zetten dan zal de deelnemer in een groep worden begeleid (acht bijeenkomsten). Bij de groepsbegeleiding blijkt het

slagingspercentage hoger te zijn, dus dit heeft de voorkeur boven individuele begeleiding. De groepen zijn doorlopend (max 15 personen); patiënten stromen in op het moment dat ze zijn gestopt. De regelmatige wisseling van deelnemers kan nieuwkomers in staat stellen om te leren van ervaringen van ervaren deelnemers.

### **Beter-Dichtbij-app**

De coaches zijn tussen de afspraken door bereikbaar via de BeterDichtbij-app. Indien een deelnemer ergens mee zit of tegenaan loopt kan diegene via deze app laagdrempelig contact opnemen met een van de coaches.

### **Financiering**

De rookstoppoli is onderdeel van de polikliniek longziekten van het RKZ. De kosten van de begeleiding en de ondersteunende middelen worden bij verwijzing door een huisarts of specialist door de ziektekostenverzekering in de basisverzekering vergoed, zonder eigen risico. Dit met uitzondering van de verzekeringen die vallen onder ziektekostenverzekeraar ENO; die kunnen wel kosteloos aan de begeleiding deelnemen, maar de kosten voor eventuele ondersteunende middelen zijn voor de deelnemer zelf.

### **Resultaten**

De rookstoppoli krijgt zo'n 400 inschrijvingen per jaar. Stopsucces na een jaar (zelfgerapporteerde continue abstinentie) van de groepsbegeleiding is 41% (19). Het hoge stoppercentage is deels toe te schrijven aan het succesvolle gebruik van motiverende gespreksvoering. Deze gesprekstechniek wordt gebruikt om gemotiveerde deelnemers te selecteren. Alleen gemotiveerde deelnemers kunnen deelnemen aan de rookstopbegeleiding.

In januari 2019 heeft Michael Brouwer, huis- en kaderarts Waterwijk, Almere contact opgenomen met de RKZ-rookstoppoli. Er was interesse om de rookstopmethode ook toe te passen in de huisartsenpraktijken in Almere. Na een gesprek waren zij erg enthousiast en hebben werknemers van het RKZ een training op locatie gegeven. In Almere is de rookstopmethode met succes geïmplementeerd in verschillende huisartsenpraktijken en behaalt dezelfde resultaten als op de rookstoppoli van het RKZ (zie **Appendix III.2**).

## Appendix III.2. Almere

---

### Project

#### Transmuraal zorgpad

In Almere is een multidisciplinair intensief stoppen-met-rokenprogramma geïmplementeerd binnen zowel de eerste- als de tweede lijn, welke in verbinding staan via een transmuraal zorgpad. Het totale begeleidingstraject duurt één jaar.

#### Werkzame elementen

- ▶ Actieve voorbereiding van de patiënt vereist
- ▶ Intensieve stoppen-met-rokenondersteuning inclusief één jaar nazorg
- ▶ Focus op het verslavingsaspect van roken
- ▶ Breed aanbod van behandelaars (POH-s, POH-ggz)
- ▶ Gemotiveerde projectgroep voor realisatie en implementatie programma

#### Contactpersoon

Michael Brouwer ([mbrouwer@zorggroep-almere.nl](mailto:mbrouwer@zorggroep-almere.nl)),  
huis- en kaderarts GGZ, zorggroep Almere

---

#### Doelgroep

Alle patiënten die willen stoppen met roken kunnen gedurende één jaar intensieve ondersteuning krijgen binnen de huisartsenpraktijken of het Flevoziekenhuis in Almere. Patiënten kunnen zowel vanuit de eerste- als tweede-lijn verwezen worden. Een belangrijke voorwaarde voor deelname aan het programma is dat patiënten aantoonbaar gemotiveerd zijn om te stoppen met roken.

#### Werkwijze

In Almere wordt intensieve rookstopzorg geboden die gebaseerd is op de succesvolle rookstoppoli in Beverwijk (**Appendix III.1**). De stoppen-met-rokenondersteuning kan plaatsvinden binnen de eerste- of de tweedelijnszorg, welke in verbinding staan met een transmuraal zorgpad.

#### Stoppen-met-rokenondersteuning in de eerste lijn

In 2019 is in 14 huisartsenpraktijken in Almere (deels verenigd in Zorggroep Almere) intensieve rookstopzorg georganiseerd, waar alle gemotiveerde patiënten eenvoudig naar verwezen kunnen worden. De huisarts of POH-somatiek (POH-s) beoordeelt de motivatie van de patiënt en zet indien nodig motiverende gespreksvoering in. Deelnemers worden gevraagd zelf actief mee te werken door

thuis het boek ‘Nederland stopt! met roken’ (18) te lezen (ook in luisterboek beschikbaar) en een stoppenstappenplan in te vullen. Het traject wordt alleen gestart wanneer een deelnemer aantoonbaar gemotiveerd is om te stoppen met roken.

Deelnemers worden vervolgens individueel begeleid bij het stoppen met roken door de POH-s. Bij hardnekkige verslaving en/of psychische co-morbiditeit worden deelnemers doorverwezen naar een POH-ggz, geschoold in tabaksverslaving. Wanneer de deelnemer daadwerkelijk gestopt is met roken wordt er één jaar lang gebruikt voor nazorg. Deze nazorg beoogt terugvalpreventie en wordt geboden op individuele basis door de behandelend POH-s of POH-ggz. Ook kunnen gestopte rokers voor terugvalpreventie terecht in groepsbijeenkomsten onder leiding van een POH-ggz waarvan er acht per jaar plaatsvinden. Zowel tussentijds als één jaar na de stopdatum wordt van alle deelnemers de rookstatus (gebaseerd op zelfrapportage) geregistreerd in het huisartseninformatiesysteem.

### **Stoppen-met-rokenondersteuning in de tweede lijn**

Het eerstelijns rookstopprogramma is inmiddels getransformeerd tot een regionaal transmuraal zorgprogramma. Eind 2021 heeft het Flevoziekenhuis in Almere rookstopcoaches opgeleid die de zorg coördineren tussen de eerste en tweede lijn. Patiënten bij wie tijdens hun behandeling in het ziekenhuis rookstopzorg is overeengekomen en die gemotiveerd zijn, worden middels een warme overdracht verwezen naar het eerstelijns rookstopprogramma. Ongeveer 80% van de patiënten volgt dit traject, de overige 20% (de meer ziekenhuis gebonden patiënten) volgt hetzelfde rookstopprogramma in het ziekenhuis.

### **Resultaten**

Het nieuwe rookstopprogramma heeft goede resultaten behaald onder de geïnccludeerde rokers (14 huisartsenpraktijken), met stoppercentages tot 40% één jaar na aanvang rookstopzorg. Uitgebreide informatie over het stoppen-met-rokenprogramma in Almere en bijbehorende resultaten zijn gepubliceerd in het artikel van Kramer et al. (20) in het vakblad Huisarts en Wetenschap. Ook de overige Almeerse huisartsenpraktijken (~70.000 patiënten) hebben het zorgprogramma middels scholing aangeboden gekregen, zodat het regionale transmurale rookstopprogramma straks voor alle inwoners beschikbaar is.

### **Financiering**

Een enthousiaste, toegewijde projectgroep draagt het rookstopprogramma en vanuit Zorggroep Almere zijn kaderarts- en



projectleidersuren beschikbaar om het programma te realiseren. In de experimentele fase heeft Zorggroep Almere de ontwikkelkosten voor eigen rekening genomen. Nu de effectiviteit is aangetoond, gaat de zorggroep met de zorgverzekeraar in gesprek over een kostendekkend tarief.

### Appendix III.3. Taskforce Rookvrije Start

---

#### Project

##### Taskforce Rookvrije Start

Stoppen-met-rokenzorg verbeteren voor vrouwen en partners voor, tijdens en na de zwangerschap door het ondersteunen van zorgverleners in de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg met trainingen in gespreksvoering en het ontwikkelen en implementeren van beleid.

##### Werkzame elementen

- ▶ Samenwerking tussen de betreffende zorgverleners, stoppen-met-rokenzorg en het Trimbos-instituut
- ▶ Ontwikkelen van strategieën en materialen o.b.v. literatuur en praktijkervaringen

##### Contactpersonen

Clasien van der Houwen ([clasienvdhouwen@planet.nl](mailto:clasienvdhouwen@planet.nl)),  
voorzitter, gynaecoloog

Sanne de Josselin de Jong ([sdejosselindejong@trimbos.nl](mailto:sdejosselindejong@trimbos.nl)),  
Trimbos-instituut

---

##### Doelgroep

Zorgverleners betrokken bij de zorg voor ongeboren en opgroeiende kinderen: o.a. verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen, fertilitateitsartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, kinderartsen en huisartsen.

##### Werkwijze

- ▶ Netwerk creëren, agenderen, nieuwsbrieven, congressen, artikelen.
- ▶ Kwantitatief en kwalitatief onderzoek onder zorgverleners en de uiteindelijke doelgroep.
- ▶ Ontwikkeling scholingen: e-learnings en trainingen online of op locatie.
- ▶ Aanbod advies op maat/begeleiding voor stoppen-met-rokenbeleid voor verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) en jeugdgezondheidszorg (JGZ) organisaties.

- ▶ Materialen ontwikkelen zoals factsheets, informatiebrochures, video's, tool voor ontwikkelen zorgpad.
- ▶ Richtlijn ontwikkelen, praktijkadvies nicotine vervangende middelen in de zwangerschap.
- ▶ Ontwikkelen van landelijke verwijzing naar telefonische coaching 'Rookvrije Ouders'.

### Scholingen

De Taskforce heeft diverse scholingen ontwikkeld om zorgverleners te leren hoe zij een motiverend gesprek over stoppen met roken kunnen voeren en hoe ze effectief kunnen verwijzen naar stoppen-met-rokenondersteuning. Zo zijn de e-learnings Rookvrije Start, de e-learning Begrijpelijk communiceren, en de e-learning over de telefonische coaching Rookvrije Ouders ontwikkeld. Daarnaast is er een training Rookvrije Start beschikbaar (online of op locatie), waarin het oefenen met motiverende gesprekken over stoppen met roken en rookvrij blijven centraal staat.

### Telefonische coaching

De telefonische coaching Rookvrije Ouders is ontwikkeld waaraan ervaren stoppen-met-rokencoaches zijn verbonden die ervaring hebben met wensouders, zwangere vrouwen, hun partners en jonge ouders. Het probleem van het lastig verwijzen is hiermee opgelost, omdat er nu een landelijk vangnet is. Verwijzen kan direct met de patiënt erbij online door alle zorgverleners. Zij kunnen hulp bieden bij gebruik van nicotine vervangende middelen in de zwangerschap. De coaching wordt vergoed vanuit de basisverzekering buiten het eigen risico.



### Richtlijn

Er is een richtlijn ontwikkeld: [Behandeling van tabaksverslaving en SMR-ondersteuning bij zwangere vrouwen](#) met daarbij een [Praktijkadvies gebruik NVM in de zwangerschap](#).

### Zorgpad en ontwikkelen beleid

Er is een [online tool](#) gemaakt voor het ontwikkelen van een zorgpad/protocol en beleid voor de stoppen-met-rokenzorg voor de doelgroepen in de preconceptieperiode, tijdens de zwangerschap en voor jonge ouders. De zorgpaden laten de routes zien die (toekomstige) ouders doorlopen als ze roken of gestopt zijn. Het zorgpad maakt chronologisch inzichtelijk wie welke zorg levert, hoe

verwijzen gaat, welke follow-up wordt geboden en hoe de overdracht in de keten is geregeld. Daarnaast geeft het zorgpad informatie over hoe een VSV of JGZ-organisatie de ontwikkeling en implementatie van het zorgpad kan ondersteunen en vastleggen in beleid.

### **Intensivering activiteiten Taskforce Rookvrije Start vanaf 2022**

Er is een intensivering van de Taskforce Rookvrije Start met inzet op het vergroten van het draagvlak en het urgentiebesef met een implementatieplan per beroepsgroep. Hierbij is er aandacht voor het ontwikkelen van beleid en zorgpaden binnen de VSV's en JGZ, scholing van de zorgverleners, verder implementeren van telefonische stoppen-met-rokenoaching Rookvrije Ouders, inzet op stoppen-met-rokenzorg in de preconceptieperiode en het vergroten van aandacht voor stoppen als er multiproblematiek is.

### **Resultaten**

Zie voor de resultaten de toolkit van de Taskforce Rookvrije Start: [www.rookvrijestart.nl](http://www.rookvrijestart.nl). De kracht van de Taskforce schuilt in de nauwe samenwerking tussen de zorgverleners uit het veld en het Trimbos-instituut (team Rookvrije Start). Er zijn medio 2023 11 beroepsverenigingen vertegenwoordigd in de Taskforce Rookvrije Start uit de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en de stoppen-met-rokenzorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is hierbij ook betrokken.

Er is een groot netwerk opgezet van ambassadeurs (N=1350) en lokale Taskforces (N=13). Lokale Taskforces zijn meestal rondom een ziekenhuis geconcentreerd en dragen zorg voor het stoppen-met-rokenbeleid in het VSV. Via monitors, werkbezoeken en klankbordgroepen heeft de Taskforce meer inzicht gekregen in de behoeften en knelpunten bij het ontwikkelen van beleid en het bespreken van stoppen met roken in de spreekkamer door de zorgverleners.

De belangrijkste inzichten en knelpunten zijn:

- ▶ Veel zorgverleners vinden het lastig om in gesprek te gaan over stoppen met roken met zwangere vrouwen, hun partners en jonge ouders.
- ▶ Verwijzen is lastig als er geen eigen rookstoppoli of coach is in de eigen organisatie.
- ▶ De mogelijkheid van gebruik van nicotine vervangende middelen in de zwangerschap is onvoldoende bekend.
- ▶ Er is weinig aandacht voor follow-up, terugval en overdracht naar andere zorgverleners.
- ▶ Als er veel problemen spelen (multiproblematiek) krijgt stoppen-met-rokenzorg minder aandacht.

- ▶ Een kleine groep zorgverleners zet zich in voor het stoppen-met-rokenbeleid, maar krijgen onvoldoende draagvlak.

### **Financiering**

De taskforce Rookvrije Ouders wordt gefinancierd door subsidie van het ministerie van VWS.

## **Appendix III.4. Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede**

---

### **Project**

#### **Stoppen-met-rokenconsulent**

In het Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede is een stoppen-met-rokenconsulent werkzaam waar zorgverleners patiënten die willen stoppen met roken naar kunnen doorverwijzen. De stoppen-met-rokenconsulent zal in een gericht, kort consult de zorgvraag, de motivatie en de zorgzwaarte inschatten, en de patiënt naar de juiste zorgaanbieder in de regio doorverwijzen.

#### **Werkzame elementen**

- ▶ De stoppen-met-rokenconsulent is gericht op het versterken van de motivatie om te stoppen met roken en de inschatting van de zorgbehoefte.
- ▶ De stoppen-met-rokenconsulent zorgt voor toeleiding naar de juiste stoppen-met-rokenzorg via een warme overdracht.
- ▶ Deze methode werkt tijdbesparend voor druk zorgpersoneel die vaak geen/weinig tijd hebben om het gesprek over stoppen met roken aan te gaan.

#### **Contactpersoon**

Birgit Dalhuijsen ([smr@zgv.nl](mailto:smr@zgv.nl)), stoppen-met-rokenconsulent, ZGV Ede

---

#### **Doelgroep**

Alle (poliklinische en klinische) patiënten die behandeld worden in het Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) kunnen doorverwezen worden naar de stoppen-met-rokenconsulent.

#### **Werkwijze**

In het ZGV is een stoppen-met-rokenconsulent werkzaam waar zorgverleners (o.a. medisch specialisten, physician assistants, verpleegkundig specialisten, verloskundigen en verpleegkundigen) patiënten naar kunnen doorverwijzen die willen stoppen met roken. De stoppen-met-rokenconsulent heeft extra opleidingen motiverende

gespreksvoering en stoppen-met-rokencoaching gevolgd en is in staat om stoppen-met-rokenzorg te leveren naar de stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast is de stoppen-met-rokenconsulent op de hoogte van de stoppen-met-rokenzorg in de regio en van de verschillende regelingen voor vergoeding, verwijzing en medicatie.

De stoppen-met-rokenconsulent heeft de volgende taken:

- 1 Een stoppen-met-rokenconsult uitvoeren: versterken motivatie, inschatten mate verslaving, voorlichting over de mogelijkheden, samen met de patiënt het persoonlijke behandelingstraject bepalen
- 2 Zorgt voor toeleiding naar de juiste stoppen-met-rokenzorg in de regio via een warme overdracht
- 3 Follow-up patiënt, nabellen
- 4 Terugkoppeling naar de verwijzer

## 1. Stoppen-met-rokenconsult

Wanneer een patiënt doorverwezen wordt naar de stoppen-met-rokenconsulent wordt er een gesprek ingepland. Het gesprek bestaat uit:

- ▶ **Adviseren:** Om de zorgzwaarte in te kunnen schatten, brengt de stoppen-met-rokenconsulent het rookgedrag van de patiënt in kaart, inclusief eventuele rookgerelateerde klachten. Daarnaast wordt er informatie gegeven over de positieve gevolgen van stoppen met roken.
- ▶ **Motiveren:** De motivatie van de patiënt wordt ingeschat met behulp van de '5Rs' (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition). Met behulp van motiverende gespreksvoering wordt de motivatie van de patiënt verhoogd.
- ▶ **Gedragmatige behandeling bespreken:** De stoppen-met-rokenconsulent gaat samen met de patiënt op zoek naar de voor deze patiënt juiste stoppen-met-rokenondersteuning. Er wordt besproken welke vorm van begeleiding het beste bij de patiënt past, bijvoorbeeld individuele begeleiding, groepsbegeleiding, telefonische begeleiding en/of een e-health interventie. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de moeilijke momenten die kunnen ontstaan bij het stoppen met roken.
- ▶ **Farmacotherapeutische behandeling bespreken:** De patiënt krijgt voorlichting over eventuele medicatie en de bijbehorende vergoedingen.
- ▶ **Het maken van een zorgplan.** Vervolgens maakt de stoppen-met-rokenconsulent samen met de patiënt een zorgplan. Hierin komt o.a. het advies van de stoppen-met-rokenconsulent te staan en de gegevens van de verwijzer.

## 2. Warme overdracht

Vervolgens zorgt de stoppen-met-rokenconsulent voor een warme overdracht voor het juiste contact en traject voor stoppen met roken.

De opties voor doorverwijzing zijn:

- ▶ POH/huisarts
- ▶ Stoppen-met-rokencoachingsbureau (groep/individueel)
- ▶ Online stoppen-met-rokenondersteuning

## 3. Follow-up

Na 1-2 maanden wordt er een afspraak ingepland met de stoppen-met-rokenconsulent om het stoppen-met-rokentraject te bespreken en eventueel aanvullende adviezen te geven.

## 4. Terugkoppeling

De verwijzer krijgt een korte terugkoppeling over het stoppen-met-rokentraject. Dit kan bijdragen aan positieve feedback voor het proces van stimuleren van stoppen met roken door de zorgverlener.

## Financiering

De financiering van de stoppen-met-rokenconsulent in het ZGV in Ede loopt indirect via de dbc-systematiek. Hiertoe maken zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen afspraken over de contractprijs van een dbc-zorgproduct waar de kosten van een stoppen-met-rokenconsulent in kunnen worden opgenomen (of al opgenomen kunnen zijn).

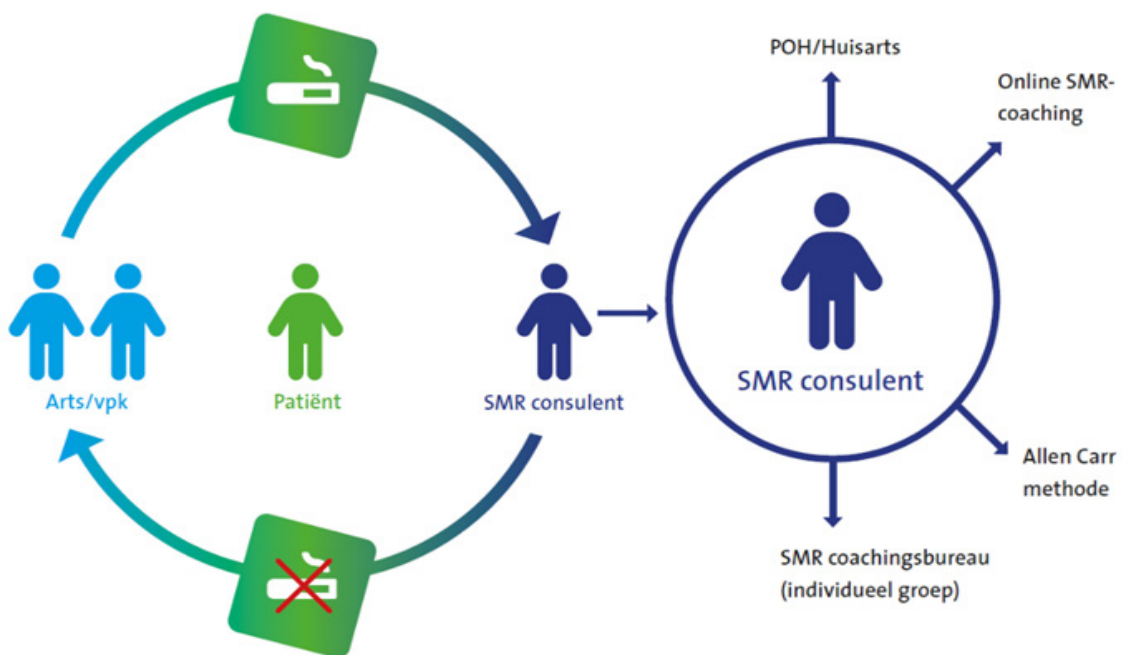
Voor de meerkosten binnen de medisch-specialistische zorg (zoals de inzet van de stoppen-met-rokenconsulent) geldt dus dat deze niet uitgedrukt worden in losse prestaties of zorgactiviteiten, maar verdisconteerd worden binnen de dbc-zorgproducten.

Het verkoopteam in ZGV neemt dit dus mee in de onderhandelingen. De zorgmanagers zijn één van de vele schakels (of stenen in de vijver) voor implementatie van een dergelijke activiteit. Ook de raad van bestuur moet uiteraard willen investeren in preventie, zodat een dergelijk initiatief gedragen wordt in de gehele organisatie. Specifiek is er in ZGV naast de stoppen-met-rokenconsulent ook aandacht voor voeding, bewegen en slaap en daar wordt ook in geïnvesteerd. Dit is dus een ambitie naast het preventieakkoord, kwaliteitseisen of eisen vanuit beroepsverenigingen van medisch specialisten waar bijvoorbeeld bij de visitatie de vraag kan worden gesteld of stoppen met roken wordt besproken in de spreekkamer bij elke patiënt. In de praktijk komt er pas beweging in dergelijke ontwikkelingen wanneer er van meerdere kanten aandacht en eisen worden gesteld. Denk aan de aanbevelingen in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) dat als subtitel ‘samen werken aan gezonde zorg’ heeft. Het is dus heel belangrijk om

ook met de gemeente en GGD projectmatig preventie op te pakken en met hen samen te werken, ook in stoppen-met-rokenczorg.

## Resultaten

De stoppen-met-rokenconsulent is vooralsnog een proef (gestart in 2021). Er zal door middel van kwalitatief onderzoek worden achterhaald hoe succesvol het verwijzen naar de consulent is. Het ziekenhuis doet deze proef samen met zorgverzekeraar Menzis en het komt voort uit de samenwerking in de Coalitie Preventie.



## Appendix III.5. Amsterdam UMC

---

### Project

#### Invoeren rookvrij beleid in het Amsterdam UMC

In 2019 heeft het Amsterdam UMC een rookvrij beleid ingevoerd.

#### Werkzame elementen

- ▶ Informatiesessies voor het personeel met positieve framing
- ▶ Stoppen-met-rokenzorg voor medewerkers en patiënten
- ▶ Ondersteuning door de raad van Bestuur

#### Contactpersoon

Jentien Vermeulen ([j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl](mailto:j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl)),  
psychiater i.o., Amsterdam UMC

---

#### Doelgroep

Alle patiënten die behandeld worden in de twee locaties AMC en VUMC van het Amsterdam UMC, alle medewerkers die daar werken, en bezoekers van het terrein.

#### Werkwijze

Het rookvrij beleid werd goed voorbereid. De raad van Bestuur kondigde dit in haar nieuwjaar speech aan. Het implementatieteam startte vervolgens met wekelijkse bijeenkomsten. In een aantal inloopbijeenkomsten werden betrokken medewerkers geïnformeerd over het rookvrij beleid en mogelijke barrières werden besproken. Vervolgens werden op verschillende afdelingen waar veel wordt gerookt (denk aan de afdelingen heelkunde, psychiatrie, cardiologie en longziekten) presentaties voor het personeel gehouden. Het rookvrij beleid werd op een positieve manier geframed, waarbij aandacht was voor het goede voorbeeld geven, verbetering van gezondheid, en hulp bij stoppen met roken. Stoppen-met-rokenondersteuning werd gratis aangeboden aan de medewerkers van het ziekenhuis in de vorm van nicotine vervangende medicatie en gedragsmatige ondersteuning via gesprekken aan de telefoon of in groepsverband. Ook aan patiënten werd een geprotocolleerde gedragstherapie gericht op stoppen met roken aangeboden, evenals nicotine vervangende medicatie. Aanvankelijk werd dit in groepsvorm en later individueel door een rookvrij consulente aangeboden. Aan bezoek van patiënten werd geen behandeling aangeboden, zij werden verwezen naar de huisarts.



Het rookvrij beleid werd kenbaar gemaakt door flyers voor patiënten en bezoekers en door posters, borden, stoeptegels en banners. Tevens was er ter promotie een officiële kick-off met persmoment met de staatssecretaris en wethouder. Alle faciliteiten t.b.v. roken en asbakken werden verwijderd. Na de implementatie werden terreincoaches aangesteld die bezoekers en patiënten informeerden, vragen beantwoorden en rokende mensen vroegen hun sigaret uit te maken. Eventueel konden beveiligers worden gevraagd te assisteren.

### **Financiering**

Het invoeren van het rookvrije beleid werd betaald door de Raad van Bestuur.

### **Resultaten**

De prevalentie van roken gedetecteerd bij observatie op de twee ziekenhuisterreinen daalde van 17,4% naar 3,3% na het invoeren van het rookvrij beleid. De grootste daling was te zien bij medewerkers (-96,7%) en bij patiënten (-92,3%). Ook na 18 maanden was de prevalentie roken vergelijkbaar. Informatie over het rookvrij beleid van het Amsterdam UMC is te vinden in het artikel van Garritsen et al. (2022)(21).

## **Appendix III.6. Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis**

---

### **Project**

#### **Vastleggen rookstatus in elektronisch patiëntendossier**

De rookstatus wordt tijdens de intake bij *elke* patiënt uitgevraagd en vastgelegd in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Dit komt op het voorblad te staan dus is altijd zichtbaar.

#### **Werkzame elementen**

- ▶ Door het vastleggen van de rookstatus besteden zorgverleners vaker aandacht aan roken in de spreekkamer en er wordt daardoor vaker advies gegeven en/of hulp geboden.

#### **Contactpersoon**

Nanda Wiegman ([n.wiegman@nki.nl](mailto:n.wiegman@nki.nl)), rookstopcoach,  
Antoni van Leeuwenhoek

---

Paramedisch

**Patientgegevens**

Naam :

Telefoon mobiel :

Adres :

E-mail :

Huisarts :

Apotheek :

Tandarts :

Hoofdverzekering :

Opmerking :

Contactpersonen :

**Verwijzer**

Actuele verwijzer  
- geen intake

Overige externe behandelaars

Allergieën en bijwerkingen

Aantekeningen

**Voorgeschiedenis en Comorbiditeit**

Er is nog geen comorbiditeit vastgelegd, klik hier

**Medicatie geregistreerd in AvL**

Verstrekkingen geneesmiddelen openbare apotheek (afgelopen 6 mnd)

**Kerninfo**

Hoofdbehandelaar :

Vast contactpersoon : niet ingevuld, klik hier

Vast contactpersoon - overige : Vast contactpersoon - overige invullen

Tumorwerkgroep :

Behandelingsbeperking : niet ingevuld, klik hier

Stadiering : Niets ingevuld, klik hier

Roken : ja

Bekend bij PFT : nee

COVID-19 Vaccinatie :

**PROMs**

**Diagnoses**

**Trials en Zorgpaden**

Figuur 1. Voorbeeld van EPD met de rookstatus van de patiënt

## Appendix III.7. Chronisch ZorgNet

---

### Project

#### Stoppen-met-rokenondersteuning geïntegreerd in beweeg- en leefstijlbegeleiding bij chronische, niet overdraagbare aandoeningen

Verwijzers (huisartsen, medisch specialisten en hun respectievelijke ondersteuners) kunnen patiënten verwijzen naar een Chronisch ZorgNet (CZN) therapeut, welke op maat gemaakte stoppen-met-rokenondersteuning aanbiedt, geïntegreerd in de voor de aandoening reeds geïndiceerde bewegetherapie en leefstijlbegeleiding.

### Werkzame elementen

- ▶ Verwijzers kunnen patiënten eenvoudig doorverwijzen na aanmaken van een verwijzersaccount in de DigiH zorgzoeker/-verwijzer of direct vanuit het eigen EPD indien huisarts of ziekenhuis EPD dit mogelijk maakt ([info@chronischzorgnet.nl](mailto:info@chronischzorgnet.nl); [info@digih.nl](mailto:info@digih.nl)).
- ▶ De met een stop roken label zichtbaar gemaakte fysio- en oefentherapeuten (te vinden via een zoekfilter) die zijn getraind om stoppen-met-rokenzorg te integreren in de aangeboden zorg.
- ▶ Patiënten kunnen in de woonomgeving een geïntegreerde, gecombineerde therapie ontvangen m.b.t. beweging, leefstijl en stoppen-met-rokenondersteuning.

### Contactpersonen

Anne Verhoef ([anne@chronischzorgnet.nl](mailto:anne@chronischzorgnet.nl)), projectmedewerker CZN,  
Joep Teijink, vaatchirurg en oprichter CZN  
([joep.teijink@catharinaziekenhuis.nl](mailto:joep.teijink@catharinaziekenhuis.nl))

---

### Doelgroep

Patiënten met niet-overdraagbare chronische aandoeningen (longaandoeningen [COPD], perifere arterieel vaatlijden [etalagebenen], hartrevalidatie, corona, osteoporose/valpreventie en prehabilitatie [Fit4Surgery]) die worden behandeld binnen CZN, krijgen hulp bij stoppen met roken. Bij alle patiënten, ook als zij aangeven niet te willen stoppen, wordt stoppen met roken op zijn minst besproken.

### Werkwijze

CZN is een multidisciplinair, landelijk dekkend netwerk van meer dan 3500 fysio-, oefentherapeuten gespecialiseerd in bewegetherapie en leefstijlbegeleiding. Huisartsen, POH's, medisch specialisten, physician assistants en verpleegkundig specialisten kunnen gericht en veilig naar dit netwerk verwijzen. Een verwijzing resulteert in een *to the point* terugkoppeling en als verwijzer kan je erop vertrouwen

dat waar nodig de zorgverlener de regie neemt om multidisciplinaire samenwerking te initiëren. Sinds 2022 participeren ook diëtisten en ergotherapeuten om waar gewenst volledige richtlijnopvolging mogelijk te maken.

Roken is een van de belangrijkste risicofactoren voor een groot deel van de aandoeningen die in CZN worden behandeld. Daarom wordt stoppen met roken als zeer belangrijk ervaren en structureel onder de aandacht gebracht bij alle aangesloten therapeuten (e-learning, verdiepingsdagen, congressen). Steeds meer van de aangesloten therapeuten zijn specifiek getraind in stoppen-met-rokenondersteuning. Patiënten kunnen op deze manier op maat gemaakte ondersteuning krijgen, volledig geïntegreerd in de bewegtherapie en leefstijlbegeleiding gericht op de onderliggende aandoening.

### **Scholing**

Alle aangesloten zorgverleners bij CZN handelen volgens de vigerende beroepsrichtlijnen en volgen continu relevante bijscholingen. Een relevante aanpassing van een richtlijn wordt binnen drie maanden uitgedragen via (verplichte) scholing, waarbij gebruik wordt gemaakt van o.a. e-learning modules, vlogs en interactieve webinars. Een van de vele scholingen is de cursus 'RookStopCoaching voor fysiotherapeuten', die samen met het Trimbos-instituut is gemaakt.

### **Resultaten**

In juni 2023 waren 350 therapeuten na doorlopen van de scholing tot stoppen-met-rokencoach zicht- en verwijsbaar. CZN verzamelt bij alle deelnemende therapeuten data, waaronder ook het rook- en stopgedrag van de deelnemers. Met deze behandeldata, die sinds 2015 worden verzameld, wordt onderzoek gedaan naar de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg. Ook worden ondersteunende tools ontwikkeld voor therapeuten en patiënten. Een voorbeeld hiervan is KomPas voor patiënten met Perifeer Arterieel Vaatlijden, waarbij een persoonlijke voorspelling voor de patiënt kan worden gemaakt over het behandelingstraject. Op basis van persoonskenmerken als leeftijd, roken en geslacht wordt een voorspelling gemaakt van de loopafstand en kwaliteit van leven die een patiënt kan behalen met zes maanden training. Het is aangetoond dat wanneer een patiënt stopt met roken en gaat trainen bij de therapeut, dat de loopafstand significant verbetert. Met deze tool kan de therapeut samen met de patiënt beslissen waar ze aan willen gaan werken in het op te starten behandelingstraject. Stoppen met roken is één van de onderwerpen die standaard ter sprake komt. Doordat de patiënt inzicht krijgt in de mogelijke resultaten, kan deze beter begrijpen welke winst kan

worden bereikt door te stoppen met roken. Dit alles wordt mogelijk gemaakt in nauwe samenwerking met de beroepsgroep (KNGF), de LDF en IQ Healthcare.

### **Toekomst**

Vanaf 2023 wordt de Patiënt Journey App ingezet binnen CZN. Deze app wordt al in 100+ verschillende zorgorganisaties gebruikt en gaat nu ook ingezet worden als ondersteuning van eerstelijns fysio-/oefentherapie. De app werkt volgens het concept van 'timely information', ofwel het gedoseerd aanbieden van informatie, op het moment dat deze relevant is. De geboden informatie is afgestemd op de situatie van de patiënt. De Patient Journey App is bewezen effectief op het verbeteren van o.a. kennis, samen beslissen, tevredenheid, therapietrouw, kwaliteit van leven, functionele uitkomsten en zorgconsumptie. De app biedt ondersteuning voor de uitdagingen bij het realiseren van duurzame gedragsverandering. O.a. op het onderwerp roken wordt informatie aangeboden en ondersteund door afbeeldingen en video's, zodat de patiënt die samen met zijn naasten rustig kan doornemen. Middels quizvragen kan de kennis van de patiënt ook getoetst worden. De app maakt gebruik van push notificaties om patiënten actief te wijzen op nieuw beschikbare informatie. Tot slot is het met de app ook mogelijk om data te verzamelen om zo via een therapeut portal (beter) te kunnen monitoren hoe het met patiënten gaat, hoe gemotiveerd zij zijn, welke stappen zij thuis ondernemen, etc. De combinatie van een therapeut die veelvuldig contact heeft met de patiënt en gedoseerde informatievoorziening via de app geeft zicht op meer therapietrouw en zelfregie en daardoor een meer duurzame gedragsverandering, minder gezondheidsproblemen en een hogere kwaliteit van leven.

### **Conclusie**

De combinatie van de Trimbos-CZN RookStopCoaching scholing, de mogelijkheid om doelmatig te verwijzen en het waarborgen van de kwaliteit van de zorg door CZN en het aanbieden van blended care (E-M-health gericht op stoppen met roken), moet leiden tot kwalitatief goede stoppen-met-rokenzorg in de woonomgeving van de patiënt.

