



ZORGMODULE

**STOPPEN
MET ROKEN**



ZORGMODULE

**STOPPEN
MET ROKEN**



VOORWOORD

Voor u ligt de Zorgmodule Stoppen met Roken. Het Partnership Stop met Roken heeft in het voorjaar van 2009 het initiatief genomen deze zorgmodule te ontwerpen en daartoe een breed samengestelde werkgroep ingesteld, aangeduid als de kerngroep.

De Zorgmodule Stoppen met Roken sluit aan bij de moderne visie op de inrichting van preventie en zorg bij chronische ziekten. Een integrale benadering wordt nagestreefd in de vorm van ketenzorg (wellicht is netwerkzorg een betere benaming) met een programmatische aanpak door multidisciplinair samenwerkende zorgverleners. Zorgstandaarden spelen daarbij een centrale rol.

De zorgstandaard beschrijft immers de zorg die minimaal moet worden geleverd en stelt daarmee de norm. Ook beschrijft de zorgstandaard de multidisciplinaire organisatie om die zorg te leveren en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren als instrument voor de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de betreffende zorgverlening. Om verzuiling en fragmentatie te voorkomen heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden een model ontwikkeld, de 'Standaard voor Zorgstandaarden'. Het model geeft aanwijzingen voor het format en de inrichting van een zorgstandaard. Ook geeft het de randvoorwaarden voor de beschrijving van de onderliggende organisatiestructuur en het kwaliteitsbeleid. Het model maakt onderscheid tussen generieke modules die op meerdere chronische ziekte van toepassing kunnen zijn en ziektespecifieke modules.

Met de Zorgmodule Stoppen met Roken heeft het Partnership Stop met Roken een generieke module ontworpen. Dit is, in de context van het model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, de eerste generieke module die als zodanig is ontwikkeld. De module zal vermoedelijk een bijzondere positie gaan innemen, omdat stoppen met roken niet alleen bij meerdere chronische aandoeningen van groot belang is, maar ook bij mensen die geen chronische aandoening hebben: stoppen met roken is voor iedereen van belang.

De Zorgmodule Stoppen met Roken is ingericht in overeenstemming met het model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zo past de module in principe in de systematiek die nu door het ministerie van VWS wordt ontwikkeld ten aanzien van de programmatische aanpak van chronische ziekten. De zorgstandaard met zijn generieke en ziektespecifieke modules vormt in die systematiek de grondslag voor de bijbehorende integrale bekostiging.

Met de Zorgmodule Stoppen met Roken is een stap gezet op weg naar structurele inbedding van een stoppen-met-rokenbeleid in de gezondheidszorg.

KERNGROEP ZORGMODULE STOPPEN MET ROKEN

De Zorgmodule Stoppen met Roken is ontwikkeld door een kerngroep die is samengesteld uit diverse deskundigen op het gebied van stoppen met roken en/of de zorg. De leden van de kerngroep nemen op persoonlijke titel zitting in de kerngroep, de organisaties waaraan zij zijn verbonden worden genoemd ter informatie.

Reinout van Schilfgaarde voorzitter kerngroep

Eveline Willems projectleider Zorgmodule, Partnership Stop met Roken

Joke Bottema patiëntvertegenwoordiger Astma Fonds

Marc Bruijnzeels directeur Regionale Ondersteuningsstructuur Stichting Lijn 1 Haaglanden

Marcel Clarijs beleidsmedewerker Preventie afdeling Zorginnovatie CZ

Rianne Hensen longverpleegkundige RookStopPoli Sint Franciscus Gasthuis

Dewi Segaar teamleider Zorg STIVORO

Bert Soenveld functionaris gezondheidsbevordering GGD Fryslân

Trudi Tromp-Beelen verslavingsarts Jellinek kliniek

Lidewij Wind huisarts en lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap

ADVISERING ZORGMODULE STOPPEN MET ROKEN

Partnership Stop met Roken

Pieter van Haaren, programmamanager Zorginnovatie Univé VGZ IZA Trias

PARTNERSHIP STOP MET ROKEN

De Zorgmodule Stoppen met Roken is geïnitieerd en vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Het Partnership Stop met Roken is een onafhankelijk samenwerkingsverband van diverse publieke en private partijen uit de gezondheidszorg. Het Partnership Stop met Roken is in het jaar 2000 opgericht op initiatief van het ministerie van VWS en richt zich op een uniforme en gecoördineerde aanpak van het stoppen met roken in de zorgsector. In het verleden heeft het Partnership zich voornamelijk gericht op de totstandkoming van een klinische richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving, een beleidsdocument, een nationaal congres en de implementatie van de klinische richtlijn.

De volgende Partners nemen deel in het Partnership anno december 2009

Astma Fonds

GGD Nederland

GlaxoSmithKline*

Jellinek en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

Johnson & Johnson*

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

KWF Kankerbestrijding

Landelijke Huisartsenvereniging

Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Instituut Psychologen

Nederlandse Hartstichting

Nederlandse Public Health Federatie

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longaandoeningen en Tuberculose

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging Longverpleegkundigen

Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie

Novartis*

Pfizer*

STIVORO

Universiteit Maastricht, Gezondheidsvoorlichting

Universiteit Twente

Zorgverzekeraars Nederland

*Voor de ontwikkeling van de Zorgmodule Stoppen met Roken is er voor farmaceutische bedrijven in het Partnership Stop met Roken een gedragscode opgesteld. Deze gedragscode staat in bijlage 1.

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Ongeveer 28% van alle Nederlanders rookt. Roken is erg schadelijk voor de gezondheid. Het veroorzaakt of verhoogt de kans op aandoeningen als COPD, kanker, hart- en vaataandoeningen en meer. Ook meerroken is risicovol. Jaarlijks sterven circa 20.000 mensen aan roken gerelateerde aandoeningen. Roken is een verslaving en stoppen met roken is lastig vanwege de ontwenningsverschijnselen. Bijna driekwart van de rokers wil op een moment in de toekomst stoppen. Daarvoor is een beschrijving van de aanpak bij stoppen met roken nodig. De Zorgmodule Stoppen met Roken beschrijft de zorg, de bijpassende organisatie en de kwaliteitsindicatoren voor de stoppen-met-rokenzorg met als doel het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken.

Hoofdstuk 2 – Indicaties

De zorg bij stoppen met roken is van toepassing op iedereen die rookt. Roken is een verslaving en wordt als ziekte aangemerkt. Daarom worden mensen die roken in de Zorgmodule Stoppen met Roken patiënten genoemd. Er zijn patiënten (rokers) met en patiënten zonder verdere klachten of aandoeningen. Voor sommige patiënten is de urgentie om te stoppen met roken groter dan gemiddeld. Dit zijn patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening en patiënten met een verhoogd risico op een dergelijke klacht of aandoening voor zichzelf of voor anderen. Voor deze patiënten is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst en heeft de stoppen-met-rokenzorg andere accenten.

Hoofdstuk 3 – Toelichting stoppen-met-rokenzorg

De zorg bij stoppen met roken kan onderverdeeld worden in drie samenhangende onderdelen: onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken, onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken en onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken. De uitvoering is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Onderdeel 3 heeft twee elementen: onderdeel 3A - Gedragmatige behandeling en onderdeel 3B - Farmacologische behandeling. De gedragmatige behandeling richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. De farmacologische behandeling richt zich op het informeren over en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen en het begeleiden van het gebruik ervan. Een gecombineerde aanpak, bestaande uit zowel de gedragmatige als de farmacologische behandeling, is het meest effectief. De behandeling kan plaatsvinden in verschillende vormen en intensiteiten en in diverse settings. De effectiviteit neemt toe naarmate de behandeling intensiever is. Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop is een begeleiding met een hogere intensiteit gewenst.

Hoofdstuk 4 – Stoppen-met-rokenzorg

Een goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener. De patiënt brengt de meest actuele individuele informatie in op basis waarvan de zorgverlener de behandeling vormgeeft. De patiënt heeft een centrale rol in de stoppen-met-rokenzorg. Deze rol wordt ondersteund door het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt in elk onderdeel van de behandeling. Onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken geldt voor iedereen die rookt. De zorgverlener geeft het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de patiënt. De patiënt met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop krijgt hier extra informatie. Onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken betreft patiënten die overwegen om te stoppen met roken evenals patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop die (nog) onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen. De zorgverlener geeft een motivatieverhogende behandeling. Onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken is van toepassing op patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. Dit heeft twee elementen. De gedragmatige behandeling en de farmacologische behandeling. Deze worden bij voorkeur gecombineerd, aangezien een gecombineerde aanpak het meest effectief is.

Hoofdstuk 5 – Ziektespecifieke addities

Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst en heeft de stoppen-met-rokenczorg andere accenten.

- Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening wijst de zorgverlener tijdens het stopadvies erop dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klacht of aandoening. De zorgverlener geeft voor de specifieke klacht of aandoening informatie over het effect van roken en er wordt benadrukt dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling van de aandoening.
- Voor patiënten met een verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening bespreekt de zorgverlener de mogelijke risico's en schade van doorroken voor de patiënt zelf en voor anderen. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het dringend adviseren en motiveren van deze patiënten om te stoppen. Daarnaast is er aandacht voor het voorkomen van meeroken.

Hoofdstuk 6 – Organisatie stoppen-met-rokenczorg

Er zijn veel soorten zorgverleners betrokken in de stoppen-met-rokenczorg. De zorg kan na elkaar door diverse zorgverleners worden uitgevoerd en de patiënt kan van de ene zorgverlener naar de andere worden verwezen en overgedragen. De opvolging en de samenhang tussen alle betrokken zorgverleners kan worden opgevat als het stoppen-met-rokennetwerk. Binnen het netwerk staat de patiënt centraal. Een belangrijke verantwoordelijkheid in de stoppen-met-rokenczorg ligt bij de patiënt zelf. Van de (gemotiveerde) patiënt wordt verwacht om actief deel te nemen aan de behandeling. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het aanbieden van goede stoppen-met-rokenczorg. De zorg mag door elke zorgverlener uitgevoerd worden, mits deze personen bekwaam zijn. Er wordt een openbaar kwaliteitsregister ontwikkeld waarin personen die bekwaam zijn voor het geven van stoppen-met-rokenczorg worden opgenomen. Voor elke patiënt wordt een individueel zorgplan gemaakt waarin afspraken worden vastgelegd die van belang zijn voor de behandeling van de individuele patiënt. Er is een centrale zorgverlener aanwezig als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Andere belangrijke aspecten van de stoppen-met-rokenczorg zijn: het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt en de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken en van een elektronisch patiënten dossier. Evenals een kwaliteitscyclus voor het continue bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de stoppen-met-rokenczorg.

Hoofdstuk 7 – Kwaliteitsindicatoren

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. De kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de minimale parameterset (MPS). De MPS zijn de parameters die in ieder geval elektronisch worden vastgelegd door de zorgverlener. Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren, uitkomstindicatoren en structuurindicatoren. Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van het individuele zorgproces. Een voorbeeld is het percentage patiënten dat een stopadvies heeft gekregen. Uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomst van het individuele zorgproces. Het percentage patiënten dat gestopt is met roken na de behandeling is hiervan een voorbeeld. Structuurindicatoren geven informatie over de kwaliteit van de netwerkorganisatie. Voor stoppen met roken is dit bijvoorbeeld de aanwezigheid van een centrale zorgverlener.

Hoofdstuk 8 – Toepassen van de zorgmodule

Bij alle chronische aandoeningen waar stoppen met roken van belang is, is de Zorgmodule Stoppen met Roken van toepassing. Hetzelfde geldt voor generieke modules die op leefstijl van toepassing zijn, deze kunnen ten opzichte van de Zorgmodule Stoppen met Roken als complementair worden beschouwd. De implementatie van de Zorgmodule Stoppen met Roken kan worden bevorderd door de inzet van de zorgverlener. Evenals door het actief hanteren van de zorgmodule bij de inkoop van de stoppen-met-rokenczorg. De Zorgmodule Stoppen met Roken kan als uitgangspunt gebruikt worden om afspraken over de behandeling te maken en kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van de zorg. Een ander belangrijke implementatiefactor is het vastleggen van regelingen en afspraken in de annexen van de zorgmodule.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
Samenvatting	8
Begrippenlijst	13
Literatuurlijst	52

	INLEIDING	17
1.1	Aanleiding Zorgmodule Stoppen met Roken	
1.2	Wat is (stoppen met) roken?	
1.3	Gevolgen van roken	
1.4	Wat is de Zorgmodule Stoppen met Roken?	
	INDICATIES	21
2.1	Rokers	
2.2	Rookgerelateerde klacht of aandoening	
2.3	Verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening	
2.4	Aanvullende opmerkingen	
	TOELICHTING STOPPEN-MET-ROKENZORG	25
3.1	Vormen stoppen-met-rokenzorg	
3.2	Opbouw stoppen-met-rokenzorg	
	STOPPEN-MET-ROKENZORG	27
4.1	Onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken	
	4.1.1 Indicatie	
	4.1.2 Behandeling	
	4.1.3 Minimale parameterset	
4.2	Onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken	
	4.2.1 Indicatie	
	4.2.2 Behandeling	
	4.2.3 Minimale parameterset	
4.3	Onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken	
	4.3.1 Indicatie	
	4.3.2 Behandeling	
	4.3.3 Minimale parameterset	
	ZIEKTESPECIFIEKE ADDITIES	35
5.1	Rookgerelateerde klacht of aandoening	
5.2	Verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening	
	ORGANISATIE STOPPEN-MET-ROKENZORG	39
6.1	Specifieke kenmerken van het zorgproces	
6.2	Algemene kenmerken van het zorgproces	
6.3	Kwaliteitsbeleid en kwaliteitscyclus	
6.4	Minimale parameterset	
	KWALITEITSINDICATOREN	45
7.1	Procesindicatoren	
7.2	Uitkomstindicatoren	
7.3	Structuurindicatoren	
	TOEPASSEN VAN DE ZORGMODULE	49
8.1	Relatie met andere zorgstandaarden en -modules	
8.2	Implementeren van de zorgmodule	
	BIJLAGEN	55
1	Gedragscode farmaceutische bedrijven in het Partnership Stop met Roken	
2	Rookgerelateerde klachten en aandoeningen	
3	Vormen stoppen-met-rokenzorg	
4	Activiteiten stoppen-met-rokenzorg	
5	Punten van een stopplan	
6	Farmacologische behandeling en middelen	

BEGRIPPENLIJST

- **Annexen**
Annexen bevatten regelingen en afspraken die vereist zijn voor de feitelijke toepassing van de zorgmodule in het traject van inkoop van de zorg en ketencontractering. Annexen kunnen aan de Zorgmodule worden toegevoegd.
- **Behandeling bij stoppen met roken**
De stoppen-met-rokenzorg is grofweg te verdelen in de gedragsmatige en de farmacologische behandeling. Deze dienen bij voorkeur gecombineerd te worden, aangezien een gecombineerde aanpak het meest effectief is.
- **Bekwaam**
Bekwaamheid is de combinatie van voldoende kennis en de bijbehorende vaardigheden om de kennis toe te passen.
- **Centrale zorgverlener**
De centrale zorgverlener is het vaste aanspreekpunt in het stoppen-met-rokennetwerk. De centrale zorgverlener is een bekwame zorgverlener die beschikt over het individueel zorgplan van de patiënt met daarin de meest actuele informatie met betrekking tot stoppen met roken, van alle relevante medische informatie van de patiënt op de hoogte is en bekend is met het beschikbare stopaanbod. De centrale zorgverlener is verantwoordelijk voor de coördinatie van de stoppen-met-rokenzorg voor de patiënt.
- **Farmacologische behandeling**
De farmacologische behandeling richt zich op het informeren over en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen, namelijk: nicotinevervangers en andere medicatie, en het begeleiden van het gebruik ervan.
- **Gedragsmatige behandeling**
De gedragsmatige behandeling bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken.
- **Gemotiveerd (om te stoppen met roken)**
Patiënten die gemotiveerd zijn om op korte termijn (binnen één maand) te stoppen met roken.
- **Generieke zorgmodule**
Een generieke module beschrijft de zorg voor het individu betreffende een zorgvraag die voor meer dan één chronische ziekte relevant en daarmee generiek is.
- **Identificatie van de roker**
Onder identificatie wordt verstaan het vragen of iemand rookt en het geven van een stopadvies aan iedereen die blijkt te roken.
- **Individueel zorgplan**
Het individueel zorgplan is een plan dat de zorgverlener en de patiënt samen opstellen, waarin afspraken die van belang zijn voor de behandeling van de individuele patiënt schriftelijk of elektronisch worden vastgelegd.
- **Intensiteit van de behandeling**
De intensiteit is de combinatie van de frequentie (aantal contactmomenten) en de duur (duur per contactmoment) van de behandeling.

- **Kwaliteitsindicatoren**
Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Een kwaliteitsindicator is in feite een meting. Voor een meting is informatie nodig, dit zijn de parameters die door de zorgverleners worden vastgelegd als de minimale parameterset (MPS). Kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de MPS. De uitkomst zegt iets over de mate van kwaliteit van de aspecten van de zorg die zijn gemeten.
- **Meeroken**
Meeroken is een passieve blootstelling aan tabaksrook via de hoofdstroomrook (de uitgeblazen rook van een roker) en de zijstroomrook (de rook die door de brandende sigaret, sigaar of pijp direct in de ruimte wordt gebracht).
- **Meeroker**
Een meeroker is een niet-roker die (in de afgelopen zeven dagen) passief is blootgesteld aan tabaksrook via de hoofdstroomrook en de zijstroomrook.
- **Minimale parameterset (MPS)**
De minimale parameterset (MPS) zijn de parameters (data, gegevens) die in ieder geval elektronisch worden vastgelegd door de zorgverlener om kwaliteitsinformatie te kunnen aanleveren aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder.
- **Ongemotiveerd (om te stoppen met roken)**
Patiënten die duidelijk aangeven echt niet te willen stoppen met roken zijn ongemotiveerd om te stoppen.
- **Overweger**
Patiënten die in de toekomst wel graag zouden willen stoppen (intentie om te stoppen binnen één tot zes maanden), maar dat om uiteenlopende redenen voor zich uitschuiven en/of niet op korte termijn willen, zijn 'overwegers'.
- **Patiënt**
Patiënten zijn personen op wie deze zorgmodule van toepassing is (rokers).
- **Roken**
Roken is het roken van tabak als sigaret, pijp, sigaar of waterpijp.
- **Roker**
Een roker is iemand die (in de afgelopen zeven dagen) tabak als sigaret, pijp, sigaar of waterpijp rookt. De Zorgmodule Stoppen met Roken is van toepassing op iedereen die rookt.
- **Stoppen-met-rokennetwerk**
Het stoppen-met-rokennetwerk is de opvolging en de samenhang tussen alle zorgverleners die betrokken zijn in het aanbieden van stoppen-met-rokenzorg.
- **Stoppen-met-rokenzorg**
De stoppen-met-rokenzorg is het overkoepelende begrip waarmee de gehele behandeling bij stoppen met roken, inclusief alle bijbehorende vormen en de bijpassende opbouw, wordt aangeduid.
- **Stopplan**
Het stopplan is een plan wat de patiënt voor zichzelf maakt. De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn (ook als er geen zorgverlener betrokken is). Het stopplan is een onderdeel van het individueel zorgplan.

- **Tabaksverslaving en nicotineafhankelijkheid**
 Tabak is een verslavend genotmiddel onder andere door de aanwezigheid van nicotine. Mensen die roken blijven roken omdat zij het nicotinegehalte in het lichaam in stand willen houden vanwege de prettige bijeffecten van nicotine en vanwege het willen tegengaan van de ontwenningverschijnselen van nicotine. Hierdoor ontstaat nicotineafhankelijkheid. Nicotineafhankelijkheid is als stoornis geregistreerd in het psychiatrische classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV). Volgens de DSM IV is er sprake van afhankelijkheid van nicotine (tabaksverslaving) als in een periode van een jaar minimaal drie van een aantal kenmerken optreden, zoals: ontwenningverschijnselen, niet kunnen stoppen, het gebruik in grotere hoeveelheden of langere duur dan van plan, de wens het gebruik te minderen en het doorgaan ondanks druk van de omgeving en de wetenschap dat het schadelijk is.
- **Terugval (bij stoppen met roken)**
 Het mislukken van een stoppoging doordat de patiënt terugvalt in het oude gedrag (roken).
- **Zelfmanagement**
 Alles wat de patiënt zelf doet om te stoppen met roken is zelfmanagement.
- **Zorgmodule Stoppen met Roken**
 De Zorgmodule Stoppen met Roken is een generieke module en beschrijft de zorgvraag voor stoppen met roken.
- **Zorgstandaard**
 Een zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de norm voor de multidisciplinaire zorg voor een bepaalde chronische ziekte, of voor algemene aspecten van die chronische ziekte.
- **Zorgverlener**
 Alle personen die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, mits bekwaam voor de handelingen die ze verrichten, zijn zorgverlener.

1 INLEIDING

Samenvatting

Ongeveer 28% van alle Nederlanders rookt. Roken is erg schadelijk voor de gezondheid. Het veroorzaakt of verhoogt de kans op aandoeningen als COPD, kanker, hart- en vaataandoeningen en meer. Ook meeroken is risicovol. Jaarlijks sterven circa 20.000 mensen aan roken gerelateerde aandoeningen. Roken is een verslaving en stoppen met roken is lastig vanwege de ontwenningverschijnselen. Bijna driekwart van de rokers wil op een moment in de toekomst stoppen. Daarvoor is een beschrijving van de aanpak bij stoppen met roken nodig. De Zorgmodule Stoppen met Roken beschrijft de zorg, de bijpassende organisatie en de kwaliteitsindicatoren voor de stoppen-met-rokenzorg met als doel het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken.

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding voor de Zorgmodule Stoppen met Roken beschreven. Er wordt informatie gegeven over roken, stoppen met roken en de gevolgen van roken. Als laatste wordt beschreven wat een zorgmodule is.

1.1 AANLEIDING ZORGMODULE STOPPEN MET ROKEN

Roken vormt een van de grootste bedreigingen voor de gezondheid. Roken veroorzaakt of verhoogt de kans op aandoeningen als (long)kanker, hart- en vaataandoeningen en luchtwegaandoeningen zowel bij de roker zelf als bij de meeroker. Toch rookt een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking. De gevolgen van roken zijn (deels) te voorkomen door te stoppen met roken. Daarvoor is een landelijke aanpak nodig. Dit betekent dat er een beschrijving van de aanpak bij stoppen met roken noodzakelijk is. Dat is de aanleiding voor de Zorgmodule Stoppen met Roken. De Zorgmodule Stoppen met Roken is geschreven voor een ieder die te maken heeft met stoppen met roken, zoals: patiënten, zorgverleners, verzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders.

1.2 WAT IS (STOPPEN MET) ROKEN?

Roken

Onder roken wordt verstaan het roken van tabak als sigaret, pijp, sigaar of waterpijp. Het verschilt per persoon hoeveel iemand rookt. Rokers roken gemiddeld vijftien sigaretten per dag. Ongeveer 28% van alle Nederlandse volwassenen (vijftien jaar en ouder) rookt (1-3). Redenen om te beginnen met roken zijn onder andere: nieuwsgierigheid, meeroken met vrienden en familie of stoer willen zijn. Echter, eenmaal begonnen met roken is het lastig om weer te stoppen aangezien het roken van tabak verslavend is.

Roken is een verslaving

Tabak is een verslavend genotmiddel onder andere door de aanwezigheid van nicotine (4-6). Nicotine heeft dezelfde effecten op het dopaminesysteem in de hersenen als andere stemmingsbeïnvloedende middelen, zoals heroïne en cocaïne (7). Rokers ervaren een lage dosis nicotine als stimulerend en concentratieverhogend, en een hoge dosis nicotine als rustgevend (8). Mensen roken doordat zij een behoefte hebben aan het in stand houden van een gewenst nicotinegehalte in het lichaam. Deze behoefte ontstaat vanwege de prettige bijeffecten van nicotine en vanwege het willen tegengaan van de ontwenningverschijnselen van nicotine (9). Hierdoor ontstaat nicotineafhankelijkheid.

Tabaksverslaving kan als ziekte aangemerkt worden. Tabaksverslaving is opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD-10) en in de International Classification of Primary Care (ICPC-10) (10-11). Daarnaast is nicotineafhankelijkheid als stoornis geregistreerd in het psychiatrische classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV) (12). Volgens de DSM IV is er sprake van afhankelijkheid van nicotine (tabaksverslaving) als in een periode van een jaar minimaal drie van een aantal kenmerken optreden. Kenmerken zijn onder andere:

- het gebruik in grotere hoeveelheden en/of langere duur dan van plan;
- de wens het gebruik te minderen;
- het gebruik kost steeds meer tijd (gebruik, herstel van de effecten, artsbezoek);
- het doorgaan ondanks druk van de omgeving en de wetenschap dat het schadelijk is;
- beïnvloeding van sociale- beroepsmatige- en/of vrijetijdsbestedingen;
- en het niet kunnen stoppen (met roken).

Stoppen met roken

Stoppen met roken is lastig vanwege de hinderlijke neveneffecten van nicotineontwenning (13). Ontwenningverschijnselen hebben een lichamelijke en psychische component. Bijvoorbeeld: depressieve stemming, slapeloosheid, prikkelbaarheid, rusteloosheid, angst, snakken naar een sigaret (craving), slechte concentratie, grotere eetlust en gewichtstoename. Deze kunnen kort na de laatste inname ontstaan, met een piek na één tot drie dagen, en ze duren gemiddeld drie tot vier weken of langer. Ontwenningverschijnselen treden ook op als gevolg van het afleren van de gewoonte van het roken. De zin in roken (craving) kan veel langer aanhouden en is moeilijk te doorbreken. Dit betekent dat stoppen met roken een langdurig proces kan zijn. Bovendien kunnen sociale factoren het stoppen met roken moeilijk maken, het rookgedrag in stand houden of zelfs bevorderen (8). Toch blijkt dat 74% van de rokers in Nederland van plan is om in de toekomst te stoppen met roken. De belangrijkste reden hiervoor is dat men de gezondheid niet langer wil schaden. Het merendeel van de rokers heeft wel eens geprobeerd om te stoppen met roken, maar is hierin niet geslaagd. Bij het ondernemen van een stoppoging gebruiken de meesten geen hulpmiddelen of stopmethoden (2).

1.3 GEVOLGEN VAN ROKEN

Roken is verantwoordelijk voor de meeste kankersoorten aan de luchtwegen en spijsverteringskanalen. Meer dan 80% van chronische obstructieve longaandoeningen kan worden toegeschreven aan roken (14). Daarnaast veroorzaakt roken tal van andere aandoeningen of verhoogt het risico daarop. Bijvoorbeeld: hart- en vaataandoeningen, maag- en darmaandoeningen (de ziekte van Crohn, maag- en darmzweren), mond- en huidaandoeningen (mondbodemkanker, tandvleesaandoeningen, rimpels), oogaandoeningen (maculadegeneratie, netvliesloslating en cataract) en osteoporose. Roken is een belangrijke oorzaak van negatieve uitkomsten bij zwangerschap, zoals: verlaagde vruchtbaarheid, perinatale sterfte, een verhoogde kans op spontane abortus, loslating van de placenta en een verdubbelde kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (15). Baby's van rokende moeders wegen gemiddeld 150-250 gram minder bij de geboorte. Daarnaast is roken causaal geassocieerd met wiegendood (16-17). Meer rookgerelateerde klachten en aandoeningen staan in bijlage 2.

Risico's van meeroken

Als een niet-roker passief wordt blootgesteld aan tabaksrook is dat meeroken. Deze blootstelling kan plaatsvinden via de hoofdstroomrook (de uitgeblazen rook van een roker) en de zijstroomrook (de rook die door de brandende sigaret, sigaar of pijp direct in de ruimte wordt gebracht). Rook brengt niet alleen de roker schade toe, maar ook de mensen om de roker heen. Er bestaat geen veilige ondergrens aan de blootstelling van tabaksrook. Zelfs blootstelling aan kleine hoeveelheden tabaksrook heeft negatieve effecten op de gezondheid. Op korte termijn veroorzaakt meeroken vernauwing van de bloedvaten. Inademen van rook kan daarnaast leiden tot acute hoofdpijn, (tijdelijk) verminderde smaak en reukvermogen, geïrriteerde ogen en luchtwegen. Bij mensen met astma kan meeroken een astma-aanval veroorzaken en bij mensen met COPD voor extra benauwdheid zorgen. Op de langere termijn vergroot meeroken de kans op hart- en vaatandoeningen en longkanker. Samenwonen met een roker verhoogt bij de niet-roker de kans op longkanker met 20%. Meeroken is in Nederland verantwoordelijk voor naar schatting enkele honderden sterfgevallen door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden gevallen van (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen (18).

Sterfte

Jaarlijks sterven ongeveer 20.000 mensen aan roken gerelateerde aandoeningen (zie figuur 1). Intensieve rokers lopen een risico van één op twee om aan roken te sterven en leven gemiddeld acht jaar korter (19). Roken is bij volwassenen verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (86%), COPD (78%) en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalsg gebied (75 tot 80%). Daarnaast is circa 22% van de sterfte aan coronaire hartaandoeningen, 14% van de sterfte aan beroerte en 10% van de sterfte aan hartfalen te wijten aan roken (20-21). Voor het jaar 2000 is in Nederland 27% van de sterfte bij mannen en 10% van de sterfte bij vrouwen toe te schrijven aan roken. Het gemiddelde hiervan is hoger dan in andere landen in de Europese Unie, namelijk 22% en 7% (22). Stoppen met roken kan een deel van de door roken aangerichte schade en vroegtijdige sterfte voorkomen. Een roker die stopt op de leeftijd van 25-34 jaar heeft overlevingskansen die vergelijkbaar zijn met die van niet-rokers. Een roker die stopt op zijn 40-ste wint negen jaar. Stoppen op 50 jaar geeft zes jaar winst en zelfs stoppen op het 60-ste levensjaar of later voorkomt een deel van de door roken veroorzaakte vroegtijdige sterfte (19).

Longkanker	5.830	2.491	6.389	3.384
Astma en COPD	3.128	1.864	3.696	2.713
Coronaire hartziekten	1.876	645	6.757	5.117
Beroertes (CVA; inclusief TIA: G 45)	765	583	3.733	5.781
Hartfalen	428	216	2.458	4.099
Slokdarmkanker	854	250	1.076	398
Strottehoofdkanker	133	39	166	47
Kanker in hoofd/halsgebied	319	101	346	184
	13.332	6.189	24.621	21.723

Figuur 1: Sterfte door rookgerelateerde aandoeningen (2007, personen ouder dan 20 jaar). Overgenomen uit: STIVORO Jaarverslag 2008, pagina 6.

1.4 WAT IS DE ZORGMODULE STOPPEN MET ROKEN?

Zorgmodule Stoppen met Roken is een generieke module

De Zorgmodule Stoppen met Roken is een generieke module en beschrijft de zorg bij stoppen met roken. De Zorgmodule Stoppen met Roken is, daar waar stoppen met roken van toepassing is, onderdeel van een zorgstandaard. Daarnaast kan de Zorgmodule Stoppen met Roken ook zelfstandig functioneren, aangezien stoppen met roken ook voor 'gezonde' mensen (die niet binnen een zorgstandaard vallen) van toepassing is. Bovendien is rookverslaving een ziekte op zichzelf, waar voor de behandeling deze zorgmodule zodoende zelfstandig kan worden ingezet.

Wat is een generieke zorgmodule

De volgende beschrijving voor een generieke module is afkomstig uit de 'Standaard voor Zorgstandaarden' (23). "De generieke module beschrijft de zorg voor het individu betreffende een zorgvraag die voor meer dan één chronische ziekte relevant en daarmee generiek is." De generieke module is een onderdeel van een zorgstandaard. Het beschrijft de aspecten die voor verschillende chronische aandoeningen relevant zijn, in dit geval: stoppen met roken (23).

Doel en functie Zorgmodule Stoppen met Roken

Het voornaamste doel van de Zorgmodule Stoppen met Roken is het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken. De Zorgmodule Stoppen met Roken is toegankelijk voor ieder: patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders. De zorgmodule heeft als functie het geven van duidelijkheid over wat verwacht mag worden van een stoppen-met-rokenbehandeling en de bijpassende organisatie. Op basis daarvan kan de patiënt een betere keuze maken voor een stoppen-met-rokenbehandeling. Zorgaanbieders kunnen hierop hun aanbod afstemmen en zorgverzekeraars kunnen met deze zorgmodule als uitgangspunt afspraken over de behandeling maken. De Zorgmodule Stoppen met Roken kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van stoppen-met-rokenzorg door de zorgverzekeraar en een uitgangspunt voor de kwaliteitsbewaking.

Inhoud Zorgmodule Stoppen met Roken

Evidence based medicine (de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, de NHG-Standaard Stoppen met Roken en de KNMP-Zelfzorgstandaard Stoppen met roken) en praktijkervaring van diverse deskundigen vormen het uitgangspunt voor de Zorgmodule Stoppen met Roken. De generieke zorgmodule geeft een beschrijving van een bepaald zorgtraject dat past bij verschillende chronische aandoeningen; het beschrijft de organisatiestructuur van het betreffende zorgproces en de relevante kwaliteitsindicatoren (23). In andere woorden beschrijft de zorgmodule wat verwacht mag worden van een stoppen-met-rokenbehandeling. Hiervoor worden de verschillende aspecten van de zorgmodule beschreven in de volgende hoofdstukken, maar een verdere uitwerking en detaillering ervan staat in de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, waar deze zorgmodule naar verwijst.

In de Zorgmodule Stoppen met Roken wordt in hoofdstuk 1 een inleiding over (stoppen met) roken beschreven; In hoofdstuk 2 voor wie de stoppen-met-rokenzorg van toepassing is; In hoofdstuk 3 een toelichting op de zorg bij stoppen met roken; In hoofdstuk 4 de inhoud van de stoppen-met-rokenzorg; In hoofdstuk 5 de aanvullingen op de zorg voor bepaalde patiënten (ziektespecifieke addities); In hoofdstuk 6 de organisatiestructuur van de zorg; In hoofdstuk 7 de relevante kwaliteitsindicatoren en in hoofdstuk 8 wordt de toepassing van de zorgmodule uiteengezet.

2 INDICATIES

Samenvatting

De zorg bij stoppen met roken is van toepassing op iedereen die rookt. Roken is een verslaving en wordt als ziekte aangemerkt. Daarom worden mensen die roken in de Zorgmodule Stoppen met Roken patiënten genoemd. Er zijn patiënten (rokers) met en patiënten zonder verdere klachten of aandoeningen. Voor sommige patiënten is de urgentie om te stoppen met roken groter dan gemiddeld. Dit zijn patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening en patiënten met een verhoogd risico op een dergelijke klacht of aandoening voor zichzelf of voor anderen. Voor deze patiënten is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst en heeft de stoppen-met-rokenzorg andere accenten.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op wie de zorgmodule van toepassing is en voor wie de urgentie om te stoppen met roken hoger is. Voor sommige rokers is de urgentie om te stoppen met roken namelijk groter dan gemiddeld.

2.1 ROKERS

De zorg bij stoppen met roken is van toepassing op iedereen die rookt. Dit zijn zowel (nog) 'gezonde' rokers als rokers met klachten of aandoeningen. Aangezien roken een verslaving is en als ziekte aangemerkt kan worden, worden deze personen in de Zorgmodule Stoppen met Roken patiënten genoemd. De inhoud van de stoppen-met-rokenzorg is afhankelijk van de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken, dit wordt beschreven in hoofdstuk 4.

2.2 ROOKGERELATEERDE KLACHT OF AANDOENING

Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening is de urgentie om te stoppen met roken hoger. De rookgerelateerde klachten en aandoeningen staan in bijlage 2. De belangrijkste klachten en aandoeningen, waarbij stoppen met roken belangrijk is, worden hier genoemd.

Patiënten met een chronische aandoening

Bij bepaalde chronische aandoeningen is stoppen met roken een belangrijk onderdeel van de behandeling. Stoppen met roken kan de aandoening verminderen of verergering voorkomen. Chronische aandoeningen waarbij stoppen met roken belangrijk is zijn onder andere: chronische longaandoeningen (COPD en astma), diabetes en hart- en vaataandoeningen. Voor meer informatie wordt verwezen naar de betreffende zorgstandaarden: Zorgstandaard COPD, Zorgstandaard Diabetes, Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (24-26).

Patiënten met een niet-chronische klacht of aandoening

Ook voor patiënten met een rookgerelateerde niet-chronische klacht of aandoening is het van belang om te stoppen met roken om verergering van de klacht of aandoening te verminderen of te voorkomen. Hoesten, benauwdheid, kortademigheid en een slechte doorbloeding zijn voorbeelden van symptomen van rookgerelateerde klachten en aandoeningen. In bijlage 2 worden rookgerelateerde klachten en aandoeningen genoemd. Daarnaast is stoppen met roken belangrijk bij de volgende aandoeningen.

Patiënten met een door roken beïnvloedbare aandoening

Er zijn bepaalde aandoeningen waarbij roken extra schadelijk is voor de gezondheid, omdat roken de behandeling en het herstel van de aandoening negatief beïnvloed. Dit betreft onder andere:

- Patiënten met kanker: in verband met de effectiviteit van de bestraling en chemotherapie is het van belang om niet te roken.
- Preoperatieve patiënten en patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis: roken heeft een slechte invloed op het herstel van de patiënt. Stoppen met roken voor een operatieve ingreep lijkt de kans op complicaties te verminderen (27).

Patiënten met andere verslavingen

Voor patiënten met één of meer andere verslaving(en) (zoals: een alcohol- of drugsverslaving) is stoppen met roken een belangrijk onderdeel van de behandeling van die verslaving. Verschillende verslavingen kunnen elkaar namelijk in stand houden en versterken.

Patiënten met een psychiatrische comorbiditeit

Bij patiënten met een psychiatrische comorbiditeit (zoals: depressieve stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen) is sprake van een zeer hoge prevalentie van tabaksgebruik en komt zwaar roken vaak voor. Ongeveer 60% van de patiënten met een psychische stoornis rookt en dit is zelfs 70% bij patiënten met schizofrenie en verslavingsstoornissen (28). De afhankelijkheid van tabak draagt bij aan de ziekte en sterfte bij psychiatrische patiënten. Patiënten met schizofrenie die roken ervaren meer psychiatrische symptomen. Ze worden vaker opgenomen en hebben een hogere dosis medicatie nodig (29). Daarom is stoppen met roken voor patiënten met een psychiatrische aandoening belangrijk. Bovendien is stoppen met roken voor deze personen goed mogelijk (30).

2.3 VERHOOGD RISICO OP EEN ROOKGERELATEERDE KLACHT OF AANDOENING

Voor patiënten met een verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening is de urgentie om te stoppen met roken hoger. De belangrijkste risicofactoren, waarbij stoppen met roken belangrijk is, worden hieronder beschreven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten die zelf risico lopen en patiënten (rokers) met in de omgeving mensen waarvoor blootstelling aan tabaksrook een meer dan gemiddeld risico inhoudt.

Patiënten met een verhoogd risico voor zichzelf

Patiënten met een verhoogd risico hebben een verhoogde kans dat de schadelijke gevolgen van roken zich voordoen. Stoppen met roken kan de kans op de schadelijke gevolgen voorkomen of verminderen.

- Voor patiënten met een verhoogd risico op een chronische aandoening, is het noodzakelijk om te stoppen met roken. Risicofactoren voor hart- en vaataandoeningen zijn onder andere: een hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte. Voor diabetes is dat onder meer overgewicht (Quetelet-index >25). Voor meer informatie wordt verwezen naar de betreffende zorgstandaarden (24-26).
- Voor vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken is het extra van belang te stoppen met roken. Roken verhoogt hier, meer dan normaal, de kans op het ontstaan van een hartinfarct, een beroerte of trombose.

Patiënten met een verhoogd risico voor anderen

Patiënten met een verhoogd risico voor anderen verhogen de kans dat de schadelijke gevolgen van roken zich voordoen bij anderen. Stoppen met roken kan de kans op de schadelijke gevolgen voorkomen of verminderen. Ook het voorkomen van meerroken is hier belangrijk.

- Voor zwangere vrouwen, en vrouwen die zwanger willen worden, en hun partners is het essentieel om te stoppen met roken vanwege de schadelijke gevolgen van (mee)roken voor het (ongeboren) kind.
- Voor patiënten met kinderen is het belangrijk om te stoppen met roken vanwege het belang van een rookvrije omgeving voor kinderen. Meerroken is schadelijk voor iedereen, maar het is extra schadelijk voor kinderen. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen met luchtwegaandoeningen. Voor kinderen jonger dan 19 jaar is meerroken het schadelijkst (31). Het verhoogt bij pasgeborenen de kans op wiegendood. Kinderen die meerroken hebben minder goed ontwikkelde longen en vaker luchtweginfecties, ontstekingen van het middenoor, last van hoesten, slijm opgeven, piepende ademhaling, ademtekort en ontwikkelen vaker astma (18). Daarnaast hebben kinderen die opgroeien in een gezin waar beide ouders roken vier keer zoveel kans om te gaan roken dan in een gezin waar geen van de ouders ooit heeft gerookt. Als ouders niet-roken of stoppen met roken heeft dit een duidelijk preventief effect op het rookgedrag van het kind (32).

2.4 AANVULLENDE OPMERKINGEN

Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening en patiënten met een verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening voor zichzelf of voor anderen is de urgentie om te stoppen met roken hoger. Daarnaast hebben patiënten met een hogere urgentie om te stoppen vaak een lagere slagingskans om te stoppen (33). Daarom is voor deze patiënten een behandeling met een hogere intensiteit gewenst. Voor deze patiënten heeft de stoppen-met-rokenzorg andere accenten. Dit is beschreven in hoofdstuk 5.

3 TOELICHTING STOPPEN-MET-ROKENZORG

Samenvatting

De zorg bij stoppen met roken kan onderverdeeld worden in drie samenhangende onderdelen: onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken, onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken en onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken. De uitvoering is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Onderdeel 3 heeft twee elementen: onderdeel 3A - Gedragmatige behandeling en onderdeel 3B - Farmacologische behandeling. De gedragmatige behandeling richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. De farmacologische behandeling richt zich op het informeren over en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen en het begeleiden van het gebruik ervan. Een gecombineerde aanpak, bestaande uit zowel de gedragmatige als de farmacologische behandeling, is het meest effectief. De behandeling kan plaatsvinden in verschillende vormen en intensiteiten en in diverse settings. De effectiviteit neemt toe naarmate de behandeling intensiever is. Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst.

De stoppen-met-rokenzorg is het overkoepelende begrip waarmee de gehele behandeling bij stoppen met roken, inclusief alle bijbehorende vormen en de bijpassende opbouw, wordt aangeduid. Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de zorg bij stoppen met roken. Er zijn namelijk allerlei vormen van zorg bij stoppen met roken. De zorgverlener bepaalt samen met de patiënt welke vorm van stoppen-met-rokenzorg gegeven wordt. Welke vorm het meest aangewezen is, hangt mede af van de voorkeuren en kenmerken van de patiënt (34). Dit betekent dat de zorg er voor de ene patiënt anders uit kan zien dan voor de andere, immers niet iedere patiënt is hetzelfde.

3.1 VORMEN STOPPEN-MET-ROKENZORG

De stoppen-met-rokenzorg is grofweg te verdelen in de gedragmatige en de farmacologische aspecten. De gedragmatige aspecten zijn gericht op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. De farmacologische aspecten zijn gericht op het informeren over en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen en het begeleiden van het gebruik ervan. Deze dienen bij voorkeur gecombineerd te worden, aangezien een gecombineerde aanpak het meest effectief is (34). In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de inhoud van de stoppen-met-rokenzorg.

Vormen en settings

De stoppen-met-rokenzorg kan plaatsvinden in verschillende vormen en in diverse settings, afhankelijk van de voorkeur en kenmerken van de patiënt. Het wordt aangeboden tijdens het gebruikelijke zorgcontact (bijvoorbeeld tijdens een bezoek aan de huisarts of verloskundige) of door zorginstellingen of zorgaanbieders (zoals: GGD-en, verslavingszorg, STIVORO) door middel van individuele contacten of groepstrainingen. Mogelijke vormen zijn: zelfhulp, korte ondersteunende interventies en intensieve ondersteunende interventies. Deze kunnen telefonisch, digitaal of face-to-face worden aangeboden. In bijlage 3 staat een opsomming van mogelijke vormen. De CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving geeft een gedetailleerde beschrijving van de bewezen effectieve vormen (34).

Intensiteit

De stoppen-met-rokencare is in verschillende intensiteiten mogelijk, waarbij het aantal contactmomenten en de tijdsduur kunnen verschillen. De effectiviteit neemt toe naarmate de behandeling intensiever is (35-36). De intensiteit is de combinatie van de frequentie en de duur van de behandeling. Dit kan tot uitdrukking komen in het aantal contactmomenten en vervolgafspraken en de duur van de behandeling. Voor de beschikbare evidence en de achterliggende overwegingen wordt verwezen naar de CBO richtlijn (34). Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop, zoals beschreven in hoofdstuk 2, is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst.

3.2 OPBOUW STOPPEN-MET-ROKENZORG

Beschrijving volgens Standaard voor Zorgstandaarden

Bij de inrichting van de zorgmodule is het model voor zorgstandaarden (de 'Standaard voor Zorgstandaarden') gebruikt (23). In het volgende hoofdstuk wordt de inhoud van de stoppen-met-rokencare daarom beschreven aan de hand van de indicatie, de behandeling en de minimale parameterset¹. De indicatie geeft aan op welke patiënten de care van toepassing is. Vervolgens wordt de inhoud van de care beschreven in de behandeling. De minimale parameterset (MPS) zijn de parameters (data, gegevens) die in ieder geval elektronisch worden vastgelegd door de zorgverlener. Uiteraard kunnen zorgverleners meer parameters vastleggen, maar dit minimum is vereist voor de beoogde kwaliteitsbevordering en het operationaliseren van kwaliteitsindicatoren. Op basis van deze parameters worden vervolgens kwaliteitsindicatoren berekend en/of bepaald voor kwaliteitsbewaking (dit wordt beschreven in hoofdstuk 7).

Samenstellende onderdelen van stoppen-met-rokencare

De care bij stoppen met roken heeft drie samenhangende onderdelen:

- Adviseren om te stoppen met roken (onderdeel 1);
- Motiveren om te stoppen met roken (onderdeel 2);
- Begeleiden bij stoppen met roken (onderdeel 3).

In elk onderdeel komen de gedragsmatige en de farmacologische aspecten in meer of mindere mate aan bod. In onderdeel 3 komen deze veel uitvoeriger naar voren, omdat daar sprake is van het daadwerkelijke gebruik van de farmacologische care. Onderdeel 3 bestaat uit twee elementen: onderdeel 3A - Gedragsmatige care en onderdeel 3B - Farmacologische care. De patiënt kan in elk van de drie onderdelen instromen in de stoppen-met-rokencare. De onderdelen van de care bij stoppen met roken zijn als één geheel te volgen, maar ook afzonderlijk door één of twee van de drie onderdelen te volgen. Bovendien kunnen de onderdelen in elkaar overgaan. Hoeveel en welke onderdelen de patiënt volgt, is afhankelijk van de patiënt en zijn/haar motivatie om te stoppen met roken. Dit wordt in het onderstaande voorbeeld toegelicht en in hoofdstuk 4 verder beschreven.

Voorbeeld

De patiënt krijgt van de zorgverlener het advies om te stoppen met roken (onderdeel 1), maar de patiënt is ongemotiveerd om te stoppen met roken. In deze situatie is de care bij stoppen met roken voorlopig afgerond. Indien dezelfde patiënt wel overweegt om te stoppen met roken, dan wordt de motivatie van de patiënt om te stoppen verhoogd (onderdeel 2). Bij onvoldoende motivatie is het traject alsnog voorlopig afgerond. Bij voldoende motivatie stroomt de patiënt daarna door naar de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3). Echter, bij initieel voldoende motivatie kan de patiënt ook alleen onderdeel 3 volgen en onderdeel 1 en 2 overslaan.

¹ De minimale parameterset (MPS) wordt in andere documenten ook wel aangeduid als de minimale dataset (MDS).

4 STOPPEN-MET-ROKENZORG

Samenvatting

Een goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener. De patiënt brengt de meest actuele individuele informatie in op basis waarvan de zorgverlener de behandeling vormgeeft. De patiënt heeft een centrale rol in de stoppen-met-rokenzorg. Deze rol wordt ondersteund door het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt in elk onderdeel van de behandeling. Onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken geldt voor iedereen die rookt. De zorgverlener geeft het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de patiënt. De patiënt met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop krijgt hier extra informatie. Onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken betreft patiënten die overwegen om te stoppen met roken evenals patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop die (nog) onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen. De zorgverlener geeft een motivatieverhogende behandeling. Onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken is van toepassing op patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. Dit heeft twee elementen. De gedragsmatige behandeling en de farmacologische behandeling. Deze worden bij voorkeur gecombineerd, aangezien een gecombineerde aanpak het meest effectief is.

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de inhoud van de stoppen-met-rokenzorg voor de patiënt op een algemeen niveau. Er zijn diverse interventies ontwikkeld waarin deze inhoud is omgezet in een praktisch toetsbare werkwijze. Voorbeelden hiervan zijn weergegeven in bijlage 3. In dit hoofdstuk wordt per onderdeel beschreven op wie de behandeling van toepassing is, wat de behandeling inhoudt en welke parameters vastgelegd worden. In bijlage 4 staan de activiteiten in de stoppen-met-rokenzorg opgesomd. In elk onderdeel van de stoppen-met-rokenzorg is de samenwerking tussen patiënt en zorgverlener en het ondersteunen van zelfmanagement belangrijk.

Partnership tussen patiënt en zorgverlener

Een goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking (partnership) tussen de patiënt en de zorgverlener. Onder patiënt vallen alle personen op wie de stoppen-met-rokenzorg van toepassing is (rokers). Onder zorgverlener vallen alle personen die betrokken zijn bij de stoppen-met-rokenzorg voor de patiënt, mits bekwaam voor de handelingen die ze verrichten. In de stoppen-met-rokenzorg vormen patiënt en zorgverlener een partnership waarin de patiënt een centrale rol heeft. De patiënt brengt de meest actuele individuele informatie in, zoals informatie over: het rookgedrag, de motivatie om te stoppen, de voorkeur en wensen en behoeften ten aanzien van de behandeling. Op basis hiervan kan de zorgverlener samen met de patiënt de behandeling vormgeven.

Ondersteunen van zelfmanagement

De patiënt krijgt ondersteuning in het vervullen van zijn/haar centrale rol. Daarvoor is de stoppen-met-rokenzorg gericht op het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt. Alles wat de patiënt zelf doet om te stoppen met roken is zelfmanagement. Hoe meer kennis, inzicht en vaardigheden de patiënt heeft, hoe beter zelfmanagement mogelijk is. Zelfmanagement bij stoppen met roken houdt in het bieden van mogelijkheden en het ondersteunen van de patiënt in het verkrijgen van deze kennis, inzichten en vaardigheden. Het is belangrijk dat de patiënt begrijpt hoe hij/zij met de rookverslaving kan omgaan en hoe stoppen met roken mogelijk is. Hiervoor heeft de patiënt kennis nodig over: de gezondheidsgevolgen van roken en de voordelen van stoppen met roken, de lichamelijke en psychische processen, welke behandelingsmogelijkheden er zijn en waaruit de behandeling bestaat. De zorgverlener besteedt in alle onderdelen van de behandeling aandacht aan deze onderwerpen.

4.1 ONDERDEEL 1 - ADVISEREN OM TE STOPPEN MET ROKEN

4.1.1 Indicatie

Het advies om te stoppen met roken geldt voor iedereen die rookt. Dit wordt vastgesteld door de vraag: 'Heeft u de afgelopen zeven dagen gerookt?'

4.1.2 Behandeling

Stopadvies geven

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken en de bewezen effectiviteit van een stopadvies, geeft de zorgverlener het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de patiënt (34). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de reguliere zorgcontacten met de patiënt. De zorgverlener geeft een dringend stopadvies. Hierin is aandacht voor bewustwording van het roken bij de patiënt, de gevaren van het roken en hoe het roken in contrast staat met de opvattingen van de patiënt over zijn/haar gezondheid. De zorgverlener wijst de patiënt op het belang om te stoppen met roken. Het doel van het stopadvies is, naast het adviseren om te stoppen, het informeren van de patiënt over roken en stoppen met roken, het bespreken van de risico's van het roken en het inventariseren van de motivatie om te stoppen van de patiënt. Daarnaast wijst de zorgverlener kort op de behandelingsmogelijkheden bij het stoppen met roken, zoals de farmacologische behandeling (zie onderdeel 3B). Dit heeft als doel om de patiënt te wijzen op en te informeren over de mogelijke behandelingen die de succeskans van de stoppoging kunnen vergoten. Dit advies wordt, daar waar mogelijk, regelmatig herhaald, zolang de patiënt nog rookt. Het stopadvies wordt nader beschreven in de CBO Richtlijn (34).

Rookgerelateerde klachten en/of aandoeningen verifiëren

Na het wijzen op het belang van stoppen met roken, verifieert de zorgverlener of de patiënt een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop heeft (zoals is beschreven in hoofdstuk 2.2). Indien de patiënt een rookgerelateerde klacht of aandoening heeft, vertelt de zorgverlener dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten. Stoppen met roken is hier een onmisbaar onderdeel van de behandeling. Indien de patiënt een verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening heeft (zoals is beschreven in hoofdstuk 2.3) bespreekt de zorgverlener wat de mogelijke risico's zijn van doorroken en benadrukt het belang om te stoppen. Daarnaast is er voor iedereen, en in het bijzonder voor personen met een verhoogd risico, aandacht voor het voorkomen van meerroken. Deze informatie wordt verwerkt in het stopadvies. Hoofdstuk 5 beschrijft voor de belangrijkste risicosituaties welke specifieke accenten in de advisering nodig zijn.

Motivatie vaststellen

De volgende stap is het vastleggen van de motivatie van de patiënt om te stoppen. De motivatie wordt vastgesteld door de vraag: 'Hoe denkt u over stoppen met roken?' en 'Op welke termijn zou u willen stoppen?' De patiënt die op dit moment of op korte termijn (binnen één maand) wil stoppen met roken is gemotiveerd om te stoppen. De patiënt die in de toekomst graag wil stoppen (intentie om te stoppen binnen één tot zes maanden), maar dat voor zich uitschuift en/of niet op korte termijn wil is een 'overweger'. Als de patiënt duidelijk aangeeft echt niet te willen stoppen met roken, dan is de patiënt ongemotiveerd om te stoppen. Overigens is de motivatie van de patiënt beïnvloedbaar. De patiënt kan mede naar aanleiding van het stopadvies alsnog van gedachten veranderen. De mate waarin iemand gemotiveerd is om te stoppen, is van belang voor het verdere vervolg van de behandeling (34). De gemotiveerde patiënt stroomt door naar de stoppen-met-rokenbegeleiding (onderdeel 3). De patiënt die overweegt en de ongemotiveerde patiënt met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop, krijgen een motivatieverhogende behandeling (onderdeel 2). Bij de patiënt die nadrukkelijk aangeeft echt niet te willen stoppen met roken (ongemotiveerd) kan het gesprek worden afgerond. In dat geval noteert de zorgverlener in het dossier dat de patiënt niet nu stopt, zodat hier in een volgend contact op teruggekomen kan worden.

Informatie geven

De zorgverlener biedt de patiënt verdere informatie over stoppen met roken aan ter afsluiting van het stopadvies. Bijvoorbeeld door het meegeven van een folder of het verwijzen naar een website met informatie over stoppen met roken.

4.1.3 Minimale parameterset²

- Roken: roker / ex-roker / nooit-roker
- Datum stopadvies (herleidbaar naar individuele patiënt)
- Motivatie na stopadvies: gemotiveerd / overweegt / ongemotiveerd
- Vervolgafspraken

4.2 ONDERDEEL 2 - MOTIVEREN OM TE STOPPEN MET ROKEN

4.2.1 Indicatie

Aan patiënten die overwegen om te stoppen met roken en aan patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop (zie hoofdstuk 2) die (nog) onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen, wordt een motivatieverhogende behandeling aangeboden. Door middel van een motivatieverhogende behandeling is het mogelijk om patiënten die (nog) onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken toch te motiveren. Voor patiënten die echt niet gemotiveerd zijn om te stoppen, komt de zorgverlener in een volgend contact terug op het onderwerp.

4.2.2 Behandeling

De motivatie van de patiënt is een belangrijke factor voor het succes van stoppen met roken. Naar mate iemand gemotiveerder is, is de kans groter dat hij of zij ook daadwerkelijk stopt met roken.

Motivatieverhogende behandeling aanbieden

Om te beginnen wordt de functie van het roken besproken om de motivatie van de patiënt om te roken te achterhalen. De zorgverlener vraagt de patiënt naar de voordelen van het roken en de nadelen van stoppen met roken. Vervolgens krijgt de patiënt een motivatieverhogende behandeling, gebaseerd op het onderstaande, met als doel het verhogen van de motivatie om te stoppen met roken.

- **Relevance (relevantie):** de zorgverlener vraagt de patiënt waarom hij/zij het belangrijk vindt om te stoppen.
- **Risks (risico's):** de zorgverlener bespreekt de risico's van roken voor de patiënt en de gevolgen van meerroken voor zijn/haar omgeving.
- **Rewards (beloning):** de zorgverlener vraagt de patiënt naar de voordelen van stoppen met roken en de nadelen van doorroken, waarbij de voordelen van stoppen benadrukt worden die op de persoon specifiek van toepassing zijn.
- **Roadblocks (barrières):** de zorgverlener vraagt de patiënt naar de fysiologische en psychologische barrières om te stoppen. Hierbij wijst de zorgverlener ook kort op de verdere behandelingsmogelijkheden (zie paragraaf 4.3). De motivatie kan worden beïnvloed door de patiënt zicht te geven op mogelijke hulp of oplossingen bij barrières. Daarom worden op dit moment al kort de mogelijke farmacologische behandeling (zie onderdeel 3B) en de mogelijkheden voor het volgen van een andere of intensievere vorm van gedragsmatige behandeling besproken (zie onderdeel 3A). Indien de patiënt aangeeft te willen stoppen met roken, kan hierop verder gegaan worden. Daarnaast vraagt de zorgverlener aan de patiënt om de sociale steun in kaart te brengen door aan te geven welke betrokkenen een stimulerende rol kunnen hebben bij het stoppen en wie een belemmerende rol kan spelen. Met dit inzicht kan de patiënt zelf gericht sociale steun inzetten bij het overkomen van barrières.

² Om de minimale parameterset vast te leggen dienen ze elektronisch registreerbaar te zijn.

- **Repetition (herhaling):** de zorgverlener herhaalt deze strategie zolang de patiënt niet voldoende gemotiveerd is (8; 34).

Resultaat motivatieverhogende behandeling vaststellen

Na de motivatieverhogende behandeling wordt opnieuw vastgesteld of de patiënt gemotiveerd is om te stoppen, overweegt om te stoppen of ongemotiveerd is om te stoppen. Indien de patiënt gemotiveerd is om te stoppen met roken leidt dat naar het volgende onderdeel - begeleiding bij stoppen met roken. Bij de patiënt die aangeeft (nog) onvoldoende gemotiveerd te zijn om te stoppen kan het gesprek worden afgerond. De motivatieverhogende behandeling wordt, daar waar mogelijk, regelmatig herhaald. In dat geval noteert de zorgverlener in het dossier dat de patiënt niet nu stopt, zodat hier later nog eens op teruggekomen kan worden.

4.2.3 Minimale parameterset³

- Datum motivatieverhogende behandeling
- Motivatie na motivatieverhogende behandeling: gemotiveerd / overweegt / ongemotiveerd
- Vervolgafspraken

4.3 ONDERDEEL 3 - BEGELEIDEN BIJ STOPPEN MET ROKEN

4.3.1 Indicatie

Patiënten die gemotiveerd zijn om op korte termijn te stoppen met roken krijgen begeleiding bij het stoppen met roken. Dit geldt ook voor patiënten die na de motivatieverhogende behandeling gemotiveerd zijn om te stoppen met roken.

4.3.2 Behandeling

Een gecombineerde aanpak bij stoppen met roken, bestaande uit zowel de gedragsmatige als de farmacologische behandeling, is het meest effectief. Daarom heeft onderdeel 3 twee elementen, de gedragsmatige behandeling en de farmacologische behandeling, die bij voorkeur gecombineerd worden.

Onderdeel 3A – Gedragsmatige behandeling

De gedragsmatige behandeling bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. In bijlage 3 staat een opsomming van mogelijke vormen. Indien de patiënt een andere gedragsmatige behandeling wenst of nodig heeft dan de zorgverlener kan bieden, kan de patiënt hiervoor worden doorverwezen naar een andere aanbieder. Tijdens de gedragsmatige behandeling kan ook begonnen worden met de farmacologische behandeling (zie onderdeel 3B). In de gedragsmatige behandeling komen de volgende onderwerpen aan bod.

- **Functie van het roken bespreken:** De functie van het roken wordt besproken om de behandeling goed te kunnen afstemmen op de individuele patiënt. Dit is bijvoorbeeld: verveling, eenzaamheid, gezelligheid, zoeken van rust of omdat het 'lekker' is. De patiënt kan dit ervaren als de voordelen van roken. Door het bespreken van de functie van roken komen zorgverlener en de patiënt achter de motivatie van de patiënt om te roken.
- **Moeilijke momenten bespreken:** De te verwachten moeilijke momenten worden besproken om te inventariseren welke problemen de patiënt verwacht bij het stoppen of waar hij/zij tegenop ziet. Vervolgens is het belangrijk dat de zorgverlener ingaat op de twee of drie belangrijkste moeilijke momenten en deze kort met de patiënt bespreekt. Daarna zoeken de zorgverlener en de patiënt samen naar oplossingen voor de moeilijke momenten door te bespreken wat de patiënt zelf kan doen om met deze lastige situaties om te gaan. Hierdoor wordt het zelfvertrouwen van de patiënt verhoogd.

³ Om de minimale parameterset vast te leggen dienen ze elektronisch registreerbaar te zijn.

- **Stoppen voorbereiden:** De patiënt en de zorgverlener spreken samen een stopdatum af, rekening houdend met het gebruik van medicatie (zie onderdeel 3B). Vervolgens wordt de stopdatum vastgelegd omdat dit de mondelinge afspraak versterkt. De zorgverlener stimuleert de patiënt om sociale steun te regelen, bijvoorbeeld door het vertellen van de stopdatum aan iedereen in de omgeving. De zorgverlener maakt een vervolgspraak op één van de eerste stopdagen van de patiënt. Indien de patiënt nog geen stopdatum kan of wil afspreken, is het belangrijk om over te stappen naar de motivatieverhogende behandeling in combinatie met vervolgspraken. Meestal veranderen de gedachten van de patiënt hierover gedurende de tijd namelijk. Daarom is het belangrijk dat de zorgverlener later nog een keer terug komt op het onderwerp.
- **Stopplan maken:** Het stopplan is een plan dat de patiënt voor zichzelf maakt.⁴ De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn (ook als er geen zorgverlener betrokken is). Bijvoorbeeld: de moeilijke momenten en de bijbehorende oplossingen hiervoor, welke personen de stoppoging kunnen ondersteunen (sociale steun), de contactgegevens van de zorgverlener, de stopdatum en de vervolgspraken. In bijlage 5 staan belangrijke punten van een stopplan weergegeven. De zorgverlener biedt de patiënt aanknopingspunten aan voor het maken van een stopplan. Bijvoorbeeld door het meegeven van een brochure of het verwijzen naar een website waar de patiënt zelf een stopplan kan maken. Het stopplan helpt de patiënt bij de voorbereiding en het stoppen met roken. Daarnaast wordt hiermee het zelfmanagement van de patiënt bevorderd en wordt de patiënt gestimuleerd om zelf regie te houden op de behandeling.
- **Vervolgspraken aanbieden:** Stoppen met roken kan een langdurig proces zijn en de stoppoging zelf is nog geen eindpunt. Na de stoppoging valt de patiënt vaak terug in het oude rookgedrag, want de kracht van de verslaving is groot en er treden hinderlijke ontwenningverschijnselen op. Het mislukken van een stoppoging treedt vaak op in de eerste periode (drie maanden) na het starten van de stoppoging, maar de kans op terugval kan ook nog maanden nadien optreden en jaren aanhouden. Pas als de patiënt langdurig (na één jaar nog steeds⁵) gestopt is met roken is de kans groot dat hij/zij niet weer gaat roken. Vervolgspraken⁶ vergroten de kans voor de patiënt dat het lukt om het niet-roken vol te houden. Daarom, en voor het monitoren van de farmacologische behandeling (zie onderdeel 3B), is het belangrijk om vervolgspraken gedurende een lange periode na het stopmoment aan te bieden. De frequentie van de vervolgspraken is afhankelijk van de individuele behoefte en wensen van de patiënt, in goed overleg met de zorgverlener, en afhankelijk van de mogelijkheden van de praktijk. Wel neemt de effectiviteit toe naarmate de vervolgspraken intensiever zijn, tot een bepaald maximum (34). Ook tijdens toekomstige reguliere zorgcontacten dient de voortgang van de stoppoging ter sprake te worden gebracht. Daarnaast kan de zorgverlener de patiënt doorverwijzen naar andere mogelijkheden die hulp kunnen bieden, zoals hulplijnen. Als de patiënt weet dat hij/zij ergens terecht kan met vragen of problemen is het makkelijker het niet-roken vol te houden.
- **Terugvalpreventie aanbieden:** Tijdens de vervolgspraken staat terugvalpreventie centraal. Hierbij worden de ervaringen met het stoppen besproken; wat er goed en minder goed ging en waarom, de moeilijke momenten die de patiënt heeft ervaren en de onverwachte situaties. De zorgverlener helpt de patiënt om naar nieuwe oplossingen te zoeken voor moeilijke en onverwachte momenten. De ervaringen met de farmacologische behandeling worden besproken. Als de patiënt toch gerookt heeft, wordt er onderzocht of het ging om een uitglijder (weer een enkele sigaret gerookt) of om terugval (weer roken zoals voor de stoppoging). Bij een 'uitglijder' bespreekt de zorgverlener het moment van roken. Waarom is het mis gegaan,

⁴ Het stopplan is een onderdeel van het individueel zorgplan dat in hoofdstuk 6 wordt beschreven.

⁵ De frequentie van terugval is het grootst in de eerste weken na de stoppoging en neemt na verloop van tijd snel af (37). Echter, terugval kan nog jaren na de stoppoging optreden (38). In onderzoek wordt vaak de termijn van zes maanden of één jaar na de stoppoging gebruikt om vast te stellen of iemand blijvend gestopt is met roken (39). Daarom, en voor de haalbaarheid om dit in de MPS vast te leggen, is hier gekozen voor de termijn van één jaar (1 jaar continue abstinentie).

⁶ De informatie over de vervolgspraken is niet normstellend. Voor meer informatie over vervolgspraken wordt verwezen naar de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving.

wat ging er aan vooraf, wat heeft de patiënt gedaan om het te voorkomen, hoe voelde het, hoe gaat de patiënt met een dergelijk moment om en hoe kan deze de volgende keer voorkomen worden. Bij terugval probeert de zorgverlener de patiënt te motiveren om een 'doorstart' te maken. Als de patiënt (nog steeds) gestopt is dan complimenteert de zorgverlener de patiënt met zijn/haar succes. Verder geeft de zorgverlener tips en motiveert de patiënt om het stoppen vol te houden. Voor meer informatie over terugvalpreventie wordt verwezen naar de CBO richtlijn (34). De behandeling bij stoppen met roken stopt na de laatste vervolgspraak en als de laatste benodigde gegevens van de patiënt voor de MPS zijn vastgelegd. Het informeren naar het niet-roken kan echter nog wel onderdeel blijven uitmaken van de bestaande contacten tussen zorgverlener en patiënt.

Onderdeel 3B – Farmacologische behandeling

De farmacologische behandeling wordt aangeboden als de patiënt tien sigaretten per dag of meer rookt of als de patiënt dit wenst of als de zorgverlener dit nodig acht (8; 34). De farmacologische behandeling richt zich op het informeren over en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen, namelijk: nicotinevervangers en andere medicatie, en het begeleiden van het gebruik ervan. In bijlage 6 staat een opsomming van deze middelen. De zorgverlener bespreekt met de patiënt de mogelijke medicatie, rekening houdend met de mogelijke contra-indicaties. Er zijn verschillende soorten medicatie die elk een andere uitwerking kunnen hebben op de patiënt. Daarom is het belangrijk dat de zorgverlener deze keuze samen met de patiënt maakt. Op basis van veiligheid hebben nicotinevervangers de eerste voorkeur. Bij wie het gebruik van nicotinevervangers niet (meer) in aanmerking komt of als de patiënt dit wenst of als de zorgverlener dit nodig acht kan andere medicatie worden aangeboden (zie bijlage 6) (34). De zorgverlener geeft de patiënt, indien nodig, een voorschrift/verwijzing mee voor de medicatie als de patiënt zich heeft uitgesproken over het besluit om te stoppen.

De farmacologische behandeling omvat ten minste twee contacten. In het eerste contact geeft de zorgverlener informatie over het middel. Het tweede contact is een vervolggesprek tussen de patiënt en de zorgverlener en daarin kan, indien nodig, een vervolgrecept voorgeschreven worden (34). De patiënt krijgt voorlichting over de medicatie en het gebruik ervan. De zorgverlener begeleidt de patiënt bij het gebruik van de medicatie in vervolgspraken. De begeleiding bestaat onder andere uit:

- **Voorlichting met betrekking tot de medicatie:** De patiënt ontvangt informatie met betrekking tot het gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel, de werking en de eventuele bijwerkingen. Bij tweede uitgifte of na een afgesproken periode (bijvoorbeeld 14 dagen) wordt gesproken over de ervaringen, werkingen en het gebruik.
- **Voorlichting met betrekking tot stoppen met roken:** De patiënt ontvangt algemene informatie over stoppen met roken (bijvoorbeeld informatie van STIVORO).
- **Bevorderen therapietrouw:** De patiënt ontvangt begeleiding om het middel volgens voorschrift te (blijven) gebruiken. Het volgens het voorschrift gebruiken van de medicatie levert namelijk een beter resultaat met betrekking tot het stoppen met roken (33).
- **Medicatiebewaking:** De zorgverlener gaat na of de gekozen medicatie geschikt is voor de patiënt. Dit kan onder andere door: controle op dosering, controle op interacties met andere medicatie die de patiënt gebruikt en controle op contra-indicaties.

Voor meer informatie over de farmacologische middelen wordt verwezen naar de CBO Richtlijn en het Farmacotherapeutisch Kompas (34; www.fk.cvz.nl).

4.3.3 Minimale parameterset⁷

- Begindatum stoppen met roken begeleiding
- Einddatum stoppen met roken begeleiding
- Farmacologische behandeling: ja / nee
- Zo ja medicatie noteren
- Vervolgafspraken
- Stopdatum
- Nog steeds gestopt na één jaar⁸ na de stopdatum: ja / nee
- Patiënttevredenheid over de behandeling bij stoppen met roken: tevreden / niet tevreden⁹

⁷ Om de minimale parameterset vast te leggen dienen ze elektronisch registreerbaar te zijn.

⁸ De frequentie van terugval is het grootst in de eerste weken na de stoppoging en neemt na verloop van tijd snel af (37). Echter, terugval kan nog jaren na de stoppoging optreden (38). In onderzoek wordt vaak de termijn van zes maanden of één jaar na de stoppoging gebruikt om vast te stellen of iemand blijvend gestopt is met roken (39). Daarom, en voor de haalbaarheid om dit in de MPS vast te leggen, is hier gekozen voor de termijn van één jaar om te meten of iemand blijvend gestopt is (1 jaar continue abstinentie). Dit wordt gemeten één jaar na de stopdatum.

⁹ Gemeten direct na afloop van het laatste contact.

5 ZIEKTESPECIFIEKE ADDITIES

Samenvatting

Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst en heeft de stoppen-met-rokenzorg andere accenten.

- Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening wijst de zorgverlener tijdens het stopadvies erop dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klacht of aandoening. De zorgverlener geeft voor de specifieke klacht of aandoening informatie over het effect van roken en er wordt benadrukt dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling van de aandoening.
- Voor patiënten met een verhoogd risico op een rookgerelateerde klacht of aandoening bespreekt de zorgverlener de mogelijke risico's en schade van doorroken voor de patiënt zelf en voor anderen. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het dringend adviseren en motiveren van deze patiënten om te stoppen. Daarnaast is er aandacht voor het voorkomen van meerroken.

De zorg bij stoppen met roken is van toepassing op iedereen die rookt (patiënten). Voor bepaalde patiënten, zoals omschreven in hoofdstuk 2, is een behandeling met een hogere intensiteit gewenst. Voor deze patiënten heeft de stoppen-met-rokenzorg andere accenten, deze worden hier beschreven.

5.1 ROOKGERELATEERDE KLACHT OF AANDOENING

Voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening, zoals beschreven in hoofdstuk 2.2, heeft de stoppen-met-rokenzorg de volgende accenten. Voor alle patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening dient stoppen met roken ter sprake te worden gebracht na een ingrijpende situatie of na het stellen van de diagnose, omdat dit een kansrijk moment is om te stoppen met roken (8; 40). Voor de onderstaande aandoeningen worden aanvullende accenten beschreven.

Patiënten met een chronische aandoening

Bij bepaalde chronische aandoeningen, zoals: chronische longaandoeningen (COPD en astma), diabetes en hart- en vaataandoeningen, is stoppen met roken een van de belangrijkste onderdelen van de behandeling. Hiervoor wijst de zorgverlener tijdens het stopadvies de patiënt nadrukkelijk op het feit dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten. De zorgverlener geeft voor patiënten met een chronische aandoening extra voorlichting over de invloed van roken op de chronische aandoening. Daarnaast vertelt de zorgverlener dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling van de chronische aandoening, net als het gebruik van geneesmiddelen. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het adviseren en motiveren van deze patiënten om te stoppen met roken.

Voor patiënten met COPD kan daar nog aan toegevoegd worden dat roken de belangrijkste oorzaak is van COPD. Stoppen met roken is de meest effectieve behandelingsoptie om een versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkomen naast het verminderen van de ziektelast en het op peil houden van de kwaliteit van leven. Het is voor alle patiënten met COPD in elke fase van de aandoening een belangrijk onderdeel van de behandeling. Bij patiënten met COPD die toch blijven doorroken zal een nadere analyse plaatsvinden naar de aard en de oorzaak van de tabaksverslaving. De zorgverlener geeft een intensieve behandeling aan deze patiënten (bijvoorbeeld door cognitieve gedragstherapie) of verwijst de patiënten door naar een intensieve behandeling ergens anders (24). Voor patiënten met astma kan geldt dat roken de kans op verergering van de klachten en op het ontwikkelen van COPD vergroot.

Patiënten met een niet-chronische klacht of aandoening

Voor personen met een niet-chronische rookgerelateerde klacht of aandoening vertelt de zorgverlener tijdens het stopadvies dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten. Stoppen met roken is voor deze patiënten een onmisbaar onderdeel van de behandeling.

Patiënten met een door roken beïnvloedbare aandoening

Patiënten met een aandoening die negatief beïnvloed wordt door roken, worden gewezen op het feit dat doorroken extra schadelijk is voor de gezondheid. Het herstel van de aandoening wordt negatief beïnvloed door roken.

Patiënten met andere verslavingen

Patiënten die naast roken nog een andere verslaving hebben worden tijdens het stopadvies geïnformeerd over het effect van roken op andere verslavingen. Aangezien stoppen met roken voor deze patiënten samen kan gaan met het stoppen met andere verslavingen, geeft de zorgverlener een intensieve behandeling bij het stoppen met roken (of verwijst de patiënten door naar een intensieve behandeling ergens anders, bijvoorbeeld in de verslavingszorg).

Patiënten met psychiatrische comorbiditeit

Patiënten die een psychiatrische comorbiditeit hebben worden tijdens het stopadvies geïnformeerd over het effect van roken op de psychiatrische aandoening en hun gezondheidstoestand. Stoppen met roken kan voor deze patiënten sterk effect hebben op de gemoedstoestand en de behandeling van de psychiatrische aandoening. Daarom geeft de zorgverlener een intensieve behandeling bij het stoppen met roken en besteedt extra zorg aan de dosering van de medicatie (of verwijst de patiënten door naar een intensieve behandeling ergens anders, bijvoorbeeld in de verslavingszorg).

5.2 VERHOOGD RISICO OP EEN ROOKGERELATEERDE KLACHT OF AANDOENING

Bij patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een rookgerelateerde klacht of aandoening voor zichzelf of voor anderen, zoals beschreven in hoofdstuk 2.3, is de urgentie om te stoppen groter. Voor deze patiënten heeft de zorg bij stoppen met roken de volgende accenten.

Patiënten met een verhoogd risico voor zichzelf

Voor patiënten met een verhoogd risico op een klacht of aandoening bespreekt de zorgverlener tijdens het stopadvies wat de mogelijke risico's en schade voor de patiënt zelf kan zijn van doorroken. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het dringend adviseren en motiveren van deze patiënten om te stoppen.

Patiënten met een verhoogd risico voor anderen

Rokers met in hun omgeving mensen die extra kwetsbaar zijn voor blootstelling aan tabaksrook vormen een verhoogd risico voor anderen. Bijvoorbeeld: rokers met in de omgeving een persoon met een chronische luchtwegaandoening kunnen klachtenverergering bij de betreffende persoon veroorzaken. De zorgverlener vraagt aan iedere roker of hij/zij huisgenoten heeft. Indien de patiënt huisgenoten heeft, bespreekt de zorgverlener tijdens het stopadvies wat de mogelijke risico's en schade voor de omgeving van de patiënt kan zijn van doorroken, met name voor zwangere vrouwen, kinderen en andere kwetsbare groepen. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het dringend adviseren en motiveren van deze patiënten om te stoppen. Daarnaast is er aandacht voor het voorkomen van meeroken.

Voorkomen van meeroken

Meeroken is voor bepaalde mensen extra schadelijk. Het gaat om onder andere: zwangere vrouwen, vrouwen die zwanger willen worden, personen met chronische longaandoeningen, jonge kinderen en in het bijzonder kinderen met luchtwegaandoeningen. Voor deze personen dient zorg te zijn voor het voorkomen van meeroken. Daarom vraagt de zorgverlener bij het contact met deze personen of er in de directe omgeving gerookt wordt. Indien dat het geval is geeft de zorgverlener informatie mee over (stoppen met) roken voor de betreffende persoon in de omgeving. Indien de betreffende persoon aanwezig is adviseert de zorgverlener deze persoon direct om te stoppen met roken.

6 ORGANISATIE STOPPEN-MET-ROKENZORG

Samenvatting

Er zijn veel soorten zorgverleners betrokken in de stoppen-met-rokenzorg. De zorg kan na elkaar door diverse zorgverleners worden uitgevoerd en de patiënt kan van de ene zorgverlener naar de andere worden verwezen en overgedragen. De opvolging en de samenhang tussen alle betrokken zorgverleners kan worden opgevat als het stoppen-met-rokennetwerk. Binnen het netwerk staat de patiënt centraal. Een belangrijke verantwoordelijkheid in de stoppen-met-rokenzorg ligt bij de patiënt zelf. Van de (gemotiveerde) patiënt wordt verwacht om actief deel te nemen aan de behandeling. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het aanbieden van goede stoppen-met-rokenzorg. De zorg mag door elke zorgverlener uitgevoerd worden, mits deze personen bekwaam zijn. Er wordt een openbaar kwaliteitsregister ontwikkeld waarin personen die bekwaam zijn voor het geven van stoppen-met-rokenzorg worden opgenomen. Voor elke patiënt wordt een individueel zorgplan gemaakt waarin afspraken worden vastgelegd die van belang zijn voor de behandeling van de individuele patiënt. Er is een centrale zorgverlener aanwezig als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Andere belangrijke aspecten van de stoppen-met-rokenzorg zijn: het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt en de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken en van een elektronisch patiënten dossier. Evenals een kwaliteitscyclus voor het continue bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de stoppen-met-rokenzorg.

In dit hoofdstuk wordt de organisatie van de zorg beschreven. De organisatie van de zorg voor stoppen met roken is lastig te omschrijven. Er is geen vanzelfsprekend organisatorisch netwerk voor stoppen met roken aanwezig. De organisatie van de stoppen-met-rokenzorg kan enerzijds aansluiten op de organisatorisch verbonden zorggroepen voor chronische aandoeningen, waarbij stoppen met roken van toepassing is. Anderzijds zijn er zorgverleners betrokken bij het aanbieden van stoppen-met-rokenzorg, die niet direct een organisatorisch verband vormen, maar wel met elkaar verbonden zijn in een netwerk. In lijn met de Standaard voor Zorgstandaarden bevat dit hoofdstuk de: zorgmodule-afhankelijke (specifieke) kenmerken, de zorgmodule-onafhankelijke (algemene) kenmerken en het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitscyclus.

6.1 SPECIFIEKE KENMERKEN VAN HET ZORGPROCES

Specifieke (zorgmodule-afhankelijke) kenmerken zijn aspecten van de netwerkorganisatie die speciaal voor stoppen met roken van toepassing zijn.

Het stoppen-met-rokennetwerk

Er zijn veel soorten zorgverleners betrokken in de stoppen-met-rokenzorg. Dit betreft onder andere: zorgaanbieders en -instellingen (GGD-en, thuiszorg, verslavingszorg, STIVORO), de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, bedrijfsartsen, psychologen, verloskundigen, tandartsen, mondhygiënist, fysiotherapeuten en apothekers) en de tweede lijn (medisch specialistische zorg, RookStopPoli's). Via alle bovengenoemde kanalen kan de patiënt instromen in het zorgproces bij stoppen met roken. De patiënt ontvangt de stoppen-met-rokenzorg van de zorgverlener waar de patiënt is ingestroomd of de patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorgverlener. De stoppen-met-rokenzorg kan na elkaar door diverse zorgverleners worden uitgevoerd en de patiënt kan van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener worden verwezen en overgedragen. De opvolging en de samenhang tussen alle betrokken zorgverleners kan worden opgevat als het stoppen-met-rokennetwerk.

Verantwoordelijkheden in het stoppen-met-rokennetwerk

Een goede stoppen-met-rokencareer bestaat uit een partnership tussen de patiënt en de zorgverlener, waarin beide hun eigen verantwoordelijkheden hebben:

De patiënt staat centraal in het stoppen-met-rokennetwerk en heeft een belangrijke verantwoordelijkheid in de stoppen-met-rokencareer. De patiënt is immers zelf verantwoordelijk voor zijn/haar rookgedrag. Daarom heeft de patiënt, die gemotiveerd is om te stoppen, de taak om actief deel te nemen aan de behandeling bij stoppen met roken. Dit betekent dat de patiënt, naar vermogen, verantwoordelijk is om zich in te spannen voor de stoppen-met-rokenbehandeling. Daarnaast is de patiënt (mede) verantwoordelijk voor adequaat zelfmanagement en het actief zoeken naar informatie over (stoppen met) roken. Ook is de patiënt verantwoordelijk voor het inbrengen van de meest actuele patiëntgegevens en informatie, op basis waarvan de zorgverlener de behandeling kan vormgeven en de minimale parameterset kan vastleggen.

De zorgverlener is verantwoordelijk voor het identificeren van personen die roken. De taak van de zorgverlener is om, daar waar mogelijk, te vragen of iemand rookt en de patiënt te adviseren om te stoppen met roken. Ook heeft de zorgverlener de taak om de patiënt te ondersteunen in zijn/haar centrale rol door het zelfmanagement van de patiënt te bevorderen. De zorgverlener besteedt in elk onderdeel van de behandeling aandacht aan het ondersteunen van het zelfmanagement door het geven van informatie, inzichten en het aanleren van vaardigheden. Daarnaast heeft de zorgverlener de taak om zich in te spannen om patiënten te helpen met stoppen met roken. De zorgverlener heeft hiervoor de verantwoordelijkheid om goede stoppen-met-rokencareer (zoals beschreven in hoofdstuk 4) aan te bieden, of om de patiënt hier naartoe door te verwijzen door een medebehandeling te vragen bij een andere zorgverlener. Goede career houdt in het adviseren, motiveren en begeleiden van patiënten bij stoppen met roken, afhankelijk van de motivatie en de individuele behoefte en wensen van de patiënt.

Bekwaamheid van zorgverleners¹⁰

Iedere zorgverlener mag de patiënt adviseren om te stoppen met roken. De verdere stoppen-met-rokencareer (motiveren en begeleiden) mag door elke zorgverlener uitgevoerd worden, mits deze personen bekwaam zijn. Iemand is bekwaam wanneer hij/zij beschikt over de combinatie van voldoende kennis en de bijbehorende vaardigheden om de kennis toe te passen en wanneer hij/zij:¹¹

- Handelt in lijn met de inhoud van de Zorgmodule Stoppen met Roken en de CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving;
- Actuele theoretische basiskennis heeft over de belangrijkste componenten rondom roken, zoals: de gezondheidsgevolgen van roken, verslaving, de psychologie van gedragsverandering en stoppen met roken;
- Beschikt over relevante vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van de relevante onderdelen van de stoppen-met-rokencareer, zoals onder andere: motiverende gespreksvoering en andere gespreksvaardigheden;
- De patiënt kan adviseren over het wel of niet toepassen van de farmacologische behandeling of weet wanneer en op welke condities de patiënt hiervoor moet worden doorverwezen;
- Bekend is met het beschikbare stopaanbod in de regio;
- Intercollegiaal kan communiceren en gebruik kan maken van de middelen die daarvoor bedoeld zijn.

¹⁰ De bekwaamheid van zorgverleners geeft een functionele omschrijving van de kennis en kunde van zorgverleners. Daarom worden de verschillende beroepsgroepen met bijbehorende taken en verantwoordelijkheden niet beschreven. Dit zal aandacht krijgen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsregister.

¹¹ Dit betreft een beschrijving van de voorlopige kwaliteitseisen voor zorgverleners voor het uitvoeren van stoppen-met-rokencareer totdat een kwaliteitsregister met bijbehorende kwaliteitseisen is ontwikkeld. In het kwaliteitsregister dient ook de meetbaarheid van de kwaliteitseisen beschreven te worden.

Kwaliteitsregister voor stoppen met roken

Personen die bekwaam zijn voor het geven van stoppen-met-rokenzorg worden opgenomen in een kwaliteitsregister voor stoppen met roken. Dit is een openbaar kwaliteitsregister, dat ook voor de patiënt toegankelijk is. Een dergelijk onafhankelijk register met bijbehorende kwaliteitseisen gaat nog ontwikkeld worden.¹²

6.2 ALGEMENE KENMERKEN VAN HET ZORGPROCES

Algemene (zorgmodule-onafhankelijke) kenmerken geven een beschrijving van de aspecten van de netwerkorganisatie die algemeen, dus in principe voor alle chronische aandoeningen, van toepassing zijn. Deze algemene kenmerken worden volgens de Standaard voor Zorgstandaarden beschreven en zijn toegespitst op de organisatie van de stoppen-met-rokenzorg.

Individueel zorgplan

Een belangrijk aspect van de stoppen-met-rokenzorg is de aanwezigheid van een individueel zorgplan (ook wel persoonlijk behandelplan genaamd).¹³ Voor elke patiënt wordt een individueel zorgplan gemaakt, gebaseerd op de Zorgmodule Stoppen met Roken of de betreffende zorgstandaard waar stoppen met roken een onderdeel van is. Het individueel zorgplan is een plan dat de zorgverlener en de patiënt samen opstellen, waarin afspraken die van belang zijn voor de behandeling van de individuele patiënt schriftelijk of elektronisch worden vastgelegd.¹⁴ Dit zijn bijvoorbeeld: de afspraken over het zelfmanagement, de individuele patiëntgegevens, het doel van de behandeling en wie het eerste aanspreekpunt tijdens de behandeling is (dit is de centrale zorgverlener en dat wordt hieronder beschreven). Voor stoppen met roken zou bijvoorbeeld nog toegevoegd kunnen worden: informatie over eerdere stoppogingen, de motivatie om te stoppen en de gemaakte afspraken over de behandeling, zoals: de gekozen medicatie, de stopdatum en de vervolgsafspraken.

Centrale zorgverlener

Voor de organisatie van de zorg bij stoppen met roken zijn diverse zorgverleners betrokken. Om die reden is het van belang dat er een vast aanspreekpunt is, dit is de centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener is verantwoordelijk voor de coördinatie van de stoppen-met-rokenzorg voor de patiënt. Dit betekent dat de centrale zorgverlener de taak heeft om te zorgen dat de patiënt de zorg krijgt waar hij/zij recht op heeft (zoals beschreven in hoofdstuk 4) en dat deze is afgestemd op de individuele behoefte en wensen van de patiënt. De centrale zorgverlener is een bekwame zorgverlener die beschikt over het individueel zorgplan van de patiënt met daarin de meest actuele informatie met betrekking tot stoppen met roken, van alle relevante medische informatie van de patiënt op de hoogte is en bekend is met het beschikbare stopaanbod in de regio. Bovendien moet bij de patiënt bekend zijn wie de centrale zorgverlener is.

Ondersteuning van zelfmanagement

In de stoppen-met-rokenzorg wordt de patiënt ondersteund in zijn/haar centrale rol. Hiervoor wordt het zelfmanagement van de patiënt bevorderd door de kennis, inzichten en vaardigheden van de patiënt te vergroten. Hiervoor is er voldoende informatie voor de patiënt over (stoppen met) roken aanwezig. Er zijn voorlichtingsmaterialen, zelftests, advisering en begeleiding voor de patiënt beschikbaar. Deze kunnen telefonisch, digitaal of schriftelijk worden aangeboden. De zorgverlener besteedt hier in elk onderdeel van de behandeling aandacht aan door bijvoorbeeld het meegeven van materialen of door het doorverwijzen van de patiënt naar mogelijkheden die het zelfmanagement kunnen bevorderen.

¹² De verschillende beroepsgroepen en de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden zullen aandacht krijgen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsregister.

¹³ Het individueel zorgplan is iets anders dan het stopplan dat is beschreven in hoofdstuk 4. Het individueel zorgplan is een plan dat de zorgverlener en de patiënt samen opstellen. Het stopplan is een plan wat de patiënt voor zichzelf maakt en is een onderdeel van het individueel zorgplan.

¹⁴ Voor het individueel zorgplan is nog geen eenduidige definitie gevonden.

Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners

Een goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener. Echter, bij de stoppen-met-rokenzorg kunnen diverse zorgverleners, vaak opeenvolgend, betrokken zijn. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en daarvoor dienen er samenwerkingsafspraken te zijn. Samenwerkingsafspraken beogen dat op het juiste moment de goede stoppen-met-rokenzorg wordt geboden door de betrokken zorgverleners, afgestemd op de individuele behoefte en wensen van de patiënt. Dit betekent dat de volgende samenwerkingsafspraken gelden voor de stoppen-met-rokenzorg. Bij de patiënt is bekend wie de centrale zorgverlener is. De centrale zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en andere betrokken zorgverleners en is daarmee de spil in het stoppen-met-rokennetwerk. De centrale zorgverlener zorgt dat de behandeling gestart wordt en zorgt voor de coördinatie van het zorgproces, inclusief de mogelijke doorverwijzingen van de patiënt naar een medebehandelaar.

Elektronisch patiëntendossier en informatie uitwisseling

Voor het succesvol functioneren van de stoppen-met-rokenzorg is het delen van informatie essentieel. Het is van belang dat iedere betrokken zorgverlener beschikking heeft over de actuele informatie van de patiënt en de eventuele stoppoging. Elektronische beschikbaarheid van de gegevens bevordert de afstemming tussen de verschillende zorgverleners en maakt het uitwisselen van informatie snel en efficiënt. Om die reden is een elektronisch patiëntendossier (EPD) sterk aan te bevelen. Alle gegevens van de patiënt die van belang zijn voor de zorg bij stoppen met roken dienen in het EPD te worden bijgehouden. Dit betreft in ieder geval de minimale parameterset en daarnaast: de relevante onderdelen van het individueel zorgplan, door wie of in welke setting de behandeling is uitgevoerd, de vorm en intensiteit van de behandeling, de naam van de interventie en, indien sprake van terugval, de reden van weer gaan roken. Dit zijn interessante aanvullende gegevens waarmee inzicht verkregen kan worden in de stoppen-met-rokenzorg met als doel kwaliteitsbevordering. Echter, er is momenteel nog geen EPD beschikbaar. Zolang het EPD er nog niet is, is het ieders verantwoordelijkheid om elkaar zo goed mogelijk te informeren over de actuele informatie rondom de patiënt met betrekking tot stoppen met roken waarbij de privacy gewaarborgd blijft. De MPS en de informatie van de stoppen-met-rokenzorg kan in de tussentijd opgenomen worden in het patiëntendossier ((E)PD) van de zorggroep of de huisarts.

Overige kenmerken

Er zijn nog meer algemene kenmerken die van belang zijn om de organisatie van het zorgproces te beschrijven. Hier worden voor stoppen met roken als voorbeeld genoemd: het beschikken over voldoende tijd en contactmomenten per patiënt tijdens de behandeling; het beschikken over de kennis en vaardigheden om vanuit sociaal-culturele en sociaaleconomische kenmerken aan te sluiten bij de leefwereld van de patiënt; het toegankelijk en bereikbaar zijn van de zorg voor de patiënt (ook voor minder validen); het voldoende faciliteren en ondersteunen van zorgverleners bij het implementeren van stoppen-met-rokenzorg; het beschikken over voldoende informatie en voorlichtingsmateriaal voor patiënten en voor zorgverleners; het bekostigen van de zorg op basis van de zorgmodule en het ontwikkelen van een patiëntenversie van de zorgmodule.

6.3 KWALITEITSBELEID EN KWALITEITSCYCLUS

De Zorgmodule Stoppen met Roken heeft als voornaamste doel het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken. Kwaliteit is hierbij een essentieel thema. Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering. Daarvoor dient een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitscyclus aanwezig te zijn. Deze paragraaf bevat een beschrijving van hoe een kwaliteitscyclus voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van het zorgproces eruit ziet. Een kwaliteitscyclus bestaat allereerst uit het afspreken van de kwaliteitsindicatoren (dit wordt in hoofdstuk 7 beschreven). Vervolgens komt het proces van plannen, bijvoorbeeld het bepalen van de norm voor kwaliteit. Daarna volgt het uitvoeren van de zorg en het vastleggen van de parameters. Vervolgens komt het evalueren en het benchmarken. De kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald met de MPS en deze worden gemeten aan de voorafgestelde doelen en vergeleken met de benchmark. Als laatste wordt, afhankelijk van de uitkomsten en daar waar nodig, een verbeterplan gemaakt of doelen aangepast om de kwaliteit van de stoppen-met-rokenczorg te verbeteren. Daarmee begint weer de cyclus van plannen, uitvoeren, vastleggen, evalueren, benchmarken en verbeteren van de zorg. Het doel van een kwaliteitscyclus is gestructureerde kwaliteitsbevordering.

Kwaliteitsbevordering

In de Zorgmodule Stoppen met Roken staat de norm beschreven voor een goede zorg bij stoppen met roken en de organisatie van de zorg bij stoppen met roken. De patiënt weet vervolgens op welke behandeling bij stoppen met roken hij/zij recht heeft. Op basis hiervan zullen zorgaanbieders gestimuleerd worden hun aanbod af te stemmen op de norm zoals beschreven in de zorgmodule. Daarmee wordt de kwaliteit van de zorgverlening vergroot. Dit wordt bevorderd als de zorgmodule als criterium wordt gehanteerd bij de inkoop van de zorg. Daarmee wordt werken volgens de zorgmodule een reële factor in de marktpositie van de zorgaanbieders. Bovendien zullen zorgverleners dan transparante kwaliteitsinformatie aanleveren (zoals in hoofdstuk 7 beschreven wordt). Het hebben van een actief kwaliteitsbeleid, zoals de hierboven omschreven methode, is hiervoor een vereiste. De kwaliteitsinformatie vormt vervolgens weer de basis voor verdere verbetering en onderhandeling en afspraken met de zorgverzekeraar. Op deze manier vindt kwaliteitsbevordering plaats.

6.4 MINIMALE PARAMETERSET ¹⁵

- Is er een individueel zorgplan gemaakt voor de patiënt: ja / nee
- Is er een centrale zorgverlener aanwezig voor de patiënt: ja / nee
- Zijn er samenwerkingsafspraken vastgelegd: ja / nee
- Zijn er mogelijkheden voor informatieoverdracht tussen zorgverleners: ja / nee
- Is er voorlichtingsmateriaal aan de patiënt meegegeven: ja / nee
- Is er een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitscyclus op basis waarvan gewerkt wordt: ja / nee

¹⁵ Om de minimale parameterset vast te leggen dienen ze elektronisch registreerbaar te zijn.

7 KWALITEITSINDICATOREN

Samenvatting

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. De kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de minimale parameterset (MPS). De MPS zijn de parameters die in ieder geval elektronisch worden vastgelegd door de zorgverlener. Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren, uitkomstindicatoren en structuurindicatoren. Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van het individuele zorgproces. Een voorbeeld is het percentage patiënten dat een stopadvies heeft gekregen. Uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomst van het individuele zorgproces. Het percentage patiënten dat gestopt is met roken na de behandeling is hiervan een voorbeeld. Structuurindicatoren geven informatie over de kwaliteit van de netwerkorganisatie. Voor stoppen met roken is dit bijvoorbeeld de aanwezigheid van een centrale zorgverlener.

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg (41). Een kwaliteitsindicator is in feite het resultaat van een meting. Voor een meting is informatie nodig, dit zijn de parameters (data, gegevens) die door de zorgverleners worden vastgelegd als de minimale parameterset (MPS). Kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de MPS. De uitkomst zegt iets over de mate van kwaliteit van de aspecten van de zorg die zijn gemeten. Een kwaliteitsindicator krijgt echter pas betekenis, als er ook een norm voor kwaliteit is bepaald. Dit wordt doorgaans verkregen op basis van spiegelinformatie (benchmark). Dit is een onderdeel van het kwaliteitsbeleid en de bijbehorende kwaliteitscyclus. Wordt er afgeweken van de norm, dan is er bijsturing nodig. Kwaliteitsindicatoren hebben daarmee een belangrijke functie in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en zijn een onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn de kwaliteitsindicatoren voor zorgverleners een belangrijk hulpmiddel voor de kwaliteitsinformatie die wordt aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder.

Dit hoofdstuk geeft suggesties voor de kwaliteitsindicatoren voor de stoppen-met-rokenczorg. Deze kunnen worden opgevat als de voorlopige kwaliteitsindicatoren.¹⁶ De kwaliteitsindicatoren voor stoppen met roken kunnen onder de organisatie van een zorggroep vallen. Daarnaast kunnen de kwaliteitsindicatoren uit een andere organisatorische context worden gehaald als stoppen met roken een onderdeel is van een behandeling van een chronische aandoening. Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren, uitkomstindicatoren en structuurindicatoren. Volgens de Standaard voor Zorgstandaarden wordt per onderdeel beschreven welke indicatoren van toepassing zijn en op welke manier de indicatoren worden berekend en/of bepaald (23).

¹⁶ Dit hoofdstuk betreft de voorlopige kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren dienen op een later moment te worden geëvalueerd en indien nodig te worden bijgesteld in de definitieve kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren zijn afhankelijk van de beschikbare techniek en de mogelijkheden in de praktijk om de parameters vast te leggen en de kwaliteitsindicatoren te berekenen en/of te bepalen. Het is op dit moment onduidelijk of de techniek hiervoor beschikbaar is.

7.1 PROCESINDICATOREN

Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van het zorgproces en meten aspecten van een activiteit van zorgverlening. Zodoende volgen procesindicatoren een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Procesindicatoren voor de stoppen-met-rokenzorg zijn:

- **Percentage patiënten dat een stopadvies heeft gekregen**
Teller: Aantal patiënten dat een stopadvies heeft gekregen.
Noemer: Aantal patiënten dat rookt / aantal patiënten.¹⁷
- **Percentage patiënten dat een motivatieverhogende behandeling heeft gekregen**
Teller: Aantal patiënten dat een motivatieverhogende behandeling heeft gekregen.
Noemer: Aantal patiënten dat rookt / aantal patiënten.¹⁷
- **Percentage patiënten dat een begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3) heeft gekregen**
Teller: Aantal patiënten dat gestart is met de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3).
Noemer: Aantal patiënten dat rookt / aantal patiënten.¹⁷
- **Percentage patiënten dat een farmacologische behandeling heeft gekregen**
Teller: Aantal patiënten dat een farmacologische behandeling heeft gekregen.
Noemer: Aantal patiënten dat gestart is met de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3).

De procesindicatoren worden berekend door het percentage te berekenen over de breuk. (Het percentage wordt berekend door de teller van de breuk te delen door de noemer van de breuk en dat te vermenigvuldigen met 100). De teller en de noemer worden bepaald met de MPS:

- Roken: roker / ex-roker / nooit-roker
- Datum stopadvies (herleidbaar naar individuele patiënt)
- Datum motivatieverhogende behandeling
- Begindatum stoppen met roken begeleiding
- Farmacologische behandeling: ja / nee

¹⁷ In de noemer wordt bij voorkeur opgenomen het aantal patiënten dat rookt (in de regio / instelling). Echter, dit is in de praktijk moeilijk meetbaar daarom kan ook het aantal patiënten (in de regio / instelling) worden genomen.

7.2 UITKOMSTINDICATOREN

Uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomst van het individuele zorgproces en meten het resultaat van de zorgverlening. Uitkomstindicatoren voor de behandeling bij stoppen met roken zijn:

- **Percentage patiënten dat de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3) heeft afgerond**
Teller: Aantal patiënten dat de begeleiding bij stoppen met roken heeft afgerond.
Noemer: Aantal patiënten dat gestart is met de begeleiding bij stoppen met roken.
- **Percentage patiënten dat tevreden is over de totale behandeling (onderdeel 1 en/of 2 en/of 3) bij stoppen met roken**
Teller: Aantal tevreden patiënten.
Noemer: Totaal aantal patiënten (tevreden en ontevreden) waarbij patiënttevredenheid is gemeten.
- **Percentage patiënten dat tijdens de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3) gestopt is met roken**
Teller: Aantal patiënten dat tijdens de begeleiding gestopt is.
Noemer: Aantal patiënten dat begonnen is met de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3).
- **Percentage patiënten dat nog steeds niet rookt na één jaar**
Teller: Aantal patiënten dat één jaar na de stopdatum nog steeds gestopt is.
Noemer: Aantal patiënten dat begonnen is met de begeleiding bij stoppen met roken (onderdeel 3).
- **Percentage patiënten dat gemotiveerd is om te stoppen met roken na motivatieverhogende behandeling**
Teller: Aantal patiënten dat na een motivatieverhogende behandeling gemotiveerd is om te stoppen.
Noemer: Aantal patiënten dat een motivatieverhogende behandeling heeft gekregen.

De uitkomstindicatoren worden berekend door het percentage te berekenen over de breuk. (Het percentage wordt berekend door de teller van de breuk te delen door de noemer van de breuk en dat te vermenigvuldigen met 100). De teller en de noemer worden bepaald met de MPS:

- Roken: roker / ex-roker / nooit-roker
- Begindatum stoppen met roken begeleiding
- Einddatum stoppen met roken begeleiding
- Stopdatum
- Nog steeds gestopt na één jaar¹⁸ na de stopdatum: ja / nee
- Patiënttevredenheid over de behandeling bij stoppen met roken: tevreden / niet tevreden¹⁹
- Datum motivatieverhogende behandeling
- Motivatie na motivatieverhogende behandeling: gemotiveerd / overweegt / ongemotiveerd

¹⁸ De frequentie van terugval is het grootst in de eerste weken na de stoppoging en neemt na verloop van tijd snel af (37). Echter, terugval kan nog jaren na de stoppoging optreden (38). In onderzoek wordt vaak de termijn van zes maanden of één jaar na de stoppoging gebruikt om vast te stellen of iemand blijvend gestopt is met roken (39). Daarom, en voor de haalbaarheid om dit in de MPS vast te leggen, is hier gekozen voor de termijn van één jaar om te meten of iemand blijvend gestopt is (1 jaar continue abstinentie). Dit wordt gemeten één jaar na de stopdatum.

¹⁹ Gemeten direct na afloop van het laatste contact.

7.3 STRUCTUURINDICATOREN

Structuurindicatoren geven informatie over de kwaliteit van de netwerkorganisatie en meten elementen van de voorzieningsstructuur die de zorgverlening mogelijk maken. Structuurindicatoren geven bijvoorbeeld informatie of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren.

De structuurindicatoren voor stoppen met roken zijn

- Is er een individueel zorgplan gemaakt voor de patiënt?
- Is er een centrale zorgverlener aanwezig voor de patiënt?
- Zijn er samenwerkingsafspraken vastgelegd?
- Zijn er mogelijkheden voor informatieoverdracht tussen zorgverleners?
- Is er voorlichtingsmateriaal aan de patiënt meegegeven?
- Is er een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitscyclus op basis waarvan gewerkt wordt?

De structuurindicatoren voor stoppen met roken worden vastgesteld met de MPS

- Is er een individueel zorgplan gemaakt voor de patiënt: ja / nee
- Is er een centrale zorgverlener aanwezig voor de patiënt: ja / nee
- Zijn er samenwerkingsafspraken vastgelegd: ja / nee
- Zijn er mogelijkheden voor informatieoverdracht tussen zorgverleners: ja / nee
- Is er voorlichtingsmateriaal aan de patiënt meegegeven: ja / nee
- Is er een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitscyclus op basis waarvan gewerkt wordt: ja / nee

8 TOEPASSEN VAN DE ZORGMODULE

Samenvatting

De Zorgmodule Stoppen met Roken is van toepassing op alle chronische aandoeningen waar stoppen met roken van belang is. Hetzelfde geldt voor generieke modules die op leefstijl van toepassing zijn, deze kunnen ten opzichte van de Zorgmodule Stoppen met Roken als complementair worden beschouwd. De implementatie van de Zorgmodule Stoppen met Roken kan worden bevorderd door de inzet van de zorgverlener. Evenals door het actief hanteren van de zorgmodule bij de inkoop van de stoppen-met-rokenzorg. De Zorgmodule Stoppen met Roken kan als uitgangspunt gebruikt worden om afspraken over de behandeling te maken en kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van de zorg. Een ander belangrijke implementatiefactor is het vastleggen van regelingen en afspraken in de annexen van de zorgmodule.

De toepassing van de zorgmodule wordt in dit hoofdstuk beschreven aan de hand van de relatie van deze zorgmodule met andere zorgstandaarden en -modules en het implementeren van de zorgmodule.

8.1 RELATIE MET ANDERE ZORGSTANDAARDEN EN -MODULES

Zorgstandaarden

Een zorgstandaard voor een bepaalde chronische aandoening bestaat uit onder andere een ziektespecifieke module en een aantal generieke modules, passend bij de betreffende chronische aandoening (23). De Zorgmodule Stoppen met Roken is een generieke module en is van toepassing op alle chronische aandoeningen waar stoppen met roken van toepassing is. Dit zijn onder meer: de Zorgstandaard COPD, de Zorgstandaard Diabetes en de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (24-26). De submodule 'Vroege onderkenning en preventie' in een ziektespecifieke zorgstandaard kan voor een groot deel verwijzen naar generieke modules. Bijvoorbeeld, de Zorgstandaard COPD kan het onderdeel preventie voor een groot deel invullen met een verwijzing naar de Zorgmodule Stoppen met Roken. Een omgekeerde verwijzing vindt ook plaats. In de ziektespecifieke addities van de Zorgmodule Stoppen met Roken wordt verwezen naar aandoeningen en bijbehorende zorgstandaarden (COPD, Diabetes en Vasculair Risicomanagement) waar stoppen met roken van toepassing is. Ten opzichte van de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas verhoudt de Zorgmodule Stoppen met Roken zich over het algemeen als complementair omdat in beide gevallen sprake is van het belang van een gezonde leefstijl²⁰ (42).

²⁰ Het is echter nog onduidelijk hoe de Zorgmodule Stoppen met Roken zich precies verhoudt ten opzichte van de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas en hoe deze relatie goed beschreven kan worden.

Zorgmodules

Verschillende generieke modules kunnen naast elkaar bestaan en kunnen onderdeel zijn van een zorgstandaard. De Zorgmodule Stoppen met Roken verhoudt zich ten opzichte van andere generieke modules, daar waar van toepassing, als complementair. Voorbeelden van mogelijke generieke modules kunnen zijn: voorlichting en educatie, bewegen, en voeding en dieet. De Zorgmodule Stoppen met Roken verwijst, daar waar de inhoud van belang is voor stoppen met roken, naar andere zorgmodules. Momenteel wordt er een Zorgmodule voor Bewegen ontwikkeld (43). De Zorgmodule Stoppen met Roken noemt hier de Zorgmodule Bewegen, omdat bewegen een bijzonder accent heeft bij stoppen met roken en mogelijk ingezet kan worden om het zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Bewegen geeft een goede afleiding bij het stoppen voor de patiënt, heeft een positief effect op stoppen met roken en compenseert de mogelijke gewichtstoename (34). Een ander voorbeeld is voorlichting en educatie aangezien dat belangrijke aspecten zijn van de stoppen-met-rokenzorg. Bij een dergelijke (nog te ontwikkelen) zorgmodule voorlichting en educatie zou daar naar verwezen worden. Uiteraard zijn hier ook andere voorbeelden en verwijzingen mogelijk. Daarnaast is het mogelijk dat andere (nog te ontwikkelen) zorgmodules naar de Zorgmodule Stoppen met Roken verwijzen, daar waar stoppen met roken van toepassing is of van belang is. Bovendien kunnen verschillende generieke modules een gecombineerde leefstijlinterventie vormen, waarin de Zorgmodule Stoppen met Roken een mogelijke rol speelt.

8.2 IMPLEMENTEREN VAN DE ZORGMODULE

Zorgverlener

De inzet van de zorgverlener is een belangrijk aspect voor de implementatie van de Zorgmodule Stoppen met Roken. De zorgverlener heeft hierbij als taak zich goed op de hoogte te stellen van de zorgmodule en de bijbehorende vereisten en deze toe te passen. De zorgverlener dient hierin ondersteund te worden. Dit wordt bevorderd door het actief hanteren van de zorgmodule bij de inkoop van de stoppen-met-rokenzorg. Daarmee wordt de zorgmodule een factor in de marktpositie van de zorgaanbieders. Bovendien is het aanleveren van transparante kwaliteitsinformatie en dus het hebben van een actief kwaliteitsbeleid een vereiste, wat weer leidt tot het verbeteren van het zorgaanbod. Deze dynamiek zal bijdragen aan de implementatie van de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Inkopen

Een belangrijke implementatiefactor is het actief hanteren van de Zorgmodule Stoppen met Roken bij de inkoop van de zorg. De Zorgmodule Stoppen met Roken kan als uitgangspunt gebruikt worden om afspraken over de behandeling te maken en kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van de zorg. De inkoop van de stoppen-met-rokenzorg zou kunnen plaatsvinden als onderdeel van een complete zorgstandaard (bijvoorbeeld voor COPD). Stoppen met roken is dan een onderdeel van de totale behandeling van een ziekte (zorggerelateerde preventie). Daarnaast kan de stoppen-met-rokenzorg op zichzelf staan en zou zelfstandig ingekocht kunnen worden met als doel om verdere gezondheidsschade van roken te voorkomen (geïndiceerde preventie).

Annexen

Regelingen en afspraken kunnen de implementatie van de zorgmodule faciliteren en dienen goed te worden vastgelegd en kunnen zodoende als annex aan de zorgmodule worden toegevoegd. Annexen bevatten regelingen en afspraken die vereist zijn voor de feitelijke toepassing van de zorgmodule in het traject van inkoop van de zorg en ketencontractering. Bijvoorbeeld: een overeenkomst op basis van de zorgmodule tussen de verzekeraar en de aanbiedende zorggroep kan in de annex worden opgenomen. Verschillende instanties zijn voor de annexen verantwoordelijk: VWS, NZa, zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders, IGZ-ZiZo, Nictiz (23).

LITERATUURLIJST

1. Stichting Volksgezondheid of Roken (STIVORO) (2008). Jaarverslag 2008. Den Haag, STIVORO.
2. TNS-NIPO (2008). Continu Onderzoek Rookgewoonten (volwassenen) en de Roken Jeugd Monitor (jongeren). www.stivoro.nl, juni 2008.
3. Stichting Volksgezondheid of Roken (STIVORO) (2009). Kwartaalrapportage 2009 3^e kwartaal 2009 (niet gepubliceerd). Den Haag, STIVORO.
4. Proosdij, C., van, (1957). Roken, een individueel en sociaal geneeskundige studie. Amsterdam: Noord Hollandsche Uitgeversmaatschappij.
5. Coebergh, J.W.W. (1990). Tabaksgebruik: genot, hinder, ziekte en beleid. *T. Soc Gezondheidszorg* 68:137-46.
6. Royal College of Physicians (RCP). (2000). Nicotine addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians.
7. Pich, E.M., Pagliusi, S.R., Tessari, M., Talabot Ayer, D., Hooft van Huijsduijnen, R., Chiamulera, C. (1997). Common neural substrates for the addictive properties of nicotine and cocaine. *Science*: 275:83-6.
8. Chavannes, N.H., Kaper, J., Frijling, B.D., Laan, J.R., van der, Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., Wind, L.A. (2007). NHG-standaard Stoppen met roken. *Huisarts Wet.* 50:306-14.
9. Russell, M.A.H. (1990). Nicotine intake and its control over smoking. In: Wonnacott, S., Russell, M.A.H., Stolerman, I.P. (eds). *Nicotine psychopharmacology: molecular, cellular and behavioural aspects*. Oxford: Oxford University Press: 374-418.
10. World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th ed. Geneva: WHO.
11. World Health Organization. (2003). *International classification of primary care*. 2nd ed. Geneva: WHO.
12. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.
13. Heishman, S.J. (1998). What aspects of human performance are truly enhanced by nicotine? *Addiction* 93:317-20.
14. Parish, S., Collins, R., Peto, R., Youngman, L., Barton, J., Jayne, K., et al. (1995). Cigarette smoking, tar yields, and non fatal myocardial infarction: 14000 cases and 32000 controls in the United Kingdom. *BMJ* 311:471-7.
15. Poswillo, D., Alberman, E. (eds). (1992). *Effects of smoking on the foetus, neonate and child*. Oxford: Oxford University Press.
16. Anderson, H.R., Cook, D.G., (1997). Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 52:1003-9.
17. Velde, W.J., van der, Treffers, P.E. (1985). Smoking in pregnancy: the influence on percentile birth weight, mean birth weight, placental weight, menstrual age, perinatal mortality and maternal diastolic blood pressure. *Gynecol Obstet Invest* 19:57-63.
18. Gezondheidsraad. (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Nr. 2003/21, Den Haag, 25 november 2003 (herziene versie).
19. Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 309:901-11.
20. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2006). *Doodsoorzaken*. [online]: www.cbs.nl, 2006.
21. RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Roken. De determinant, gezondheidsgevolgen en oorzaken. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? [online]: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1208n19085.html, augustus 2009.
22. Peto, R., Lopez, A.D., Borehma, J., Thun, M. (2003). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/, 2003.

23. ZonMw. (2009). Standaard voor Zorgstandaarden: een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische aandoeningen. Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw Diseasemanagement chronische aandoeningen. Den Haag, 18 augustus 2009.
24. Long Alliantie Nederland (LAN). (2009). Zorgstandaard COPD. [nog niet gepubliceerd].
25. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). (2007). Zorgstandaard Diabetes. Amersfoort, 2007.
26. Platform Vitale Vaten. (2009). Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement.
27. Møller AM., Villebro, N., Pedersen, T., Tønnesen, H. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *The Lancet* 359:114-117.
28. Patkar, A.A., Vergare, M.J., Batra, V., Weinstein, S.P. & Leone, F.T. (2003). Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 66, 183-199.
29. Williams, J.M. & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 29, 1067-1083.
30. Unrod, M., Cook, T., Myers, M.G. & Brown, S.A. (2004). Smoking cessation efforts among substance abusers with and without psychiatric comorbidity. *Addict Behav*, 29, 1009-1013.
31. Muller, D.S.C.M. (2009). De bereidheid tot toepassing van een meerroken interventie en daarbij mogelijke succes- en faalfactoren: onder de jeugdgezondheidszorg 4 t/m 19 jaar. STIVORO, 23 juni 2009.
32. Exter Blokland, E.A.W., den. (2006). Adolescent smoking and parenting, Associations between smoking related parental behaviors and adolescent smoking, 2006.
33. Bouvy, M.L., Buurma, H., Egberts, A.C.G., (2003). Determinants for successful smoking cessation with bupropion in daily practice. *Pharm World Sci* 25(5): 207–211.
34. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. (2009). Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, Herziening 2009. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009. Gebaseerd op: CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004.
35. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
36. Fiore, M.C., et al. (2008). Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
37. Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, 29–38.
38. Hughes, J.R. Peters, E.N., Naud, S. (2008). Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. *Addictive Behaviors* 33, 1516–1520.
39. Pierce, J., & Gilpin, E. (2003). A minimum 6-month prolonged abstinence should be required for evaluating smoking cessation trials. *Nicotine and Tobacco Research*, 5, 151–153.
40. Weevers, H. & Segaar, D. (2009). Stoppen met roken als co-interventie: Een rookverbod in het ziekenhuis is niet voldoende. *Cordiaal* 2: 56-57.
41. Colsen, P.J.A., Casparie, A.F. (1995). Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 50 (9); 297-9.
42. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas [nog niet gepubliceerd].
43. Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB). Module Beweegkuur (werktitel) [nog niet gepubliceerd].
44. Knol, K., Hilvering, C., Wagener, T.H., Willemsen, M.C. (2005). Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV,
45. Wiebing, M. Emst, A., van, Stevens, I., (2009). Stoppen met roken: Willen en Kunnen. Den Haag: STIVORO.
46. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. (2008). Zelfzorgstandaard Stoppen met roken. In: Standaarden voor Zelfzorg, 5e druk.

Bijlage 1 – Gedragscode farmaceutische bedrijven in het Partnership Stop met Roken*

Het Publiek Private Partnership Stop met Roken heeft zich ten doel gesteld om op korte termijn de Zorgmodule Stoppen Met Roken te ontwikkelen. Uitgaande van STIVORO, haar ondersteunende partners KWF Kankerbestrijding, Astma Fonds, Nederlandse Hartstichting en het Ministerie van VWS zijn de diverse veldpartijen gevraagd om zich aan dit doel te conformeren en hun betrokkenheid -op uiteenlopende niveau's- te concretiseren. Ter onderbouwing van de rol van diverse farmaceutische bedrijven bij het proces van ontwikkeling en implementatie, is onderstaande gedragscode opgesteld. Het tekstvoorstel is bedoeld om -in het kader van transparantie in deze zgn. "Governance"- helder te verwoorden waarom zij betrokken zijn en hoe e.e.a. is geregeld. Hiermee wordt voorkomen dat commerciële doelstellingen de uitkomsten van dit initiatief op enige manier beïnvloeden.

Governance

Het Publiek Private Partnership Stop met Roken, gevormd door STIVORO, KWF Kankerbestrijding, Astma Fonds en de Nederlandse Hartstichting i.s.m. het Ministerie van VWS en veldpartijen, heeft zich ten doel gesteld om in 2009 de Zorgmodule Stoppen Met Roken te ontwikkelen. Ook willen ze met alle betrokken partijen overeenstemming bereiken over hun rol bij tijdige en goed gedragen implementatie. Deze zorgmodule wordt gebaseerd op de meest recente richtlijn (CBO 2009) en sluit aan bij de Zorgstandaarden van COPD, VRM en diabetes. Het vertaalt de laatste medische inzichten uit wetenschappelijke publicaties en praktijk in termen die voor zorgaanbieders en patiënten/consumenten bruikbaar zijn en geeft richting aan de manier waarop kan worden samengewerkt in het zorgproces om op efficiënte wijze het doel te bereiken. Omdat ook geneesmiddelen een wezenlijk onderdeel van de behandeling kunnen uitmaken zijn naast verzekeraars, zorgaanbieders en -instellingen en de overheid ook alle betrokken farmaceutische bedrijven gevraagd om hun expertise beschikbaar te stellen en op gepaste manier betrokken te zijn bij de ontwikkeling en implementatie van deze zorgmodule. Zo zijn de geneesmiddelenfabrikanten GSK, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Johnson & Johnson en Nprofarm, de Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten, gevraagd om in gelijke mate bij te dragen aan de introductie van deze zorgmodule door:

- hun expertise desgevraagd beschikbaar te stellen
- toehoorder (zonder stemrecht) te zijn bij het ontwikkelproces
- tijdig mee te denken over de implementatie
- op basis van eigen kracht en instrumentarium (nascholing/ netwerk /onderzoek) ondersteuning te leveren aan het implementatie proces.

Helder moet zijn dat genoemde farmaceutische bedrijven op geen enkele manier invloed hebben uitgeoefend op de totstandkoming van de medisch inhoudelijke richtlijn die aan de basis hiervoor staat en dit ook niet nastreven op deze manier. Wel moge duidelijk zijn dat zij belang hebben bij een goede implementatie van deze richtlijn opdat de juiste patiënt de juiste (medicamenteuze) interventie tegemoet kan zien. Zowel het Partnership Stop met Roken alsook betrokken bedrijven zijn ervan overtuigd dat deze afspraken -mits volledig transparant en voldoen aan randvoorwaarden van het Partnership Stop met Roken- geen afbreuk doen aan de waarde van deze zorgmodule, maar juist de acceptatie en toepassing verder vergroten.

Samen met het Partnership Stop met Roken zijn de betrokken farmaceutische bedrijven een groot voorstander van deze ontwikkeling en zouden het toejuichen alsook andere zorgpartijen dit voorbeeld volgen, teneinde op deze manier samen te werken aan een gezondere wereld.

*Akkoord vanuit Novartis, GSK, Pfizer, Johnson & Johnson en Nprofarm, 22 juli 2009.

Bijlage 2 – Rookgerelateerde klachten en aandoeningen

De onderstaande lijst geeft rookgerelateerde klachten en aandoeningen weer waarbij roken de oorzaak of een risicofactor is of waarbij roken een rol speelt in het ontstaan en/of het verloop van de klacht of aandoening (8; 21; 44). Deze lijst is niet uitputtend, maar biedt voldoende aanknopingspunten voor de kennis over welke klachten en aandoeningen rookgerelateerd zijn.

Long- en luchtwegaandoeningen

- COPD
- Astma
- Infecties (verkoudheid, influenza, tuberculose, pneumonie)
- Interstitiële longaandoeningen en meer

Diabetes mellitus type 2

Hart- en vaataandoeningen

- Coronaire hartaandoeningen (CHZ)
- Beroerte (CVA)
- Hartfalen

Kanker

- Longkanker
- Slokdarmkanker
- Strottenhoofdkanker
- Mondholte- en keelkanker
- Blaaskanker
- Maagkanker
- Nierkanker
- Alvleeskanker
- Baarmoederhalskanker
- Leukemie

Aandoeningen aan het bewegingsapparaat

- Osteoporose
- Artritis
- Spier- en bandletsel
- Rug- en nekpijn
- Gestoorde genezing na fracturen en osteoplastische ingrepen

Maag- en darmletsel

- Ulcus pepticum
- Ziekte van Crohn
- Poliepen aan de dikke darm

Endocrinologische aandoeningen

- Beïnvloeding van de schildklierfunctie
- Toename van insulineresistentie
- Grotere kans op complicaties bij type-1 en type-2 diabetes mellitus

Versnelde progressie van bepaalde nieraandoeningen

- Niercomplicaties bij diabetes mellitus
- Cystennieren
- IgA-glomerulonefritis

Aandoeningen aan de zintuigen

- Oren: gehoorverlies
- Ogen: maculadegeneratie en staar

Mond- en tandheelkundige problemen

- Verkleuring van gebitselementen
- Stomatitis nicotina
- Rokersmelanose
- Aandoeningen aan het tandvlees
- Leukoplakie
- Plaveiselcelcarcinoom

Huidproblemen

- Versterkte rimpeling
- Grotere kans op bepaalde huidaandoeningen
- Gestoorde wondgenezing
- Verbrandingen

Voortplantingsproblemen

- Vrouwen: vervroegde menopauze en verminderde vruchtbaarheid
- Mannen: afname van het ejaculaat, gestoorde functie van het sperma, gestoorde erectie

Bijlage 3 – Vormen stoppen-met-rokenczorg

De volgende stoppen-met-rokenvormen zijn voorbeelden van bewezen effectieve methoden. Deze worden per interventie beschreven. Een interventie is een beschrijving van een behandeling. Dit kan zowel de gedragsmatige als de farmacologische aspecten bevatten en bij voorkeur een combinatie.

Vorm	Naam interventie	Informatie	Setting	Uitvoerder
Zelfhulp (geen direct contact met een zorgverlener)	Brochure 'Willen en Kunnen'	Stoppen-met-rokeninformatie en tips in een brochure.	Brochure	STIVORO
	StopMail	10 e-mails in drie maanden, na opgave van stopdatum.	E-mail	STIVORO
	StopSite	Stoppen-met-roken-ondersteuning via internet.	Internet	STIVORO
	Online Stopadvies	Stoppen-met-rokenadvies op maat via internet.	Internet	STIVORO
Korte ondersteunende interventies	Kortdurend stopadvies	Zorgverlener geeft een stopadvies en verwijzing naar verdere hulp.	De zorg	Zorgverlener
	Stapsgewijze stoppen-met-rokenbegeleiding (STIMEDIC)	Stoppen-met-rokenbegeleiding in de zorg (basis).	De zorg	Zorgverlener
Intensieve ondersteunende interventies	Stapsgewijze stoppen-met-rokenbegeleiding (STIMEDIC)	Stoppen-met-rokenbegeleiding in de zorg (intensief).	De zorg	Zorgverlener / RookStopPoli
	StopSmokeTherapy	Stoppen-met-rokenbegeleiding in de zorg aan COPD patiënten.	De zorg	Zorgverlener
	Telefonische Coaching	Stoppen met roken onder begeleiding van een telefonische coach.	Telefoon	Telefonische Coach van STIVORO
	Groepstraining Pakje Kans	Samen stoppen met roken in een meerdaagse groepstraining.	Training	Professionals, verbonden aan o.a. GGD-en en thuiszorginstellingen
	Gedragstherapie	Stoppen met roken onder begeleiding van een therapeut (individueel).	Therapie	Gedragstherapeut
	Persoonlijke Coaching	Stoppen met roken onder begeleiding van een persoonlijke coach.	De zorg	Zorgverlener als persoonlijke coach / RookStopPoli
	Leefstijl training Stoppen met roken	Individuele of groepsbehandeling stoppen met roken.	Verslavingszorg	Verslavingsarts verbonden aan verslavingsinstellingen o.a. Jellinek Kliniek
	Beweegprogramma stoppen met roken	Beweegprogramma met oefeningen onder begeleiding van een fysiotherapeut.	De zorg	Fysiotherapeut

Bijlage 4 – Activiteiten stoppen-met-rokenczorg

Hieronder staan de activiteiten in de stoppen-met-rokenczorg, zoals beschreven in hoofdstuk 4, opgesomd.

Onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken

- Stopadvies geven
- Rookgerelateerde klachten en/of aandoeningen verifiëren
- Motivatie vaststellen
- Informatie geven

Onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken

- Functie van het roken bespreken
- Motivatieverhogende behandeling aanbieden
 - Relevance (relevantie) bespreken
 - Risks (risico's) bespreken
 - Rewards (beloning) bespreken
 - Roadblocks (barrières) bespreken
 - Repetition (herhaling)
- Resultaat motivatieverhogende behandeling vaststellen

Onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken

- Onderdeel 3A - Gedragmatige behandeling
 - Functie van het roken bespreken
 - Moeilijke momenten bespreken
 - Stoppen voorbereiden
 - Stopplan maken
 - Vervolgafspraken aanbieden
 - Terugvalpreventie aanbieden
- Onderdeel 3B - Farmacologische behandeling
 - Voorlichting met betrekking tot de medicatie geven
 - Voorlichting met betrekking tot stoppen met roken geven
 - Bevorderen therapietrouw
 - Medicatiebewaking

Bijlage 5 – Punten van een stopplan

De volgende punten zijn belangrijk in een stopplan. De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn:

- De voor- en nadelen van roken
- De stopdatum
- De reden(en) van het stoppen met roken
- Het gekozen hulpmiddel
- Welke personen in de omgeving kunnen helpen bij de stoppoging
- De tips om niet te roken
- De beloning na een bepaalde tijd niet roken
- De moeilijke situaties die te verwachten zijn
- De oplossingen voor moeilijke situaties
- Bij terugval: de reden, de betrokken personen, het gevoel, wat er gebeurde en hoe het de volgende keer anders kan.

Voor een voorbeeld van een uitgewerkt stopplan wordt verwezen naar de Stopbrochure 'Willen en Kunnen' (45).

Bijlage 6 – Farmacologische behandeling en middelen

De volgende farmacologische middelen voor behandeling bij stoppen met roken zijn bewezen effectief en in Nederland verkrijgbaar. Voor meer informatie over de werking, bijwerkingen, interacties en contra-indicaties van de farmacologische middelen wordt verwezen naar de CBO Richtlijn, het Farmacotherapeutisch Kompas en de KNMP-Zelfzorgstandaard (34; 46; www.fk.cvz.nl).

Type middel	Naam middel	Informatie	Gebruik
Nicotine vervangende middelen	<ul style="list-style-type: none"> • Kauwgom • Pleister • Zuigtabletten • Tablet voor onder de tong 	Door het gebruik van nicotinevervangende middelen komt er nog steeds nicotine in het bloed. De nicotinespiegel in het bloed vertoont echter minder grote schommelingen. Daardoor wordt minder last ervaren van ontweningsverschijnselen.	Voor aanvang met het middel het roken staken. De hoogte van de dosering is afhankelijk van de mate van nicotineafhankelijkheid, bij grote afhankelijkheid is een hoge startdosering effectiever.
Andere medicatie	Bupropion	Een selectieve remmer van noradrenaline en dopamine. Het precieze werkingsmechanisme bij stoppen met roken is onbekend. (Bupropion grijpt op een paar neurotransmittersystemen aan waar nicotine ook op aangrijpt).	Starten als de patiënt nog rookt. Spreek stopdatum af in 2e week. Begindosering 150 mg 1 dd gedurende 6 dagen, 's morgens innemen; daarna 150 mg 2 dd (interval 8 uur). Bij verminderde lever- of nierfunctie en bij ouderen 150 mg 1 dd. De behandelduur is 7-9 weken. Nadien de dosering afbouwen.
	Nortriptyline	Een tricyclisch antidepressivum. Het is niet geregistreerd als hulpmiddel bij het stoppen met roken, maar blijkt hiervoor wel effectief. Hoe Nortriptyline werkt bij rookverslaving is niet precies bekend. (Nortriptyline grijpt op een paar neurotransmittersystemen aan waar nicotine ook op aangrijpt).	Start als de patiënt nog rookt met 25 mg 1 dd. Na 3 dagen 50 mg 1 dd, na weer 3 dagen 75 mg 1 dd. Op dag 7 of 8 stoppen met roken. Gedurende 6 tot 12 weken 75 mg 1 dd, daarna stoppen. Afbouwen is niet noodzakelijk. Bij ouderen circa de helft van de dosering voor volwassenen.
	Varenicline	Het middel grijpt net als nicotine aan op de alfa-4-beta-2-receptor. Het is een partiële agonist waardoor de hunkering en de ontweningsverschijnselen afnemen en waardoor roken geen bevrediging meer geeft.	De behandeling starten terwijl de patiënt nog rookt. Na 1-2 weken stoppen met roken. Begindosering 0,5 mg 1xdag gedurende 3 dagen; daarna 0,5 mg 2xdag gedurende 4 dagen. Onderhoudsdosering 1 mg 2xdag. De behandelduur is 12 weken, in individuele gevallen 24 weken. Bij ernstige nierfunctiestoornis de dosering verlagen tot maximaal 0,5-1 mg 1xdag.

COLOFON

Titel

Zorgmodule Stoppen met Roken

Opdrachtgever

Partnership Stop met Roken

Auteur

Eveline Willems

Ontwerp

Niels Craens

© 2009 Partnership Stop met Roken

Postbus 16070

2500 BB DEN HAAG

info.partnership@stivoro.nl

www.zorgentabak.nl



De Zorgmodule Stoppen met Roken is beschikbaar via de website: www.zorgentabak.nl.

De Zorgmodule Stoppen met Roken verschijnt in een beperkte oplage. Daarom bent u van harte uitgenodigd om de uitgave te vereenvoudigen als dit bijdraagt aan het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken. U kunt de uitgave vereenvoudigen door fotokopieën te verspreiden of door de digitale uitgave door te sturen per e-mail onder vermelding van de volgende bron: Partnership Stop met Roken, Zorgmodule Stoppen met Roken. Den Haag, december 2009.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) en/of illustraties kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

