

Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

Herziening 2025



NATIONAAL
EXPERTISECENTRUM
TABAKSONTMOEDIGING
onderdeel van het Trimbos-instituut



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

Herziening 2025

Colofon

Initiatief:

Trimbos-instituut
Partnership Stoppen met Roken

Financiering:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Organisatie:

Trimbos-instituut

Auteurs:

Werkgroep Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 2025

Artikelnummer: TRI-64-019

Deze uitgave is te downloaden via <https://www.trimbos.nl/kennisbank/tri-64-019-zorgstandaard-tabaks-en-nicotineverslaving-2025/>

Vormgeving en productie

The Creative Hub, Canon

Beeld

Gettyimages.nl

© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

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

Totstandkoming Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

De Zorgstandaard Tabaksverslaving is ontwikkeld door een werkgroep (kerngroep) die is samengesteld uit diverse deskundigen op het gebied van stoppen met roken en/of de zorg voor mensen met een tabaks- of nicotineverslaving. De leden van de werkgroep uit 2024/2025 namen deel namens de organisaties waaraan zij zijn verbonden.

Werkgroep Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025:

- Esther Croes (Trimbos-instituut, Partnership Stoppen met roken)
- Joris Dullaert (Branchevereniging Intensieve Stoppen met Roken Zorg, Partnership Stoppen met roken)
- Inge Heemstra (NHG)
- Petra Hopman (Trimbos-instituut; *projectleider*)
- Jan Jansen (NHG)
- Wanda de Kanter (NVALT)
- Miriam de Kleijn (Partnership Stoppen met roken; *voorzitter*)
- Angelique Koier (NVvPO)*
- Marije de Leur (ZN)
- Jolanda Schaliboom (NVvPO)*
- Wilco Sliedrecht (VVGn)
- Maurits van der Veen (NVVC, Partnership Stoppen met roken)
- Sascha van der Venne (zelfstandig leefstijl- en stoppen-met-rokencoach)

Advies/meelezers:

- Kristel van Dijk (NHG)
- Renee Kool (Longfonds)
- Petra Meerkkerk (LHV)
- Nikita Poole (Gezondheidsfondsen voor Rookvrij)
- Peter Jan Tilanus (Branchevereniging Intensieve Stoppen met Roken Zorg)

* Gedeelde zitting in werkgroep

Disclaimers

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Eventuele opname van een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de zorgstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

Voorts behoudt het NHG zich het recht voor om voor het onderdeel 'intensieve gedragsmatige ondersteuning' af te wijken van deze Zorgstandaard, indien de herziene multidisciplinaire richtlijn daartoe aanleiding geeft. In dat geval is de aanbeveling uit de NHG-behandelrichtlijn Stoppen met Roken voor huisartsen leidend.

Autorisatie en ondersteuning

Deze Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025, is geautoriseerd door:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Longfonds
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVvPO)
- Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- NVM-mondhygiënist
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Het belang van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025, wordt onderschreven door onderstaande partijen, die geen standaardprocedure hebben voor het autoriseren van richtlijnen, of waarbij de autorisatie van de Zorgstandaard Tabaksverslaving niet in deze procedure is meegenomen:

- Klankbordgroep stoppen-met-rokencoaches
- BLCN Leefstijlcoaching
- Branchevereniging Intensieve SMR Zorg
- De Hartstichting
- Gezondheidsfondsen voor Rookvrij
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- KWF Kankerbestrijding
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)
- Partnership Stoppen met Roken (P-SMR)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Pharos
- Trimbos-instituut
- Zorgverzekeraars Nederland

Partnership Stoppen met Roken

De Zorgmodule Stoppen met Roken (2009) is destijds geïnitieerd en vastgesteld door het Partnership Stoppen met Roken. Op initiatief van het Partnership Stoppen met Roken is de Zorgmodule in 2019 vervangen door een Zorgstandaard Tabaksverslaving (vanaf 2025: Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving).

Het Partnership Stoppen met Roken is een onafhankelijk samenwerkingsverband van diverse partijen uit de gezondheidszorg. Het Partnership Stoppen met Roken is in het jaar 2000 opgericht op initiatief van het ministerie van VWS en richt zich op de toegankelijkheid en kwaliteit van de stoppen-met-rokenzorg. De zorgstandaard is een instrument om te komen tot een uniforme en gecoördineerde

aanpak van stoppen met roken in de zorgsector. De volgende organisaties en personen nemen anno 2025 deel in het partnership:

Partners:

Klankbordgroepstoppen-met-rokencoaches • BLCN Leefstijlcoaching (*aspirant*) • Branchevereniging Intensieve SMR Zorg • Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) • Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) • Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) • Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) • Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) • Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) • Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) • Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) • Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) • Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) • V&VN Longverpleegkundigen • V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners

Ambassadeurs:

Apotheek Pillen en Praten • CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) • Chronisch Zorgnet • Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheid • Gezondheidsfondsen voor Rookvrij (GvRV) • GGD GHOR Nederland • Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) • Luc van Lonkhuijzen (op persoonlijke titel) • Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO) • Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) • Pharos • Rode Kruisziekenhuis • SineFuma • Stichting Rookpreventie Jeugd • Trimbos-instituut • Universiteit Maastricht, vakgroep Gezondheidsbevordering • Universiteit Twente • Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bestuursleden:

Esther Croes (secretaris) • Hans Dam • Joris Dullaert • Robert van de Graaf • Miriam de Kleijn (voorzitter) • Maurits van der Veen (penningmeester) • Annemarie Zwetsloot

Voorwoord

Voor u ligt de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 2025. Dit is een aanpassing en uitbreiding van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 2022, die weer was gebaseerd op de Zorgmodule Stoppen met Roken uit 2009.¹

Het Partnership Stoppen met Roken heeft in het voorjaar van 2009 het initiatief genomen om de zorgmodule te ontwerpen. Een belangrijke reden om daar in 2019 een zorgstandaard uit te ontwikkelen was dat tabaksverslaving door zorgprofessionals beschouwd wordt als aandoening op zich, die veelal leidt tot andere aandoeningen, zoals longziekten en cardiovasculaire aandoeningen. In 2022 is de zorgstandaard uitgebreid om te voldoen aan de eisen die door het Zorginstituut gesteld worden in het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten versie 3.0.

In 2023 is gestart met de implementatie van de herziene Zorgstandaard Tabaksverslaving uit 2022. Partijen gaven aan dat een beter passende bekostiging hiervoor noodzakelijk was. Om de bekostiging goed te kunnen vormgeven was het belangrijk om een zorginhoudelijke beschrijving van een stoppen-met-rokenprogramma op te stellen die tevens zou aansluiten bij de huidige aanspraak. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het document 'De reis van de stopper'. Deze reis van de stopper is onder leiding van de NZa tripartite besproken: met de zorgaanbieders, met de patiënten en met de zorgverzekeraars, met als doel dat het de basis gaat vormen voor een nieuwe vorm van modulaire bekostiging. Om deze basis formeel vast te leggen is besloten om 'De reis van de stopper' integraal te verwerken in de zorgstandaard, het resultaat daarvan leest u nu.

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving heeft een bijzondere positie, omdat deze zorg voor iedere roker van belang is, en daarmee voor iedere zorgverlener die zorg verleent aan mensen die roken: van apotheker, doktersassistente, fysiotherapeut tot uroloog. De hoofdstukken die gingen over 'indicaties' en 'ziektespecifieke addities' zijn daarmee komen te vervallen in deze herziening. Stoppen met roken is voor iedere roker van (levens)belang en dient onderwerp van gesprek te zijn in iedere spreekkamer met iedere roker ongeacht zijn of haar risico of ziekte. Stoppen met roken gaat ook over stoppen met 'vapen', dat helaas hand over hand toeneemt bij vooral kinderen en jongeren. Overal waar in deze Zorgstandaard 'roker' en 'roken' staat wordt ook 'vapen' en 'vaper' bedoeld.

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving gaat over de behandeling van een nicotineverslaving en sluit aan bij de toenemende aandacht voor het voorkomen van ziekten en de blik op gezondheid. Toegankelijke en kwalitatief goede stoppen-met-rokenzorg en begeleiding is uitermate effectief om ziekte te behandelen: het gaat hier immers om mensen met een tabaks- en nicotineverslaving en daarnaast om ziekten te voorkomen die door de tabaks- en nicotineverslaving ontstaan

Deze Zorgstandaard sluit daarmee aan bij de focus op 'passende zorg' zoals door de NZa en ZiN gedefinieerd: zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven, die samen met de patiënt tot stand komt, waarbij zorgprofessional en patiënt samen beslissen over de best passende behandeling, juiste zorg op de juiste plek dichtbij waar het kan, en focus op gezondheid in plaats van op ziekte. Zorgprofessionals kunnen een cruciale rol vervullen in de stoppen-met-rokenzorg door rookgedrag uit te vragen, een stopadvies te geven en zorg te dragen voor een vervolg. Een deel van de zorgprofessionals is daarnaast opgeleid om mensen te begeleiden bij stoppen met roken. Voor beide groepen beschrijft deze zorgstandaard de zorg die nodig is om goede kwaliteit te leveren, de informatie die hierover vastgelegd en uitgewisseld wordt, en stelt daarmee de norm.

De herziene zorgstandaard sluit aan bij de recent herziene Richtlijn 'Tabaks- en nicotineverslaving'.² De aanbevelingen hieruit zijn opgenomen in deze herziene zorgstandaard. Andersom geeft de herziening

van deze zorgstandaard aanleiding voor een extra richtlijnherziening van de module ‘intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding’. Deze module in de richtlijn zal in 2025 worden herzien.

Met deze herziende Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 2025 is een belangrijke stap gezet op weg naar structurele inbedding van behandeling van tabaks- en nicotineverslaving in de gezondheidszorg. De wijzigingen in de zorgstandaard maken het leveren van zorg op maat in deze behandeling mogelijk, zo lang als nodig is. Naast het grote belang van het voorkomen dat kinderen en jongvolwassenen gaan roken en/of vaperen door effectief overheidsbeleid, kan de implementatie van deze Zorgstandaard een belangrijke bijdrage leveren aan een rook- en nicotinevrij leven voor velen, en een rook- en nicotinevrije generatie in de nabije toekomst.

*Dr. M.J.J. (Miriam) de Kleijn,
namens de werkgroep Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving*

“Roken is de belangrijkste vermijdbare risicofactor voor hart- en vaatziekten, kanker en longziekten. Hoe meer en hoe langer je rookt, des te hoger het risico. Daarom streven we naar een rookvrij Nederland en werken we aan een Rookvrije Generatie. Om daar te komen is het van essentieel belang dat rokers goede hulp krijgen bij het stoppen met roken, naast maatregelen van de overheid en maatschappij om de aantrekkelijkheid en aanwezigheid van tabaks- en nicotineproducten te beperken.

Het is onverteerbaar dat 19% van de volwassenen gevangen zit in zo’n extreem schadelijke verslaving, en dat dit percentage nauwelijks afneemt. De meerderheid van de rokers geeft aan rookvrij te willen worden, maar het is voor veel rokers heel moeilijk om zonder goede hulp definitief te stoppen met roken. Bij veel mensen speelt dan ook een gevoel van schaamte over het niet kunnen stoppen met roken.

Zorgverleners spelen een cruciale rol om deze mensen de hulp te bieden die ze verdienen. De zorg is bij uitstek de plek om stoppen met roken ter sprake te brengen en patiënten op een passende wijze te ondersteunen om van hun verslaving af te komen. Om zorgverleners te helpen bij deze belangrijke rol is het van belang dat er een goede zorgstandaard is. Wij danken zorgverleners voor hun bijdrage aan een rookvrij Nederland.”

Hans Snijder – directeur Hartstichting en voorzitter Gezondheidsfondsen voor Rookvrij

Carla van Gils – directeur KWF

Károly Illy – directeur Longfonds



Samenwerkend in Gezondheidsfondsen voor Rookvrij met als doel dat niemand meer (over)lijdt aan de gevolgen van roken.

Informatie voor mensen die roken en hun omgeving

In deze zorgstandaard staat wat goede zorg is voor mensen die roken en/of vaperen en daarmee willen stoppen. Het document is geschreven voor zorgverleners en zorgorganisaties. Er staan afspraken in die we in Nederland maken zodat er goede zorg is geregeld.

Stoppen met roken en/of vaperen is voor iedereen belangrijk, ook als je er (nog) geen klachten van ervaart. Roken en/of vaperen is zeer verslavend. Daarom is er voor iedereen hulp beschikbaar. Elke zorgverlener kan u advies geven over stoppen met roken (en vaperen), bijvoorbeeld uw huisarts, fysiotherapeut, tandarts of een dokter in of buiten het ziekenhuis. Als u wilt stoppen, kan deze zorgverlener u verwijzen naar intensieve begeleiding. Deze intensieve begeleiding kan worden gegeven door een (andere) zorgverlener, of door een coach of organisatie voor intensieve stoppen-met-rokenzorg. Intensieve begeleiding geeft u de beste kans op een rook- en nicotinevrij leven. Mocht u niet aan intensieve begeleiding willen deelnemen, dan is het vaak ook mogelijk om kortdurend begeleid te worden bij het stoppen met roken en/of vaperen.

Informatie over roken/vaperen en stoppen met roken en/of vaperen is ook te vinden op deze websites:

- <https://www.ikstopnu.nl>
- <https://www.hartstichting.nl/oorzaken/roken>
- <https://www.kwf.nl/kanker-voorkomen/stoppen-met-roken/gevolgen-van-roken>
- <https://www.longfonds.nl/longziekten/astma/omgaan-met-astma/roken>
- <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/leven-met-copd/roken>
- <https://www.nederlandstopt.nu/>
- <https://www.rokeninfo.nl/publiek>
- <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken>
- <https://branchevereniging-smr.nl>
- Keuzehulp:
 - <https://www.ikstopnu.nl/keuzehulp/>
 - <https://bestellen.longfonds.nl/product/consultkaart-in-beeld-stoppen-met-roken/>
- Informatie over roken en zwanger zijn vind je hier:
 - <https://www.trimbos.nl/aanbod/programmas/rookvrije-start/>
 - <https://deverloskundige.nl/zwangerschap/subtekstpagina/307/roken/>

Belangrijkste aanbevelingen voor zorgverleners

- Beoordeel in welke mate de onderdelen en bijbehorende aanbevelingen van stoppen-met-rokenzorg van toepassing zijn op uw rol, bevoegdheid en bekwaamheid.
- Beoordeel welke onderdelen van de stoppen-met-rokenzorg u zelf kunt uitvoeren en voor welke onderdelen u rokers verwijst naar andere zorgverleners.
- Zorg dat u op de hoogte bent van de doorverwijsmogelijkheden in het stoppen-met-rokennetwerk in uw regio en maak samenwerkingsafspraken met organisaties of zorgverleners die de zorg bieden die u of u organisatie zelf niet biedt.
- Zorg dat u op de hoogte bent van wie in uw stoppen-met-rokennetwerk welke onderdelen van de stoppen-met-rokenzorg (motiverend gesprek, korte ondersteunende begeleiding, intensieve begeleiding, extra intensieve begeleiding en verslavingszorg) biedt en maak samenwerkingsafspraken over matched en stepped care.
- Zorg dat u beschikt over de gespreksvaardigheden om minstens een goed kort stopadvies (VBA+) te geven aan alle rokers die u als zorgverlener treft.
- Informeer uw patiënten over de mogelijkheden voor begeleiding en bekijk in een samen besloten gesprek wat de passende stoppen-met-rokenzorg is.
- Het geven van een korte ondersteunende begeleiding is voorbehouden aan zorgverleners die daarin bekwaam zijn en de kennis en vaardigheden hebben die daarvoor nodig zijn.
- Intensieve en extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding is voorbehouden aan stoppen-met-rokencoaches die staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor stoppen-met-rokencoaches en aan behandelaars in de verslavingszorg.^a
- Leg per onderdeel van de stoppen-met-rokenzorg de relevante parameters vast zodat de kwaliteit van zorg kan worden vastgesteld.

^a <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach>

Samenvatting

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Roken vormt één van de grootste bedreigingen voor de gezondheid en is tegelijkertijd de grootste *vermijdbare* risicofactor voor ziekte en sterfte. De gevolgen van roken zijn te voorkomen door te stoppen met roken, waarbij de gezondheidswinst groter is wanneer eerder wordt gestopt met roken. De meeste rokers van tabak hebben een tabaksverslaving, en andersom roken de meeste mensen met een tabaksverslaving tabak. Met de opkomst van de e-sigaret (of ‘vape’), die in de meeste gevallen nicotine bevat, spreken we bovendien niet langer van louter een tabaksverslaving, maar van ‘nicotineverslaving’. En hoewel de damp van een e-sigaret minder schadelijke stoffen bevat dan de rook van een tabakssigaret, zijn er steeds meer aanwijzingen dat gebruik van een e-sigaret kan leiden tot schade aan de luchtwegen en het hart- en vaatstelsel.

Om tabaks- en nicotineverslaving en de daaraan gerelateerde gezondheidsschade tegen te gaan, is een samenhangende landelijke aanpak nodig, waaraan zowel de rijks- en lokale overheid, gezondheidszorg, zorgverzekeraars, als de maatschappij bijdragen. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving beschrijft de rol van de gezondheidszorg en bedient een ieder die te maken heeft met stoppen met roken, zoals: patiënten, zorgverleners, verzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders. De zorgstandaard heeft als functie het geven van duidelijkheid over wat verwacht mag worden van een stoppen-met-rokenbehandeling en de bijpassende organisatie.

In 2023 is gestart met de implementatie van de herziene Zorgstandaard Tabaksverslaving uit 2022. Partijen gaven aan dat een beter passende bekostiging hiervoor noodzakelijk was. Om de bekostiging goed te kunnen vormgeven was het belangrijk om een zorginhoudelijke beschrijving van een stoppen-met-rokenprogramma op te stellen die tevens zou aansluiten bij de huidige aanspraak. In navolging hiervan is ‘De reis van de stopper’ tripartite (met de stoppen-met-rokenzorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars) opgeschreven als basis voor de gewenste aanspraak en bekostiging. De nieuwe inzichten die deel uitmaken van ‘De reis van de stopper’ zijn de belangrijkste reden geweest om de zorgstandaard te herzien. Deze herziene zorgstandaard heeft als doel om zowel de toegang als de kwaliteit van de stoppen-met-rokenzorg te verbeteren, en sluit aan bij de recente herziening van de richtlijn ‘Tabaks- en nicotineverslaving’.⁷

Hoewel de termen ‘roken’, ‘vapen’, ‘gebruik van tabaks- of nicotineproducten’ en ‘tabaks- of nicotineverslaving’ niet exact hetzelfde zijn, worden ze in deze Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving als synoniemen gebruikt, tenzij expliciet anders wordt aangegeven.

Hoofdstuk 2 – Invulling van stoppen-met-rokenzorg

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 tijdens de behandeling en door zorg op maat (persoonsgerichte zorg).

Onderdeel 1: Adviseren om te stoppen met roken geldt voor elke patiënt die rookt. Dit advies maakt deel uit van de reguliere zorg gegeven door een zorgverlener. Een stopadvies kan kort en lang en kan door iedere zorgverlener worden gegeven. De belangrijkste elementen van het stopadvies zijn:

1. Vragen naar rookgedrag van de patiënt.
2. Stopadvies geven en behandelmogelijkheden benoemen.
3. Vervolg bespreken, samen met de patiënt.

Een gangbare stopadviesmethode is het Very Brief Advice bij voorkeur met een warme verwijzing (VBA+, kort stopadvies).

Onderdeel 2: Motiveren om te stoppen met roken betreft alle patiënten die, in welke mate dan ook, overwegen om te stoppen met roken. De zorgverlener peilt de motivatie en geeft, afhankelijk van het motivatiestadium van de patiënt, een motivatieverhogende of -versterkende behandeling. De belangrijkste elementen van motivationele begeleiding zijn:

1. Relevantie van stoppen met roken bespreken
2. Risico's van roken bespreken
3. Voordelen van stoppen met roken bespreken
4. Barrières bespreken
5. Herhaling van deze strategie zolang nodig

Motivationele elementen kunnen worden ingebed in gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding. Wanneer een patiënt (nog) geen uitgesproken stopwens heeft kan er een zogenaamd *motiverend gesprek* plaatsvinden. Daarbij is het doel om de motivatie te verhogen om te starten met begeleiding, dat kan ook zonder een uitgesproken stopwens en om te bespreken welke vorm van begeleiding gewenst en passend is.

Onderdeel 3: Begeleiden bij stoppen met roken is van toepassing op patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken en daarbij ondersteuning wensen. Begeleiding omvat maximaal twee elementen: *gedragsmatige* begeleiding en *medicamenteuze* behandeling. De behandeling bestaat primair uit gedragsmatige begeleiding, eventueel aangevuld met een medicamenteuze behandeling. Een medicamenteuze behandeling dient dus altijd te worden gecombineerd met gedragsmatige begeleiding. Gedragsmatige begeleiding bevat de volgende elementen:

1. Functie van het roken bespreken
2. Moeilijke momenten bespreken
3. Stoppen voorbereiden
4. Stopplan maken (incl. stopdatum)
5. Begeleiden
6. Nazorg verlenen
7. Uitval-/terugvalpreventiebegeleiding

Vormen van gedragsmatige begeleiding zijn: *korte ondersteunende begeleiding*, *intensieve begeleiding* en *extra intensieve begeleiding voor specifieke doelgroepen*. De effectiviteit van gedragsmatige begeleiding lijkt toe te nemen naarmate de begeleiding intensiever is. Intensieve begeleiding is dan ook de standaardzorg. Deze wordt aangeboden aan iedere roker — niet alleen voor patiënten met (een verhoogd risico op) een roken-gerelateerde klacht. Voor sommige patiënten (uit specifieke doelgroepen) volstaat de 'standaard' intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding niet. Voor hen is extra begeleiding op maat aangewezen.

Gezien de aan verslaving inherente langzaam afnemende terugvalkans is het reëel het behandeltraject pas te sluiten een jaar na de laatste stopdatum. Binnen een behandeling moet het bovendien mogelijk zijn om meerdere begeleidingstrajecten te bieden, indien de roker nog niet succesvol is gestopt.

Hoofdstuk 3 – Organisatie van stoppen-met-rokenzorg

Een goed georganiseerde stoppen-met-rokeninfrastructuur is noodzakelijk om meer patiënten succesvol te begeleiden naar een rookvrij leven. Er zijn veel soorten zorgverleners betrokken in de stoppen-met-rokenzorg. De zorg kan door diverse zorgverleners worden uitgevoerd en de patiënt kan worden verwezen en overgedragen. De patiënt maakt als het ware een reis tijdens het stopproces. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het aanbieden van, of verwijzen naar, of leveren van goede stoppen-met-rokenzorg. De zorgverlener ondersteunt de patiënt. De zorg mag door elke zorgverlener uitgevoerd worden, mits hij of zij bekwaam is. Er is een openbaar [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) waarin personen die bekwaam zijn voor het geven van intensieve en extra intensieve stoppen-met-roken begeleiding zijn opgenomen. Van alle zorgverleners wordt verwacht dat zij in staat zijn een kort stoppen-met-rokenadvies te geven en te weten naar wie zij de roker kunnen doorverwijzen binnen het

stoppen-met-rokennetwerk als zij zelf onvoldoende bekwaam of toegerust zijn om Onderdeel 2 (motivatie verhogende behandeling) en/of Onderdeel 3 (gedragmatige begeleiding bij het stoppen met roken) aan te bieden. Zorgverleners die alleen een stopadvies geven en de patiënt verwijzen dienen wel de opvolging van het advies te blijven monitoren, bijvoorbeeld door hier op terug te komen in vervolgspraken met de patiënt. Voor elke patiënt die gedragmatig wordt begeleid in het stoppen met roken wordt een stopplan gemaakt, waarin afspraken worden vastgelegd die van belang zijn voor de behandeling van de individuele patiënt. Belangrijke aspecten van de stoppen-met-rokenzorg zijn de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken en een kwaliteitscyclus voor het continu bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de stoppen-met-rokenzorg.

Hoofdstuk 4 – Informatieparagraaf

Bij het uitvoeren van stoppen-met-rokenzorg horen parameters. Op basis van parameters kunnen kwaliteitsindicatoren worden bepaald of berekend. Voor het adviseren om te stoppen met roken gaat dit om rookgedrag, een stopadvies en het bepalen van het vervolg. Bij het begeleiden van rokers is een aanvullende set van parameters relevant voor kwalitatief goede behandeling, inzicht in uitkomsten en passende inkoop door zorgverzekeraars. Om parameters vast te kunnen leggen, moeten eerst randvoorwaarden worden ingericht. In het implementatieplan staan stappen hiervoor beschreven.

Om de berekening van indicatoren over rookvrijpercentages op gelijke manier uit te voeren, zijn definities opgenomen.

Hoofdstuk 5 – Toepassen van de zorgstandaard

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is van toepassing op iedereen die tabak en/of nicotine gebruikt. Generieke modules die op leefstijl van toepassing zijn kunnen ten opzichte van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving als complementair worden beschouwd. De zorgverlener speelt een belangrijke rol in de implementatie van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving. In feite hebben alle zorgverleners gezien de gezondheidsschade van roken en vaperen een taak in de behandeling van tabaks- en nicotineverslaving. Benadrukt moet worden dat niet iedere zorgverlener en discipline 'alles' hoeft te doen: het gaat om ondersteuning van het stoppen-met-rokenproces in een netwerkbenadering. De zorgverlener dient hiertoe voldoende ondersteund te worden door middel van scholing en afspraken rond de inkoop van stoppen-met-rokenzorg. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 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 andere belangrijke implementatiefactor is het uitwerken van de afspraken in de implementatieparagraaf. Deze afspraken gaan onder andere over de taakverdeling van de implementatie van de zorgstandaard en over welke onderwerpen verdere uitwerking behoeven. Onderhoud van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving wordt gecoördineerd door het Partnership Stoppen met Roken en gebeurt samen met de betrokken partijen, waaronder in ieder geval tripartite vertegenwoordiging. Hierbij hoort ook het afstemmen van de zorgstandaard op nieuwe richtlijnen die momenteel in ontwikkelingen zijn en het ontwikkelen van een meetinstrument.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	6
	Informatie voor mensen die roken en hun omgeving	9
	Belangrijkste aanbevelingen voor zorgverleners	10
	Samenvatting	11
	Inhoudsopgave	14
	Begrippenlijst	16
	Lijst met gebruikte afkorting	24
	Lijst met relevante websites	25
1	Inleiding	27
1.1	Aanleiding Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving	27
1.2	Aanleiding voor de huidige herziening en belangrijkste wijzigingen	27
1.3	Wat is (stoppen met) roken?	28
1.4	Gevolgen van roken	30
1.5	Wat is de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving?	32
2	Invulling van stoppen-met-rokenzorg	34
2.1	Toelichting op de stoppen-met-rokenzorg	34
2.2	Onderdelen van stoppen-met-rokenzorg: adviseren, motiveren en begeleiden	36
2.2.1	Onderdeel 1: Adviseren om te stoppen met roken	36
2.2.2	Onderdeel 2: Motiveren om te stoppen met roken	37
2.2.3	Onderdeel 3: Begeleiden bij stoppen met roken	39
2.2.3.1	Gedragmatige begeleiding	40
2.2.3.1.1	Korte ondersteunende begeleiding	43
2.2.3.1.2	Intensieve begeleiding	44
2.2.3.1.3	Extra intensieve begeleiding voor bijzondere doelgroepen	46
2.2.3.2	Medicamenteuze behandeling	47
2.2.3.3	E-sigaret	50
3	Organisatie van stoppen-met-rokenzorg	51
3.1	Specifieke kenmerken van het zorgproces	51
3.2	Algemene kenmerken van het zorgproces	60
3.3	Zorg op maat: de reis van de stopper	61
3.4	Kwaliteitsbeleid en kwaliteitscyclus	64
4	Informatieparagraaf	65
4.1	Specificatie van informatieobjecten uit de zorgpaden stoppen met roken	65
4.2	Berekenen van rookvrijpercentages op groepsniveau	69

5	Toepassen van de zorgstandaard	71
5.1	Relatie met andere zorgstandaarden en -modules	71
5.2	Implementeren van de zorgstandaard	71
5.3	Onderhouden van de zorgstandaard	76
Bijlage 1	Diagnostische criteria stoornis in tabaksgebruik (DSM-5-TR Nederlandse editie)	78
Bijlage 2	Tabak-gerelateerde klachten en aandoeningen	80
Bijlage 3	Stroomdiagrammen stoppen-met-rokenzorg	84
Bijlage 4	Uitwerking van het motiverend gesprek	88
Bijlage 5	Elementen van een stopplan	89
Bijlage 6	Competentieprofiel voor aanbieders van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding	90
Bijlage 7	Stroomdiagram stoppen-met-rokenzorg voor zwangere rokers	96
Bijlage 8	Competentieprofiel voor aanbieders van extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding voor zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen	97
Bijlage 9	Competentieprofiel voor aanbieders van extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding voor mensen met psychische/psychiatrische problematiek	103
Bijlage 10	Medicamenteuze behandeling en middelen	111
Bijlage 11	Flockhart Tabel: Overzicht van medicatie die gemetaboliseerd wordt via het CYP1A2-enzym.	113
Bronnen		114

Begrippenlijst

Abstinentie / blijvend stoppen met roken

In de meeste wetenschappelijke studies waar de richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving op gebaseerd is, wordt de abstinentie (onthouding) na 6 maanden als uitkomstmaat opgegeven. De terugvalkans is dan nog circa 50%. Pas na 12 maanden continue abstinentie vanaf de stopdag is de kans op een terugval kleiner dan circa 10%.

Annexen

Annexen bevatten regelingen en afspraken die vereist zijn voor de feitelijke toepassing van de Zorgstandaard in het traject van inkoop van de zorg. Annexen kunnen aan de zorgstandaard worden toegevoegd.

Begeleidingstraject

Een periode van begeleiding met een geprotocolleerde opzet, zoals de korte ondersteunende begeleiding, de intensieve begeleiding en de extra-intensieve begeleiding.

Behandeling bij stoppen met roken

De stoppen-met-rokenzorg is grofweg te verdelen in de gedragsmatige en de medicamenteuze behandeling. Een gedragsmatige behandeling (ook wel: gedragsmatige begeleiding) kan op zichzelf staand, zonder farmacotherapie worden gegeven, want medicatie is niet voor alle patiënten geschikt en een deel wil ook geen medicatie. Een medicamenteuze behandeling daarentegen dient altijd gecombineerd te worden met gedragsmatige begeleiding, aangezien een gecombineerde aanpak effectiever is dan enkel farmacotherapie. Behandeling bij stoppen met roken omvat de drie onderdelen adviseren, motiveren en begeleiden.

Bekwaam

Bekwaamheid is de combinatie van voldoende kennis en de bijbehorende vaardigheden om de kennis toe te passen. Voor stoppen-met-rokenzorg vallen motivatieverhoging en gedragsmatige begeleiding hieronder.

Bevoegd

Bevoegdheid is het op basis van (bij- of -na-)scholing mogen uitvoeren van 'voorbehouden handelingen' door zorgpersoneel. Deze voorbehouden handelingen staan beschreven in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Hier staat ook beschreven wie ze zelfstandig of in opdracht mag uitvoeren. Voor stoppen-met-rokenbehandeling valt alleen het voorschrijven van medicatie hieronder.

Blended care

Zorg (stoppen met roken, of anderszins) waarbij persoonlijke begeleiding door een zorgverlener wordt aangevuld met of gecombineerd met één of meerdere vormen van e-healthondersteuning.

Damper/vaper

Een damper of vaper is iemand die een e-sigaret gebruikt, ongeacht de frequentie en hoeveelheid nicotine. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is van toepassing op iedereen die damp/vapet met nicotine.

Dual use

Een gangbare term voor 'duaal gebruik' of 'dubbelgebruik', waarmee gelijktijdig gebruik van één of meerdere producten of middelen wordt bedoeld. In de context van deze richtlijn betreft het gelijktijdig gebruik van tabak (in de vorm van de tabakssigaret; zie toelichting verderop) en de e-sigaret. Er zijn

aanwijzingen dat dubbelgebruik van de tabaks- en e-sigaret schadelijker is dan het gebruik van uitsluitend tabakssigaretten of e-sigaretten.³

E-health

E-health is een verzamelbegrip voor een uiteenlopend scala aan toepassingen. Volgens de hernieuwde definitie van het Nictiz van 2019 is e-health: "De toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren".⁴ Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen *e-health* en *digitale zorg*. Wanneer e-health onderdeel is van de zorg, is er sprake van digitale zorg. Zo valt een app die een patiënt downloadt om adviezen te krijgen over gezondheid onder de noemer e-health. Een e-consult is digitale zorg. Een digitale bloeddrukmeter kan zowel als e-health als digitale zorg ingezet worden; in het eerste geval wanneer de patiënt deze gebruikt voor zelfmetingen om zo zelf meer inzicht in zijn/haar gezondheid te krijgen, en in het tweede geval wanneer een zorgverlener de bloeddrukmeter inzet voor telemonitoring.⁵ In deze zorgstandaard verstaan we onder e-healthinterventies digitale stoppen-met-rokeninterventies die zelfstandig of in combinatie met begeleiding door een zorgprofessional kunnen worden uitgevoerd. Dit omvat onder andere computerprogramma's, online interventies, telefonische tekstberichten (sms) en smartphone apps.

E-sigaret

E-sigaret staat voor 'elektronische sigaret, en wordt ook wel vape, en sommige types worden 'pod' of 'podmod' genoemd. De e-sigaret verdampt een vloeistof die een mengsel van smaakstoffen en andere stoffen bevat. De vloeistof, of e-liquid, wordt verhit zodat er damp ontstaat die de gebruiker kan inhaleren (ook wel 'dampen' of 'vaperen' genoemd). De vloeistof bevat geen tabak zoals een tabakssigaret, maar in de meeste gevallen wel nicotine. E-sigaretten bestaan als navulbare exemplaren en als wegwerp-exemplaren ('disposables').^{6,7}

Ex- of voormalig damper/vaper

Een ex- of voormalig damper/vaper is iemand die ooit een e-sigaret heeft gebruikt, ongeacht frequentie en hoeveelheid nicotine, maar dit in de afgelopen 12 maanden niet meer heeft gedaan.

Ex- of voormalig roker

Een ex- of voormalig roker is iemand die ooit een tabaks- of nicotineproduct heeft gerookt, ongeacht vorm (bijvoorbeeld (e-)sigaret, pijp, sigaar), frequentie en hoeveelheid, maar dit in de afgelopen 12 maanden niet meer heeft gedaan. Iemand die in het verleden enkel een e-sigaret heeft gebruikt kan ook een ex- of voormalig damper/vaper.

Extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding

Deze begeleiding behelst begeleiding-op-maat voor specifieke doelgroepen zoals:

- zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen;
- jongeren en jongvolwassenen die vaperen en/of roken;
- mensen met psychische/psychiatrische problematiek;
- mensen met een lichte/matige verstandelijke beperking.

Deze extra intensieve begeleiding voegt een aantal elementen toe aan de (standaard) intensieve begeleiding. Voor bovenstaande groepen is via [competentieprofielen](#) voor stoppen-met-rokencoaches vastgesteld hoe deze extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding eruit zou moeten zien, maar de opsomming is niet uitputtend. Mogelijk zullen er meer doelgroepen worden vastgesteld van patiënten/cliënten voor wie stoppen-met-rokenbegeleiding op maat nodig is.

Face-to-face, of fysieke (stoppen-met-roken)begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding waarbij de patiënt en zorgverlener/coach zich in dezelfde ruimte bevinden. Dit in tegenstelling tot online en telefonisch begeleiding.

Gedragmatige begeleiding

De gedragmatige begeleiding (ook wel: gedragmatige behandeling of ondersteuning) bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. We onderscheiden vier vormen: korte ondersteunende begeleiding, intensieve begeleiding, extra intensieve begeleiding en stoppen-met-rokenbegeleiding binnen de verslavingszorg.

Gestopt met roken

De patiënt is gestopt met roken als de patiënt 52 weken na de stopdatum (plus of min 30 dagen) verklaart dat hij/zij de afgelopen 50 weken niet meer dan vijf sigaretten heeft gerookt. Een patiënt is gestopt direct aansluitend aan de korte ondersteunende begeleiding of de (extra) intensieve begeleidingsfase als hij/zij vanaf twee weken na de stopdatum niet meer gerookt heeft (conform de Russell Standaard).

Gezondheidsvaardigheden

De cognitieve en sociale vaardigheden die iemand nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid.⁸

Groepsbegeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding in groepsverband, geleid door een stoppen-met-rokencoach. Dit in tegenstelling tot individuele begeleiding.

Individuele begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding die één-op-één plaatsvindt tussen patiënt en stoppen-met-rokencoach of zorgprofessional. Dit in tegenstelling tot groepsbegeleiding.

Intake

De intake is een intensieve sessie tussen de stoppen-met-rokencoach en de patiënt, waarbij een grondige inventarisatie van het rookgedrag en eerdere stoppogingen wordt gedaan. De motivatie om te stoppen wordt verdiept en versterkt. Samen met de patiënt worden valkuilen en obstakels geïdentificeerd en een persoonlijk stopplan opgesteld, inclusief de bepaling van een stopdag. Tijdens het gesprek worden rookgedrag, motivatieanalyse en leefstijlfactoren besproken. Eerdere stoppogingen worden geëvalueerd om hiervan te leren, en een nicotine-afhankelijkheidstest wordt afgenomen om de behoefte aan nicotinevervangende middelen of medicatie te bespreken. Daarnaast wordt psycho-educatie gegeven over verslaving en ontwenningssverschijnselen. Tot slot worden de verwachtingen over het traject besproken en de vervolgstappen vastgelegd. De intake is de eerste sessie van een begeleidingstraject.

Intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding

De begeleiding richt zich primair op gedragmatige ondersteuning, gebaseerd op, motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Deze vorm van begeleiding biedt de grootste kans op een rookvrij leven en bestaat uit minimaal zeven contactmomenten, met tussen de 3 en 4,5 uur begeleiding. Intensieve begeleiding is de standaardzorg. Deze wordt aangeboden aan iedere roker — niet alleen voor patiënten met (een verhoogd risico op) een roken-gerelateerde klacht. Voor sommige patiënten (uit specifieke doelgroepen) volstaat de 'standaard' intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding niet. Voor hen is extra begeleiding op maat aangewezen.

Intensiteit van de behandeling

De intensiteit is de combinatie van de *frequentie* (aantal contactmomenten) en de *duur* (duur per contactmoment) van de behandeling. De effectiviteit van de interventie lijkt toe te nemen naarmate de interventie intensiever is, dus langer duurt en meer contacten bevat.⁹

Interventie (stoppen-met-roken)

Een breed begrip, waarmee bedoeld wordt: een actie of reeks acties van iets (e-health) en/of iemand (stoppen-met-rokencoach, zorgprofessional) gericht op het in gang zetten van of begeleiden van een stopproces en uiteindelijk het (blijvend) stoppen met roken van de patiënt. Een interventie kan de vorm aannemen van een persoonlijke (minimale) interventie, en/of een digitale interventie (zie 'E-health'). Daarbij zijn combinaties goed mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een zorgverlener e-health-toepassingen inzet als ondersteuning bij de persoonlijke begeleiding.

Korte ondersteunende stoppen-met-rokenbegeleiding

Een kort gedragsmatig begeleidingstraject eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Een betreft een beperkt aantal sessies (vier) waarin de patiënt wordt begeleid bij het stoppen. De onderdelen: inventariseer het rookgedrag, help de roker met het herkennen van moeilijke momenten, geef suggesties voor andere activiteiten, maak een stopplan en plan de vervolcontacten voor nazorg

Kwaliteitsindicatoren

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg die 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. Kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de parameters. De uitkomst zegt iets over de mate van kwaliteit van de aspecten van de zorg die zijn gemeten.

Matched care

Aanbieden van een behandeling die qua intensiteit is aangepast op de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling richt zich op het ondersteunen van het stoppen met roken met medicamenteuze middelen zoals nicotinevervangende middelen en andere medicatie. Een verplicht onderdeel van de medicamenteuze behandeling is het informeren over medicamenteuze middelen en het begeleiden van het gebruik ervan. Een medicamenteuze behandeling dient altijd te worden gecombineerd met gedragsmatige begeleiding.

Meeroken

Meeroken is de blootstelling aan tabaksrook uit de omgeving. Dit gebeurt via de *hoofdstroomrook* (de uitgeblazen rook van een roker) en de *zijstroomrook* (de rook die door de smeulende sigaret, sigaar of pijp direct in de ruimte wordt gebracht). Meeroken wordt ook wel 'passief roken' genoemd. Er is geen 'veilig' niveau van blootstelling aan tabaksrook; net als actief roken is meeroken zeer schadelijk voor de gezondheid.¹⁰

Meeroker

Een meeroker is een niet-roker die (in de afgelopen zeven dagen) is blootgesteld aan tabaksrook uit de omgeving. Zie ook 'Meeroken'.

Motiverend gesprek

Een daarvoor ingepland contactmoment van een zorgverlener met een patiënt waarin de zorgverlener uitgebreid in gesprek gaat met de patiënt over roken en stoppen met als doel om de motivatie te

verhogen om te starten met begeleiding, en om te bespreken welke vorm van begeleiding in dat geval gewenst en passend is.

Nazorg

Dit is zorg die wordt aangeboden aan alle stoppers ná de begeleiding en gericht is op het 'gestopt blijven'. Nazorg biedt ondersteuning aan deelnemers bij het rookvrij blijven tot 12 maanden na de stopdatum.

Nicotine

Nicotine is een stof die voorkomt in de tabaksplant (*Nicotiana tabacum*), en het vormt het belangrijkste psychoactieve bestanddeel in tabak. Nicotine wordt meestal ook toegevoegd aan de vloeistof van e-sigaretten (vapes) en aan andere producten zoals nicotinezakjes. Na inhaleren van tabaksrook of e-sigaretendamp bereikt nicotine de hersenen in circa 7 seconden, waar het aangrijpt op het dopaminesysteem. Dit systeem speelt een belangrijke rol bij gevoelens van beloning, en prikkeling ervan leidt tot een aangenaam gevoel. De ontwenningsverschijnselen van nicotine zijn dan ook onprettig en sterk. Verslaving aan nicotine (bijvoorbeeld door roken of gebruiken van een e-sigaret) is hierdoor één van de hardnekkigste verslavingen.

Online (stoppen-met-roken)begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding die via e-healthinterventies wordt geboden. Dit kan gecombineerd worden met face-to-face (fysieke) en/of telefonisch begeleiding, of zelfstandig/losstaand worden toegepast (zelfhulp).

Patiënt

Patiënten zijn personen op wie deze zorgstandaard van toepassing is (rokers). Waar de term 'patiënt' staat kan, afhankelijk van de (zorg)setting, echter ook 'cliënt' of 'mens' worden gelezen.

Parameter

Parameters zijn gegevens die elektronisch worden vastgelegd door de zorgverlener. Op basis hiervan kunnen indicatoren worden berekend die kwaliteitsinformatie geven aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) als toezichthouder.

Psycho-educatie

Psycho-educatie wordt gegeven in de psychologische en psychiatrische zorg. De behandelaar geeft de cliënt of patiënt hierbij informatie over een specifiek, psychisch probleem — bijvoorbeeld over verslaving (tabak, nicotine en evt. andere middelen), ontwenningsverschijnselen en over de complexe samenhang hiervan met eventuele andere problematiek. De behandelaar geeft aan dat het stopproces moeizamer kan verlopen, dat er mogelijk meer ondersteuning nodig is en dat er mogelijk vaker een terugval plaatsvindt voordat de cliënt of patiënt blijvend gestopt is.

Roken

Roken is het roken van tabak als sigaret, shag, pijp, sigaar, waterpijp of verhitte tabak. Hoewel het gebruik van een e-sigaret formeel geen 'roken' wordt genoemd (men 'gebruikt' de e-sigaret of vape), wordt dit in de context van deze zorgstandaard wel geschaard onder roken.

Roker

Deze zorgstandaard refereert met de term 'roker' of 'iemand die rookt' naar een gebruiker van één of meerdere soorten tabaks- of nicotineproducten, ongeacht vorm (bijvoorbeeld (e-)sigaret, pijp, sigaar), frequentie en hoeveelheid. Iemand die (in het afgelopen jaar) *enkel* een e-sigaret heeft gebruikt kan ook een 'damper' of 'vaper' worden genoemd. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is van toepassing op iedereen die rookt en/of vapet. Iemand die rookt en bezig is met stoppen, en iedereen die gerookt heeft en recent (tot maximaal een jaar na het roken van de laatste sigaret) is gestopt, kan

ook ‘stopper’¹¹ worden genoemd. Een jaar na het roken van de laatste sigaret is iemand een voormalig roker, of ex-roker.

Sociaaleconomische positie (SEP)

Sociaaleconomische positie (voorheen ‘sociaaleconomische status’; SES) kan worden gedefinieerd als de mate waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of consumeren.¹² Naarmate mensen over meer of minder kennis, arbeid en bezit beschikken, nemen zij een ‘hogere’ of ‘lagere’ positie in de maatschappij in. Sociaaleconomische positie is gerelateerd aan gezondheid(szorg) en de toegang van een individu of groep tot de middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te verkrijgen en te behouden.¹³

Stepped care

Het stapsgewijs opbouwen van zorgintensiteit.

Stopadvies

Het stimuleren van een stoppen-met-rokenpoging door een zorgprofessional richting zijn/haar patiënt door het advies tot stoppen te geven, eventueel aangevuld door één of meerdere van de volgende elementen:

- Advies *hoe* men het beste kan stoppen;
- Voorlichting over tabaksverslaving;
- Informatie over het belang van stoppen met roken en mogelijke risico’s van blijven roken;
- Informatie over de behandelingsmogelijkheden bij stoppen met roken (zowel gedragsmatige ondersteuning als behandeling met medicijnen of nicotinevervangende middelen).

Stopdatum

De datum die de patiënt en zorgverlener samen afspreken waarop de patiënt stopt met roken. Deze datum is het referentiekader voor de monitoring van gestopt zijn. Mocht er sprake zijn van een uitglijdert of terugval dan blijft deze stopdatum staan, tenzij er een geheel nieuw begeleidingstraject wordt opgestart.

Stoppen-met-rokencoach

Een hulpverlener die intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding geeft. Stoppen-met-rokencoaches staan geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#).

Stoppen-met-rokennetwerk

Het stoppen-met-rokennetwerk betreft alle zorgverleners die betrokken zijn in de zorg rond stoppen-met-roken, inclusief zorgverleners die adviseren en verwijzen.

Stoppen-met-rokenzorg

De stoppen-met-rokenzorg is het overkoepelende begrip waarmee het gehele traject rond stoppen met roken wordt aangeduid, beginnend bij het vragen naar rookgedrag en het adviseren om te stoppen, tot en met de nazorg van gestopte rokers.

Stopplan (of ‘individueel stopplan’)

Het stopplan is een plan voor het stoppen met roken 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.

Stopproces

Als iemand stopt spreken we van een stopproces in plaats van een stoppoging. Om aan te geven dat een terugval in dit proces normaal is en geen faalervaring.

(Tabaks)sigaret

Een tabakssigaret bestaat uit onder andere nicotinehoudende tabaksbladeren, toegevoegde stoffen ('additieven'), vloeipapier, bindmiddel en (vaak) een filter. Waar in deze richtlijn wordt gesproken over de e-sigaret in relatie tot de 'gewone' sigaret, duiden we laatstgenoemde aan als 'tabakssigaret' – dit om het onderscheid duidelijk te maken.

Tabaks- en nicotineproducten

Producten die, al dan niet met behulp van accessoires, kunnen worden gebruikt of gerookt en tabak en/of nicotine bevatten. Hier vallen onder meer onder: sigaretten, shag, de e-sigaret (vape), shishapen, verhitte tabak, sigaren, cigarillos, pijptabak, nicotinezakjes, snus, pruimtabak, snuiftabak, de waterpijp, kruidensigaretten, nicotinevrije tabak en joints. Voor een overzicht, zie het dossier op de websites van het RIVM¹⁴ en het Trimbos-instituut¹⁵.

Tabaks- en nicotineverslaving

Tabak is een verslavend product, niet alleen door de aanwezigheid van nicotine maar ook door gewoontevorming.¹⁶ Hierbij spelen biologische, psychologische en sociale factoren een interacterende rol.¹⁷ Tabaksverslaving is als 'Stoornis in het gebruik van tabak' opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD-10) en in de International Classification of Primary Care (ICPC-10).^{18,19} Daarnaast is tabaksverslaving als stoornis geregistreerd in het psychiatrische classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5-TR).²⁰ Ook bij gebruik van producten die geen tabak maar wel nicotine bevatten (zoals bijvoorbeeld de e-sigaret en snus) kan er voldoende nicotine worden gehaald om een nicotineverslaving te creëren en/of onderhouden. Dit maakt ook nicotinehoudende producten (in potentie) verslavend. Adequate stoppen-met-roken- en stoppen-met-vapenondersteuning houdt rekening met zowel de psychische en sociale, als de fysieke component van deze verslaving. Daar waar in dit document nog van tabaksverslaving wordt gesproken kan ook 'tabaks- en nicotineverslaving' gelezen worden.

Telefonische (stoppen-met-roken)begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding die via de telefoon wordt geboden. Dit in tegenstelling tot face-to-face (fysieke) en online begeleiding.

Terugval (tijdens stoppen met roken)

Wanneer een patiënt tijdens het stopproces een terugval krijgt in het oude gedrag (roken) en daarmee weer rookt zoals voor aanvang van het stopproces. Dit in tegenstelling tot een 'uitglijder', waarbij een enkele sigaret is gerookt en er niet wordt teruggevallen naar roken (het oude rookgedrag).

Terugvalbegeleiding

Dit is de zorg die geboden wordt als een deelnemer aan (extra) intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding na initieel gestopt te zijn in de begeleidingsfase, weer is of dreigt te gaan roken na deze fase.

Uitglijder (tijdens stoppen met roken)

Wanneer een patiënt tijdens het stopproces een enkele sigaret rookt, maar daarbij niet terugvalt in het oude gedrag (roken). Wanneer de patiënt wel weer rookt zoals voor aanvang van het stopproces wordt dit 'terugval' genoemd.

Vapen/dampen, of gebruik van een e-sigaret ('vape')

Voor de e-sigaret wordt ook wel de term ‘vape’ gebruikt. Het *gebruik* van de e-sigaret of vape wordt ook wel ‘vaping’, vaperen of dampen genoemd. Hiermee wordt een onderscheid gemaakt met het *roken* van tabakssigaretten.^b

Vaper/damper/gebruiker van de vape of e-sigaret

Iemand die vaper/dampt of de vape/e-sigaret gebruikt; zie ook voorgaande definitie. In deze zorgstandaard wordt vaperen/dampen en gebruiken van de vape/e-sigaret onder ‘roken’ geschaard, en daarmee worden vapers/dampers en gebruikers van de vape/e-sigaret onder rokers geschaard (zie ook de definities ‘roken’ en ‘roker’).

Verwijzen

Naar iets of iemand anders wijzen of sturen. Artsen en verpleegkundig specialisten kunnen formeel ‘verwijzen’, zorgverzekeraars omschrijven in hun polisvoorwaarden welke zorgverleners naast de huisarts formeel mogen verwijzen.

Warme overdracht

Persoonlijke overdracht van een patiënt tussen twee zorgverleners, waarbij de zorgverleners onderling afstemmen hoe het verder gaat met de patiënt.

Zelfmanagement

Alles wat de patiënt zelf doet om te stoppen met roken.

Zelfstandig stoppen

Wanneer de patiënt een stoppoging doet zonder begeleiding van een stoppen-met-rokencoach of zorgprofessional.

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. Een zorgstandaard is de basis voor een programmatische aanpak en beschrijft vanuit patiëntenperspectief waar goede zorg aan dient te voldoen. De zorgstandaard beschrijft de *inhoud* van de zorg, de *organisatie* van de zorg en vereisten voor *implementatie*.

Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving beschrijft de zorg voor stoppen met roken c.q. de behandeling van tabaksverslaving.

Zorgverlener

Gezondheidszorgprofessional die betrokken is bij de zorg voor de patiënt, mits bekwaam voor de handelingen die hij/zij verricht.

^b Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van vape/dampterminologie invloed heeft op de risicoperceptie van tabaks- en nicotineproducten. Hierdoor kunnen misvattingen over de schadelijkheid en de gezondheidsrisico's van e-sigaretgebruik ontstaan. In de onafhankelijke wetenschappelijke literatuur bestaat een voorkeur voor het gebruik van de neutrale term ‘elektronische sigaret’ of ‘e-sigaret’. Het geniet de voorkeur dat zorgverleners deze terminologie hanteren, waarbij ze bij jongeren wel aangeven dat dit ‘vaperen’ betreft en dat ook vaperen/gebruiken van een e-sigaret schadelijk en verslavend is.⁷

Lijst met gebruikte afkortingen

COPD:	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DSM-5-TR:	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, versie 5 (tekst revisie)
GGD:	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
ICD-10:	International Classification of Diseases, versie 10
ICPC-10:	International Classification of Primary Care, versie 10
IGJ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
KNMP:	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
MDR:	Multidisciplinaire richtlijn
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa:	Nederlandse Zorgautoriteit
NVALT:	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
NVM	Nicotinevervangende middelen
NVVC:	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvPO:	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners & Praktijkverpleegkundigen
NVWA:	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
P-SMR:	Partnership Stoppen met Roken
RIVM:	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SMR (smr):	Stoppen met roken
VVGN:	Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland
VWS:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
ZiN:	Zorginstituut Nederland
ZiZo:	Zichtbare Zorg
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland

Lijst met relevante websites

Aanbieders van effectieve stoppen-met-rokenzorg

- <https://branchevereniging-smr.nl>
- <https://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/>
- <https://www.ikstopnu.nl/stoppen-met-roken/hulp/>
- <https://www.ikstopnu.nl/stoppen-met-roken/hulp/telefonische-coaching/>
- <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach>

Informatie voor patiënten

- <https://www.hartstichting.nl/oorzaken/rokenhttps://www.ikstopnu.nl>
- <https://www.ikstopnu.nl/stoppen-met-roken/stoppen-met-vapen/>
- <https://www.kwf.nl/kanker-voorkomen/stoppen-met-roken/gevolgen-van-roken>
- <https://www.longfonds.nl/longziekten/astma/omgaan-met-astma/roken>
- <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/leven-met-copd/roken>
- <https://www.nederlandstopt.nu/>
- <https://chatmetjesigaret.nl/>
- <https://www.rokeninfo.nl/>
- <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken>
- <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-vapen/ik-wil-stoppen-met-vapen>
- <https://branchevereniging-smr.nl>

Informatie voor zorgverleners

- <https://bestellen.longfonds.nl/product/consultkaart-in-beeld-stoppen-met-roken/>
- <https://platformsmr.nl/>
- <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaks- en nicotineverslaving/startpagina - tabaksontmoediging - tabaks- en nicotineverslaving.html>
- <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement#volledige-tekst>
- <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>
- <https://www.ikstopnu.nl/professionals/>
- <https://www.knov.nl/info/toolbox-roken>
- <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>
- <https://www.pharos.nl/kennisbank/checklist-herkennen-laaggeletterdheid/>
- <https://www.pharos.nl/kennisbank/in-gesprek-over-roken-ansichtkaarten/>
- <https://www.pharos.nl/rookvrij/>
- <https://www.rookvrijezorg.com/>
- <https://www.taalvoorallemaal.com/bibliotheek>
- <https://www.trimbos.nl/aanbod/rookvrije-start/>
- <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/pm0836-praatplaat-wat-kom-je-tegen-op-weg-naar-een-rookvrij-leven/>
- <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/het-gesprek-over-stoppen-met-roken/advies-en-verwijsmethode/>
- <https://www.verslavingskundenederland.nl/>
- <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/copd-zorgstandaard>
- <https://www.zorginzicht.nl/tags/astma>
- <https://www.zorgpadrookvrijestart.nl/>
- <https://www.zorgpadstoppenmetroken.nl/>
- <https://www.zorgstandaarddiabetes.nl/>

- <https://branchevereniging-smr.nl>

Informatie voor werkgevers

- <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/rookvrij-beleid/rookbeleid-in-organisaties/stoppen-met-rokenondersteuning-op-het-werk/>

Overig

- <https://www.ggdappstore.nl/>

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding voor de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, inclusief de aanleiding voor de huidige herziening. Er wordt informatie gegeven over roken, tabaksverslaving, stoppen met roken en de gevolgen van roken. Als laatste wordt het begrip ‘zorgstandaard’ toegelicht.

1.1 Aanleiding Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

Roken vormt één van de grootste bedreigingen voor de gezondheid. Rookgedrag veroorzaakt in veel gevallen een tabaksverslaving, wat een belangrijke reden is waarom mensen het rookgedrag niet onder controle hebben of niet blijvend kunnen stoppen. Tabaksverslaving wordt tegenwoordig gezien als zelfstandige aandoening, vergelijkbaar met alcoholverslaving en heroïneverslaving. De meeste rokers van tabak hebben een tabaksverslaving. Met de opkomst van de e-sigaret (of ‘vape’), die in de meeste gevallen de verslavende stof nicotine bevat, spreken we bovendien niet langer van louter een tabaksverslaving, maar van ‘nicotineverslaving’ (zie ook Paragraaf 1.3 en het kader over de e-sigaret in Paragraaf 1.4). Hoewel de termen ‘roken’, ‘vapen’, ‘gebruik van tabaks- of nicotineproducten’ en ‘tabaks- of nicotineverslaving’ niet exact hetzelfde zijn, worden ze in deze Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving daarom als synoniemen gebruikt, tenzij expliciet anders wordt aangegeven.

In de zorg wordt in toenemende mate aandacht gegeven aan leefstijl en preventie. Bij preventie wordt het onderscheid gemaakt tussen zorggerelateerde preventie en geïndiceerde preventie. *Zorggerelateerde* preventie richt zich op het voorkomen dat mensen die al ziek zijn nog zieker worden. Over *geïndiceerde* preventie wordt gesproken als er sprake is van een groter risico op ziek worden. Stoppen met roken wordt vaak gezien als onderdeel van leefstijl en preventie. Omdat de meeste rokers een tabaks- of nicotineverslaving hebben spreken we in deze zorgstandaard niet over leefstijl of preventie, maar over tabaks- of nicotineverslaving. Uiteraard is het voorkomen van een nicotineverslaving van groot belang. Echter, deze zorgstandaard richt zich op de behandeling van de verslaving.

Roken veroorzaakt (mede) lichamelijke aandoeningen als (long)kanker, hart- en vaataandoeningen en luchtwegaandoeningen zowel bij de roker zelf als bij de meeroke. Ook al rookt het grootste gedeelte van de Nederlandse bevolking niet, toch rookte in 2023 nog 19,0% van de Nederlandse volwassenen wél²¹, en is roken de grootste vermijdbare risicofactor voor ziekte en sterfte.²² De gevolgen van roken zijn te voorkomen door te stoppen met roken, waarbij de gezondheidswinst groter is wanneer eerder wordt gestopt met roken. Hiervoor is een samenhangende landelijke aanpak nodig, waaraan zowel de rijks- en lokale overheid, als de gezondheidszorg inclusief zorgverzekeraars en de maatschappij bijdragen. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving beschrijft de rol van de gezondheidszorg. De zorgstandaard is geschreven voor een ieder die te maken heeft met stoppen met roken, zoals: patiënten, zorgverleners, verzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders.

1.2 Aanleiding voor de huidige herziening en belangrijkste wijzigingen

In 2023 is gestart met de implementatie van de herziene Zorgstandaard Tabaksverslaving uit 2022. Partijen gaven aan dat een beter passende bekostiging hiervoor noodzakelijk was. Om de bekostiging goed te kunnen vormgeven was het belangrijk om een zorginhoudelijke beschrijving van een stoppen-met-rokenprogramma op te stellen die tevens zou aansluiten bij de huidige aanspraak. In navolging hiervan is ‘De reis van de stopper’ tripartite^c opgeschreven als basis voor de gewenste aanspraak en bekostiging. De nieuwe inzichten die deel uitmaken van ‘De reis van de stopper’ (zie Paragraaf 3.3) zijn de belangrijkste reden geweest om de zorgstandaard te herzien.

^c Met de stoppen-met-rokenzorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars.

De hoofdstukken over indicaties in de vorige versie zijn komen te vervallen. Die keuze is gemaakt omdat vanuit de zorg aan iedere patiënt die rookt stoppen-met-rokenbegeleiding dient te worden aangeboden – niet alleen aan de patiënt die (een) andere ziekte(s) heeft ten gevolge van het roken of die daar een hoog risico op heeft. Bij roken en andere vormen van nicotinegebruik gaat het immers om een nicotineverslaving en dat is een aandoening op zichzelf. Intensieve begeleiding is de standaardzorg. Deze wordt aangeboden aan *iedere* roker – niet alleen voor patiënten met (een verhoogd risico op) een roken-gerelateerde klacht. Voor sommige patiënten volstaat de ‘standaard’ intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding niet. Voor hen is extra begeleiding op maat aangewezen. Het betreft patiënten uit specifieke doelgroepen. Wat dit betekent voor de organisatie van de stoppen-met-rokenzorg valt te lezen in Hoofdstuk 3 van deze herziene zorgstandaard.

Hoofdstuk 2 beschrijft de drie aspecten van stoppen-met-rokenzorg, namelijk: adviseren, motiveren en begeleiden. Deze begrippen zijn nu gekoppeld aan de onderdelen van ‘De reis van de stopper’. Zowel bij adviseren, als motiveren en begeleiden worden steeds de onderdelen benoemd van die drie aspecten.

De herziening van de zorgstandaard sluit aan bij de recente herziening van de richtlijn ‘Tabaks- en nicotineverslaving’ (voorheen: ‘Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning’).² Deze herziening bevat aanbevelingen rondom de volgende acht thema’s:

1. Minderen met roken als opmaat tot stoppen
2. Cytisinicline
3. E-health
4. Kort stopadvies
5. E-sigaret/vape als stoppen-met-rokenmethode
6. Nicotinevervangende middelen bij zwangeren
7. Stoppen met gebruik van de e-sigaret/vape
8. Niet-intensieve gedragsmatige begeleiding

De aanbevelingen rondom deze thema’s, alsmede de achterliggende argumentatie en afwegingen, zijn opgenomen in deze herziene zorgstandaard. Andersom geeft de herziening van deze zorgstandaard, met daarin nadruk op intensieve stoppen-met-rokenzorg, aanleiding voor een extra richtlijnherziening van de module ‘intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding’. Publicatie daarvan staat gepland in het najaar van 2025.

1.3 Wat is (stoppen met) roken?

Roken is een verslaving

In 2023 rookte 19,0% van alle Nederlandse volwassenen (achttien jaar en ouder) wel eens en 13,5% rookte dagelijks.²¹ In 2023 was de prevalentie van roken aanzienlijk hoger onder volwassenen met een lagere/praktische opleiding (24,4%) dan onder mensen met een hogere/theoretische opleiding (13,5%). Onder mensen met een middelbare opleiding rookte 21,9% wel eens in 2023.²¹ Hierbij dient te worden opgemerkt dat *in absolute aantallen* de meeste rokers een middelbare opleiding hebben. Hoewel de groep rokers met een lagere/praktische opleiding in absolute zin het kleinst is, bevat deze groep wel relatief veel dagelijkse rokers die het moeilijk vinden om te stoppen met roken.²³

Nicotine is een verslavende stof en zit in onder meer tabak (sigaretten en dergelijke) en e-sigaretten(vloeistof).²⁴ Nicotine heeft vergelijkbare effecten op het dopaminesysteem in de hersenen als andere psychoactieve stoffen, zoals heroïne en cocaïne.²⁴ Na inhaleren van tabaksrook of e-sigaretten damp bereikt nicotine de hersenen in circa 7 seconden, waar het aangrijpt op het dopaminesysteem. Dopamine geeft een plezierig, belonend gevoel, gevoelens van genot, blijdschap en beïnvloedt de stemming. Dopamine speelt een grote rol bij het ontstaan van verslaving. Rokers

ervaren een lage dosis nicotine als stimulerend en concentratieverhogend, en een hoge dosis nicotine als rustgevend.²⁵ Verslaafde rokers roken voor een belangrijk deel om het nicotinegehalte waar hun lichaam aan gewend is geraakt op peil te houden. Bij een daling van de nicotinespiegel ondervinden zij ontwenningssverschijnselen, wat vaak wordt ervaren als een gevoel van stress. Met het roken van een volgende (e-)sigaret zijn zij in staat om de nicotine-depletie (snel) weer op te heffen, wat zij ervaren als stressverlagend en (daarom) als een prettig effect van het roken.^{24,26} Hierdoor zijn veel rokers afhankelijk van nicotine. Hoewel niet alle rokers verslaafd zijn, is de urgentie om te stoppen met roken ook bij niet-verslaafde rokers groot, omdat elke gerookte sigaret schadelijk is.

Roken is niet een 'slechte gewoonte' of leefstijl, maar een verslaving.²⁷ Zo is tabak een verslavend product — niet alleen door de aanwezigheid van nicotine maar ook door gewoontevorming bij het gebruik ervan. Hierbij spelen biologische, psychologische en sociale factoren een interacterende rol.²⁸ Tabaksverslaving is als 'Stoornis in het gebruik van tabak' opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD-10) en in de International Classification of Primary Care (ICPC-10).^{29,30} Daarnaast is tabaksverslaving als stoornis geregistreerd in het psychiatrische classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5-TR).³¹ Volgens de DSM-5-TR kent de diagnose tabaksverslaving of stoornis in het tabaksgebruik (tobacco use disorder) elf criteria. Voor een diagnose dient te worden voldaan aan het algemene criterium van een duidelijke beperking of lijden als gevolg van gebruik, plus twee criteria uit onderstaande lijst. Op basis van het aantal criteria dat van toepassing is kan een indeling worden gemaakt in een lichte (2-3 criteria), matige (4-5 criteria) of ernstige (≥ 6 criteria) tabaksverslaving.

De 11 criteria van een tabaksverslaving luiden in beknopte versie (zie Bijlage 1 voor de volledige lijst met criteria):

1. Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was.
2. Terugval tijdens een pogingen om te minderen^d of te stoppen.
3. Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
4. Sterk verlangen om te gebruiken.
5. Door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis.
6. Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in het relationele vlak.
7. Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk.
8. Voortdurend gebruik, zelfs wanneer het individu daardoor in gevaar komt.
9. Voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich mee brengt of verergert.
10. Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen oftewel tolerantie.
11. Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

Stoppen met roken

Stoppen met roken is onder meer lastig vanwege hinderlijke tabaksonthoudingsverschijnselen (zie Bijlage 1 voor de officiële tekst uit de DSM-5-TR).³² Ontwenningssverschijnselen hebben een lichamelijke en psychische component. Ontwenningssverschijnselen van tabak zijn bijvoorbeeld depressieve stemming, slapeloosheid, prikkelbaarheid, rusteloosheid, angst, slechte concentratie en toegenomen eetlust met vaak gewichtstoename als gevolg. Deze ontwenningssverschijnselen ontstaan kort na het stoppen met roken, met een piek na één tot drie dagen, en duren meestal niet langer dan drie tot vier weken. Toegenomen eetlust blijft vaak langer bestaan, evenals zin in, of verlangen naar

^d Minderen als opmaat tot stoppen wordt vanuit de richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving (2024) enkel ter overweging aanbevolen voor rokers die *zelf* de voorkeur geven aan deze methode en voldoende geïnformeerd zijn over bijkomende *risico's*, zoals kans op uitstel of afstel van stoppoging, of compenserend roken (<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/tri-64-006-richtlijn-tabaks-en-nicotineverslaving>).

roken ('craving'). Craving heeft ook te maken met het afleren van de gewoonte van het roken (psychologische afhankelijkheid). De zin in roken kan veel langer en wisselend aanhouden, waardoor een terugval kan ontstaan. Bovendien kunnen fysieke en sociale prikkels ('triggers', of 'cues'), (chronische) stress, mentale problemen en heftige emoties het stoppen met roken bemoeilijken, het rookgedrag in stand houden of zelfs bevorderen.²³ Dit betekent dat stoppen met roken een langdurig proces kan zijn.

Met name voor rokers met een lagere sociaaleconomische positie blijkt het vaak moeilijk om te stoppen met roken: zij ervaren minder sociale steun voor stoppen met roken, hebben een ernstiger verslaving, lagere eigen-effectiviteitsverwachting^e en meer stress.³³ Toch blijkt dat meer dan de helft (54%) van de rokers in Nederland van plan is om in de toekomst te stoppen met roken.²³ Zorgen over de eigen gezondheid of de gezondheid van kinderen (indien van toepassing) vormen de belangrijkste motivatie voor stoppen onder zowel huidige rokers als ex-rokers, gevolgd door advies door deskundigen en advies of ondersteuning van familie of vrienden.³⁴ Het merendeel van de rokers heeft wel eens geprobeerd om te stoppen met roken, maar is hierin niet geslaagd. Rokers noemen hiervoor verschillende redenen, zoals stress, nervositeit en een depressieve stemming³⁵ (dit zouden voorbijgaande onthoudingsverschijnselen kunnen zijn) die zij willen verminderen door te roken, gemis van roken (de ervaring van plezier, roken op feestjes of in het dagelijks leven), rokers in de omgeving en gewichtstoename.^{36,37} Bij het starten van het stopproces gebruikten verreweg de meesten (60%) geen hulpmiddelen of stopmethoden.³³ Hoewel een deel van de rokers succesvol stopt met roken zonder professionele hulp (al dan niet in één keer), is het van groot belang dat er passende hulp wordt aangeboden aan rokers die onder begeleiding willen stoppen, omdat de slaagkans van een begeleid stopproces groter is.²

1.4 Gevolgen van roken

Op 1 januari 2022 hadden naar schatting 672.000 mensen in Nederland tenminste één chronische ziekte als gevolg van roken.³⁸ Jaarlijks veroorzaakt roken in Nederland naar schatting circa 19.000 nieuwe kankergevallen.³⁹ Daarmee is roken is de grootste voorkombare risicofactor van kanker: 16% van alle kankerdiagnoses in Nederland is te herleiden naar roken.^{24,40} Ook is roken een grote risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, zoals coronaire hartziekten (waaronder hartinfarct), beroerte, hartfalen, aneurysma van de aorta en perifere arterieel vaatlijden. Het risico op hart- en vaatziekten neemt toe naarmate meer en langer gerookt wordt.^{41,42} Roken kan ook verschillende luchtwegaandoeningen veroorzaken, waaronder astma.^{43,44} Voor het ontstaan van COPD is roken de belangrijkste oorzaak, en roken geeft een verhoogd risico op het krijgen van tuberculose.^{41,45} Daarnaast veroorzaakt roken tal van andere lichamelijke aandoeningen, en/of een verhoogd risico daarop.²⁴ Bijvoorbeeld: maag- en darmaandoeningen (de ziekte van Crohn, maag- en darmzweren), mond- en huidaandoeningen (tandvleesaandoeningen, rimpels), oogaandoeningen (maculadegeneratie, netvliesloslating en cataract) en osteoporose.³⁸ Roken is daarnaast verantwoordelijk voor een ongunstiger ziekteverloop. Zo is er bij roken een grotere kans op postoperatieve complicaties en verergert het astma- en andere luchtwegklachten.³⁸ Ook is roken een belangrijke oorzaak van negatieve uitkomsten op zwangerschap en geboorte-uitkomsten, zoals: verlaagde vruchtbaarheid, perinatale sterfte, spontane abortus, loslating van de placenta en buitenbaarmoederlijke zwangerschap en (laag) geboortegewicht.^{24,46} Meer tabak-gerelateerde klachten en aandoeningen staan in Bijlage 2, uitgesplitst naar gevolgen van roken, gevolgen van meerroken en gevolgen van roken voor en tijdens de zwangerschap.

Risico's van meerroken

'Meerroken' is de blootstelling aan tabaksrook.¹⁰ Deze blootstelling kan plaatsvinden via de *hoofdstroomrook* (de uitgeblazen rook van een roker) en de *zijstroomrook* (de rook die door de

^e De overtuiging van een persoon dat hij of zij in staat is succesvol bepaald gedrag uit te voeren.

smeulende sigaret, sigaar of pijp direct in de ruimte wordt gebracht). Ook rokers kunnen meeroken, wanneer zij worden blootgesteld aan de rook van een smeulende sigaret, waarbij de lagere verbrandingstemperatuur zorgt voor een meer onvolledige verbranding en schadelijke uitstoot. 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. Meeroken kan bij mensen met astma een astma-aanval veroorzaken en bij mensen met COPD voor extra benauwdheid zorgen. Op de langere termijn vergroot meeroken de kans op hart- en vaataandoeningen en longkanker. Bij kinderen vormt meeroken een risico op wiegendood, verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten, middenoorontsteking, meningokokkenziekte en een verhoogde kans om later zelf te gaan roken.⁴⁷ Elk jaar sterven in Nederland naar schatting 1.050 mensen door meeroken, en naar schatting worden elk jaar minimaal 15.500 mensen in Nederland ziek door meeroken.²³ De meeste mensen die meeroken worden ziek of overlijden door hartziekten of een beroerte. Meeroken verhoogt bij de niet-roker de kans op longkanker met 20-30%.⁴⁸ Bijlage 2 geeft een overzicht van tabak-gerelateerde klachten en aandoeningen.

Sterfte en ziektelast

Jaarlijks sterven er in Nederland meer dan 19.000 mensen aan tabak-gerelateerde aandoeningen (zie Tabel 1.1). Zware rokers (roken van dagelijks >20 sigaretten) die levenslang blijven roken hebben een kans van 23% om vóór hun 65ste levensjaar te overlijden — zij verliezen gemiddeld dertien levensjaren.⁴⁹ Roken is als oorzaak toewijsbaar aan 82% van de sterfgevallen aan longkanker, 76% van de sterfgevallen aan COPD, 50% van de sterfgevallen aan slokdarmkanker, 85% van de sterfgevallen aan strottenhoofd kanker, 53% van de sterfgevallen aan mondholtekanker en van de sterfgevallen aan blaaskanker, nierkanker, alvleesklierkanker, darmkanker en maagkanker respectievelijk 26%, 16%, 14%, 10% en 9%. Daarnaast is circa 14% van de sterfte aan coronaire hartziekten, 9% van de sterfte aan hartfalen en 6% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken.⁵⁰ In Nederland kan in totaal 12,7% van de sterfte worden toegeschreven aan roken.⁴⁸ Per jaar sterven er in Nederland tussen 19 en 30 baby's rond de geboorte, doordat hun moeders rookten tijdens de zwangerschap.⁵¹ Van de totale ziektelast in Nederland (uitgedrukt in DALY's^f) is 7,6% toe te schrijven aan roken. Hiermee is roken veruit de belangrijkste risicofactor.⁵²

Stoppen met roken kan een deel van de door roken aangerichte schade en vroegtijdige sterfte voorkomen.⁵³ 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 met roken op de leeftijd van 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.^{54,55}

Tabel 1.1: Sterfte door ziekten als gevolg van roken 2023

Aandoening	Mannen	Vrouwen	Totaal	% sterfte door roken
Longkanker	4.730	3.280	8.010	81%
COPD	2.620	2.640	5.260	78%
Hartfalen	720	310	1.030	13%
Coronaire hartziekten	730	290	1.020	13%
Slokdarmkanker	730	220	950	47%

^f Disability Adjusted Life Years. Maat voor ziektelast ('burden of disease') in een populatie; opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte), en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een ziekte), gewogen voor de ernst hiervan (ziektejaarequivalenten).

Beroerte	330	180	510	6%
COVID-19	330	130	460	15%
Dikkedarmkanker	250	170	430	10%
Alvleesklierkanker	230	180	410	13%
Blaaskanker	240	90	330	25%
Borstkanker	0	230	230	7%
Lip-, mondholte- en speekselklierkanker	120	90	210	54%
Strottenhoofdkanker	140	50	190	82%
Diabetes	100	60	160	6%
Nierkanker	100	40	140	16%
Maagkanker	60	30	90	8%
Totaal	11.410	8.010	19.420	12%

Bron: RIVM, mede gebaseerd op CBS Doodsoorzakenstatistiek⁵⁶; zie voor methode VTV-2024⁵⁷

Door afronding op tientallen kan de totale roken-gerelateerde sterfte verschillen van de som van de sterfte bij mannen en vrouwen afzonderlijk, en van alle aandoeningen afzonderlijk.

E-sigaret

Hoewel de damp van een e-sigaret (of 'vape') minder schadelijke stoffen bevat dan de rook van een tabakssigaret, zijn er steeds meer aanwijzingen dat gebruik van een e-sigaret/vape kan leiden tot schade aan de luchtwegen en het hart- en vaatstelsel. Uit de damp komen schadelijke stoffen vrij, zoals propyleenglycol en (sporen van) giftige en carcinogene stoffen.⁷ Inhalatie hiervan kan leiden tot irritatie en schade aan de luchtwegen, en hartkloppingen. Ook wordt het aannemelijk geacht dat het leidt tot (een verhoogde kans op) kanker.⁵⁸ De meeste e-sigaretvloeistoffen bevatten bovendien ook (hoge concentraties) nicotine. Nicotine is een zeer verslavende stof.²⁴ Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur wordt gesteld dat de nicotine-inname bij dampen voor ervaren gebruikers en bij normaal gebruik vergelijkbaar kan zijn met de nicotine-inname bij het roken van tabakssigaretten.⁵⁹ Er kan voldoende nicotine uit de e-sigaret gehaald worden om een nicotineverslaving te creëren en/of onderhouden. Dit maakt de e-sigaret een verslavend product.

Gebruikers van een e-sigaret zijn voornamelijk volwassenen die roken, gerookt hebben en/of willen stoppen met roken en jongeren. In 2023 gebruikte 3,9% van de volwassenen regelmatig een e-sigaret.⁶⁰ Van alle leerlingen van 12 tot en met 16 jaar in het voortgezet onderwijs gaf in 2023 ongeveer een kwart (24,6%) aan ooit een e-sigaret te hebben gebruikt.⁶¹

Adolescenten worden sneller verslaafd aan nicotine dan volwassenen, omdat ze gevoeliger zijn voor de belonende effecten, en minder gevoelig voor de nadelige eigenschappen van nicotine.^{62, 63} Intensief nicotinegebruik kan bij adolescenten leiden tot psychische problemen zoals angststoornissen en depressie, waarvan de gevolgen tot op latere leeftijd kunnen blijven bestaan.^{63, 64} Ook kan nicotine bij adolescenten leiden tot geheugen- en concentratiestoornissen.^{65, 66, 67} Hierdoor kan het gebruik van e-sigaretten leiden tot lagere schoolcijfers.⁶⁵ Vapende jongeren gaan drie keer zo snel sigaretten roken.⁶⁸

1.5 Wat is de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving?

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving beschrijft de behandeling van tabaksverslaving c.q. de zorg bij stoppen met roken. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is, daar waar stoppen met roken van toepassing is, relevant voor zorgstandaarden voor chronische aandoeningen. Daarnaast kan de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving ook zelfstandig functioneren, aangezien stoppen met

roken ook voor ‘lichamelijk gezonde’ mensen (die niet binnen een andere zorgstandaard vallen) van toepassing is. Het gaat hier bijvoorbeeld om mensen die alleen de aandoening tabaksverslaving hebben, maar nog geen andere klachten of aandoeningen, of om rokers die nog geen tabaksverslaving of andere aandoening als gevolg van rookgedrag hebben ontwikkeld. Tabaksverslaving is een aandoening op zichzelf, waar voor de behandeling deze zorgstandaard zodoende zelfstandig kan worden ingezet. Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten met een bepaalde (chronische) aandoening (in dit geval tabaks- en nicotineverslaving) waar goede, multidisciplinair georganiseerde individuele zorg aan dient te voldoen. Niet alleen voor de inhoud van de zorg (zoals behandeling of het voorschrijven van medicijnen) maar ook voor de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard sluit aan bij actuele, wetenschappelijk onderbouwde inzichten (zoals de richtlijn Tabak- en nicotineverslaving). Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt. De omschrijving omvat ook de organisatie van zorg en relevante parameters.

Doel en functie Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

Het voornaamste doel van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is toegankelijk voor iedereen: patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders. De zorgstandaard 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, dat wil zeggen óf hij/zij behandeling wenst en zo ja, welke. Zorgverleners kunnen op basis van hun rol, bevoegdheid en bekwaamheid bepalen in welke mate de verschillende onderdelen en aanbevelingen toepasbaar zijn. Zorgaanbieders kunnen hierop hun aanbod afstemmen en zorgverzekeraars kunnen met deze zorgstandaard als uitgangspunt afspraken over de behandeling maken. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van stoppen-met-rokenzorg door de zorgverzekeraar en een uitgangspunt voor de kwaliteitsbewaking.

Inhoud Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

Bij de inrichting van de zorgstandaard is het model voor zorgstandaarden (de ‘Standaard voor Zorgstandaarden’) gebruikt.⁶⁹ In de volgende hoofdstukken wordt de inhoud van organisatiestructuur van de stoppen-met-rokenzorg daarom beschreven aan de hand van de indicatie, de behandeling en bijbehorende parameters. Het uitgangspunt voor de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving wordt gevormd door evidence based medicine (geneeskundig en mentale gezondheid; zie de multidisciplinaire richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving² en het bijbehorende Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen⁷⁰; de NHG-Behandelrichtlijn stoppen met roken^{71,72}; de KNMP-Zelfzorgstandaard Stoppen met roken⁷³), de Richtlijn Detoxificatie (Hoofdstuk 12, pag. 224)⁷⁴ en praktijkervaring van diverse deskundigen. Daarnaast heeft het Partnership Stoppen met Roken samen met het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar de huidige praktijk van intensieve begeleiding bij stoppen met roken en heeft zij met de aanbieders van intensieve stoppen met roken begeleiding, met patiëntenvertegenwoordigers, met zorgverleners en met zorgverzekeraars gesproken over de ‘reis van de stopper’. Ook zijn er onder regie van de kwaliteitscommissie van het Partnership Stoppen met Roken competentieprofielen opgesteld voor stoppen met roken coaches (een basisprofiel, een voor zwangere vrouwen en een voor mensen met psychische klachten) en is er een toetsingskader voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies vastgesteld door de kwaliteitscommissie Stoppen met Roken.

Hoofdstuk 2 – Invulling van stoppen-met-rokenzorg

Dit hoofdstuk beschrijft de inhoud van de stoppen-met-rokenzorg voor de patiënt op een algemeen niveau. De stoppen-met-rokenzorg is het overkoepelende begrip waarmee de gehele behandeling van tabaksverslaving of stoppen-met-rokenbegeleiding wordt aangeduid; van het vragen naar rookgedrag en adviseren om te stoppen tot en met behandeling, tot aan nazorg en -terugvalbegeleiding. De zorgverlener bepaalt samen met de patiënt welke vorm van stoppen-met-rokenondersteuning gegeven wordt. Wat de meest aangewezen vorm is hangt mede af van de voorkeuren en kenmerken van de patiënt.² Dit betekent dat de zorg er voor de ene patiënt anders uit kan zien dan voor de andere — immers niet iedere patiënt is hetzelfde.

De zorg bij stoppen met roken omvat drie samenhangende onderdelen:

- Onderdeel 1: **Adviseren** om te stoppen met roken (Paragraaf 2.2.1);
- Onderdeel 2: **Motiveren** om te stoppen met roken (Paragraaf 2.2.2);
- Onderdeel 3: **Begeleiden** bij stoppen met roken (Paragraaf 2.2.3).

Paragraaf 2.2 beschrijft per onderdeel op wie de behandeling van toepassing is, wat de behandeling inhoudt en welke parameters vastgelegd kunnen worden. De patiënt kan in elk van de drie onderdelen instromen in de stoppen-met-rokenzorg. De onderdelen van de zorg 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. Bijlage 3 toont een generiek stroomschema van de stoppen-met-rokenzorg.

2.1 Toelichting op de stoppen-met-rokenzorg

Samenwerking tussen patiënt en zorgverlener

Goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking 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.⁷⁵ De zorgverlener dient voldoende actuele kennis (inhoudelijk en organisatorisch) te hebben over stoppen-met-rokenzorg, alsook de bijbehorende vaardigheden om de kennis toe te passen. De exacte benodigde kennis en vaardigheden zijn afhankelijk van welk onderdeel van de zorg wordt geleverd — dat wil zeggen: voor Onderdeel 2 (motiveren) en 3 (begeleiding) zijn uitgebreidere kennis en vaardigheden nodig dan voor Onderdeel 1 (adviseren). In de stoppen-met-rokenzorg heeft de patiënt een centrale rol. De patiënt brengt de meest actuele individuele informatie in, zoals informatie over het rookgedrag, de motivatie om te stoppen, eventueel eerder gebruikte stopmethoden, medische voorgeschiedenis en 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. Hoe meer kennis, inzicht en vaardigheden de patiënt heeft, hoe beter zelfmanagement mogelijk is. Het is belangrijk dat de patiënt begrijpt dat roken een verslaving is en hoe hij/zij het stoppen met roken het beste kan aanpakken. 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, waaruit de behandeling bestaat en hoe het stopproces globaal verloopt. Ook is het in het kader van zelfmanagement van belang dat de patiënt inzicht heeft in de

functie die roken vervult in zijn/haar leven, de voordelen die stoppen met roken kunnen opleveren, de moeilijke momenten die de patiënt kan tegenkomen en hoe hij/zij daar vervolgens mee kan omgaan. De zorgverlener besteedt in het motiveren van stoppen met roken (Onderdeel 2) en de begeleiding bij stoppen met roken (Onderdeel 3) aandacht aan deze onderwerpen (zie ook www.ikstopnu.nl voor informatie voor patiënten over deze thema's).

Vormen en settings

Begeleiding kan telefonisch, digitaal (e-health; via internet of de mobiele telefoon) of face-to-face worden aangeboden, afhankelijk van de voorkeur en kenmerken van de patiënt. Belangrijk is dat in alle settings in de zorg de basis van stoppen-met-rokenzorg (advisering) geboden wordt. Denk daarbij aan de eerste lijn (huisartsenpraktijken, paramedici), aan de thuiszorg en de wijkverpleging, aan mensen die zorg ontvangen via de Wet Langdurige Zorg (verpleeghuizen, geestelijke gezondheidszorg). Mogelijke vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding zijn: korte ondersteunende begeleiding (individueel), intensieve ondersteunende begeleiding (individueel dan wel in groepsverband) en extra intensieve begeleiding (groepsverband of individueel) voor bijzondere doelgroepen. Paragraaf 2.2.3 geeft een uitgebreid overzicht van de verschillende vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding.

E-health

Gedragmatige begeleiding kan (gedeeltelijk) plaatsvinden door middel van e-healthinterventies, aangeboden via internet (zoals PC, laptop, iPad, smartphone) en/of tekstberichten (sms) via de mobiele telefoon. Hoewel gedragmatige begeleiding door een zorgverlener de voorkeur geniet, kunnen e-healthinterventies worden gebruikt door rokers die hebben besloten om te stoppen met roken, er zelf een voorkeur voor hebben om dit (mede) via een e-healthinterventie te doen en beschikken over voldoende (digitale) vaardigheden.^{2,76} Voordelen van e-health kunnen zijn: een breed aanbod van digitale ondersteunende opties, de mogelijkheid tot personaliseren, beschikbaarheid buiten kantooruren, niet afhankelijk zijn van de agenda van een zorgverlener en/of de mogelijkheid tot blended care. Bespreek samen met de patiënt of de interventie ingezet gaat worden als zelfhulp of ter ondersteuning van begeleiding door een zorgverlener.

Er is een groot aantal digitale stoppen-met-rokeninterventies beschikbaar en het aanbod en de inhoud ervan veranderen continu. Slechts een klein deel van de beschikbare Nederlandse e-healthinterventies gericht op stoppen met roken is wetenschappelijk onderzocht of aantoonbaar gebaseerd op bewezen effectieve methoden.^{2,65} Dit maakt het lastig om een uitputtend, duurzaam en goed onderbouwd overzicht van effectieve e-healthinterventies te bieden. De publieksinformatiewebsite www.ikstopnu.nl van het Trimbos-instituut biedt een up-to-date overzicht van Nederlandse stoppen-met-rokenapps die zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.⁷⁷

De stoppen-met-rokenzorg wordt aangeboden tijdens het reguliere zorgcontact (bijvoorbeeld tijdens een bezoek aan de apotheker, huisartspraktijk, fysiotherapeut, tandarts, mondhygiënist, verloskundige, verpleegkundige, verpleegkundig specialist of het ziekenhuis) of door zorginstellingen of zorgaanbieders (zoals: gespecialiseerde zorgaanbieders van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding, GGD-en, jeugdartsen, bedrijfsartsen, verslavingszorg, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ). In het reguliere zorgcontact hoort Onderdeel 1, het adviseren. Onderdeel 2, het motiveren kan onder voorwaarden in de zorg worden aangeboden en Onderdeel 3 is voorbehouden aan bekwame zorgprofessionals (korte ondersteunende begeleiding) of geregistreerde stoppen met roken coaches (intensieve en extra intensieve begeleiding). Bij het Trimbos-instituut is de Landelijke Stoplijn (het nummer hiervan staat op de sigarettenpakjes) gehuisvest, van waaruit adviezen worden gegeven ten aanzien van stoppen-met-rokenzorg. Hoofdstuk 3 geeft een uitgebreide beschrijving van de organisatie van stoppen-met-rokenzorg.

2.2 Onderdelen van stoppen-met-rokenzorg: adviseren, motiveren en begeleiden

2.2.1 Onderdeel 1: Adviseren om te stoppen met roken

Indicatie

Naast de enorme impact van roken op de algehele gezondheid heeft roken ook een negatieve invloed op de meeste aandoeningen waarmee de patiënt voor een zorg- of welzijnsvraag bij een zorgverlener of welzijnsprofessional komt. Daarom is het belangrijk dat iedere roker die contact heeft met een zorgverlener of welzijnsprofessional, voor welk probleem dan ook, een rookstopadvies krijgt. Dit advies maakt deel uit van de reguliere zorg en ondersteuning zoals gegeven door een zorgverlener.

Indien onbekend is of een patiënt rookt kan dit worden vastgesteld door de vraag: *‘Rookt u weleens?’* en (bij bevestiging) de vervolgvraag: *‘Doet u dit dagelijks of af en toe?’*. Het advies is rookgedrag bij kinderen uit te vragen vanaf de leeftijd van twaalf jaar.

Inhoud

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken en de bewezen effectiviteit^{78,79} van een stopadvies, geeft de zorgverlener het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de patiënt.²

De herziene multidisciplinaire richtlijn vermeldt expliciet dat het van groot belang is dat *alle* zorgverleners indien mogelijk een stopadvies op maat geven aan patiënten met aan tabak- en nicotine gerelateerde klachten en aandoeningen. Bij rokers die nog niet gestopt zijn dient het stopadvies regelmatig herhaald te worden.

Voor het geven van een stopadvies wordt gebruik gemaakt van de reguliere zorgcontacten met de patiënt, waarin de zorgverlener de patiënt adviseert om te stoppen. Gangbare stopadviesmethoden zijn het *Very Brief Advice (VBA, of VBA+)*⁸⁰ (*kort stopadvies*), de *5A's* en *Ask, Advise, Connect (AAC)*⁸¹. De meeste stopadviesmethoden nemen tussen de 30 seconden en 10 minuten in beslag, waarbij het *Very Brief Advice (+)* en het *kort stopadvies* (huisartsenpraktijk) met 30 seconden resp. 3 minuten relatief weinig tijd in beslag nemen. Het *Very Brief Advice* is geschikt voor alle momenten waar tijd beperkt beschikbaar is. Het *Very Brief Advice Plus (VBA+)* is het *Very Brief Advice* met een warme verwijzing (*kort stopadvies*). Tijdens een *VBA(+)* wordt gevraagd naar de rookstatus, geadviseerd om te stoppen met roken en (warm) doorverwezen naar (intensieve) stoppen-met-rokenbegeleiding. De tijdsinvestering hiervan is circa 30 seconden, wat drempelverlagend zou kunnen werken voor zorgverleners.

De belangrijkste elementen van het stopadvies zijn:

1. Vragen naar het rookgedrag van de patiënt
2. Geven van een stopadvies en benoemen van behandelmogelijkheden
3. Samen met de patiënt bespreken wat het vervolg is

Afhankelijk van de rol van de zorgverlener en de relatie met de patiënt kunnen hier onderdelen aan toegevoegd worden. Dit gaat om het uitgebreider samen bespreken van de actuele situatie van de patiënt, wat een tabaksverslaving is, wat de risico's van het blijven roken zijn en wat stoppen met roken op kan leveren, op korte en lange termijn. De zorgverlener geeft hierbij voorlichting over tabaksverslaving en wijst de patiënt op het belang van stoppen met roken. Het doel van het stopadvies is, naast het adviseren om te stoppen, het informeren van de patiënt over roken/tabaksverslaving en stoppen met roken. Daarnaast wijst de zorgverlener op de begeleidingsmogelijkheden bij het stoppen met roken die de succeskans van het stopproces kunnen vergoten, namelijk gedragsmatige begeleiding (Paragraaf 2.2.3.1) eventueel aangevuld met een medicamenteuze behandeling (zie Paragraaf 2.2.3.2).

Het stopadvies wordt, waar mogelijk, regelmatig en ten minste jaarlijks herhaald, zolang de patiënt nog rookt. De wetenschappelijke onderbouwing voor het stopadvies wordt nader beschreven in de multidisciplinaire richtlijn.²

2.2.2 Onderdeel 2: Motiveren om te stoppen met roken

Indicatie

Voor *alle* patiënten die, in welke mate dan ook, overwegen om te stoppen met roken is het van belang dat er een begeleiding wordt aangeboden met daarin motivatieverhogende of -versterkende elementen. Voor patiënten die nu *niet* willen stoppen, komt de zorgverlener in een volgend contact terug op het onderwerp.

Inhoud

De motivatie van de patiënt is een belangrijke factor voor het succes van stoppen met roken. Naar mate iemand meer gemotiveerd is, is de kans groter dat hij of zij ook daadwerkelijk succesvol stopt met roken. Als iemand start in een begeleidingstraject (zie onderdeel 3, begeleiden) dan zal de begeleiding ook aandacht geven aan motivatieverhoging en zal de motivatie door meer kennis en inzicht (verder) toenemen.

Motivatatie peilen

De eerste stap is het onderzoeken van de motivatie van de patiënt om te stoppen. In lijn met de principes van motiverende gespreksvoering vraagt de zorgverlener de patiënt hierbij eerst toestemming om het onderwerp überhaupt te mogen bespreken. Hiermee wordt de patiënt bereikt en meegenomen in het gesprek. Dit kan eenvoudig door met een zin als: *“Ik zou het graag even met u over roken willen hebben – vindt u dat goed?”*.

Bij toestemming⁸ van de patiënt kan vervolgens de motivatie worden gepeild. Dit kan eenvoudig middels vragen als:

- *“Heeft u wel eens gedacht aan stoppen met roken? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10?”*
- *“Hoe belangrijk is stoppen met roken voor u? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10?”*
- *“Wat verwacht u dat stoppen met roken u oplevert?”*
- *“Hoeveel vertrouwen heeft u dat het u lukt om te stoppen met roken? Kunt u dit aangeven op een schaal van 1 tot 10?”*

Deze vragen openen het gesprek verder, zodat eventuele ambivalentie ten aanzien van stoppen met roken kan worden besproken en de zorgverlener hierop toegespitst informatie kan geven. De motivatie van de patiënt is namelijk niet statisch, maar fluctueert — zowel tijdens het consult als daarbuiten. Ambivalentie is inherent aan verslaving en gedragsverandering; mensen hebben vaak tegenstrijdige wensen, gevoelens en gedachten over hun rookgedrag en over stoppen met roken. De cirkel van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente) maakt inzichtelijk welke stappen er doorlopen worden in een veranderingsproces.⁸² Zo kan de patiënt mede naar aanleiding van het stopadvies alsnog van gedachten veranderen. Wanneer de zorgverlener motiverende gesprekstechnieken gebruikt wordt de patiënt geholpen om zijn/haar ambivalentie ten opzichte van gedragsverandering te onderzoeken en op te lossen. Dit stimuleert de intrinsieke motivatie van de patiënt. De behandeling van patiënten met een verslaving kent geen logische, opeenvolgende volgorde. Een patiënt kan zelfs binnen één gesprek in de mate van motivatie wisselen. Hoe meer inzicht de zorgverlener heeft in de motivatie van de patiënt, des te beter kan de zorgverlener aansluiting vinden en het gesprek op een effectieve manier sturen. De mate waarin iemand gemotiveerd is om te stoppen, is ook van belang voor het verdere vervolg van de behandeling.²

De zorgverlener noteert in het dossier welke behandeling de patiënt heeft gekregen. Bij de patiënt die nadrukkelijk aangeeft *niet* te willen stoppen met roken kan het gesprek worden afgerond. In dat geval

⁸ Wanneer de patiënt geen toestemming geeft om het onderwerp te bespreken, komt de zorgverlener in een volgend contact terug op het onderwerp. Het is daarbij aan te raden om de patiënt toestemming te vragen om er op een later moment op terug te komen.

noteert de zorgverlener in het dossier dat de patiënt niet nu stopt, zodat hier in een volgend contact op teruggekomen kan worden.

Inbedding van motivatieverhoging of -verdieping in de behandeling

De mate waarin iemand gemotiveerd is om te stoppen met roken is, samen met andere factoren zoals patiëntvoorkeuren, -mogelijkheden en -kenmerken, bepalend voor de te kiezen behandelvorm. Bij *geringe initiële motivatie* zal primair worden ingezet op motivatieverhoging, en bij *reeds aanwezige motivatie* zal de behandelvorm eerder motivatie-verdiepende en -versterkende elementen bevatten.

Motivatieverhogende of -versterkende elementen van een behandeling beslaan in elk geval de zogenaamde 5 R's⁸³:

1. *Relevance* (relevantie): de zorgverlener vraagt de patiënt waarom hij/zij het belangrijk vindt om te stoppen. Het gebruik van de schaalvraag *"Hoe belangrijk is het voor u om te stoppen met roken, op een schaal van 1-10?"* biedt een concreet handvat voor het gesprek. In een vervolgesprek kan deze vraag weer herhaald worden.
2. *Risks* (risico's): de zorgverlener bespreekt de risico's van roken voor de patiënt op de korte en lange termijn en de gevolgen van meer roken voor zijn/haar omgeving. Zo kan de zorgverlener vragen: *"Wat weet u over de gevolgen van roken voor uw gezondheid?"* De patiënt kan dan bijvoorbeeld antwoorden: *"Ik weet dat roken kanker veroorzaakt. Dat vind ik een nare gedachte."* Hierop kan de zorgverlener zeggen: *"Dat klopt, het risico op kanker is veel hoger onder mensen die roken."*
3. *Rewards* (beloning): de zorgverlener vraagt de patiënt naar de voordelen van stoppen met roken, waarbij de voordelen van stoppen benadrukt worden die op de persoon specifiek van toepassing zijn. De zorgverleners kan bijvoorbeeld zeggen: *"Weet je dat stoppen met roken de kans verkleint dat je kanker krijgt?"*
4. *Roadblocks* (barrières): de zorgverlener vraagt de patiënt naar de fysiologische en psychologische barrières om te stoppen met roken. Zo kan hij/zij bijvoorbeeld vragen: *"Wat vind je moeilijk aan stoppen met roken?"*. Wanneer de patiënt dan bijvoorbeeld antwoordt: *"De ontwenningssverschijnselen lijken me verschrikkelijk!"*, dan kan de zorgverlener als volgt antwoorden: *"Ik kan je daarbij helpen. Ik kan je nicotinevervangende middelen geven die de ontwenningssverschijnselen helpen verminderen."*
5. *Repetition* (herhaling): de zorgverlener herhaalt deze strategie zolang de patiënt nog niet voldoende gemotiveerd is. De zorgverlener kan bijvoorbeeld zeggen: *"Nu we het erover gehad hebben, kijk je anders tegen stoppen met roken aan?"* De zorgverlener peilt dan opnieuw de motivatie. Wanneer deze nog steeds onvoldoende is, dan beëindigt de zorgverlener het gesprek positief door te zeggen: *"Ik weet dat stoppen met roken moeilijk is. Maar weet dat je er doorheen kunt komen, en dat ik er voor je ben om je te ondersteunen."*

Alle vormen van begeleiding die zijn gericht op stoppen met roken bevatten motivatieverhogende of -versterkende elementen zoals hierboven beschreven. Hoe motivationele elementen kunnen worden ingebed in gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding wordt verder beschreven in Paragraaf 2.2.3. Wanneer een patiënt (nog) geen uitgesproken stopwens heeft maar wel hierover het gesprek wil aangaan kan er een zogenaamd *motiverend gesprek* plaatsvinden. Daarbij is het doel om de motivatie te verhogen om te starten met begeleiding c.q. zelfstandig te stoppen.

Het motiverend gesprek

Bij het motiverend gesprek gaat de zorgverlener^h uitgebreider met de patiënt in gesprek over roken en stoppen met roken. Het motiverend gesprek is persoonsgericht, dat wil zeggen: cultuur- en stress -sensitief. Doel van het gesprek is onder meer om de patiënt uitleg te geven over de relatie tussen roken

^h Deze zorgverlener kan een professional in de zorg of in het sociale domein zijn, of een stoppen-met-rokencoach.

en stress²³ hem/haar te informeren over de mogelijkheden voor begeleiding bij het stoppen en om de motivatie te verhogen teneinde de stap naar (begeleiding bij) het stoppen ook werkelijk te zetten. Als de patiënt gemotiveerd is om te starten met begeleiding dan wordt in gedeelde besluitvorming besproken welke vorm van begeleiding ((extra)intensieve begeleiding, korte ondersteunende begeleiding, of verslavingszorg) gewenst en het meest passend is. Bijlage 4 geeft een overzicht van de stappen in een motiverend gesprek, met voorbeeldzinnen en onderbouwing.

Een motiverend gesprek kan in 20 tot 30 minuten gevoerd worden, maar afhankelijk van de context en eventuele overige problematiek kan het nodig zijn om een langer gesprek te hebben, of om het gesprek meerdere malen te voeren.

Als er tijdens dit gesprek een stopdatum wordt afgesproken (onderdeel stopplan) dan maakt dit gesprek onderdeel uit van een begeleidingstraject (zie Onderdeel 3: begeleiden bij stoppen met roken).

2.2.3 Onderdeel 3: Begeleiden bij stoppen met roken

Indicatie

Alle patiënten die gemotiveerd zijn om te starten met begeleiding bij het stoppen met roken, krijgen zo spoedig mogelijk begeleiding bij het stoppen met roken.

Inhoud

Begeleiding bij stoppen met roken (Onderdeel 3) kan twee elementen bevatten: de *gedragmatige* behandeling (Paragraaf 2.2.3.1) en eventueel aanvullend de *medicamenteuze* behandeling (Paragraaf 2.2.3.2). Een medicamenteuze behandeling dient altijd gecombineerd te worden met gedragsmatige begeleiding, aangezien een gecombineerde aanpak effectiever is dan enkel medicamenteuze behandeling.² Het lijkt bij rokers minder bekend te zijn dat gedragsmatige begeleiding naast medicamenteuze behandeling de succeschansen vergroot. Het is daarom belangrijk om de patiënt hierover te informeren. De effectiviteit van gedragsmatige begeleiding lijkt toe te nemen naarmate de ondersteuning intensiever is (zie ook Paragraaf 2.2.3.1).^{2,9,84,85}

Bij de start van de behandeling vraagt de zorgverlener de patiënt naar eerdere stopprocessen. De zorgverlener geeft ook uitleg over het gebruik van medicatie, omdat dit de kans vergroot op definitief stoppen. Bij veel stopprocessen is sprake van een terugval omdat de patiënt veronderstelt dat het gebruik van een medicament de verslaving in stand houdt, of omdat hij/zij zelfstandig wil kunnen stoppen. Ook een te lage dosering of het voortijdig stoppen met gebruik van een medicament kan leiden tot een terugval. De medicamenteuze behandeling wordt aangeboden als de p de zorgverlener dit nodig acht en/of de patiënt het wenst (zie hiervoor ook de NHG behandelrichtlijn stoppen met roken). Wanneer de aanbieder van stoppen met roken zorg zelf niet bevoegd is medicatie voor te schrijven, dient de aanbieder vooraf afspraken te maken met een bevoegd voorschrijver. Deze vraag kan niet zonder meer teruggelegd worden bij de verwijzend (huis)arts.

Gezien de aan verslaving inherente langzaam afnemende terugvalkans is het noodzakelijk het begeleidingstraject pas een jaar na de laatste stopdatum af te sluiten. In verband met het hoge terugvalrisico (een terugval in gebruik hoort bij het onder controle krijgen van een verslaving) moet het ook mogelijk zijn om binnen een behandeltraject verschillende stopprocessen te starten, totdat de roker langdurig is gestopt met roken (vanaf 12 maanden na de stopdatum). Dit behelst ook de mogelijkheid om verschillende vormen van ondersteuning in te zetten. Geadviseerd wordt om de patiënt te monitoren (en indien gewenst te begeleiden) totdat hij/zij langdurig is gestopt — dat wil zeggen ten minste één jaar na de stopdatum. Hoofdstuk 3 gaat nader in op de verschillende routes die de patiënt kan doorlopen en de bijbehorende organisatie van zorg.

In bepaalde gevallen kan het wenselijk zijn om de patiënt langer dan een jaar te monitoren en/of begeleiden, bijvoorbeeld wanneer patiënten het moeilijk vinden om het stoppen met roken vol te

houden. Dit geldt veelal voor patiënten met een ernstige tabaks- of nicotineverslaving, en een bijkomende psychische en/of lichamelijke ziekten en/of sociale problematiek die de tabaksverslavingsbehandeling compliceren. Paragraaf 2.2.3.1.3 gaat dieper in op extra intensieve begeleidingsvormen voor bijzondere doelgroepen.

2.2.3.1 Gedragmatige begeleiding

De gedragmatige begeleiding bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. Gedragmatige begeleiding (kan individueel of in een groep worden aangeboden, en zowel face-to-face als telefonisch of door middel van e-health. Indien de patiënt andere gedragmatige begeleiding wenst of nodig heeft dan de zorgverlener kan bieden, kan de patiënt hiervoor worden doorverwezen naar een andere aanbieder (zie Hoofdstuk 3). Zorgverleners dienen het rookgedrag van een patiënt systematisch vast te leggen in het dossier (zie Hoofdstuk 4). Zodra de patiënt naar een andere zorgaanbieder wordt verwezen voor stoppen met roken ondersteuning, wordt aanbevolen om dit expliciet in een (terug)verwijsbrief te noteren. Een warme overdracht heeft de voorkeur (telefonisch of face-to-face), waarbij het verdere behandeltraject wordt besproken met de patiënt en beide zorgverleners (verwijzer en andere zorgaanbieder).

De begeleiding dient te worden afgestemd op het motivatiestadium van de patiënt.⁸² Aangezien motivatie niet statisch is maar vaak enorm fluctueert, dient de zorgverlener voldoende kennis over, en ervaring met, motiverende gesprekstechnieken te hebben om steeds aan te kunnen sluiten bij de patiënt. Het is van belang om ondersteuning op maat aan de patiënt te bieden. Dat kan het beste in een ‘samen-beslissen-gesprek’ worden vormgegeven, een gesprek waarbij de roker samen met een zorgverlener naar de behandeling of zorg op zoek gaat die het beste bij hem of haar past. Voor het kunnen voeren van zo’n gesprek dient de zorgverlener kennis te hebben van de voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt, van zijn eigen competenties en van het aanbod van stoppen-met-rokenondersteuning^{86,87} en de mogelijkheden in de regio om in een verslavingszorginstelling behandeld te worden in geval van complexiteit of meerdere verslavingen⁸⁸. Wanneer geïndiceerd kan tijdens de gedragmatige begeleiding ook begonnen worden met de medicamenteuze behandeling (zie Paragraaf 2.2.3.2).

Gedragmatige begeleiding bevat de volgende elementen:

1. Functie van het roken bespreken

Een tool die de patiënt helpt bewust te worden van zijn/haar rookgedrag en de functie van roken is het bijhouden van een rookdagboek gedurende een paar dagen. Aan de hand hiervan kan de functie van het roken worden besproken en de behandeling goed worden afgestemd op de individuele patiënt. Mogelijk genoemde functies van roken zijn verveling, stress, eenzaamheid, gezelligheid, zoeken van rust of omdat het ‘lekker’ is. De patiënt kan dit ervaren als *voordelen* van roken. Door het bespreken van de functie van roken brengen zorgverlener en de patiënt in beeld voor welke momenten, situaties of stemmingen alternatieven gevonden moeten worden — bijvoorbeeld anders om leren gaan met stress. Dit kan de patiënt opnemen in zijn of haar stopplan.

2. Moeilijke momenten bespreken

Om te inventariseren welke problemen de patiënt verwacht bij het stoppen of waar hij/zij tegenop ziet bespreken zorgverlener en patiënt welke moeilijke momenten er worden verwacht. Vervolgens is het belangrijk dat de zorgverlener de twee of drie belangrijkste moeilijke momenten identificeert en samen met de patiënt naar oplossingen zoekt door te verkennen wat de patiënt zelf kan doen om met deze lastige situaties om te gaan. Dit verhoogt het zelfvertrouwen van de patiënt.

3. Stoppen voorbereiden

De patiënt en de zorgverlener spreken samen een stopdatum af, rekening houdend met eventueel gebruik van medicatie (zie Paragraaf 2.2.3.2). Deze stopdatum wordt ook vastgelegd, omdat dit de mondelinge afspraak versterkt. De zorgverlener stimuleert de patiënt om sociale steun in te zetten. Het kan daarbij helpen als de patiënt zijn/haar stopdatum deelt met mensen 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. Vaak verandert de patiënt gedurende de tijd namelijk van gedachten. Het is daarom belangrijk dat de zorgverlener op een later moment op het onderwerp terugkomt.

4. *Stopplan maken*

Het stopplan is een plan dat de patiënt voor zichzelf maakt. De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn. Dit kan ook als er geen zorgverlener betrokken is. Onderwerpen in een stopplan zijn bijvoorbeeld: wat de moeilijke momenten en de bijbehorende oplossingen hiervoor zijn, welke personen het stopproces kunnen ondersteunen (sociale steun), hoe de patiënt zichzelf kan belonen tijdens het stopproces, de contactgegevens van de zorgverlener, de stopdatum, medicatiegebruik (o.a. dagdosering, termijn) en de vervolgspraken. De zorgverlener kan de patiënt adviseren om lichamelijke activiteit op te nemen in het stopplan teneinde ontwenningsverschijnselen te verminderen, het risico op een terugval in rookgedrag te verlagen en gewichtsreductie te beheersen.

Bijlage 5 geeft belangrijke elementen van een stopplan weer. De zorgverlener biedt de patiënt aanknopingspunten voor het maken van een stopplan. Bijvoorbeeld door het meegeven van een brochure⁸⁹ of het verwijzen naar een website waar de patiënt zelf een stopplan kan maken⁹⁰. Het stopplan helpt de patiënt bij de voorbereiding en het stoppen met roken. Daarnaast bevordert een stopplan het zelfmanagement van de patiënt en wordt de patiënt gestimuleerd om zelf regie te houden op de behandeling. Via www.ikstopnu.nl kunnen zorgverleners en patiënten een toegankelijk stopplan bestellen of downloaden (tevens in Turks en Arabisch)⁹¹.

5. *Begeleiden*

De intensieve begeleidingsfase omvat, afhankelijk van de gekozen gedragsmatige methodiek, een variabel aantal sessies of onderdelen. De begeleiding kan bestaan uit groeps- of individuele sessies — zowel fysiek als online, of in een hybride vorm.

In de fase van intensieve begeleiding wordt aandacht besteed aan diverse aspecten, zoals het bijhouden van een rookdagboek, het bespreken van de voor- en nadelen van roken, het ombuigen van overtuigingen en het veranderen van gedrag. Ook worden mogelijke valkuilen blootgelegd, worden de motivatie en het zelfvertrouwen versterkt en geeft de coach informatie over de fysieke en mentale effecten van roken en stoppen met roken. Bij de korte ondersteunende begeleiding is er sprake van een of enkele follow-up gesprekken waarin bovenstaande in beperkte mate aan bod kan komen.

6. *Nazorg verlenen*

Stoppen met roken is vaak een langdurig proces, en het stoppen is doorgaans geen eindpunt. De meerderheid van de rokers is verslaafd aan roken, en een terugval is bijna inherent aan het proces van herstel van een verslaving.⁹² Dit wil zeggen dat de patiënt na het stopproces vaak terugvalt in het oude rookgedrag, want de kracht van de verslaving is groot en er treden hinderlijke ontwenningsverschijnselen op. Een terugval tijdens een stopproces treedt vaak op in de eerste periode (drie maanden) na de start van het stopproces, maar de kans op een terugval kan ook nog maanden nadien optreden en jaren aanhouden. Pas als de patiënt langdurig (ten minste één

jaar)^{i,93,94,95} gestopt is met roken is de kans groot dat hij/zij niet opnieuw gaat roken. Het is van belang dat de patiënt tot die tijd wordt gemonitord en waar nodig begeleid. Een 'vinger aan de pols-contact' heeft in elk geval de voorkeur zodat een patiënt indien gewenst laagdrempelig hulp kan vragen.

Vervolgafspraken^j vergroten de kans dat terugval vroegtijdig wordt gesignaleerd en passende begeleiding daarbij kan worden aangeboden (zie bij 7).⁹⁶ Daarom, en indien van toepassing voor het monitoren van de medicamenteuze behandeling (zie Paragraaf 2.2.3.2), is het belangrijk om na de (intensieve) gedragsmatige begeleiding vervolgafspraken aan te bieden. Ook vanuit kosteneffectiviteitsoogpunt zijn vervolgafspraken belangrijk, omdat er bij goede nazorg minder kans is dat de patiënt in de toekomst opnieuw gebruik zal maken van stoppen-met-rokenzorg.⁹⁷ De multidisciplinaire richtlijn noemt geen specifieke termijn voor vervolgafspraken, maar praktijkervaring suggereert dat vervolgafspraken gedurende *ten minste drie maanden*, maar *bij voorkeur 12 maanden na de stopdatum*, plaats dienen te vinden in verband met terugvalrisico's — uiteraard in goed overleg met de patiënt. Ook wanneer vervolgafspraken niet gewenst zijn wordt geadviseerd om de patiënt gedurende een jaar te monitoren en indien nodig begeleiding aan te bieden. Ook tijdens reguliere zorgcontacten die de roker heeft in het kader van zorg voor een andere aandoening dient de voortgang van het stopproces ter sprake te worden gebracht.

7. Terugvalbegeleiding aanbieden

Dit is de zorg die geboden wordt als de patiënt, na gestopt te zijn tijdens de intensieve begeleidingsfase, toch weer is gaan roken of dreigt te gaan roken. Dit kan in de eerste periode vlak na de begeleidingsfase zijn, of in de maanden erna (tot 12 maanden na de stopdatum). Deze zorg wordt op maat geleverd.

Wanneer de patiënt toch heeft gerookt, onderzoeken zorgverlener en patiënt samen of het ging om een zogenaamde 'uitglijder' (een enkele sigaret gerookt) of om een terugval in het oude rookgedrag (zoals voor aanvang van het stopproces). Beide ervaringen worden nadrukkelijk gelabeld als 'leerervaring', en niet als 'mislukking'. Bij een uitglijder of terugval bespreekt de zorgverlener het moment van roken; waarom ging het mis, wat ging eraan vooraf (context, gebeurtenis, gevoelens, gedachten), heeft de patiënt iets gedaan om het te voorkomen, hoe voelt het nu en hoe kan de patiënt het (op een soortgelijk moment) een volgende keer voorkomen? Bij een uitglijder of terugval probeert de zorgverlener de patiënt te motiveren om een 'doorstart' te maken.

Een uitglijder of terugval is voor de patiënt vaak een vervelende ervaring. De zorgverlener dient zijn/haar manier van communiceren aan te passen aan de patiënt, zodat deze het contact als steunend ervaart. De patiënt kan gecompimenteerd worden met het feit dat hij of zij de uitglijder of terugval met de zorgverlener bespreekt. Het is belangrijk om het zelfvertrouwen, dat nodig is voor gedragsverandering, weer te versterken. Indien de patiënt (nog steeds, of opnieuw) gestopt is dan complimenteert de zorgverlener de hem/haar met dit succes. Verder geeft de zorgverlener tips en motiveert de patiënt om het stoppen vol te houden.

De begeleiding bij stoppen met roken stopt na de laatste vervolgafpraak en als de laatste benodigde gegevens van de patiënt voor de parameters zijn vastgelegd. Deze parameters (zie

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

^j De informatie over de vervolgafspraken is niet normstellend. Voor meer informatie over vervolgafspraken wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn.

Paragraaf 4.1) worden digitaal vastgelegd en gebruikt voor kwaliteitsbewaking en verbetering.^k De laatste afspraak is in principe een jaar na de stopdatum. Indien er nog contact blijft bestaan tussen zorgverlener en patiënt, dan dient het informeren naar het niet-roken onderdeel te blijven uitmaken van de geboden zorg. De zorgverlener kan uitleggen dat veel rokers die een jaar gestopt zijn daarna niet meer beginnen, maar dat het in sommige gevallen verstandig kan zijn om elk seizoen gedurende drie jaar toch een zekere mate van alertheid te houden voor een terugval. Dit heeft te maken met het feit dat na één jaar slechts eenmaal alle jaarlijks terugkomende potentiële risicosituaties ('triggers' zoals overlijdensdatum van een geliefde, Oud en Nieuw, de zomervakantie) zijn gepasseerd.

Intensiteit van gedragsmatige begeleiding

De stoppen-met-rokenzorg is in verschillende intensiteiten mogelijk, waarbij het aantal contactmomenten, de tijdsduur van contactmomenten en de totale zorgduur kunnen verschillen. In de praktijk onderscheiden we vier vormen van intensiteit: korte ondersteunde begeleiding, intensieve begeleiding, extra intensieve begeleiding en stoppen-met-rokenbegeleiding binnen de verslavingszorg.

De effectiviteit van begeleiding lijkt toe te nemen naarmate de behandeling *intensiever* is.^{9,84} De intensiteit is de combinatie van de *frequentie* en de *duur* van de behandeling. Dit kan tot uitdrukking komen in het aantal contactmomenten en vervolgsafspraken en de duur van elk contactmoment en de behandeling. Voor het beschikbare bewijs en de achterliggende overwegingen wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn.² Voor patiënten uit bijzondere doelgroepen is er soms een *extra* intensieve behandeling gewenst (zie Paragraaf 2.2.3.1.3). Intensieve begeleiding heeft de voorkeur omdat er aanwijzingen zijn dat de effectiviteit ervan hoger is dan minder intensieve vormen van begeleiding.^{9,84} Wanneer een patiënt niet *kan* of *wil* worden verwezen naar intensieve begeleiding, bijvoorbeeld omdat de patiënt de voorkeur geeft aan begeleiding door een vertrouwde zorgverlener, een zorgverlener dicht bij huis, of geen tijd kan of wil vrijmaken voor de intensieve begeleiding dan wordt er (in eerste instantie) een korte ondersteunende begeleiding aangeboden. Daarmee hoort zowel matched care als stepped care tot de mogelijkheden. Om zorg op maat te kunnen leveren is het voeren van een 'samen-beslissen-gesprek' van groot belang.⁹⁸ De volgende paragrafen beschrijven de verschillende vormen van gedragsmatige begeleiding.

2.2.3.1.1 Korte ondersteunende begeleiding

Korte ondersteunende begeleiding is bedoeld voor patiënten die niet *kunnen* of *willen* worden verwezen naar intensieve begeleiding. Deze korte ondersteunende begeleiding kan ook deel uitmaken van de ketenzorg voor mensen met diabetes mellitus, astma, COPD en hart- en vaatziekten. De duur is minimaal 40 minuten, in vier contactmomenten, in een periode van 3 maanden.⁹⁹ Het gaat om individuele begeleiding. Deze begeleiding is ook wel bekend onder de naam 'STIMEDIC Basis' (voorheen: Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk; H-MIS) of de Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk (V-MIS).¹⁰⁰

Deze begeleidingsvorm bevat de volgende zes onderdelen:

1. Rookprofiel afnemen: wat rookt iemand, hoeveel, hoelang en wanneer? Eerdere ervaring met stoppen en motivatie peilen.
2. Motivatie verhogen (zie Paragraaf 2.2.2.).
3. Barrières inventariseren en bespreken: de zorgverlener vraagt de patiënt naar de fysiologische en psychologische barrières om te stoppen met roken.

^k Op basis van parameters kunnen kwaliteitsindicatoren worden bepaald of berekend. De ambitie van deelnemende partijen is dan ook om deze parameters vast te leggen zie Paragraaf 4.1.

4. Medicatie bespreken: bespreek de mogelijkheid van medicamenteuze ondersteuning: de voor- en nadelen hiervan en maak samen met de patiënt een keuze.
5. Stopafspraken plannen: de patiënt plant een stopdatum en op die dag wordt ook een afspraak ingepland met de zorgverlener.
6. Nazorg: aangepast aan de wens van de patiënt een aantal monitor-afspraken, minimaal één als er sprake is van medicamenteuze ondersteuning, en minimaal één afspraak één jaar na de stopdatum.

Als de patiënt terugvalt in rookgedrag na of tijdens de korte ondersteunende begeleiding, dan adviseert de zorgverlener de patiënt een verwijzing naar (extra) intensieve begeleiding omdat daar een grotere kans is op rookvrij worden. Mocht de patiënt daar om voor hem/haar moverende redenen vanaf zien, dan kan de zorgverlener in overleg met de patiënt nog één maal (in hetzelfde kalenderjaar) een korte ondersteunende begeleiding aanbieden.

2.2.3.1.2 Intensieve begeleiding

Intensieve begeleiding bij stoppen met roken is er voor alle patiënten die willen stoppen met roken, tenzij er redenen zijn om hier niet mee te starten. Deze begeleiding bestaat uit een motiverend gesprek, een intake, een intensieve begeleidingsfase, een afsluitend gesprek en nazorg. Exclusief de nazorg bestaat deze begeleiding uit minimaal zeven contactmomenten en een begeleidingstijd van minimaal 3 uur voor individuele begeleiding tot minimaal 4,5 uur voor groepsbegeleiding.¹⁰¹

Het belangrijkste verschil tussen korte ondersteunende begeleiding en de (extra) intensieve begeleiding is de duidelijke structuur van de intensieve begeleidingsfase en de uitgebreide tijdsbesteding vanaf de stopdatum bij de (extra) intensieve begeleiding. Voor nazorg geldt eveneens dat de intensiteit zal afhangen van het type begeleiding — bij (extra) intensieve begeleiding zal die uitvoeriger zijn dan bij kortdurende ondersteuning.

De begeleiding richt zich primair op gedragsmatige ondersteuning, gebaseerd op motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie, eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Dit gebeurt volgens een methodiek die gebaseerd is op de richtlijn² en voldoet aan de eisen van het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) (zie Bijlage 6).¹⁰² Aanbieders van intensieve stoppen-met-rokenzorg kunnen een eigen werkwijze hanteren en verschillende begeleidingsvormen aanbieden, variërend van individueel tot groepsbegeleiding en van fysiek tot online en telefonisch. Binnen de intensieve begeleiding is er ruimte voor zorg-op-maat.

Intensieve begeleiding bevat altijd de volgende vijf elementen:

- *Het motiverend gesprek*
Voorafgaand aan de intake voert de zorgverlener of stoppen-met-rokencoach (hierna: coach) een gesprek met de patiënt waarin de wens om te stoppen, de mogelijkheden voor begeleiding en de motivatie aan de orde komen. Indien de patiënt wenst de begeleiding verder te volgen wordt de intake gepland. Dit gesprek is nodig voor de aanbieder van de intensieve begeleiding om te verifiëren dat de patiënt gemotiveerd is om te starten aan het traject en om na te gaan of het aanbod passend is bij deze patiënt. Mocht de patiënt zijn verwezen door een zorgverlener die een motiverend gesprek heeft gevoerd, dan zal het gesprek vooral dienen om te verifiëren of het aanbod passend is.
- *De intake(sessie)*
De intake is een intensieve sessie tussen de coach en de patiënt, waarbij een grondige inventarisatie van het rookgedrag en eerdere stopprocessen wordt gemaakt. De motivatie om te stoppen wordt verdiept en versterkt. Samen met de patiënt worden valkuilen en obstakels geïdentificeerd en een persoonlijk stopplan opgesteld, inclusief het vastleggen van een stopdag. Tijdens het gesprek komen rookgedrag, motivatieanalyse en leefstijlfactoren aan de orde. Coach en patiënt evalueren eerdere stopprocessen teneinde hiervan te leren, en de

coach neemt een nicotine-afhankelijkheidstest af bij de patiënt om op basis van de uitslag de behoefte aan nicotinevervangende middelen of medicatie te bespreken. Daarnaast geeft de coach psycho-educatie over verslaving en ontwenningssverschijnselen. Tot slot worden de verwachtingen over het traject besproken en de vervolgstappen vastgelegd. De duur van de intake varieert van 30 tot 60 minuten.

– *Intensieve begeleidingsfase*

De intensieve begeleidingsfase omvat, afhankelijk van de gekozen methodiek, een variabel aantal sessies of onderdelen. Tezamen valt dit binnen het totaal van gemiddeld 3,5 uur zorg, inclusief het motiverend gesprek, de intake en het afsluitende gesprek. De begeleiding kan bestaan uit groeps- of individuele sessies — zowel fysiek als online, of in een hybride vorm.

In de fase van intensieve begeleiding wordt aandacht besteed aan diverse aspecten, zoals het bijhouden van een rookdagboek, het bespreken van de voor- en nadelen van roken, het ombuigen van overtuigingen en het veranderen van gedrag. Ook worden mogelijke valkuilen blootgelegd, worden de motivatie en het zelfvertrouwen versterkt en geeft de coach informatie over de fysieke en mentale effecten van roken en stoppen met roken.

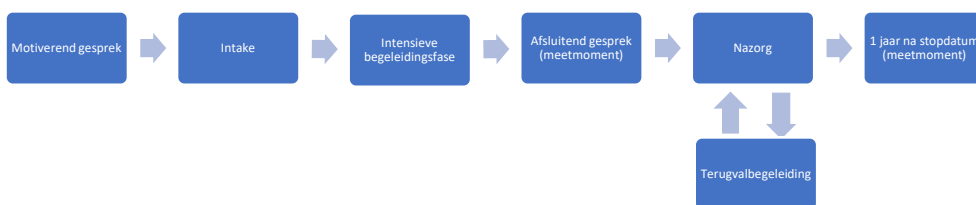
– *Afsluitend gesprek*

Elke intensieve begeleidingsfase wordt afgesloten met een afsluitend gesprek. Dit gesprek richt zich op het voorbereiden van de patiënt op de toekomst en op het voorkomen van terugval. Coach en patiënt kijken terug op het proces, en stellen samen een terugvalpreventieplan op. Ook worden mogelijkheden voor begeleiding bij terugval besproken (zie Paragraaf 2.2.3.1, punt 6).

– *Nazorg*

Nazorg is een structureel onderdeel van de intensieve begeleiding. Nazorg bestaat uit onder andere vaste contactmomenten, terugkomactiviteiten in een groep, online communities en telefonische bereikbaarheid bij nood in geval van (dreigende) terugval. Het aantal contactmomenten en de tijdsduur van een contactmoment wisselt (afhankelijk van de vorm van het contactmoment). Minimaal is er sprake van drie contactmomenten met een duur van 10 minuten (exclusief contacten bij (dreigende) terugval en online community contacten).

De nazorg dient niet alleen bij te dragen aan het voorkomen van terugval, maar heeft ook een signaalfunctie bij terugval. Bij geconstateerde terugval tijdens de nazorgfase kan ervoor worden gekozen om terugvalbegeleiding te bieden.



Een intensief begeleidingstraject beslaat in totaal meer dan één jaar, de afsluiting van het traject is één jaar na de stopdatum. De periode van nazorg gaat in na het afsluitend gesprek van de intensieve begeleidingsfase. Mocht er tijdens het begeleidingstraject sprake zijn van een verhuizing, uitval of mochten patiënt en stoppen met roken coach samen beslissen dat dit traject niet meer passend is dan is er de mogelijkheid om één keer in hetzelfde kalenderjaar bij een andere aanbieder van (extra) intensieve begeleiding of korte ondersteunende begeleiding een nieuw traject op te starten.

Intensieve begeleiding kan individueel of in groepsverband plaatsvinden. Er zijn aanwijzingen dat stoppen met roken via het werk effectief is wanneer medewerkers een stoppen-met-rokentraining krijgen en beloond worden wanneer ze succesvol stoppen. Steun van de werkgever en van collega's kan mensen helpen om definitief te stoppen met roken.¹⁰³

2.2.3.1.3 Extra intensieve begeleiding voor bijzondere doelgroepen

Voor sommige patiënten volstaat de ‘standaard’ intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding niet. Voor hen is extra begeleiding op maat aangewezen. Het betreft patiënten uit specifieke doelgroepen, zoals:

- Zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen;
- Jongeren en jongvolwassenen die vaperen en/of roken;
- Patiënten met psychische/psychiatrische problematiek;
- Patiënten met een licht/matige verstandelijke beperking.

Voor zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen bestaat reeds een richtlijn (addendum; zie ook Bijlage 7)⁷⁰, alsmede een competentieprofiel (Bijlage 8)¹⁰⁴ voor stoppen-met-rokencoaches. Voor patiënten met psychische/psychiatrische problematiek bestaat een competentieprofiel (Bijlage 9)¹⁰⁵ voor stoppen-met-rokencoaches, en voor patiënten met een licht/matige verstandelijke beperking is in 2024 een traject opgestart om dit te realiseren. Voor jongeren en jongvolwassenen die vaperen en/of roken zal nog speciaal aanbod ontwikkeld moeten worden, dat is er nu slechts in beperkte mate. Mogelijk worden de hier genoemde doelgroepen aangevuld wanneer blijkt dat doelgroepgerichte (intensieve) stoppen-met-rokenbegeleiding betere resultaten geeft.¹

Niet iedereen uit bovenstaande doelgroep heeft extra intensieve begeleiding nodig. De stoppen met roken coach zal in een intake gesprek met de patiënt bespreken wat de opties zijn en in een gedeelde besluitvormingsgesprek wordt vastgesteld welke begeleiding de voorkeur naar uit gaat. In bepaalde omstandigheden binnen deze doelgroep zoals als er sprake is van een beperkte motivatie en grote urgentie (bijvoorbeeld bij zwangerschap, ouders van jonge kinderen, ernstige gezondheidsproblemen tgv het roken), bij weinig sociale steun of eenzaamheid, bij sociale problemen (financieel en/of huisvesting) en bij chronische stress heeft extra-intensieve begeleiding sowieso de voorkeur. Extra intensieve begeleiding voegt een aantal elementen toe aan de ‘standaard’ intensieve begeleiding zoals beschreven in Paragraaf 2.2.3.1.2, namelijk:

1. Extra aandacht/tijd voor de *voorbereidende fase* in het stoppen-met-rokenproces:
 - a. Een uitgebreidere intake om determinanten en sociale context nog beter in beeld te krijgen.
 - b. Noodzaak van integraal (samen)werken^m eerder signaleren en gericht kunnen inzetten in samenspraak met de stoppen-met-rokencoach.
 - c. Extra inzetten op het versterken van motivatie en vertrouwen, en het vergroten van kennis op een persoonsgerichte, cultuur- en stress-sensitieve manier.
 - d. Het gebruiken van ondersteunend materiaal (zoals een werkboek) dat kort van stof is, eenvoudig van taal en visueel sterk ondersteunend.
2. Voldoende tijd en kennis hebben om *andere zorgverleners* te kunnen betrekken:
 - a. Bij mensen met een licht of matig verstandelijke beperking (LVB, MVB) is het belangrijk om contact op te nemen met de begeleider, en samen te werken met buddy's en ervaringsdeskundigen. Bij mensen met psychiatrische of psychische begeleiding is het van belang om met deze begeleider af te stemmen. Belangrijke ‘anderen’ in de omgeving van de patiënt kunnen een bijdrage leveren door de patiënt in het (dagelijks) leven te (onder)steunen in het proces van stoppen met roken.

¹ Te denken valt hierbij aan de doelgroep van migranten, mensen in armoede en mensen/gezinnen waar op meerdere leefgebieden problemen zijn (multiproblematiek) zoals schulden, huisvestingsproblemen, verslavingen, gebrek aan sociale steun, eenzaamheid en huiselijk geweld. Mede vanuit het project Rookvrije Wijk aanpak (<https://www.pharos.nl/infosheets/rookvrije-wijk aanpak/>) zal naar verwachting kunnen worden onderbouwd of, en zo ja — voor wie er extra intensieve begeleiding nodig is.

^m Het is van belang dat stoppen-met-rokenbegeleiding gekoppeld wordt en indien mogelijk onderdeel gaat uitmaken van integrale aanpakken, zoals de [Gecombineerde Leefstijlinterventie \(GLI\)](#), [Kansrijke Start](#), en ander aanbod dat gericht is op gezondheid.

- b. Binnen deze doelgroepen is vaker sprake van comorbiditeit en multiproblematiek, waardoor overleg en afstemming met veel mensen (o.a. zorg- en hulpverleners) nodig is.
 - c. Afstemming is onder meer nodig over risico op medicatie-interacties en verwachte 'bijwerkingen' van het stoppen. Veel geneesmiddelen en drugs worden door enzymen in de lever omgezet in niet actieve stoffen. Een belangrijk enzym voor deze omzetting van geneesmiddelen is CYP1A2. Dit enzym behoort tot een grotere groep van enzymen in de lever, de cytochroom P450-enzymen. In tabaksrook komen veel kankerverwekkende polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's) voor. PAK's kunnen de werking van het CYP1A2-enzym versterken. Doordat dit enzym in aanwezigheid van PAK's uit tabaksrook extra actief is, worden de geneesmiddelen sneller omgezet. Het gevolg is dat de tabaksrooker meer van deze geneesmiddelen nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken dan de niet-roker. Het gaat hier bijvoorbeeld om: clozapine, fluvoxamine, olanzapine, en theofylline. Op het moment dat iemand stopt met roken zal de dosis van deze medicijnen mogelijk aangepast moeten worden. Bij iemand met psychische klachten kan er sprake zijn van een verergering van de klachten. Zie verder ook *Medicatiebewaking*, in Paragraaf 2.2.3.2.
 - d. Als de patiënt elders in zorg is, dan dienen de risico's van stoppen met roken te worden ingepast, o.a. in het signaleringsplan.ⁿ
 - e. Het kan nodig zijn om door te verwijzen naar schuld-hulpverlening of andere hulp die aanvullend nodig is om de zelfeffectiviteit^o en draagkracht te vergroten.
3. Verslavingsarts voor consultatie.
 4. Voldoende tijd inbouwen voor psycho-educatie over de complexiteit en de samenhang van stoppen met roken met eventuele andere problematiek.^p
 5. Meenemen van de sociale context en het systeem (zoals rokende familieleden, werkplek) in de aanpak, bijvoorbeeld door het betrekken van een ervaringsdeskundige, mentor of buddy die steun kan verlenen.
 6. Het valt te overwegen om beloningen (financieel of anderszins) in te zetten, aangezien deze effectief lijken.¹⁰⁶ Werken met een feestelijke en officiële afsluiting (diploma/certificaat) kan ook belonend werken.
 7. Overweeg het gebruik van een CO-meter.^{107,108,109,110}

Op het moment dat de stoppen-met-rokencoach de indicatie voor extra intensieve begeleiding stelt en de patiënt geïnccludeerd wordt, bespreekt deze coach dat met de patiënt en kan in overleg besloten worden om extra intensieve begeleiding in te zetten. Dit kan ook nog gaandeweg het standaard intensieve begeleidingstraject worden besloten.

2.2.3.2 Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling wordt aangeboden als de patiënt dit wenst, of als de zorgverlener dit nodig acht.^{2,71,75} In de multidisciplinaire richtlijn wordt geen ondergrens gehanteerd voor het inzetten van een medicamenteuze behandeling wat betreft het aantal gerookte sigaretten per dag.^{2,q}

ⁿ Een signaleringsplan is bedoeld om een ernstige psychische crisis te voorkomen door op tijd de juiste hulp te vragen of aan te bieden, bijvoorbeeld ten aanzien van medicatie. Het gaat om acties die helpen om het evenwicht te herstellen voordat een ernstige crisis optreedt.

^o Zelfeffectiviteit is in dit geval het vertrouwen dat de patiënt heeft in zijn/haar eigen bekwaamheid om met succes te kunnen stoppen met roken.

^p De focus ligt hier niet op behandeling voor deze andere problemen, maar de context hiervan wordt wel meegenomen in de uitleg over stoppen met roken aan de patiënt.

^q De NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken geeft medicamenteuze ondersteuning ter overweging als aanvulling op intensieve gedragsmatige begeleiding en in de volgende gevallen: (1) bij patiënten die ≥ 10

Medicamenteuze behandeling dient altijd te worden gecombineerd met gedragsmatige begeleiding, waarbij de medicamenteuze middelen ondersteunend zijn. De communicatie over de medicamenteuze behandeling richt zich op het informeren over (werking en eventuele bijwerkingen) en het aanbieden van de medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen, namelijk: nicotinevervangende middelen (NVM) en andere medicatie, en het begeleiden van het gebruik ervan. Bijlage 10 geeft een opsomming van deze middelen. De zorgverlener bespreekt met de patiënt de mogelijke medicatie, rekening houdend met 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. Er dient hierin ook ruimte te zijn voor vragen of zorgen van de patiënt, bijvoorbeeld over bijwerkingen van de medicatie. Deze kan hiervoor terecht bij bijvoorbeeld de apotheker (of apotheehoudende huisarts).

Met betrekking tot *effectiviteit* is er op dit moment nog onvoldoende bewijs om een rangorde aan te kunnen brengen in NVM, bupropion, nortriptyline, varenicline en cytisinicline.² Op basis van het relatief gunstige bijwerkingenprofiel hebben NVM de voorkeur. Hierbij geldt dat het gebruik van twee verschillende vormen van NVM effectiever is dan het gebruik van een enkele nicotinevervanger. Praktijkervaring suggereert dat rokers mogelijk niet de juiste dosering kiezen wanneer zij nicotinevervangende medicatie 'over the counter' verkrijgen. Zij worden dan onderhandeld en vallen zonder gedragsmatige begeleiding gemakkelijker terug.

Wanneer de patiënt niet (meer) in aanmerking komt voor het gebruik van nicotinevervangende middelen, wanneer de patiënt dit wenst, of wanneer de zorgverlener dit nodig acht kan andere medicatie worden aangeboden (zie Bijlage 10). Hierbij zijn nortriptyline, bupropion en varenicline tweede keus, en cytisinicline derde keus.² De zorgverlener geeft de patiënt, indien nodig, een voorschrift/verwijzing mee voor de medicatie (zie Bijlage 10). Als de zorgverlener zelf niet bevoegd is om de medicatie voor te schrijven dan vindt er eerst afstemming plaats met de voorschrijvend arts. NVM en andere medicatie kan ook gebruikt worden om ontwenningsverschijnselen te minimaliseren bij een noodgedwongen opname in een (rookvrij) ziekenhuis of andere zorginstelling. In dit geval hoeft een patiënt niet het besluit te nemen om te stoppen met roken, maar wordt de medicatie ingezet om de ontwenningsverschijnselen te minimaliseren en complicaties van de rookvrije opname te voorkomen.

Medicamenteuze ondersteuning bij zwangeren

Bij zwangere rokers zijn NVM de enige mogelijkheid voor medicamenteuze ondersteuning, in verband met onvoldoende bewijs voor effectiviteit en veiligheid van andere medicamenten. Wel raadt de richtlijn aan om NVM uitsluitend bij zwangeren in te zetten als aanvulling op intensieve gedragsmatige begeleiding, en enkel in de volgende gevallen: (1) wanneer de intensieve gedragsmatige ondersteuning binnen een korte termijn geen effect heeft gehad of (2) wanneer de kans op succes van gedragsmatige begeleiding op voorhand laag wordt ingeschat.^a Aanbevolen wordt om bij de inzet van NVM de voor- en nadelen te bespreken, en om de zwangere bij voorkeur te begeleiden door een zorgverlener die ervaring heeft met gedragsmatige begeleiding en de toepassing van NVM in de zwangerschap.

De medicamenteuze behandeling omvat –naast de gedragsmatige begeleiding– ten minste twee contacten. In het eerste contact geeft de zorgverlener informatie over het middel en controleert op contra-indicaties.¹¹¹ Het tweede contact is een vervolgesprek tussen de patiënt en de zorgverlener

sigaretten per dag roken, (2) bij eerdere, onsuccesvolle stopprocessen, (3) bij patiënten die daar zelf sterke voorkeur voor hebben en (4) bij gelijktijdig gebruik (naast roken) van andere verslavende middelen (<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/09/TRI64-006-Richtlijn-Tabaks-en-Nicotineverslaving-Herziening-2024-1.pdf> en <https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/stoppen-met-roken>).

en daarin kan, indien nodig, een vervolgrecept voorgeschreven worden.² De patiënt krijgt voorlichting over de medicatie en het gebruik ervan. De zorgverlener begeleidt de patiënt bij het gebruik van de medicatie in vervolgafspraken. In de multidisciplinaire richtlijn wordt geen termijn gehanteerd voor de aanbevolen periode om medicamenteuze middelen te gebruiken. De duur van medicamenteuze ondersteuning wisselt afhankelijk van het medicament en van het maatwerk bij afbouwen, zie hiervoor de NHG behandelrichtlijn. Uit de praktijk blijkt dat patiënten soms te vroeg stoppen met medicamenteuze hulpmiddelen.^{112,113} Het is dus van belang om het gebruik van medicamenteuze hulpmiddelen goed te begeleiden, zodat de patiënt de medicatie op de goede manier en lang genoeg gebruikt. De zorgverlener kan door middel van vervolgafspraken therapietrouw monitoren en bevorderen. Indien een bepaald type medicamenteuze ondersteuning, die wel op de juiste manier en in de juiste dosering is genomen, toch niet het gewenste resultaat oplevert (bijvoorbeeld bij een terugval), dient te worden gezocht naar een passend alternatief, die binnen hetzelfde behandeltraject voor een nieuw stopproces kan worden ingezet. Hierbij is het van belang om onderscheid te maken tussen bijwerkingen, ontwenningssverschijnselen en eventuele onderliggende psychische problematiek. De ervaring leert dat patiënten klachten geregeld duiden als bijwerkingen, terwijl dit vaak ofwel tabaksonthoudingsverschijnselen of onderliggende psychische klachten zijn die zich na het stoppen met roken manifesteren. In deze gevallen kan het nuttig zijn om met een verslavingsarts of verpleegkundig specialist GGZ te overleggen.

Medicamenteuze behandeling kan zowel van de korte ondersteunende begeleiding als van de (extra) intensieve begeleiding deel uit maken. De begeleiding specifiek gericht op de medicamenteuze behandeling bestaat onder andere uit:

– *Medicatiebewaking*

De zorgverlener (apotheker of apotheekhoudende huisarts) gaat na of de gekozen medicatie geschikt is voor de patiënt. Dit kan onder andere door: controle op dosering (zie Bijlage 10), controle op interacties met andere medicatie die de patiënt gebruikt en controle op contra-indicaties. Eventuele eerdere ervaringen met dezelfde medicatie is van belang bij de keuze. Met betrekking tot interacties met andere medicatie geldt in het algemeen dat roken zorgt voor een versnelling van het levermetabolisme van diverse medicamenten (o.a. sommige antipsychotica) en cafeïne via het CYP1A2-enzym.^r Bij het stoppen met roken normaliseert dit metabolisme en er dient er bij het stopproces dus altijd rekening te worden gehouden met het mogelijk optreden van een verhoging van de medicatiespiegel. Sommige spiegels stijgen in zeer korte tijd tot toxische en daarmee gevaarlijke niveaus. Een overzicht van interacties is te vinden in Bijlage 11.^s Neem bij twijfel of vragen contact op met een apotheker of apotheekhoudende huisarts, verslavingsarts, behandelend psychiater of verpleegkundig specialist GGZ.

– *Voorlichting met betrekking tot de medicatie*

De patiënt ontvangt informatie van de voorschrijver en van de apotheker over het gebruik van het voorgeschreven geneesmiddel, de werking en de eventuele bijwerkingen, eventuele interacties met andere medicatie en de aanbevolen periode om het hulpmiddel te gebruiken. Ook wordt de start van medicatie in relatie tot de stopdatum besproken, alsmede eventuele vertragingen die er kunnen zijn bij de levering van de medicatie door een (landelijke) apotheek. Sommige patiënten willen direct stoppen met roken; het is dan van belang om de patiënt duidelijk te maken dat een goede voorbereiding voor het stoppen de kans op terugval minimaliseert. Bij tweede uitgifte of na een afgesproken periode (bijvoorbeeld 14 dagen) wordt gesproken over de ervaringen, ontwenningssklachten, (bij)werkingen en het gebruik.

– *Voorlichting met betrekking tot stoppen met roken*

^r Wees alert op een veranderde insulinerespons, als gevolg van het stoppen met roken kan een lagere dosis insuline mogelijk voldoende zijn.

^s De Flockhart-tabel in Bijlage 11 geeft een overzicht van medicatie die gemetaboliseerd wordt via het CYP1A2-enzym en waarvoor mogelijk aanpassing nodig is wanneer er gestopt wordt met roken.

De patiënt ontvangt algemene informatie over stoppen met roken.^t Ook kunnen verslavingszorgmedewerkers putten uit de informatie uit het Addendum Cognitieve Gedragstherapie bij Stoppen met Roken.¹¹⁴

– *Bevorderen van 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.¹¹⁵ Het is bij de begeleiding ter bevordering van de therapietrouw ook van belang om eventuele bijwerkingen van de medicatie, werking, interacties met andere medicatie en eventuele ontstane klachten ten gevolge van het stoppen met roken te monitoren.

2.2.3.3 E-sigaret

De elektronische sigaret (e-sigaret) wordt in de multidisciplinaire richtlijn niet actief aanbevolen als behandelmethode.² Echter, wanneer een patiënt al meerdere stoppogingen heeft gedaan en bij een volgende poging graag de e-sigaret wil gebruiken, kan een zorgverlener of stoppen-met-rokencoach (naar diens eigen inzicht) hem/haar hierbij begeleiden. Geadviseerd wordt om dit dan altijd in combinatie met intensieve gedragsmatige ondersteuning te doen, en om de nadelen te bespreken.^u

Geadviseerd wordt in ieder geval het roken volledig te stoppen en *dual use* (zowel roken als dampen/vapen) te vermijden. Op termijn dient ook gebruik van de e-sigaret te worden afgebouwd, want hoewel de damp van een e-sigaret minder schadelijke stoffen bevat dan de rook van een tabakssigaret, zijn er steeds meer aanwijzingen dat gebruik van een e-sigaret kan leiden tot schade aan de luchtwegen en het hart- en vaatstelsel.

Het is belangrijk om de patiënt te informeren dat bij het stoppen met roken van de tabakssigaret en het starten met het gebruik van een e-sigaret de dosering van bepaalde medicatie mogelijk omlaag moet. Overleg zo nodig met een verslavingsarts of verpleegkundig specialist dit nodig is, en welke aanpassingen van de doseringen noodzakelijk zijn.

E-sigaretgebruik (als stoppen-met-rokenmethode) door zwangeren

Bij zwangerschap adviseren we uiteraard ook (en misschien wel nog meer) terughoudendheid met nicotine en e-liquid vanwege de schadelijke stoffen. Omdat het percentage stoppers met behulp van e-sigaretten niet veel verschilt met stoppen door middel van nicotinevervangende middelen en daarbij een veel groter percentage de e-sigaret aanhoudend blijft gebruiken, gevoegd bij de onzekerheid rondom korte- en lange-termijnconsequenties voor de foetus, is het stoppen met behulp van de e-sigaret voor zwangeren niet aanbevolen.

Meer informatie

Voor meer informatie over de medicamenteuze middelen wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn², het Farmacotherapeutisch Kompas^{111,116}, de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken 2024⁷¹, de Richtlijn Detoxificatie (Hoofdstuk 12, pag. 224)⁷⁴ en het handboek Farmacotherapie van Verslavingen¹¹⁷.

^t Bijvoorbeeld informatie van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging van het Trimbos-instituut, <https://www.ikstopnu.nl/>; of van het NHG, <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken>

^u Inhalatie van damp van de e-liquid leidt mogelijk tot gezondheidsschade. Ook is er bij de inzet van de e-sigaret als stoppen-met-rokenondersteuning een risico op blijvend gebruik van de e-sigaret, waarmee de lichamelijke en psychische verslaving aan nicotine en de blootstelling aan schadelijke stoffen in stand wordt gehouden. Daarnaast bestaat het risico van gecombineerd gebruik van e-sigaret en tabakssigaret (dual use), of van een terugval naar de tabakssigaret, waarmee de verslaving ook in stand wordt gehouden.

Hoofdstuk 3 – Organisatie van stoppen-met-rokenzorg

In dit hoofdstuk wordt de organisatie van de stoppen-met-rokenzorg beschreven. Een sterke stoppen-met-rokeninfrastructuur is essentieel om meer rokers duurzaam rookvrij te laten worden. Alle zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het geven van stopadviezen (Onderdeel 1), maar Onderdeel 2 (motiveren) en 3 (behandelen) worden uitgevoerd door zorgverleners die hiertoe bekwaam zijn. Het is van groot belang dat patiënten worden verwezen naar bekwame zorgverleners die hen hierin kunnen begeleiden. Matched care en stepped care zijn beide nodig om zorg op maat te kunnen leveren. Stoppen met roken begeleiding is in verschillende intensiteiten mogelijk, de effectiviteit neemt toe naarmate de begeleiding intensiever is. Roken is een verslavingsziekte en de grote en ernstige gezondheidseffecten van deze verslaving maken het stoppen met roken urgent voor iedere roker. Intensieve gedragsmatige begeleiding is het meest effectief, zo nodig in combinatie met farmacotherapie, en wordt daarom door de zorgprofessional als eerste aanbevolen. Voor het beschikbare bewijs en de achterliggende overwegingen wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn.

Daarnaast is gedeelde besluitvorming het uitgangspunt en kunnen er redenen zijn om te starten met korte ondersteunende begeleiding bijvoorbeeld in de eigen huisartsenpraktijk. De huidige organisatie van de zorg voor stoppen met roken is onoverzichtelijk. Niet alle zorgverleners kunnen (en hoeven) alle onderdelen van de stoppen-met-rokenzorg uit te voeren. Voor patiënten bestaat een centrale website die vermeld staat op alle tabaksverpakkingen en die informatie over verschillende vormen van ondersteuning bevat, alsmede een zoekfunctie naar hulp in de buurt.¹¹⁸ Voor zorgprofessionals is een coördinatiepunt stoppen met roken opgericht, dat de komende jaren zal uitgroeien tot de centrale informatiebron.¹¹⁹ Ook heeft het Trimbos-instituut een Zorgpad Stoppen met Roken gemaakt dat zorgorganisaties en zorgprofessionals kan helpen om de stoppen-met-rokenzorg goed te organiseren voor hun patiënten. Het zorgpad is beschikbaar via <https://www.zorgpadstoppenmetroken.nl/> en zal in de loop van 2025 aangepast worden aan de herziening van deze zorgstandaard. Het [Platform Stoppen met Roken](#) is een netwerk waar zorgprofessionals kennis en ervaring kunnen uitwisselen met betrekking tot stoppen-met-roken.¹²⁰

In Nederland wordt de stoppen-met-rokenbegeleiding geleverd vanuit verschillende soorten zorgorganisaties. Van oudsher vanuit de huisartsenpraktijk, tegenwoordig vaak ondersteund door de zorggroep, vanuit het ziekenhuis, vanuit een GGD, en sinds een paar decennia in toenemende mate door gespecialiseerde stoppen-met-roken-zorgorganisaties. Ook zijn er zelfstandige opererende stoppen-met-rokencoaches die deze zorg leveren. Als laatste leveren verslavingszorginstellingen stoppen-met-rokenzorg veelal geïntegreerd in de zorg voor andere verslavingen.

In lijn met de Standaard voor Zorgstandaarden⁶⁹ bevat dit hoofdstuk de zorgstandaard-afhankelijke (specifieke) kenmerken, de zorgstandaard-onafhankelijke (algemene) kenmerken en het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitscyclus.

In Tabel 3.1 staan de verschillende vormen van stoppen-met-rokenzorg omschreven met een omschrijving van wie deze zorg biedt, wat de zorg inhoudt en waar de zorg geboden wordt.

3.1 Specifieke kenmerken van het zorgproces

Specifieke (zorgstandaard-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), de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten, bedrijfsartsen, psychologen werkzaam in de generalistische basis-GGZ, verloskundigen, tandartsen, mondhygiënist, fysiotherapeuten, diëtisten en apothekers) en de tweede- en derdelijns gezondheidszorg (medisch specialistische zorg, stoppen-met-rokenpoli's, gespecialiseerde GGZ, verslavingszorg) en stoppen-met-rokencoaches die werken in een gespecialiseerde stoppen-met-rokenzorgorganisatie. Via alle bovengenoemde kanalen kan de patiënt instromen in het zorgproces rond 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. Bij voorkeur wordt een patiënt door zo weinig mogelijk hulpverleners begeleid. De opvolging en de samenhang tussen alle betrokken zorgverleners kan worden opgevat als het stoppen-met-rokennetwerk. Naast zorg door bovengenoemde zorgverleners kan gebruik worden gemaakt van telefonische advisering over stoppen met roken van het Trimbos-instituut¹²¹, worden stoppen-met-roken-(groeps)cursussen, telefonische coaching aangeboden via diverse aanbieders en van een speciaal aanbod voor (toekomstige) ouders vanuit de Taskforce Rookvrije Start¹²². Ook zijn er e-healthinterventies beschikbaar. Ten slotte geeft het Trimbos-instituut telefonische informatie over de verschillende stoppen-met-rokenmethoden.

Het is van belang om zich te realiseren dat roken een verslaving is en dat patiënten onderling kunnen verschillen in de 'zorgzwaarte' die ze nodig hebben. Momenteel heeft een groeiend aantal verslavingszorginstellingen specifieke expertise in het behandelen van de zeer complexe roker, zoals patiënten met comorbide andere verslavingen of psychiatrische problematiek. De gespecialiseerde verslavingszorg is een noodzakelijk onderdeel van de stoppen-met-rokeninfrastructuur. Net als bij de zorgketen voor mensen met een alcohol-, drugs- of gedragsverslaving is de verslavingszorg het 'sluitstuk' van de zorgketen. Aanbieders van algemene gezondheidszorg organiseren groepsinterventies gericht op de populatie met minder ernstige en/of complexe verslavingsproblematiek. Bij verwijzen van patiënten naar dergelijke interventies moet de verwijzer hier kennis van genomen hebben/rekening mee houden. Het is goed om hierbij aandacht te hebben voor de percepties van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer zij een verwijzing naar de verslavingszorg als ernstig of stigmatiserend ervaren. Het is van belang dat zorgverleners bijdragen aan het destigmatiseren van verslavingen en daarmee de drempel naar hulp bij de verslavingszorg verlagen als deze hulp noodzakelijk blijkt te zijn.

(tekst gaat verder op pagina 57)

Tabel 3.1: Verschillende vormen van stoppen-met-rokenzorg: wie, wat en waar

	Wie	Wat	Duur, frequentie en periode	Waar
Het stopadvies	Alle hulpverleners	Vragen naar het rookgedrag van de patiënt, geven van een stopadvies en benoemen van behandelmogelijkheden, samen met de patiënt bespreken wat het vervolg is en warm verwijzen.	Tussen 30 seconden en 10 minuten, in elk contact.	In een buurthuis, apotheek, in sociaal (buurtsportcoach, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening) of medisch domein (eerstelijnszorg waaronder huisarts en paramedici praktijken, ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, tand- en/of mondzorgpraktijk, etc.)
Het motiverend gesprek	Hulpverleners die bekwaam zijn in motiverende gespreksvoering en kennis hebben over roken, stoppen met roken en over de doorverwijsmogelijkheden (zorg, sociaal domein).	Persoonsgericht gesprek over roken en stoppen met roken. Patiënt uitleg geven over de relatie tussen roken en stress, hem/haar te informeren over de mogelijkheden voor begeleiding bij het stoppen, om de motivatie te verhogen teneinde de stap naar het stoppen ook werkelijk te zetten en te informeren over de mogelijke vormen van begeleiding	Eenmalig 20 tot 30 minuten, maar afhankelijk van de context en eventuele overige problematiek kan het nodig zijn om een langer gesprek te hebben, of om het gesprek meerdere malen te voeren.	In een buurthuis, apotheek, in sociaal (buurtsportcoach, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening) of medisch domein (eerstelijnszorg waaronder huisarts en paramedici praktijken, ziekenhuis (rookstopconsulent of leefstijlloket), geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg,

	Wie	Wat	Duur, frequentie en periode	Waar
				tand- en/of mondzorgpraktijken, etc.).
Korte ondersteunende begeleiding	De begeleiding wordt gegeven door een zorgverlener die bekwaam is in motiverende gespreksvoering en algemene kennis heeft over stoppen met roken en het stoppen-met-rokenzorglandschap. De toetsing van bekwaamheid en kennis kan gedaan worden door de beroepsgroep waar de zorgprofessional deel van uitmaakt.	Deze begeleidingsvorm bevat de volgende zes elementen: – Rookprofiel afnemen – Motivatie verhogen – Barrières inventariseren en bespreken – Hulpmiddelen bespreken – Stopafpraak plannen – Nazorg	Minimaal 40 minuten, in vier contactmomenten, in een periode van 3 maanden. Formeel wordt begeleiding 1 jaar na stopdatum afgesloten.	Deze zorgverlener is werkzaam binnen een zorgorganisatie zoals een huisartsenpraktijk, een zorggroep, een gespecialiseerde stoppen-met-rokenzorgorganisatie, een ziekenhuis, GGD of in een GGZ-instelling.
Intensieve begeleiding	De begeleiding wordt gegeven door een geaccrediteerde stoppen-met-rokencoach (geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken) Stoppen-met-rokencoaches die intensieve begeleiding aanbieden beschikken over vastgestelde competenties (zie Bijlage 6) en voldoen aan vastgestelde eisen omtrent bij- en herscholingen. ¹²³ Ook de aangeboden (intensieve)	De begeleiding richt zich primair op gedragsmatige ondersteuning, gebaseerd op motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie, eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Onderdelen: motiverend gesprek, intake, intensieve begeleiding, afsluitend gesprek en nazorg.	Deze vorm van begeleiding bestaat uit een motiverend gesprek, intake en de intensieve begeleidingsfase en nazorg. Exclusief de nazorg bestaat dit uit minimaal zeven contactmomenten met een totale begeleidingstijd van minimaal 3 uur voor individuele begeleiding tot minimaal 4,5 uur voor groepsbegeleiding. Daarna wordt er nazorg (minimaal 3 contactmomenten met een duur van 10 minuten)	Deze SMR coach is werkzaam binnen een zorgorganisatie zoals een stoppen-met-rokenzorgorganisatie, een huisartsenpraktijk, zorggroep, ziekenhuis, GGD of GGZ-instelling.

	Wie	Wat	Duur, frequentie en periode	Waar
	gedragmatige interventie voldoet aan vastgestelde criteria. ¹²⁴		gegeven tot 1 jaar na stopdatum.	
Extra intensieve begeleiding	De begeleiding wordt gegeven door een geaccrediteerde stoppen-met-rokencoach (geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken , met een aantekening voor de betreffende doelgroep; zie bijlagen 9 en 10). Deze stoppen-met-rokencoach kan de verslavingsarts consulteren.	Extra aandacht/tijd voor de <i>voorbereidende fase</i> in het stoppen-met-rokenproces Voldoende tijd en kennis hebben om <i>andere zorgverleners</i> te kunnen betrekken Voldoende tijd inbouwen voor psycho-educatie over de complexiteit en de samenhang van stoppen met roken met eventuele andere problematiek. Meenemen van de sociale context en het systeem (zoals rokende familieleden, werkplek) in de aanpak, bijvoorbeeld door het betrekken van een ervaringsdeskundige, mentor of buddy die steun kan verlenen. Het valt te overwegen om beloningen (financieel of anderszins) in te zetten, aangezien deze effectief lijken Werken met een feestelijke en officiële	Maatwerk, in een periode tot minimaal 1 jaar na stopdatum	Deze SMR coach is werkzaam binnen, of werkt samen met een zorgorganisatie die zorg levert aan deze doelgroep.

	Wie	Wat	Duur, frequentie en periode	Waar
		afsluiting (diploma/certificaat) kan ook belonend werken. Overweeg het gebruik van een CO-meter. ¹⁰⁷⁻¹¹⁰		
Terugvalbegeleiding	De begeleiding wordt gegeven door een geaccrediteerde stoppen-met-rokencoach (geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken) Stoppen-met-rokencoaches die intensieve begeleiding aanbieden beschikken over vastgestelde competenties (zie bijlagen 7,8,10) en voldoen aan vastgestelde eisen omtrent bij- en herscholingen. ¹²³	Dit is de zorg die geboden wordt als de patiënt na de intensieve begeleidingsfase opnieuw is gaan roken of dreigt te gaan roken. Deze zorg wordt op maat geleverd.	Maatwerk. Met een maximum van 4 contactmomenten van 10-40 minuten per contact. Periode: maatwerk.	Deze SMR coach is werkzaam binnen een zorgorganisatie zoals een stoppen-met-rokenzorgorganisatie, een huisartsenpraktijk, zorggroep, ziekenhuis, GGD of GGZ-instelling
Verslavingszorg	Verslavingsartsen en verpleegkundigen	Behandeling conform verslavingszorg-protocol SMR	Maatwerk	In een verslavingszorg-instelling

Verantwoordelijkheden in het stoppen-met-rokennetwerk

Goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener, waarin beiden hun eigen verantwoordelijkheden hebben:

De patiënt staat centraal in het stoppen-met-rokennetwerk en het is van groot belang dat de zorg goed aansluit op de behoeftes van de patiënt. De patiënt, die gemotiveerd is om te stoppen met roken, heeft de taak om actief deel te nemen aan de behandeling bij stoppen met roken (Onderdeel 3: Begeleiden bij het stoppen met roken). De patiënt is er dus verantwoordelijk voor om zich, naar vermogen, in te spannen voor de stoppen-met-rokenbehandeling. Daarnaast is de patiënt, naar vermogen, (mede) verantwoordelijk voor adequaat zelfmanagement en het actief zoeken naar informatie over (stoppen met) roken. Tenslotte 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 parameters kan vastleggen.

De zorgverlener is verantwoordelijk voor het aanbieden van, of verwijzen naar, goede en passende stoppen-met-rokenzorg. Goede zorg houdt in het adviseren, motiveren en begeleiden van patiënten bij stoppen met roken en de individuele behoefte en wensen van de patiënt.

- *Iedere zorgverlener* is verantwoordelijk voor het identificeren van personen die roken. De taak van de zorgverlener is om te vragen of iemand rookt en de patiënt te adviseren om te stoppen met roken (Onderdeel 1: Adviseren om te stoppen met roken). De rookstatus van de patiënt dient te worden vastgelegd in het medisch dossier.
- De zorgverlener die hiertoe bekwaam is heeft de taak om een motivatieverhogende interventie aan te bieden aan patiënten die onvoldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken (Onderdeel 2).
- Ook heeft de bekwame zorgverlener de taak om zich in te spannen om patiënten te helpen met stoppen met roken (Onderdeel 3: Begeleiden bij het stoppen met roken). De zorgverlener heeft hiervoor de verantwoordelijkheid om goede stoppen-met-rokenzorg (zoals beschreven in Hoofdstuk 2) aan te bieden, of om de patiënt hier naartoe door te verwijzen naar een andere zorgverlener die gespecialiseerd is in stoppen--met--roken-begeleiding.
- De bevoegde zorgverlener heeft als taak waar nodig receptplichtige medicatie voor te schrijven ter ondersteuning aan gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding door hem/haar zelf, of door een daartoe bekwame voorschrijver voor wie de zorgverlener ten aanzien van medicatieverstrekking als verlengde arm fungeert. In dat laatste geval dient er goede afstemming te zijn tussen beide zorgverleners.⁷⁵

In het motiveren van stoppen met roken (Onderdeel 2) en de begeleiding bij stoppen met roken (Onderdeel 3) besteedt de zorgverlener in de behandeling aandacht aan het ondersteunen van het zelfmanagement door het geven van informatie, inzichten en het aanleren van vaardigheden. Hierbij dienen de volgende punten te worden toegepast^v:

- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De patiënt en de zorgverlener maken afspraken over de rol van de patiënt binnen de behandeling.
- De hulpverlener stimuleert het nemen van de verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt. In elk stadium worden dan ook zoveel mogelijk beslissingen, keuzes en regie bij de patiënt neergelegd. Het doel is het bevorderen van empowerment van de patiënt en zijn systeem waardoor hij (opnieuw) verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen gezondheid.

^v In overeenstemming met de Zorgstandaard Opiaatverslaving en de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Zorgstandaard Opiaatverslaving. 2017, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz: Utrecht; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Zorgstandaard Opiaatverslaving. 2017, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz: Utrecht.)

De zorgverlener bepaalt of de patiënt in staat is dit in voldoende mate zelfstandig uit te kunnen oefenen. De zorgaanbieder richt de zorg dus zodanig in dat de patiënt in staat is zelf maximaal regie te voeren over de behandeling. Een essentiële voorwaarde hiervoor is gezamenlijke besluitvorming door de patiënt en zorgverlener over de behandeling en de wijze waarop zij samenwerking met en ondersteuning van naasten invullen.

Bekwaamheid van zorgverleners^w

Iedere zorgverlener dient de patiënt te adviseren om te stoppen met roken. Alle zorgverleners worden hiertoe aangemoedigd. De verdere stoppen-met-rokenbegeleiding (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:

1. Handelt in lijn met de inhoud van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving en de Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving² en, indien van toepassing, de beroepsspecifieke richtlijnen die hierop aansluiten⁷⁰;
2. Actuele theoretische basiskennis heeft over de belangrijkste componenten rondom roken, zoals: de gezondheidsgevolgen van roken, verslaving, de psychologie van gedragsverandering en stoppen met roken;
3. Beschikt over relevante vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van de relevante onderdelen van de stoppen-met-rokenzorg, zoals onder andere: motiverende gespreksvoering, stress-sensitief werken en andere gespreksvaardigheden;
4. De patiënt kan adviseren over het wel of niet toepassen van de medicamenteuze behandeling of weet wanneer en op welke condities de patiënt hiervoor moet worden doorverwezen;
5. Bekend is met het beschikbare stopaanbod landelijk en in de regio;
6. Intercollegiaal kan communiceren en gebruik kan maken voor de middelen die daarvoor bedoeld zijn.

Bevoegdheid van zorgverleners

Voorschrijven van receptplichtige medicatie ter ondersteuning aan gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding mag door zorgverleners worden gedaan die hiertoe bevoegd zijn.

Stopadvies

Door iedere zorgverlener.

Motiverend gesprek

Het motiverend gesprek wordt gevoerd door zorgverleners die bekwaam zijn in motiverende gespreksvoering en kennis hebben over stoppen met roken en over de doorverwijsmogelijkheden. Dat kunnen zorgverleners zijn zoals huisartsen, praktijkondersteuners (zowel praktijkondersteuner somatiek als GGZ) doktersassistenten, apothekers-(assistenten), verpleegkundigen, (kraam)verzorgenden, tandarts(assistentes), jeugdartsen, bedrijfsartsen, mondhygiënist, fysiotherapeuten, diëtisten, medisch specialisten, en stoppen-met-rokencoaches. In een ziekenhuis kan dit gesprek worden gevoerd door een rookstopconsulent of bij een leefstijlloket. Dit gesprek kan ook gevoerd worden door hulpverleners in het sociale domein.

^w 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. Hiervoor wordt verwezen naar het [Kwaliteitsregister stoppen met roken](#) en de individuele (BIG-geregistreerde) beroepsgroepen/beroepsverenigingen.

Korte ondersteunende begeleiding

Deze begeleiding wordt gegeven door een zorgverlener die bekwaam is in motiverende gespreksvoering en algemene kennis heeft over stoppen met roken en het stoppen-met-rokenzorglandschap. Deze zorgverlener is werkzaam binnen een zorgorganisatie zoals een huisartsenpraktijk, een zorggroep, een gespecialiseerde stoppen-met-rokenzorgorganisatie, een ziekenhuis, GGD of in een GGZ-instelling. De toetsing van bekwaamheid en kennis kan gedaan worden door de beroepsgroep waar de zorgprofessional deel van uitmaakt. Dat kan via de kwaliteitsregisters van de verschillende beroepsverenigingen.

Intensieve begeleiding

De begeleiding wordt gegeven door een geaccrediteerde stoppen-met-rokencoach (geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#)) werkzaam binnen een zorgorganisatie zoals een stoppen-met-rokenzorgorganisatie, een huisartsenpraktijk, zorggroep, ziekenhuis, GGD of GGZ-instelling. Stoppen-met-rokencoaches die intensieve begeleiding aanbieden beschikken over vastgestelde competenties¹²⁵ en voldoen aan vastgestelde eisen omtrent bij- en herscholingen¹²³. Ook de aangeboden (intensieve) gedragsmatige begeleiding voldoet aan vastgestelde criteria.¹²⁶

Aanbieders van intensieve begeleiding hebben hun methodiek bij voorkeur geaccrediteerd door het Kwaliteitsregister en eventueel ook bij het RIVM ([Loket Gezond Leven](#)).

Extra intensieve begeleiding

De begeleiding wordt gegeven door een geaccrediteerde stoppen-met-rokencoach (geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#), met een aantekening voor de betreffende doelgroep¹²⁵) werkzaam binnen, of in samenwerking met een zorgorganisatie die zorg levert aan deze doelgroep. Het is aan te bevelen om extra parameters vast te leggen in dit begeleidingstraject, zoals de reden voor de extra intensieve begeleiding (doelgroep), postcode, opleidingsniveau en comorbiditeit.

Verslavingszorg

Binnen de verslavingszorg is ruime expertise voorhanden, 'stoppen met roken' komt bijvoorbeeld aan bod binnen de opleiding tot verslavingsarts KNMG.

Voor Onderdeel 2 (motiveren) en een deel van Onderdeel 3 (begeleiden: korte ondersteunende begeleiding) kunnen de beroepsgroepen die het betreft (huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten, verpleegkundigen, psychologen) zelf de bekwaamheden 'bewaken' middels een aantekening in de beroepsregisters of het borgen van de scholing in de beroepsopleiding.

Kwaliteitsregister voor stoppen met roken

Personen die bekwaam zijn voor het geven van (extra) intensieve stoppen-met-rokenzorg (specifiek Onderdeel 3: Begeleiden bij stoppen met roken) worden stoppen-met-roken (SMR) coaches genoemd en zijn opgenomen in een Kwaliteitsregister voor stoppen met roken. In dit kwaliteitsregister zijn ook de stoppen-met-rokeninterventies opgenomen die voldoen aan de eisen voor intensieve begeleiding zoals geformuleerd in de richtlijn. De geregistreerden in het kwaliteitsregister voldoen aan het competentieprofiel (zie Bijlage 6). Er zijn aparte aanvullende competentieprofielen opgesteld voor stoppen-met-rokencoaches die zwangeren begeleiden en mensen met psychische/psychiatrische comorbiditeit (zie Bijlage 8 resp. Bijlage 9). Ook is er een competentieprofiel in ontwikkeling voor het begeleiden van mensen met LVB/MVB. Deze stoppen-met-rokencoaches kunnen in het register een aantekening krijgen als ze voldoen aan de aanvullende eisen. Het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) is een openbaar kwaliteitsregister, dat ook voor de patiënt toegankelijk is. Een overzicht van aanbieders van stoppen-met-rokenzorg is te vinden via de websites <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach> en <https://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/>. Het kwaliteitsregister wordt beheerd door [Kabiz](#) en valt onder de verantwoordelijkheid van de [Stichting Partnership Stoppen met Roken](#), die middels een [Kwaliteitscommissie Stoppen met Roken](#) de kwaliteitseisen bewaakt en zo nodig aanscherpt.

3.2 Algemene kenmerken van het zorgproces

Algemene (zorgstandaard-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 Zorgstandaarden⁶⁹ beschreven en zijn toegespitst op de organisatie van de stoppen-met-rokenzorg. Hierbij wordt steeds Onderdeel 3 (begeleiden bij stoppen met roken) bedoeld.

Ondersteuning van zelfmanagement

In de stoppen-met-rokenzorg wordt de patiënt ondersteund in zijn/haar/hen 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. De organisaties die (extra) intensieve begeleiding bieden hebben eigen materiaal ontwikkeld dat ondersteunend is bij de begeleiding van de specifieke stoppen-met-rokeninterventie dat wordt aangeboden. Verder is er ook algemene informatie over stoppen met roken en ondersteunend materiaal beschikbaar.^x 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.

Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners

Goede stoppen-met-rokenzorg bestaat uit een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener. Daarnaast is het belang van samenwerking tussen zorgverleners groot. Samenwerking op lokaal niveau in het kader van warme doorverwijzing, en de overdracht van gegevens is essentieel. Het is belangrijk dat professionals elkaar kennen, weten wie welke begeleiding biedt, en bereid zijn om de zorg over te dragen als er een andere vorm van zorg nodig is dan dat men zelf kan bieden.

Bij de stoppen-met-rokenzorg kunnen diverse zorgverleners, vaak opeenvolgend, betrokken zijn. Samenwerkingsafspraken dragen er aan bij 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.

Informatie uitwisseling tussen zorgverleners

Voor het succesvol functioneren van de stoppen-met-rokenzorg is het delen van informatie essentieel. Het is van belang dat de betrokken zorgverleners bij het stoppen-met-rokenproces de beschikking hebben over de actuele informatie van de patiënt en het stopproces. Dit betreft in ieder geval de parameters uit het informatieparagraaf (Hoofdstuk 6). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die betrokken is bij het stoppen met roken proces om andere zorgverleners (minimaal de huisarts), betrokken bij de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk te informeren over de actuele informatie rondom de patiënt met betrekking tot stoppen met roken, waarbij de privacy gewaarborgd blijft. De parameters kunnen opgenomen worden in het patiëntendossier.

Overige kenmerken

Naast bovengenoemde kenmerken zijn andere algemene kenmerken van belang voor de organisatie van het zorgproces rondom stoppen met roken. Het gaat bijvoorbeeld om 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

^x Zie bijvoorbeeld <https://www.ikstopnu.nl/> en <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken>

leefwereld en mate van geletterdheid van de patiënt; het toegankelijk en bereikbaar zijn van de zorg voor de patiënt (ook voor minder validen of verstandelijk beperkten); en aandacht voor (duidelijke communicatie over) de financiële aspecten van stoppen-met-rokenzorg, het voldoende faciliteren en ondersteunen van zorgverleners bij het implementeren van stoppen-met-rokenzorg; het beschikken over voldoende informatie en geschikt voorlichtingsmateriaal voor patiënten en voor zorgverleners en het bekostigen van de zorg op basis van de zorgstandaard. Deze aspecten worden in Hoofdstuk 5 in meer detail besproken.

3.3 Zorg op maat: de reis van de stopper

Om de samenhang en de verschillende mogelijkheden transparant te maken voor de patiënten de zorgverlener is deze in 'de reis van de stopper' gevisualiseerd. In deze reis omschrijven we hoe we zoveel mogelijk patiënten kunnen (bege)leiden naar een rookvrij leven. 'De reis van de stopper' bestaat uit onderdelen die de basis kunnen vormen voor de bekostiging. In deze opbouw komen alle elementen terug die belangrijk zijn in de stoppen-met roken zorg en deze opbouw geeft de mogelijkheden voor matched en stepped care.

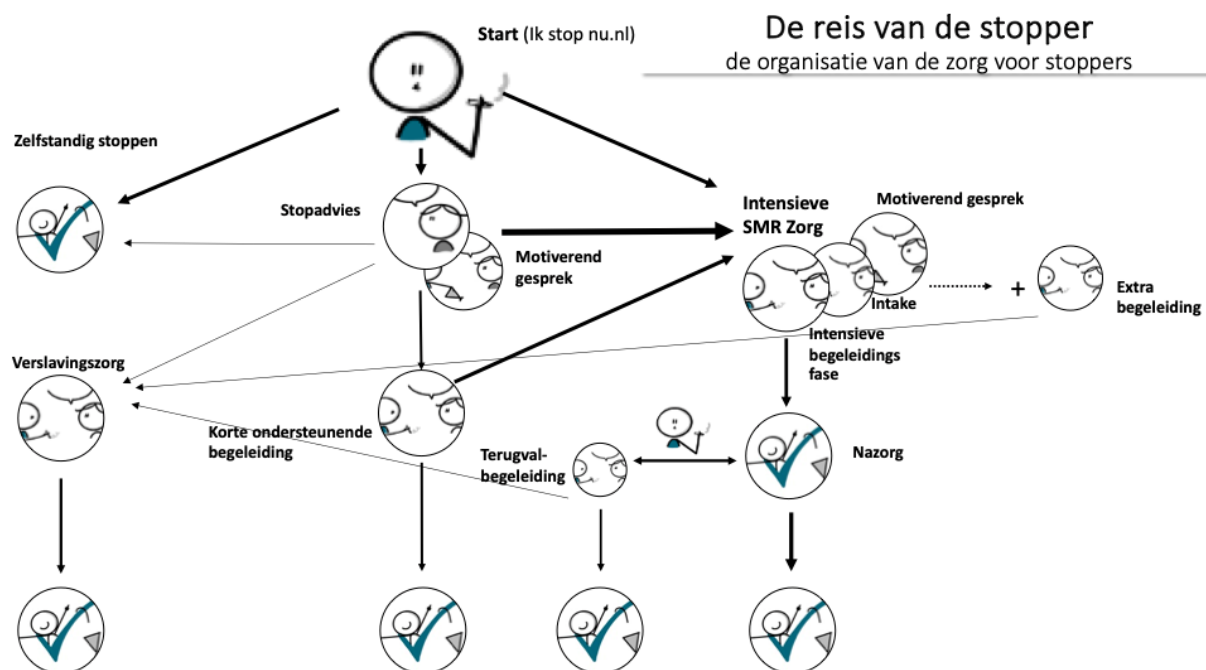
De uitgangspunten zijn:

- Stoppen met roken wordt gezien als een proces. De zorginterventies die onderdeel uitmaken van dit proces en die geleverd worden door zorgverleners die acteren binnen de zorgverzekeringswet vallen onder verzekerde zorg en worden vergoed.
- Er dient zo snel mogelijk 'matched care' te worden verleend, waarbij de voorkeur uitgaat naar (extra) intensieve begeleiding — zeker in het geval van een urgente noodzaak om te stoppen. 'Stepped care' (stapsgewijs opbouwen van zorgintensiteit) is echter ook mogelijk als dat past bij de wensen van de patiënt en/of de praktische mogelijkheden.
- Gaandeweg het stoppen-met-rokenproces kan het nodig zijn om vanuit of na een korte ondersteunende begeleiding over te stappen naar een intensieve begeleiding, of vanuit de intensieve begeleiding naar de extra intensieve begeleiding, of kan het nodig zijn om te verwijzen naar de verslavingszorg.
- De juiste zorg dient verleend te worden op de juiste plek en door de juiste persoon; de zorg moet doelmatig zijn.
- De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënten zijn het uitgangspunt voor de zorg.

De uitgangspunten zijn mede gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving (2024)^{2,70}, de NHG Behandelrichtlijn Stoppen met Roken (2024)⁷¹ en de NHG-Praktijkhandleiding Roken.¹²⁷

In deze zorgstandaard maken we een zorginhoudelijk onderscheid tussen adviseren, motiveren en begeleiden. In onderstaande tabel laten we zien hoe deze onderdelen in de verschillende vormen van stoppen met roken zorg terugkomen.

	Adviseren	Motiveren	Begeleiden
Het motiverend gesprek	x	x	
Korte ondersteunende begeleiding		x	x
Intensieve begeleiding		x	x
Extra intensieve begeleiding		x	x
Nazorg			x
Terugvalbegeleiding	x	x	x
Verslavingszorg	x	x	x



Stroomdiagram 'De reis van de stopper'

- We starten vanuit de patiënt ('stopper'). Uit onderzoek weten we dat verreweg de meeste rokers willen stoppen. Door patiënten zorg op maat te bieden kunnen we de beweging in gang zetten naar 'stoppen' als norm, al dan niet met begeleiding.
- Iedere roker die contact heeft met een zorgverlener of welzijnsprofessional voor welk probleem dan ook krijgt een rookstopadvies. Dat advies maakt deel uit van de reguliere zorg gegeven door een zorgverlener^y, en is een bewezen effectieve methode om patiënten die roken aan te zetten om te stoppen met roken. Verschillende bewezen effectieve stopadviesmethoden (zoals de VBA+ kort stopadviesmethode) bieden hulpverleners handvatten om een zorgvuldig en effectief rookstopadvies te geven. Standaard onderdelen zijn het uitvragen van de rookstatus, het geven van een stopadvies en het bespreken van een vervolg zoals een verwijzing naar intensieve begeleiding. De keuze voor een van deze stopadviesmethoden kan afhangen van de situatie en de voorkeur van de hulpverlener. Een warme doorverwijzing vergroot de kans dat de patiënt bij de stoppen-met-rokencoach/organisatie aankomt.⁸¹ Bij doorverwijzing naar Intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding, wordt samen met de patiënt een keuze gemaakt voor de vorm, de aanbieder en de locatie van de begeleiding. Het verschil met een motiverend gesprek is het gegeven dat het stopadvies onderdeel uitmaakt van een consult/contact dat om een andere reden plaatsvond. Het motiverend gesprek is een gesprek dat volledig over stoppen met roken gaat.
- Een wijkaanpak vanuit het sociaal domein zorgt ervoor dat mensen die meer vertrouwen hebben in een welzijnsprofessional dan in hun dokter, ook geholpen worden om toegang te krijgen tot erkende stoppen-met-roken hulp.

^y Pharos heeft samen met de GGD een wijkaanpak ontwikkeld. Hierbij is er ook aandacht voor stoppen met roken vanuit het sociaal domein. Deze aanpak zorgt ervoor dat mensen die meer vertrouwen hebben in een welzijnswerker dan in hun dokter, ook geholpen worden om toegang te krijgen tot erkende stoppen-met-rokenhulp. Zie <https://www.pharos.nl/nieuws/een-succesvol-jaar-voor-rookvrij-leven-voor-iedereen-de-wijkaanpak/>

- Het motiverend gesprek heeft een grote meerwaarde als een stopadvies niet voldoende is om de patiënt te (bege)leiden naar het daadwerkelijk stoppen of als het stopadvies niet of onvoldoende is geïmplementeerd in de praktijk van de zorg of welzijnsprofessional. Dit kan gevoerd worden door een zorgprofessional in de eerste of tweede lijn die voldoende kennis heeft over stoppen met roken en de (lokale) mogelijkheden voor begeleiding kent. In een motiverend gesprek is meer ruimte voor gedeelde besluitvorming. Je kunt hierbij denken aan een huisarts die naar een praktijkondersteuner verwijst of een medisch specialist die naar een rookstopconsulent of leefstijlloket verwijst voor het voeren van dit gesprek. Bij een directe aanmelding door de patiënt bij een zorgorganisatie die intensieve stoppen-met-rokenzorg biedt en bij een verwijzing vanuit een stopadvies naar deze zorgorganisatie, is het motiverend gesprek het startpunt van het intensieve begeleidings-traject. Bij doorverwijzing naar Intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding, wordt samen met de patiënt een keuze gemaakt voor de vorm, de aanbieder en de locatie van de begeleiding. Een motiverend gesprek zorgt dus voor betere toeleiding naar begeleidingstrajecten en maakt als zodanig niet direct deel uit van die begeleidingstrajecten maar gaat er aan vooraf. Wel maken motiverende gesprekstechnieken onderdeel uit van de begeleidingstrajecten.
- Vanuit het rookstopadvies wordt de patiënt bij voorkeur warm doorverwezen naar intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding (omdat daar de kans op een rookvrij leven het grootst is), tenzij de patiënt en professional via gedeelde besluitvorming samen beslissen dat:
 - a. De patiënt niet *nu* wil stoppen; bijvoorbeeld omdat er andere problemen zijn die voor de patiënt een hogere prioriteit hebben om nu aan te pakken (bijvoorbeeld schuldenproblematiek of huiselijk geweld);
 - b. Er een *integrale aanpak* beschikbaar is waar stoppen met roken onderdeel van uitmaakt en die past bij de overige problematiek die in het leven van de patiënt speelt;
 - c. De patiënt *zelfstandig* wil stoppen (inclusief eventuele zelfhulp via boek/internet);
 - d. De patiënt op dit moment de voorkeur heeft voor een korte ondersteunende begeleiding, bijvoorbeeld vanwege de tijdsinvestering, eerdere stoppoging of vertrouwensband met de zorgverlener die de korte ondersteunende begeleiding aanbiedt.
 - e. De professional *zelf intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding* gaat bieden, als één van de aanbieders van Intensieve *stoppen-met-rokenbegeleiding*;
 - f. *Verslavingszorg* nodig is in verband met de ernst van de verslaving en/of meerdere verslavingen en/of andere complexiteiten.
- Voordat de intensieve begeleiding begint heeft er een motiverend gesprek plaatsgevonden om te waarborgen dat de patiënt dit traject kan en wil gaan starten. De intensieve begeleiding bestaat vervolgens uit een intake met als onderdelen een uitgebreide inventarisatie van het rookgedrag en eerdere stopprocessen, motivatie verdiepen, valkuilen identificeren en stopplan ontwikkelen. Daarna vervolgt de begeleiding op basis van een methodiek gebaseerd op motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. In totaal gaat het om minimaal zeven sessies.
- Intensieve begeleiding wordt geboden door geaccrediteerde stoppen-met-rokencoaches verbonden aan stoppen-met-rokenzorgorganisaties die gespecialiseerd zijn in deze vorm van begeleiding, en daarnaast ook door geaccrediteerde stoppen-met-rokencoaches.
- Bij de intensieve begeleiding aangekomen (op eigen initiatief) vindt er in een eerste intake sessie uitgebreide diagnostiek plaats. De keuze tussen intensieve of extra intensieve begeleiding wordt dan gemaakt. Als de patiënt verwezen is dan kan de verwijzer al rekening houden met de noodzaak van extra-intensieve begeleiding, en gericht verwijzen. Extra intensieve begeleiding is alleen mogelijk door stoppen-met-rokencoaches die voor de desbetreffende doelgroep een aantekening hebben in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#). Zo nodig wordt aan de hand van complexiteit en eventuele andere verslavingen (multiproblematiek) de optie van verslavingszorg overwogen.

Mocht er toch sprake zijn van onvoldoende mogelijkheden voor de intensieve begeleiding dan kan er gekozen worden voor korte ondersteunende begeleiding of voor het starten van de begeleiding op een later moment of het zelfstandig stoppen.

- Terugvalbegeleiding wordt gegeven als de patiënt na de intensieve begeleiding in de nazorgperiode dreigt terug te vallen of is teruggevallen in rookgedrag en aangeeft ondersteuning nodig te hebben om weer rookvrij te worden. Deze begeleiding betreft maatwerk afhankelijk van de reden van terugval en de behoefte aan begeleiding.

3.4 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitscyclus

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving heeft als voornaamste doel het bevorderen van goede zorg bij stoppen met roken. Kwaliteit is hierbij een essentieel thema. Voor het bewaken en bevorderen van kwaliteit dienen 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 kwaliteitsparameters en -indicatoren (deze worden in Hoofdstuk 4 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 parameters en deze worden gemeten aan de vooraf gestelde 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-rokenzorg 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 Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving 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 zorgstandaard. Daarmee wordt de kwaliteit van alle-stoppen-met-rokenzorgverlening vergroot. Dit wordt bevorderd als de zorgstandaard als criterium wordt gehanteerd bij de inkoop van de zorg. Daarmee wordt werken volgens de zorgstandaard een reële factor in de marktpositie van de zorgaanbieders. Bovendien zullen zorgverleners dan transparante kwaliteitsinformatie aanleveren (zoals in Hoofdstuk 4 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.

Hoofdstuk 4 – Informatieparagraaf

Deze informatieparagraaf beschrijft welke parameters horen bij het zorgproces van de patiënt. Het is een uitwerking van de afspraken die eerder in de zorgstandaard al staan beschreven. In Bijlage 3 wordt het zorgproces gevisualiseerd weergegeven. Hierin is zichtbaar op welke plaats in het zorgproces de hieronder beschreven informatieobjecten relevant zijn. Het gaat hierbij om een technische weergave met de nadruk op het vastleggen en overdragen van gegevens, die dus niet primair gericht is op zorgprofessionals. Voor een weergave van het zorgproces vanuit het perspectief van zorgprofessionals of patiënten, is het Zorgpad Stoppen met roken van het Trimbos-instituut geschikt.^z

4.1 Specificatie van informatieobjecten uit de zorgpaden stoppen met roken

De tabellen hieronder geven weer welke parameters nodig zijn in het zorgproces. Op basis van parameters kunnen kwaliteitsindicatoren worden bepaald of berekend. De ambitie van deelnemende partijen is dan ook om deze parameters vast te leggen. De implementatie hiervan vraagt echter dat randvoorwaarden zijn ingericht, bijvoorbeeld wat betreft passende ondersteuning door registratiesystemen, kennis van zorgverleners over stopadvies en vervolgopties en voldoende consulttijd. Het vastleggen van parameters moet ook worden gezien vanuit de algemene administratiedruk van zorgverleners en de wens deze in totaliteit te verlagen. Afstemming hiervan kan bijvoorbeeld via de Transparantiekalender van Zorginstituut Nederland worden vormgegeven. Zie hiervoor ook het implementatieplan.

Parameters voor zorgprofessionals voor Onderdeel 1: adviseren

Het adviseren over stoppen-met-rokenzorg is een vorm van basiszorg die voor alle zorgverleners relevant is. Deze zorg wordt dus uitgevoerd op alle plekken waar een zorgverlener een patiënt ziet die (mogelijk) rookt. De belangrijkste onderdelen van de basiszorg zijn het vragen naar rookgedrag van een patiënt, het geven van een stopadvies en het samen met de patiënt bespreken wat het vervolg is. Bij ieder contact met een roker kan deze informatie geactualiseerd worden wanneer klinisch relevant. Tabel 4.1 beschrijft de parameters die horen bij Onderdeel 1: adviseren van stoppen-met-rokenzorg. Om deze parameters vast te leggen, moeten eerst randvoorwaarden worden ingericht. Zie hiervoor het implementatieplan.

Tabel 4.1: Parameters Onderdeel 1 — Adviseren

Informatieobject	Inhoud	Toelichting
Rookgedrag	Vastleggen of de patiënt rookt	Bij alle volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar. Antwoordopties zoveel mogelijk aansluitend bij bestaande systemen, bijvoorbeeld uit de Zorginformatiebouwsteen Tabakgebruik 3.4 ^{aa} en de Bepalingenclusters roken in de NHG Tabel Diagnostische Bepalingen ^{bb} .

^z Zie <https://www.zorgpadstoppenmetroken.nl/> Dit zorgpad zal in de loop van 2025 aangepast worden aan de herziening van deze zorgstandaard.

^{aa} De Zorginformatiebouwsteen Tabakgebruik 3.4 is beschikbaar via: [https://zibs.nl/wiki/TabakGebruik-v3.4\(2022NL\)](https://zibs.nl/wiki/TabakGebruik-v3.4(2022NL)).

^{bb} De Bepalingenclusters van NHG zijn beschikbaar via <https://bepalingen.nhg.org/labcodes/clusters>.

		Optie voor actualisatie van rookgedrag bij elk contact met een roker of ex-roker; na 12 maanden bij contact met niet-roker
Stopadvies	Bij rokers vastleggen of er een stopadvies is gegeven of niet.	De zorgverlener geeft de patiënt het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de patiënt. Optie voor actualisatie van rookgedrag bij elk contact met een roker of ex-roker; na 12 maanden bij contact met niet-roker.
Vervolg	Bij rokers vastleggen welk vervolg met hen is besproken. Opties hiervoor zijn bijvoorbeeld: – Roker wil nu niet stoppen – Zelfzorg – (Verwijzing naar) motiverend gesprek, korte ondersteunende begeleiding, (extra) intensieve begeleiding door stoppen-met-roken bekwame zorgverlener of naar verslavingszorg	Optie voor actualisatie van rookgedrag bij elk contact met een roker of ex-roker; na 12 maanden bij contact met niet-roker.
Verwijsbrief	Verwijsbrief volgens reguliere wijze, bijvoorbeeld via Zorgdomein, met daarin in ieder geval de informatie over rookgedrag, stopadvies en vervolg opgenomen in de verwijzing.	Indien een patiënt wordt doorverwezen door een arts naar een andere zorgprofessional of naar een stoppen-met-roken bekwame professional voor behandeling.

Parameters voor zorgprofessionals voor Onderdeel 2: motiveren

Voor het onderdeel motiveren van stoppen-met-rokenzorg zijn geen specifieke parameters opgenomen. Zorgprofessionals die dit onderdeel uitvoeren, kunnen zelf bepalen of en wat wordt vastgelegd. Het vastleggen dát er motiverende begeleiding is gegeven, is wel een van de opties voor het informatieobject 'vervolg' bij Onderdeel 1) adviseren.

Parameters voor zorgprofessionals voor Onderdeel 3: begeleiden

In vervolg op het adviseren over en motiveren van stoppen met roken, kan een patiënt begeleiding ontvangen bij het stoppen met roken. Begeleiding van stoppen met roken bestaat uit een korte ondersteunende begeleiding of uit (extra) intensieve gedragsmatige begeleiding, bij beiden is dat optioneel aangevuld met farmacotherapeutische behandeling. Dit wordt uitgevoerd door een zorgprofessional die bekwaam is (korte ondersteunende begeleiding) of die gespecialiseerd is in stoppen-met-rokenzorg. Voor (extra) intensieve begeleiding geldt dat deze is geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#). Samen met een patiënt wordt besloten wat de best passende behandeling is. Het vastleggen van parameters over de behandeling is van toegevoegde waarde voor kwalitatief goede behandeling, inzicht in uitkomsten en passende inkoop door zorgverzekeraars. Tabel 4.2 beschrijft welke parameters gebruikt kunnen worden bij de begeleiding. Bij intensieve begeleiding worden zoveel mogelijk parameters vastgelegd, bij korte ondersteunende begeleiding zijn de **vetgedrukte parameters** minimaal van belang. Bij extra intensieve begeleiding zijn de schuingedrukte parameters van belang. Om deze parameters vast te leggen, moeten eerst randvoorwaarden worden ingericht. Zie hiervoor het implementatieplan.

Tabel 4.2: parameters Onderdeel 3 — Begeleiden

Informatie-object	Onderwerp	Inhoud	Toelichting
Anamnese	Mate van verslaving	De mate van verslaving wordt in kaart gebracht door het stellen van de volgende vragen van de Fagerströmtest: 1. Hoe lang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret? 2. Is het makkelijk voor u om niet te roken op plaatsen waar roken verboden is? 3. Welke sigaret kunt u het moeilijkste missen? 4. Hoeveel sigaretten rookt u per dag? 5. Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag? 6. Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag in bed moet blijven?	Uit de antwoorden op de zes vragen volgt een automatisch gegenereerde score over de mate van verslaving (nauwelijks/licht/matig/sterk tot zeer sterk afhankelijk van nicotine).
	Leeftijd	Leeftijd van de patiënt	Kan vanuit bestaande registratiesystemen worden opgehaald.
	Aantal keren dat een roker gestopt is in het verleden	Het aantal eerdere keren dat de patiënt gestopt is volgens opgaaf van patiënt.	Het bespreken van eerdere stopperiodes geeft inzicht in hoe de kans te vergroten op succesvol stoppen.
	Wachttijd voor eerste gesprek/ behandelmoment	Aantal weken tussen hulpvraag en het eerste gesprek of behandelmoment.	Het registreren van wachttijden is belangrijk voor inzicht in de kwaliteit van zorg.
	Postcode		Geeft informatie over de sociaal economische status
	Opleidingsniveau		Geeft informatie over de sociaal economische status
	Comorbiditeit en andere problematiek	Welke andere aandoeningen of problemen zijn er? Chronische ziektes, armoede, laaggeletterdheid, eenzaamheid.	Geeft informatie over ziektes/problemen mogelijk veroorzaakt door het roken c.q. invloed hebbend op de begeleiding.

Informatie-object	Onderwerp	Inhoud	Toelichting
Behandelwijze	Behandelwijze	Vastleggen van de behandelwijze van de patiënt in 4 eigenschappen: a. Duur/intensiteit: Korte ondersteunende begeleiding / intensieve begeleiding of extra intensieve begeleiding /verslavingszorg b. Methode (gedragmatig, nicotinevervangende middelen, medicijnen, combinatie) c Vorm (fysieke afspraken individueel of groep, videobellen, telefonisch, per mail) d. Aantal contactmomenten	Door de behandelwijze vast te leggen, krijgt een zorgverlener inzicht in welke behandelwijze het meest effectief is voor welke doelgroep en kan de zorgverlener behandelwijzen in de toekomst hierop afstemmen.
Verwijsbrief	Verwijsbrief	Verwijsbrief volgens reguliere wijze, bijvoorbeeld via Zorgdomein. De beschikbare informatie over rookgedrag, stopadvies en vervolg wordt opgenomen in de verwijzing.	Relevant wanneer een patiënt: 1) wordt doorverwezen voor farmacotherapeutische behandeling bij een andere organisatie. 2) naar een andere hulpverlener gaat voor stoppen-met-rokenbehandeling
Farmacotherapeutische behandeling		Reguliere vastlegging zoals bij andere farmacotherapeutische middelen.	
Stopdatum	Stopdatum	Vastleggen van de afgesproken stopdatum met de patiënt	Indien een patiënt na de stopdatum opnieuw rookt en een nieuwe stopdatum wordt afgesproken, blijft de eerste stopdatum hier gelden. Tenzij er sprake is van een volledige terugval in het oude rookgedrag gedurende langere tijd en er een nieuw begeleidingstraject wordt opgestart met een nieuwe stopdatum
Stopplan	Stopplan	Vastleggen of er een stopplan is opgesteld door of met de patiënt (ja/nee).	
Voortgang behandeling	Voortgang behandeling	Het registreren van de voortgang van de behandeling, waaronder in ieder geval de tussentijdse rookstatus.	Deze gegevens zijn voor eigen gebruik voor de zorgverlener. Naast rookstatus kunnen bijvoorbeeld de ervaringen van de patiënt, gebruik en

Informatie-object	Onderwerp	Inhoud	Toelichting
			bijwerkingen van medicatie en de vervolgafspraken worden vastgelegd.
Begeleidings-uitkomsten	Updaten van begeleidingswijze	Zie informatieobject 'behandelwijze'	Actualiseren van de begeleidingswijze wanneer deze in de praktijk anders is geweest dan het plan bij aanvang van de behandeling.
	Therapietrouw	Therapietrouw van de patiënt vastleggen (ja/nee)	De mate waarin de patiënt de behandeling uitvoert zoals afgesproken met de behandelaar.
	Rookgedrag bij einde begeleiding	Opties: rookt, rookt niet, onbekend	Op basis hiervan kan het rookvrijpercentage bij einde begeleiding worden berekend, zie Paragraaf 6.2.
Follow-up	Nazorg	Vorm, aantal contactmomenten	
	Terugvalinterventie	Ingezet ja/nee Bij ja: vorm en aantal contactmomenten	
	Rookgedrag 1 jaar na stopdatum	Opties: rookt, rookt niet, onbekend (geen contact met patiënt)	Op basis hiervan kan het rookvrijpercentage na 1 jaar worden berekend, zie Paragraaf 6.2.
	Ontslagbericht	Brief aan verwijzer/huisarts met de inhoud en uitkomst en afronding van de begeleiding 1 jaar na de stopdatum.	Vanaf dit moment is de verwijzer of huisarts weer verantwoordelijk voor het vragen naar rookgedrag en het motiveren (Onderdeel 1 en Onderdeel 2 van de zorgstandaard).

4.2 Berekenen van rookvrijpercentages op groepsniveau

Op basis van individuele parameters over het rookgedrag bij het einde van de korte ondersteunende begeleiding of de intensieve begeleidingsfase en 1 jaar na de stopdatum, kan op groepsniveau worden berekend wat het rookvrijpercentage van een groep is, een indicator van kwaliteit van zorg. Om deze berekeningen op gelijke manier uit te voeren en onderling vergelijkbaar te maken, hanteren we de volgende definities:

- Percentage patiënten dat aan het einde van de (kortdurende of intensieve fase van de) begeleiding bij stoppen met roken (Onderdeel 3) gestopt is met roken
 - Teller: Aantal patiënten dat aan het einde van de begeleiding gestopt is
 - Noemer: Aantal patiënten dat begonnen is met de begeleiding bij stoppen met roken
- Percentage patiënten dat nog steeds niet rookt na één jaar
 - Teller: Aantal patiënten dat één jaar na de stopdatum niet rookt
 - Noemer: Aantal patiënten dat begonnen is met de begeleiding bij stoppen met roken (Onderdeel 3)

De definitie van gestopt zijn is afgeleid van de Russel Standaard en gaat er vanuit dat iemand twee weken na de stopdatum niet meer gerookt heeft (einde begeleiding) of één jaar na de stopdatum (plus of min 30 dagen) aangeeft dat hij/zij niet meer dan vijf sigaretten heeft gerookt in de afgelopen 50 weken. In de praktijk zijn die vijf sigaretten wel arbitrair, want als die vlak voor het contact na één jaar gerookt zijn dan kan er sprake zijn van een terugval.¹²⁸ Toch kiezen we voor deze definitie in verband met de vergelijkbaarheid en de internationale consensus over deze definitie. Patiënten van wie de rookstatus niet bekend is, bijvoorbeeld omdat er geen contact meer is met de patiënt, tellen niet mee in de teller en wel in de noemer.

Het bepalen of berekenen van andere kwaliteitsindicatoren op basis van de hierboven genoemde parameters, kan in de implementatie van de zorgstandaard gezamenlijk worden uitgewerkt.

Hoofdstuk 5 – Toepassen van de zorgstandaard

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

5.1 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.⁶⁹ De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is van toepassing op alle rokers. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving is zeer relevant voor onder meer de Zorgstandaard COPD, de Zorgstandaard Diabetes, de Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement en de Zorgstandaard Astma Volwassenen.^{129,130,131,132} 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 Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving. Ten opzichte van de Zorgstandaard Obesitas verhoudt de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving zich over het algemeen als complementair, omdat in beide gevallen sprake is van het belang van een gezonde leefstijl.¹³³ De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving verwijst ook naar de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen en het Addendum Tabaksverslaving bij het behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken.^{74,114}

Zorgmodules

Verschillende generieke modules kunnen naast elkaar bestaan en kunnen onderdeel zijn van een (andere) zorgstandaard. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving verhoudt zich complementair ten opzichte van de NHG- Praktijkhandleiding Leefstijlbegeleiding in de huisartsenpraktijk^{134,135} en de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met Roken⁷¹, die aansluit op de herziene multidisciplinaire richtlijn² en het addendum (2017) over zwangerschap⁷⁰. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving verhoudt zich ten opzichte van andere generieke modules, daar waar van toepassing, ook als complementair. Voorbeelden van mogelijke generieke modules kunnen zijn: voorlichting en educatie, bewegen, en voeding en dieet. Hierbij dient te worden opgemerkt dat roken, daar waar het volgens de DSM-5-TR een tabaksverslaving betreft, wezenlijk verschilt van leefstijlfactoren zoals bewegen, voeding en dieet.

5.2 Implementeren van de zorgstandaard

Zorgverlener

De inzet van de zorgverlener en de welzijnsprofessional is een belangrijk aspect voor de implementatie van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving. Alle zorgverleners hebben gezien de gezondheidsschade van roken en vaperen een taak in de begeleiding bij tabaks- en nicotineverslaving. Vrijwel alle zorgverleners hebben immers te maken met patiënten die roken en de daarmee samenhangende gezondheidsschade. Alle zorgverleners en welzijnsprofessionals dienen daarom Onderdeel 1 (Adviseren om te stoppen met roken) van de stoppen-met-rokenzorg toe te passen. Het is van groot belang dat zorgverleners dit zien als hun taak.¹³⁶ Hierin kunnen beroepsverenigingen een faciliterende rol spelen, bijvoorbeeld door het belang te benadrukken en een specifieke werkinstructie/richtlijn te ontwikkelen voor de eigen beroepsgroep. Benadrukt moet worden dat niet

iedere zorgverlener en discipline ‘alles’ hoeft te doen; daar waar het kort stopadvies door alle zorgverleners dient te worden gegeven, is motivatieverhoging en (intensieve) begeleiding voorbehouden aan zorgverleners die daartoe bekwaamd zijn, en voorschrijven van medicatie aan zorgverleners die daartoe bevoegd zijn. Daarmee gaat het om ondersteuning van het stoppen met roken in een netwerkbenadering of zorgketen. Doorverwijzing voor (extra) intensieve begeleiding naar stoppen-met-rokencoaches die werkzaam zijn in een gespecialiseerde stoppen-met-rokenorganisatie of elders in de zorg is de meest effectieve route voor patiënten om rookvrij te kunnen worden. Overleg indien nodig laagdrempelig met de verslavingszorg. In complexe situaties kan het nodig zijn om de patiënt te verwijzen naar de verslavingszorg. Hiermee worden verschillende barrières in het verlenen van stoppen-met-rokenzorg, zoals tijdgebrek, interferentie met andere taken en gebrek aan training voor intensieve begeleiding ondervangen.¹³⁷ Het gaat er om het stoppen-met-rokennetwerk gemeenschappelijk te vormen en in stand te houden.

De zorgverlener heeft als taak zich goed op de hoogte te stellen van de zorgstandaard en de bijbehorende vereisten en deze toe te passen. De zorgverlener dient hierin ondersteund te worden. Hiertoe dienen alle zorgverleners geschoold te zijn in het adviseren om te stoppen met roken. Deze scholing dient structureel aandacht te krijgen in elke opleiding en moet daarnaast beschikbaar zijn door middel van bijvoorbeeld nascholingen, e-learningprogramma's of andere (elektronische) methoden.¹³⁸ Het is van belang dat de zorgverlener beschikt over de kennis en vaardigheden om vanuit sociaal-culturele en sociaaleconomische kenmerken aan te sluiten bij de leefwereld en de mate van geletterdheid en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Het is bovendien wenselijk dat steeds meer zorgverleners beschikken over vaardigheden voor motiverende gespreksvoering; dit is relevant in alle gesprekken die gaan over gedragsverandering en daarmee niet beperkt tot stoppen met roken. In de toekomst zouden rokers dan voor zowel Onderdeel 1 (adviseren) als Onderdeel 2 (motiveren) terecht kunnen bij de eigen zorgverlener, wat de kans op uitval door overdracht tussen zorgverleners verkleint.

De zorgverlener wordt verder ondersteund in het implementeren van de zorgstandaard door het actief hanteren van de zorgstandaard bij de inkoop van de stoppen-met-rokenzorg (zie hieronder). Daarmee wordt de zorgstandaard 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 Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving.

Inkopen

Zorgverleners moeten hun patiënten laagdrempelig stoppen-met-rokenzorg kunnen bieden. Het is hierin van groot belang dat de aanspraak en de bekostiging van stoppen-met-rokenzorg aansluit bij het karakter (aandoening) en het beloop (groot terugvalrisico binnen 1 jaar) van een tabaksverslaving. Dat betekent in de praktijk dat er soms meerdere vormen van begeleiding nodig zijn in 1 jaar. Het is wenselijk dat financiële drempels voor stoppen-met-rokenzorg worden weggenomen, zoals die nu worden ervaren op het moment dat er sprake is van terugval en de wens om vervolg begeleiding te ontvangen om weer rookvrij te worden in hetzelfde kalenderjaar, zodat de zorg ook toegankelijk is voor rokers met beperkte financiële middelen.

Een belangrijke implementatiefactor is het actief hanteren van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving bij de inkoop van de zorg door zorgverzekeraars. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving kan als uitgangspunt gebruikt worden om afspraken over de begeleiding te maken en kan daarmee een instrument zijn voor het inkopen van de zorg. Door verschillende vormen van begeleiding in te kopen (kort ondersteunend, intensief en extra intensief, en in beperkte mate verslavingszorg) kan de zorgverzekeraar zorgen voor maatwerk en inclusiviteit van de zorg.

Organisatie van stoppen-met-rokenzorg

De context waarin de stoppen-met-rokenzorg wordt verleend is van groot belang voor het succes van de implementatie van de zorgstandaard. Hierin spelen veel verschillende factoren een rol, waarvan een aantal hier wordt genoemd. Het is van belang dat er beschikking is over voldoende tijd en contactmomenten per patiënt tijdens de behandeling. Hierbij geldt dat de tijdsinvestering relatief beperkt is voor zorgverleners die patiënten verwijzen voor stoppen-met-rokenzorg, in plaats van deze zelf uit te voeren. Voldoende tijd komt het geven van een 'stopadvies op maat' en zorgvuldige verwijzing naar passende stoppen-met-rokenzorg ten goede. Zorgverleners die verwijzen dienen op de hoogte te zijn van aanbieders van stoppen-met-rokenzorg in de regio, bijvoorbeeld via de sociale kaart van het Trimbos-instituut⁸⁶ of het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) van het [Partnership Stoppen met Roken](#). Het is vanzelfsprekend van groot belang dat het (regionale) aanbod van effectieve stoppen-met-rokenzorg divers en toereikend is. Het aanbod aan telefonische en digitale stoppen-met-rokenbegeleiding is landelijk dekkend, maar wanneer de patiënt een voorkeur heeft voor fysieke begeleiding en hiertoe in de regio onvoldoende goede verwijzingsmogelijkheden beschikbaar zijn, dient de betreffende zorgverlener zelf de roker zo goed mogelijk te helpen. In dit geval wordt ook geadviseerd om binnen het lokale zorgnetwerk te bespreken hoe dit aanbod vergroot kan worden (door middel van scholing van lokale zorgverleners, of aantrekken van nieuwe zorgverleners), dit in nauwe afstemming met de zorgverzekeraar. Naast individuele stoppen-met-rokenzorg is zorg voor de 'populatie' ook van belang. Als rookstatus structureel goed wordt vastgelegd geeft dit mogelijkheden om rokers groepsgewijs te benaderen om de (lokale/regionale) stoppen-met-rokenzorg onder de aandacht te brengen. Deze vorm van populatie-management kent op dit moment nog geen passende bekostiging.

De stoppen-met-rokenzorg dient toegankelijk en bereikbaar te zijn voor de patiënt — ook voor minder validen en mensen met een verstandelijke beperking. Het benoemen van doelgroepen en de mogelijkheid van extra intensieve begeleiding sluit hierbij aan. Naast het wegnemen van financiële drempels (zoals hierboven genoemd) dient de stoppen-met-rokenzorg zowel lokaal als op afstand beschikbaar te zijn. Hiernaast dient er voldoende informatie en voorlichtingsmateriaal te zijn voor patiënten en voor zorgverleners. Materiaal voor patiënten dient toegankelijk en begrijpelijk te zijn voor iedere roker, dat wil zeggen ook de roker met beperkte gezondheidsvaardigheden.^{cc} Informatie en voorlichtingsmateriaal voor patiënten is te vinden op de websites <https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken> en <https://www.ikstopnu.nl/>, en voor zorgverleners op <https://www.trimbos.nl/kennis/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/>. Ook is het wenselijk dat farmaceutische hulpmiddelen (als onderdeel van een gedragsmatige behandeling) tijdig leverbaar zijn.

Activiteiten en taak- en verantwoordelijkheidsverdeling

Om de bovenstaand beschreven implementatie te realiseren, zijn er een aantal activiteiten nodig die deels al zijn opgestart. In deze paragraaf geven we een overzicht van de activiteiten die zijn voorzien. Waar dit tot aanpassing van de zorgstandaard leidt, zal dit worden vastgelegd met het indienen van een addendum bij de zorgstandaard.

- Herijking van de inkoop van stoppen-met-rokenzorg op basis van de zorgstandaard. De Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) werkt momenteel aan een modulaire bekostigingssystematiek om zorg op maat voor patiënten die roken mogelijk te maken binnen de zorgverzekeringswet. Zij heeft hiertoe uitvoerig met alle betrokken partijen gesproken in zogenaamde Technisch Overleggen.
- Zorgverzekeraars kopen zorg in conform de aanspraak en hanteren daarbij de door de NZa opgestelde beleidsregels voor stoppen met roken. Zorgverzekeraars kunnen met deze

^{cc} Zie bijvoorbeeld de Checklist Toegankelijke informatie, ontwikkeld door Pharos Expertisecentrum voor gezondheidsverschillen: <http://www.pharos.nl/documents/doc/checklist%20toegankelijke%20informatie.pdf>

zorgstandaard als uitgangspunt afspraken over de behandeling maken. Het Partnership Stoppen met Roken coördineert een overleg met VVGN, ZiN, ZN en NZa over de indicatie voor verslavingszorg en daarmee de mogelijkheden om een verslavingsarts te consulteren of verslavingszorg te bieden als (extra) intensieve begeleiding niet volstaat in zeer complexe situaties en/of bij het samengaan met andere verslavingen en over passende financiering van consultaties en stoppen-met-rokenzorg geboden binnen de verslavingszorg.

- De implementatie van het voeren van motiverende gesprekken zal mede afhangen van de mogelijkheid om deze te financieren bijvoorbeeld in het kader van brede leefstijl gesprekken (leefstijlpoli, consulent, leefstijlcase manager). Het Partnership Stoppen met Roken zal dit blijvend agenderen en zal aansluiting zoeken bij organisaties die zich inzetten voor de implementatie van leefstijl in de zorg.
- De keuzekaart stoppen met roken voor patiënten is recent aangepast op basis van de herziening van de richtlijn.¹³⁹ Het NHG toetst of deze aangepaste keuzekaart in lijn is met deze herziene zorgstandaard.
- De informatie (op papier en digitaal) over stoppen met roken wordt, in het geval deze nog onvoldoende aansluit bij mensen die laaggeletterd zijn inclusief anderstaligen, aangepast
- Het project RookStopZorg (Trimbos-instituut) heeft als doel het gesprek over roken en stoppen met roken basiszorg te laten worden. De activiteiten en campagnes van het project richten zich daarbij op alle zorgprofessionals in het Nederlandse zorgveld en in de volle breedte. Hierbij ligt de aandacht met name op Onderdeel 1 van de zorgstandaard: adviseren, door o.a. Het Very Brief Advice (VBA+ kort-stopadviesmethode) voor het voetlicht te brengen. Daarnaast adviseert en ondersteunt het project (lokale) initiatieven voor goede toeleiding naar stoppen-met-rokenzorg door onder andere goede voorbeelden uit de praktijk te delen.
- Partijen (tripartite) gaan afspraken maken over de monitoring van de verschillende vormen van stoppen-met-rokenbegeleiding aan de hand van parameters (zie Hoofdstuk 4). Partijen met een rol in het inrichten van informatiesystemen van zorgaanbieders en het beheren van de informatiegegevenssets vertalen de afspraken over het vastleggen van informatie naar sectorspecifieke afspraken en systemen. De relevante beroepsgroepen, aangesloten bij het Partnership Stoppen met Roken, stemmen hierover met deze partijen af. Dit gaat in ieder geval om Nictiz voor de Zorginformatiebouwsteen TabakGebruik^{dd} in de Basisgegevensset Zorg (BgZ), die gebruikt wordt in ziekenhuizen, en de Bepalingenclusters met betrekking tot roken uit de Tabel Diagnostische Bepalingen^{ee}, die beheerd worden door NHG en gebruikt worden in de huisartsenpraktijken. Voor de korte ondersteunende begeleiding en de (extra) intensieve gedragsmatige begeleiding (Onderdeel 3) geldt ook dat de informatiesystemen van zorgverleners hierop moeten worden aangepast.
- In de monitoring van parameters en het delen van deze parameters is het belangrijk dat er gesproken wordt over mogelijke case-mix verschillen die niet door de bestaande parameters worden weergegeven
- Het Trimbos-instituut heeft diverse tools beschikbaar die sectoroverstijgend kunnen worden ingezet als hulpmiddelen bij stoppen-met-rokenzorg (Onderdeel 1 en Onderdeel 2), bijvoorbeeld scholingen, e-learnings en campagnemateriaal. Het is de taak van beroepsverenigingen om deze materialen indien nodig te vertalen naar sector- of beroepsspecifieke materialen.
- Het is de taak van beroepsverenigingen om, in aanvulling op de genoemde activiteiten van het Trimbos-instituut, de zorgstandaard onder de aandacht te brengen bij leden via hun communicatiekanalen, de inhoud ervan te verwerken in nieuwe projecten of richtlijnen en leden handvatten te bieden voor de implementatie van de zorgstandaard. Afhankelijk van de

^{dd} Zorginformatiebouwsteen TabakGebruik versie 3.4 is beschikbaar via [https://zibs.nl/wiki/TabakGebruik-v3.4\(2022NL\)](https://zibs.nl/wiki/TabakGebruik-v3.4(2022NL)).

^{ee} De Bepalingenclusters van NHG zijn beschikbaar via <https://bepalingen.nhg.org/labcodes/clusters>.

behoefte van leden betreft dit bijvoorbeeld het bieden van scholing of het organiseren van informatie-uitwisseling onder leden over de implementatie van de zorgstandaard.

- Voor veel chronische aandoeningen is de meest effectieve behandeling stoppen met roken. Patiëntenorganisaties geven dit mee in hun voorlichting en verwijzen actief naar mogelijkheden voor begeleiding bij stoppen met roken. Hierbij wordt de Keuzekaart stoppen met roken¹³⁹ als waardevol hulpmiddel gezien door patiënten, om het proces van stoppen met roken goed te kunnen implementeren. Deze kaart wordt herzien zodat die aansluit bij de herziene richtlijn en zorgstandaard.
- Het Partnership Stoppen met Roken blijft zich inzetten voor goede toegang en kwaliteit van stoppen-met-rokenzorg en zal in dat kader zich samen met haar partners en ambassadeurs inzetten voor een brede implementatie van deze zorgstandaard in de zorg. Zij coördineert het gesprek met partners en systeempartijen zoals VWS, Zorginstituut Nederland (ZiN) en NZa over de voortgang van de implementatie en signaleert knelpunten en activeert partijen om deze weg te nemen. De IGJ gebruikt de nieuwe zorgstandaard als aanvullend kader naast het toetsingskader Leefstijlbegeleiding in de zorg.
- Het Partnership Stoppen met Roken zet zich in voor passende financiering voor het voeren van een motiverend gesprek en voor alle onderdelen van stoppen-met-rokenbegeleiding

De opstelsom van bovenstaande activiteiten zien we als nodige voorwaarden voor implementatie, maar dat betekent niet dat het uitvoeren ervan de implementatie van de zorgstandaard garandeert. De betrokken partijen zijn gemotiveerd om de zorgstandaard te implementeren, maar zien ook dat de implementatie voor veel zorgprofessionals om een nieuwe werkwijze vraagt. Nieuw gedrag implementeren en de randvoorwaarden daarvoor realiseren is een proces dat jaren duurt. Daarnaast is de implementatie afhankelijk van zorgvuldige gedeelde besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener, waarin beiden een belangrijke rol vervullen. Het Partnership Stoppen met Roken is de centrale partij die de voortgang van de implementatie van de zorgstandaard monitort en signalen over aanvullende benodigde acties opvolgt. Op deze manier is de implementatie van de zorgstandaard continu onder de aandacht en kan de werkwijze tussentijds worden aangepast met als doel de implementatie te versnellen en verhogen.

Normen en planning implementatie

De partijen die betrokken zijn bij de zorgstandaard streven ernaar deze zo volledig mogelijk te implementeren. Tegelijkertijd is er op het moment van schrijven beperkt zicht op in hoeverre stoppen-met-rokenzorg in de praktijk wordt uitgevoerd en op welke manier. Er is dus geen nulmeting van de implementatie.

De implementatie van het adviseren en motiveren (Onderdeel 1 en Onderdeel 2 van stoppen-met-rokenzorg) is gericht op een zeer grote groep zorgverleners. Daarnaast vraagt de implementatie om een aantal randvoorwaarden die nog niet voor elke beroepsgroep zijn ingericht, zoals ICT-ondersteuning, beschikbare voorlichtingsmaterialen, een duidelijk verwijzingsproces en waar nodig scholing. Ook zijn consulttijden regelmatig nog een knelpunt voor het adviseren over en motiveren om te stoppen met roken. De betrokken partijen gaan hiermee aan de slag volgens de afspraken hierboven beschreven. Het doel is om de implementatie tweejaarlijks te monitoren en verbeteren. In beroepsgroepen waar de zorgstandaard nog niet of nauwelijks overeenkomt met de praktijk, zal de focus de eerste twee jaar zijn op het inrichten van de randvoorwaarden en het verhogen van de implementatie naar circa 50% van de consulten. Voor beroepsgroepen waar adviseren en motiveren over stoppen-met-roken(zorg) al meer gebruikelijk is, streven we de eerste twee jaar van de implementatie naar circa 75%, met als doel deze tweejaarlijks te blijven verhogen richting 100%.

Wat betreft begeleiding (Onderdeel 3 van stoppen-met-rokenzorg) is het nodig om in de praktijk een helder onderscheid te maken tussen waar en door wie korte ondersteunende begeleiding wordt

geboden en wie de aanbieders zijn van intensieve en extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding. Zowel in het aanbod als in de inkoop is het nieuw om dit onderscheid te maken. We streven ernaar dat over twee jaar alle rokers die in de zorg terecht komen zorg op maat krijgen aangeboden. Om zicht te krijgen op het aantal rokers die deze begeleiding ook daadwerkelijk ontvangt en op de resultaten van deze begeleiding is het belangrijk dat de zorgverzekeraars met de zorgaanbieders in gesprek gaan over de beschikbare data onder andere aan de hand van de Vektis declaratiedata en de parameters die zijn vastgelegd. Ook deze implementatie vraagt echter nog de inrichting van randvoorwaarden, bijvoorbeeld het aanpassen van systemen in de huisartsenpraktijken en bij de verzekeraars en het maken van financieringsafspraken tussen huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars voor stoppen-met-rokenzorg binnen en buiten de ketenzorg. De implementatie van deze randvoorwaarden hiervan zal naar verwachting twee jaar in beslag nemen. Het Partnership Stoppen met Roken gaat met de branchevereniging SMR en de beroepsverenigingen van zorgverleners in gesprek over het operationaliseren van de monitoring van de implementatie op de gestelde normen.

Invloed op toegankelijkheid van zorg

De zorgstandaard is breed toepasbaar en heeft invloed op een groot aantal consulten en patiënten. Hoewel de zorgstandaard is gebaseerd op de al geldende norm voor goede zorg, zoals onder meer beschreven in de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-rokenondersteuning (2016), verschilt deze van de huidige praktijksituatie. Gezien de huidige prevalentie van roken onder volwassenen in Nederland (in 2023 19,0% van de volwassenen²¹) komen er naar verwachting jaarlijks zeker minstens 40.000 patiënten in aanmerking voor (extra) intensieve begeleiding. Daarnaast vraagt de zorgstandaard ook het vastleggen van de rookstatus van niet-rokers. De invloed van de zorgstandaard en implementatie ervan op de toegankelijkheid van zorg omvat een lichte tijdsinvestering in consulten met een patiënt (Onderdeel 1 en Onderdeel 2), naar verwachting een toename in het aantal rokers dat begeleid wordt in het stoppen met roken (Onderdeel 3) en een bijbehorende toename in budget en capaciteit hiervoor.

Annexen

Regelingen en afspraken kunnen de implementatie van de zorgstandaard faciliteren en dienen goed te worden vastgelegd en kunnen zodoende als annex aan de zorgstandaard worden toegevoegd. Annexen bevatten regelingen en afspraken die vereist zijn voor de feitelijke toepassing van de zorgstandaard in het traject van inkoop van de zorg. Bijvoorbeeld: een overeenkomst op basis van de zorgstandaard 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.⁶⁹

5.3 Onderhouden van de zorgstandaard

Onderhoud van de Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving wordt gecoördineerd door het Partnership Stoppen met Roken en gebeurt samen met de betrokken partijen, waaronder in ieder geval tripartite vertegenwoordiging. Het Partnership Stoppen met Roken heeft als partners vertegenwoordigers van beroepsgroepen voor wie het belangrijk is dat de toegang en de kwaliteit van stoppen-met-rokenzorg goed zijn. Er zijn ook ambassadeurs van het Partnership Stoppen met Roken die andere perspectieven inbrengen, zoals dat van zorgverzekeraars en kennisinstellingen. Drie keer per jaar zijn er bijeenkomsten waar partners en ambassadeurs elkaar informeren, inspireren en waar het bestuur de partners informeert en bevraagt. Naast het bespreken van de voortgang van implementatie, worden op deze momenten ook nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van tabaksverslaving besproken. Minimaal één keer per jaar wordt er gezamenlijk op gereflecteerd of deze ontwikkelingen of nieuwe inzichten vragen om aanpassing (onderhoud) van de zorgstandaard. Hiermee wordt samen leren en verbeteren in het partnership vormgegeven.

Het bestuur van het Partnership Stoppen met Roken is verantwoordelijk om deze signalen voor aanpassing van de zorgstandaard te verzamelen en de juiste vervolgacties te coördineren. Drie jaar na het vastleggen in deze herziening van de zorgstandaard in het kwaliteitsregister zal de zorgstandaard inhoudelijk worden getoetst en zo nodig worden herzien. Hierbij wordt gekeken naar de eerder genoemde signalen over implementatie en ontwikkelingen op gebied van stoppen-met-rokenzorg. Wanneer nodig kan dit op onderdelen al eerder gebeuren.²

Het implementeren van de vastlegging van parameters over stoppen-met-rokenzorg zoals beschreven in de informatieparagraaf, levert ook gegevens op die kunnen worden gebruikt als indicatoren over de kwaliteit van stoppen-met-rokenzorg en de mate waarin stoppen-met-rokenzorg wordt uitgevoerd volgens de zorgstandaard. Alle betrokken partijen zijn bereid om kwaliteit te monitoren en gegevens vast te leggen waar dat van toegevoegde waarde is, maar hebben ook zorgen over administratieve druk. In de implementatie van de zorgstandaard zal dus ook verder uitgewerkt worden welke parameters voor welke zorgverleners en organisaties nodige en nuttige informatie geven over de kwaliteit van zorg, om daarmee leren en verbeteren verder vorm te geven. De Taskforce Rookstopzorg, toegelicht in Paragraaf 7.2 over implementeren van de zorgstandaard, draagt ook bij aan het verzamelen van inzicht in de werking en implementatie van de zorgstandaard.

Bijlage 1 – Diagnostische criteria stoornis in tabaksgebruik (DSM-5-TR Nederlandse editie)¹⁴⁰

Classificatiecriteria

A. Een problematisch patroon van tabaksgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

1. Tabak wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het tabaksgebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan tabak te komen, tabak te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik.
5. Recidiverend tabaksgebruik, met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend tabaksgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van tabak.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het tabaksgebruik.
8. Recidiverend tabaksgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Het tabaksgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de tabak.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door een van de volgende kenmerken:
 - a. Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid tabak om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid tabak.
11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens een van de volgende kenmerken:
 - a. Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van tabak (zie criteria A en B van de criteria voor het tabaksonttrekkingssyndroom).
 - b. Tabak (of een zeer verwante stof zoals nicotine) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Specificeer indien:

In vroege remissie

Nadat eerder volledig aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik was voldaan, wordt nu aan geen enkel criterium voor de stoornis in tabaksgebruik meer voldaan sinds minstens drie maanden, maar minder dan een jaar (met de uitzondering dat wel aan criterium A4, 'Hunkering of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik', mag worden voldaan).

In langdurige remissie

Nadat eerder volledig aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik was voldaan, wordt nu aan geen enkel criterium voor de stoornis in tabaksgebruik meer voldaan sinds een periode van een jaar of langer (met de uitzondering dat wel aan criterium A4, 'Hunkering of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik', mag worden voldaan).

Specificeer indien:

In onderhoudsbehandeling

De betrokkene gebruikt langdurig een middel als onderhoudsbehandeling, zoals nicotinevervangende medicatie, terwijl voor die klasse geneesmiddelen niet aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik wordt voldaan (behalve tolerantie voor of onttrekkingssyndroom van de nicotinevervangende medicatie).

In een geregleerde omgeving

Deze aanvullende specificatie is van toepassing op mensen in een setting waar er beperkte toegang is tot tabak.

Specificeer actuele ernst:

Licht

Er zijn twee tot drie symptomen aanwezig.

Matig

Er zijn vier tot vijf symptomen aanwezig.

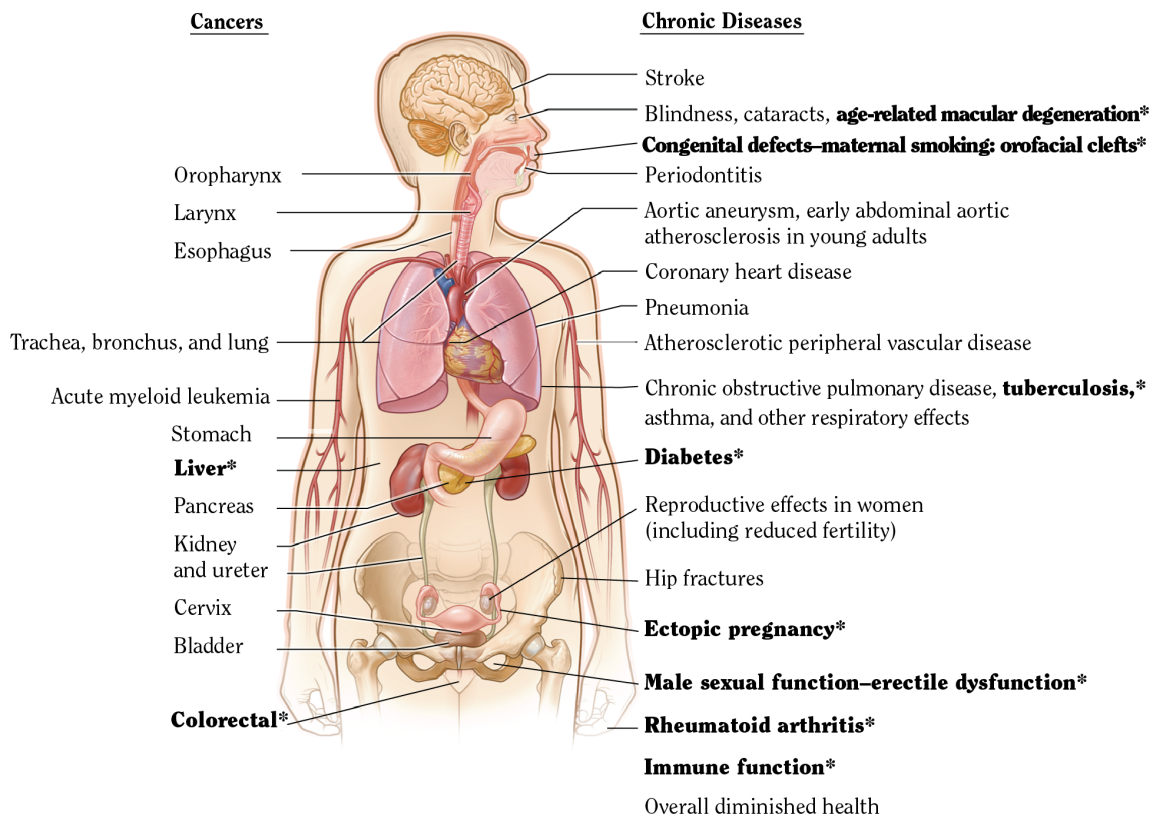
Ernstig

Er zijn zes of meer symptomen aanwezig.

Bijlage 2 – Tabak-gerelateerde klachten en aandoeningen

A. Klachten en aandoeningen door roken

De onderstaande afbeelding geeft weer welke kankers en chronische ziekten causaal gerelateerd zijn aan het roken van tabak. Meer informatie hierover is onder andere te vinden in het rapport van de Surgeon General uit 2014.²⁴ Dikgedrukte klachten/aandoeningen zijn toegevoegd aan het rapport van de Surgeon General ten opzichte van het voorgaande rapport uit 2012.



Bron: USDHHS 2004, 2006, 2012.²⁴

De onderstaande lijst geeft tabak-gerelateerde klachten en aandoeningen weer waarbij roken de oorzaak of een risicofactor is of waarbij roken een rol speelt in het ontstaan en/of het beloop van de klacht of aandoening.^{24,25,71,73,141} Naast de kankers en chronische ziekten die in bovenstaande afbeelding staan weergegeven bevat de lijst ook niet-chronische klachten en aandoeningen. Deze lijst is niet uitputtend.

Het is evident dat tabaksverslaving wordt veroorzaakt door het roken van tabak, maar dit kan ook door het gebruik van andere tabaksproducten worden veroorzaakt (bijvoorbeeld snus, pruimtabak). Andere verslavingen en psychische stoornissen komen relatief vaak voor bij rokers t.o.v. niet-rokers en andersom is de rookprevalentie onder mensen met een andere verslaving en/of psychische stoornis hoger dan die bij de rest van de bevolking zonder deze aandoeningen. Er is op dit moment onvoldoende kennis over eventuele causale relaties tussen roken en andere verslavingen en psychische stoornissen.

Verslavingen:

- Tabaksverslaving

Long- en luchtwegaandoeningen:

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

Diabetes mellitus type 2

Hart- en vaataandoeningen:

- Coronaire hartziekten (CHZ)
- Beroerte (CVA), bloedig en niet-bloedig
- Hartfalen
- Perifeer vaatlijden

Kanker:

- Longkanker
- Slokdarmkanker
- Strottenhoofdkanker
- Mondholte- en keelkanker
- Blaaskanker
- Darmkanker
- Maagkanker
- Leverkanker
- Nier- en urineleiderkanker
- Alvleesklierkanker
- Baarmoederhalskanker
- Leukemie

Aandoeningen aan het bewegingsapparaat:

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

Maag- en darmletsel:

- Ulcus pepticum
- Ziekte van Crohn
- Poliepen aan de dikke darm
- Bescherming bij colitis ulcerosa

Endocrinologische aandoeningen:

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

Verminderde immuunfunctie

Versnelde progressie van bepaalde nieraandoeningen:

- Niercomplicaties bij diabetes mellitus
- Cystenieren

- IgA-glomerulonefritis

Aandoeningen aan de zintuigen:

- Oren: gehoorverlies
- Ogen: blindheid, maculadegeneratie en staar

Mond- en tandheelkundige problemen:

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

Huidproblemen:

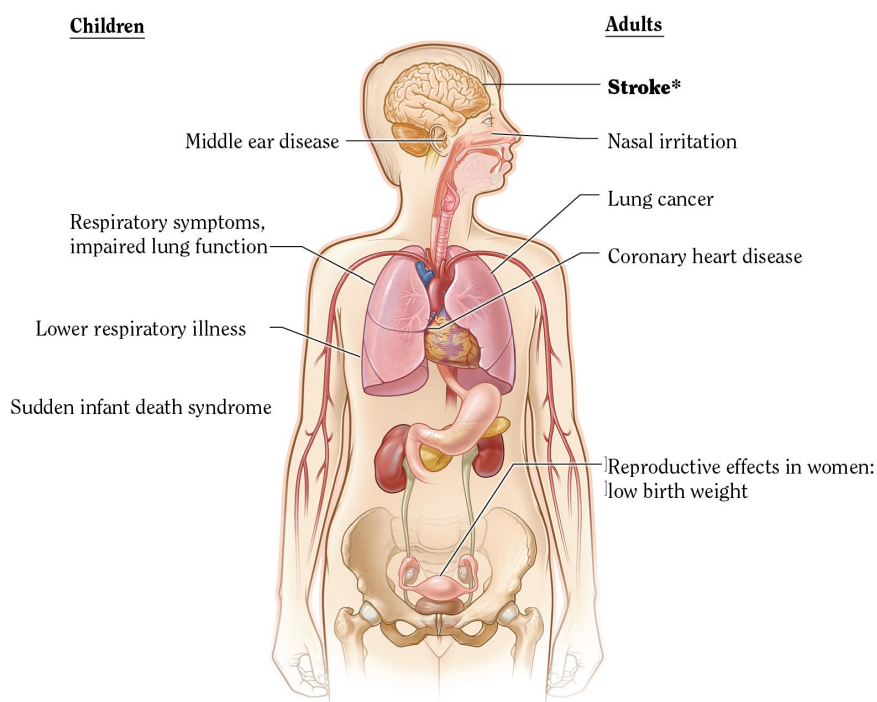
- Versterkte rimpeling
- Grotere kans op huidaandoeningen
- Gestoorde wondgenezing
- Verbrandingen

Voortplantingsproblemen:

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

B. Klachten en aandoeningen door meeroken

De onderstaande afbeelding geeft de gezondheidseffecten weer die oorzakelijk gerelateerd zijn aan meeroken. Meer informatie hierover is onder andere te vinden in het rapport van de Surgeon General uit 2014.²⁴ Dikgedrukte klachten/aandoeningen zijn toegevoegd aan het rapport van de Surgeon General ten opzichte van het voorgaande rapport uit 2012.



Bron: USDHHS 2004, 2006.

C. Gevolgen van roken tijdens de zwangerschap

Roken en zwangerschapscomplicaties

Het is aannemelijk (maar niet onomstotelijk bewezen) dat er een oorzakelijke relatie is tussen roken en spontane abortus. Er is voldoende bewijs om een oorzakelijk verband aan te nemen tussen roken tijdens de zwangerschap en:

- Buitenbaarmoederlijk zwangerschap
- Het voortijdig breken van de vliezen
- Placenta praevia (voorliggende placenta)
- Vroegtijdige placentaloslating
- Vroeggeboorte en kortere zwangerschapsduur
- Een verminderde kans op zwangerschapsvergiftiging

Meer informatie over roken tijdens de zwangerschap is te vinden in het rapport van de Surgeon General, VZinfo en in de Factsheet Roken en zwangerschap.^{24,36,38}

De gevolgen van roken voor foetus en kind

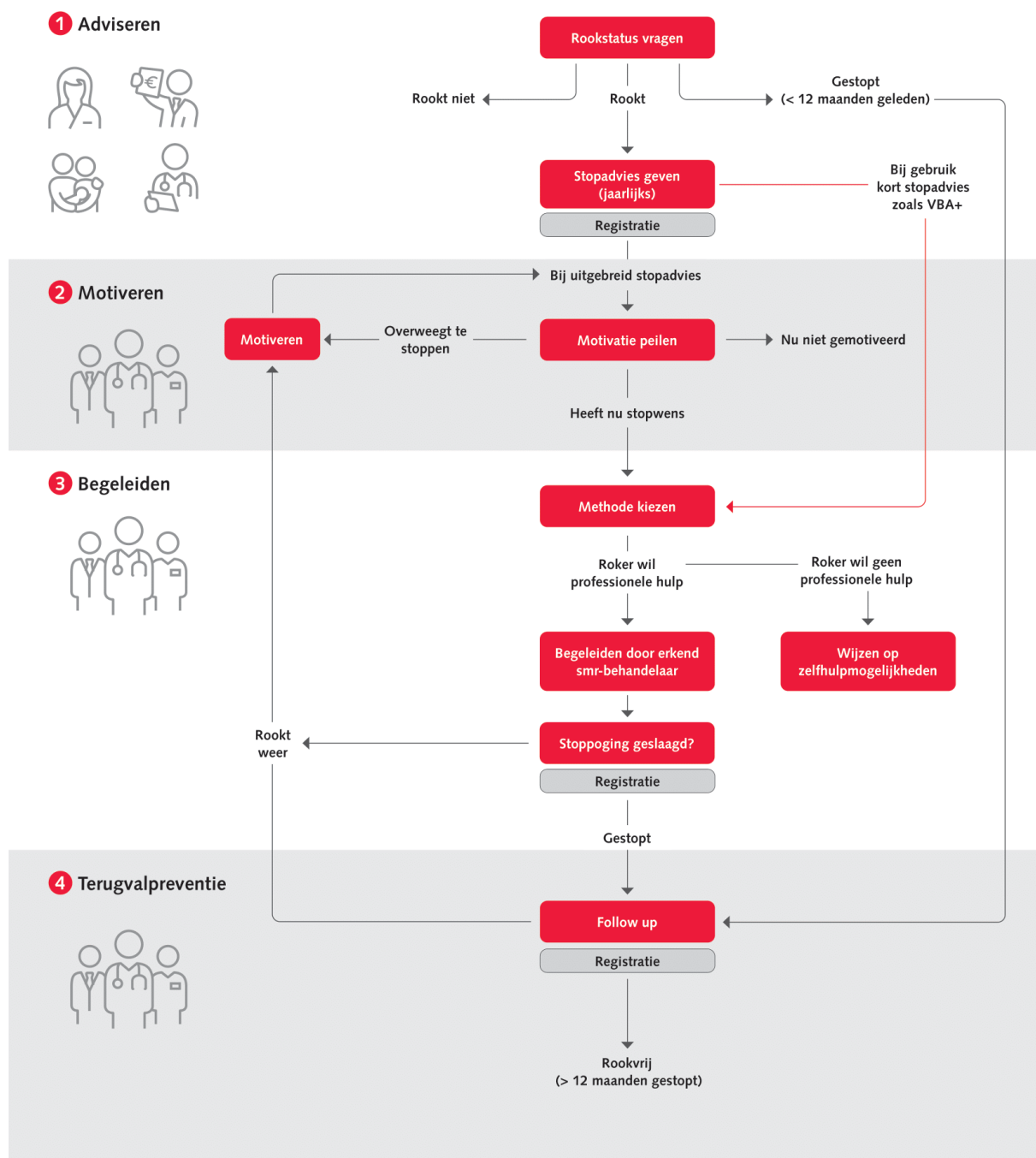
Er is voldoende bewijs voor een oorzakelijke relatie tussen roken door de moeder en:

- Foetale groeivertraging
- Een laag geboortegewicht
- Wiegendood (bij roken tijdens en na de zwangerschap)
- Een hazenlip en gespleten gehemelte (bij roken vroeg in de zwangerschap)
- Een verminderde longfunctie

Het is aannemelijk (maar niet onomstotelijk bewezen) dat er een oorzakelijke relatie is tussen roken door de moeder en:

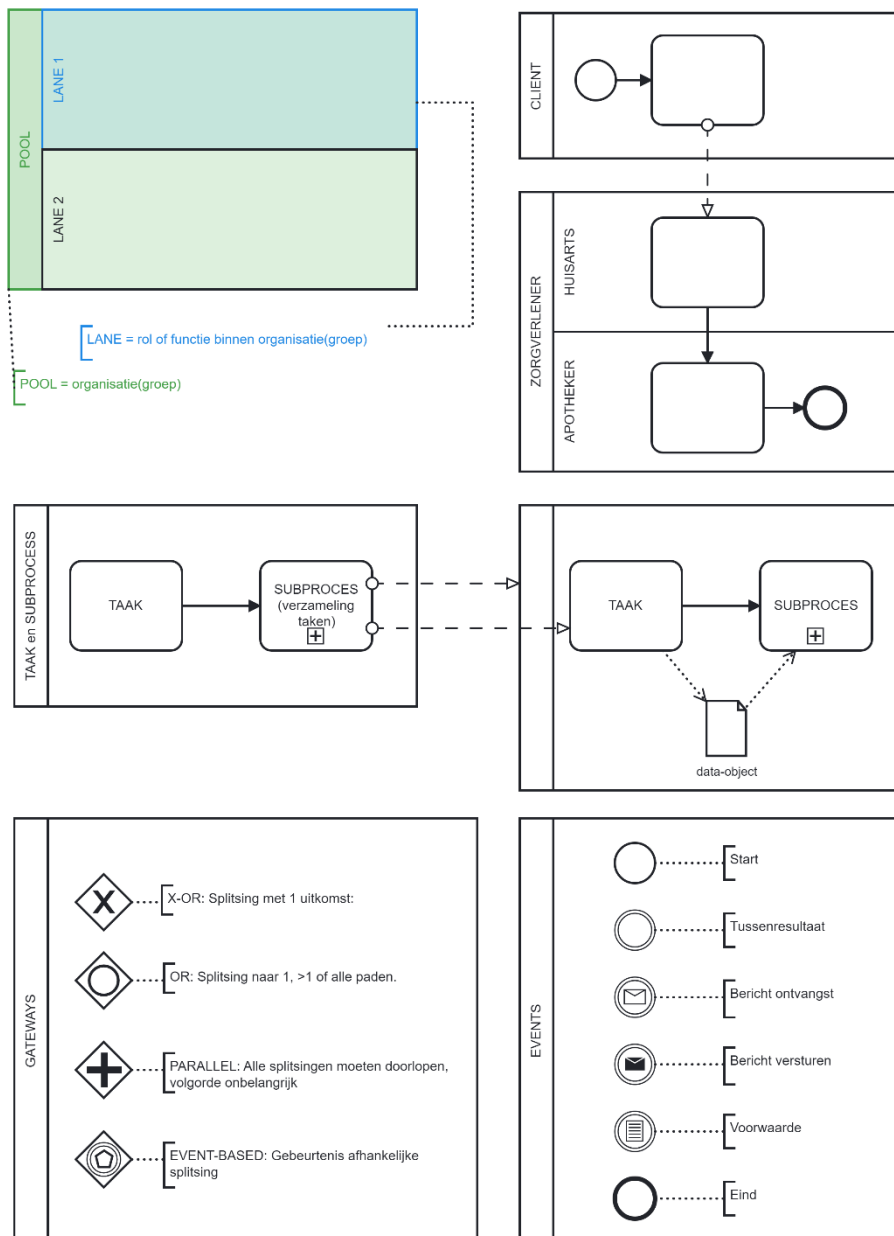
- Doodgeboorte
- Klompvoet, gastroschisis (een opening in de buikwand waar een deel van de darmen door naar buiten stulpt) en atriumseptum defecten ('gaatje in het hart') bij roken vroeg in de zwangerschap
- Gedragsproblemen zoals adhd

Zorgpad stoppen met roken

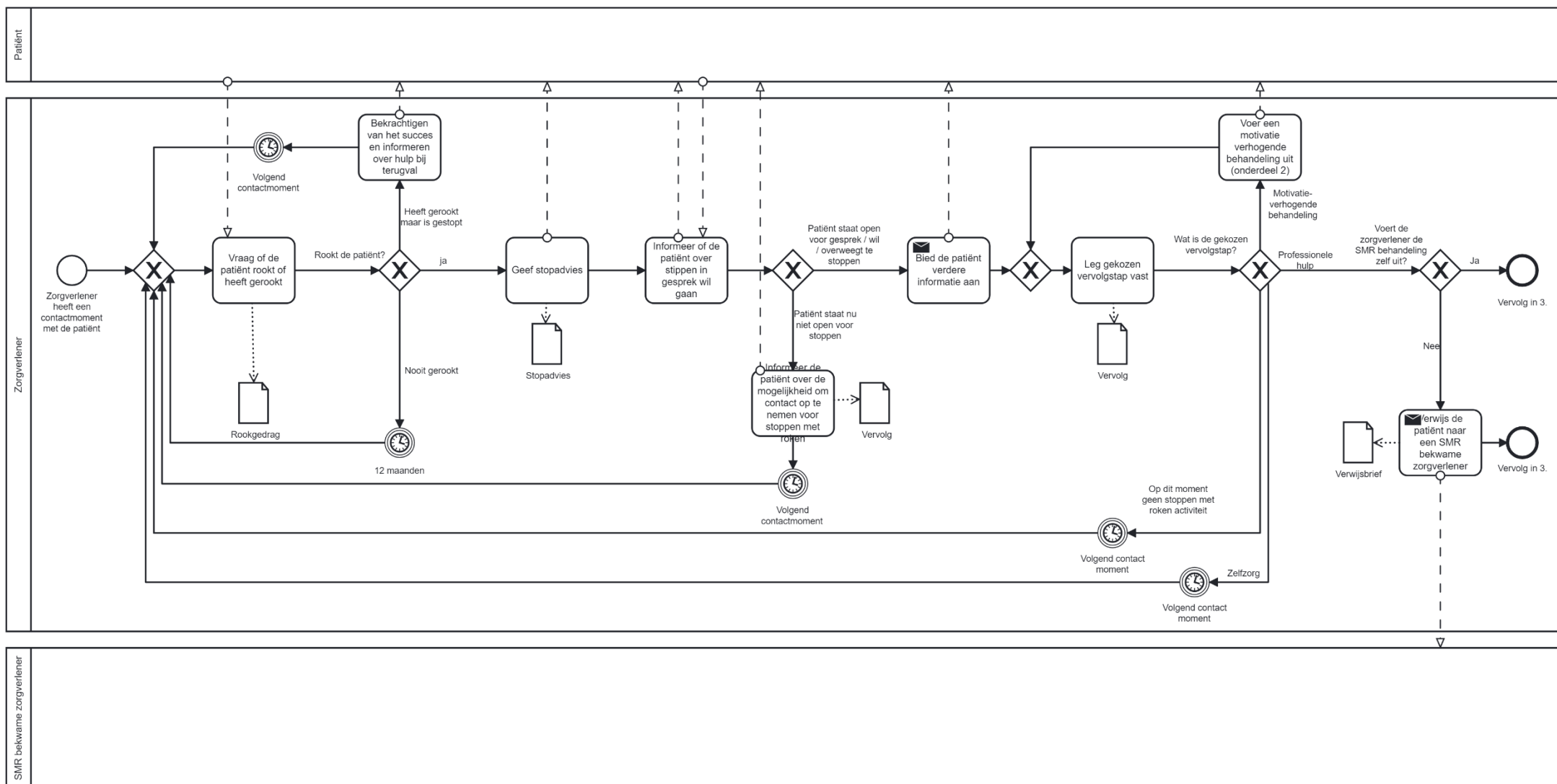


Zorgpad Stoppen met Roken, Trimbos-instituut (update 2022), beschikbaar via <https://www.zorgpadstoppenmetroken.nl/>. Het zorgpad zal in de loop van 2025 aangepast worden aan de herziening van deze zorgstandaard.

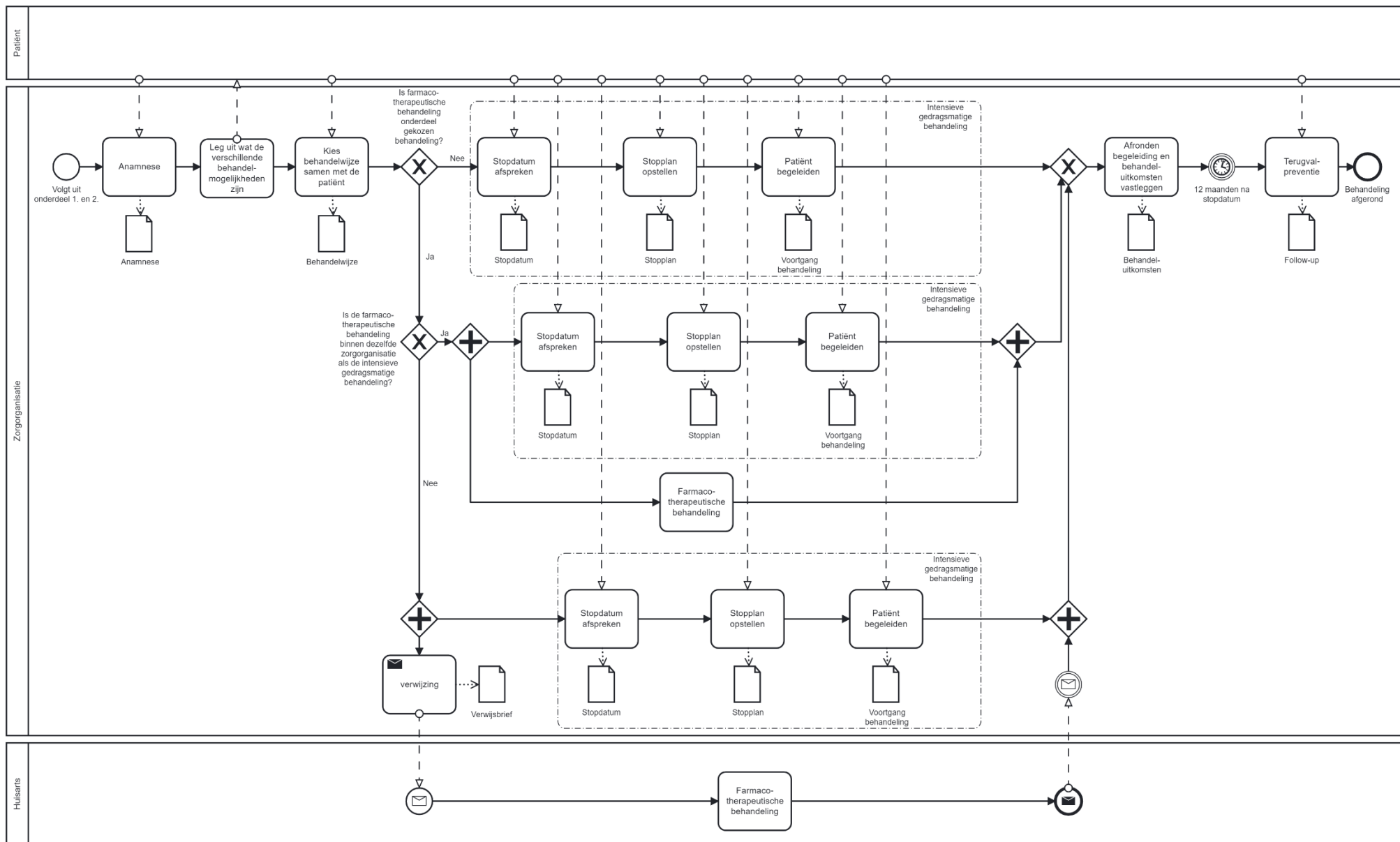
Hieronder wordt het zorgproces weergegeven met de nadruk op het vastleggen en overdragen van gegevens. Deze versie is dus niet primair gericht op zorgprofessionals. Voor een weergave van het zorgproces vanuit het perspectief van zorgprofessionals of patiënten, is het Zorgpad Stoppen met Roken van het Trimbos-instituut geschikt, zie <https://www.zorgpadstoppenmetroken.nl/>. Het zorgpad zal in de loop van 2025 aangepast worden aan deze herziening.



Legenda bij visualisaties gegevensvastlegging en -uitwisseling in het zorgproces.



Visualisatie van het zorgproces Tabaksverslaving, Onderdeel 1) adviseren en 2) motiveren.



Visualisatie van zorgproces Tabaksverslaving, Onderdeel 3) begeleiden.

Bijlage 4 – Uitwerking van het motiverend gesprek

Het motiverend gesprek bevat de volgende stappen, met voorbeeldzinnen en onderbouwing:

1. Vraag toestemming aan de patiënt

Vraag: *“Vindt u het goed dat ik het met u over roken heb?”* of *“Ik zou het graag even met u over roken willen hebben – vindt u dat goed?”*

Hiermee wordt de patiënt bereikt en meegenomen in het gesprek. Hier geldt: ga pas zenden als u weet dat de ontvanger ‘aan’ staat.

2. Vraag wat het roken de patiënt brengt (redenen om te roken)

Vraag: *“Wat brengt het roken u?”*

Patiënt beschrijft waarom hij/zij rookt, wat het hem/haar oplevert. Luister niet-veroordelend, en koppel terug wat u de patiënt hoort zeggen. Vraag door tot alle redenen zijn benoemd. Vat de redenen samen en vraag of dit zo klopt.

3. Schat de stopmotivatie in, en inventariseer de redenen om te stoppen

Vraag: *“Als u uw motivatie om te stoppen met roken zou moeten inschalen op een schaal van 0-10, waar zit u dan? (0 = geen enkele stopintentie; 10= liefst vandaag nog stoppen met roken)”*

Patiënt geeft een cijfer (<cijfer>). Wanneer <cijfer> ≠ 0, kan de vervolgvraag worden gesteld: *“Oké, dat is geen nul. Vertel eens, waarom is het al een <cijfer>? Waarom zou u überhaupt overwegen om te stoppen met roken?”*

Patiënt geeft redenen om eventueel te stoppen met roken. Luister niet-veroordelend en koppel terug wat u de patiënt hoort zeggen. Vraag door tot alle redenen zijn benoemd. Vat deze samen en vraag of dit zo klopt.

4. Schat het vertrouwen van de patiënt in dat stoppen echt gaat lukken

Vraag: *“Stel dat u ooit zou kiezen voor stoppen met roken, hoe groot schat u de kans dat het u gaat lukken, op een schaal van 0-10?” (0 = ik ben niks en ik kan niks; 10 = als ik ergens voor ga, dan zal het me lukken ook)*

Patiënt geeft redenen waarom hij/zij denkt het wel/niet te kunnen. Luister niet-veroordelend, koppel terug wat u de patiënt hoort zeggen en vraag of dit zo klopt.

5. Geef informatie over stoppen met roken

Informatie over stoppen met roken kan de stopmotivatie extra ondersteunen. Vertel de patiënt wat de gevolgen van (door)roken zijn voor zijn/haar gezondheid; haak hierbij eventueel aan bij de (roken-gerelateerde) klachten waarmee de patiënt zich meldt. Neem ook eventuele misvattingen weg – bijvoorbeeld dat roken stress vermindert.

6. Vraag of de patiënt zou willen stoppen met roken, en of u hem/haar mag doorverwijzen voor begeleiding

Verwijs door naar stoppen-met-rokenbegeleiding. Doe dit bij voorkeur op een warme manier, dus plan liefst direct een afspraak in de agenda van een collega. Of geef de contactgegevens van de roker door aan de begeleider zodat deze een afspraak kan maken met de persoon.

Bijlage 5 – Elementen van een stopplan

De volgende elementen zijn belangrijk in een stopplan. Dit stopplan kan ook gedurende de begeleiding worden ingevuld en uitgebreid. De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn:

- De nadelen van blijven roken op korte en op lange termijn
- De voordelen van stoppen met roken op korte en op lange termijn
- De stopdatum
- De reden(en) van het stoppen met roken ('Mijn besluit')
- Het gekozen medicamenteuze hulpmiddel (dosering, gebruikstermijn et cetera)
- Welke personen in de omgeving kunnen helpen bij het de stopproces
- De tips om niet te roken: alternatieven voor situaties, gedachten of stemmingen waarbij voorheen gerookt werd
- De beloning na een bepaalde tijd niet roken
- De moeilijke situaties die te verwachten zijn
- De oplossingen voor moeilijke situaties
- Lichamelijke activiteit, bijvoorbeeld wandelen, fietsen, sporten of andere afleidende/ontspannende activiteiten
- Bij terugval: de reden, de betrokken personen, het gevoel, wat er gebeurde en hoe het de volgende keer anders kan.

Een voorbeeld van een stopplan om uit te werken van het Trimbos-instituut is beschikbaar via <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/pfg79059-stopplan-ikstopnu/> of de website <https://www.nederlandstopt.nu/>. Ook kan gebruik gemaakt worden van het Handboek, het Werkboek en het Addendum Cognitieve Gedragstherapie bij Stoppen met Roken.¹¹⁴

Basisvereisten SMR-begeleiders Kwaliteitsregister

versie 2.2, d.d. 27 januari 2022

Afzender: Partnership Stoppen met Roken i.s.m. werkgroep Verbeterslag Kwaliteitsregister, KABIZ, Trimbos-instituut

Toelichting: Onderstaande competenties zijn geformuleerd vanuit de in de gezondheidszorg gehanteerde [7 CanMEDS-rollen](#), en ingericht in lijn met het afwegingskader 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.³² In dit JZOJP-model onderscheidt intensieve stoppen-met-roken coaching of begeleiding (zorgswaarte 3; Kwaliteitsregister) zich van adviseren/motiveren (zorgswaarte 2) en van verslavingsgeneeskundige behandeling (zorgswaarte 4).

Status: De in dit document beschreven competenties hebben betrekking op het *basisprofiel* voor smr-coaches. Dit (basis)competentieprofiel, dat voor *alle registranten* als minimale eis zal gaan fungeren, is medio 2021 akkoord bevonden door de werkgroep en de Kwaliteitscommissie SMR. Daarna is afstemming gezocht met de scholingaanbieders t.b.v. implementatie. Afgesproken is dat deze basisvereisten medio 2022 van kracht zullen worden voor nieuwe registranten. Reeds ingeschrevenen smr-coaches worden via een ruime overgangsregeling in de gelegenheid gesteld om zich hiervoor te accrediteren.

Bovenop het basisprofiel kunnen coaches via *aanvullende kennis en competenties* bekwaamheid vergaren voor de begeleiding van specifieke groepen rokers, namelijk: 1) zwangeren en stellen/cliënten met een kinderwens en 2) mensen met psychiatrische comorbiditeit (o.v.).

1. VAKINHOUDELIJK HANDELEN

De belangrijkste rol; de andere bekwaamheden krijgen richting door deze rol. Als smr-begeleider breng je in kaart welke vragen en problemen je cliënt heeft en wat zijn of haar (on)mogelijkheden zijn. Vervolgens zoek je uit welke smr-begeleiding daar het best bij past. Je richt het begeleidingsproces in en geeft daar vorm aan in samenwerking met (andere) zorgprofessionals.

Vereisten:

1.1	Kennis hebben van epidemiologie van roken zoals beschreven in de jaarlijkse Kerncijfers Roken van het Trimbos-instituut, met daarin: rookprevalentiecijfers onder volwassenen (algemeen, en specifiek voor subgroepen), verdeling Nederlanders naar rookstatus (nooit-roker, ex-roker, roker), percentage rokers dat het afgelopen jaar een serieuze stoppoging ondernam en percentage niet-rokende Nederlanders dat wordt blootgesteld aan sigarettenrook.
1.2	Kennis hebben van gezondheidsrisico's van roken en roken-gerelateerde klachten en aandoeningen op het hele lichaam, en in relatie tot psychische klachten. Ook: kennis van

³² Dit schema is tot stand gekomen onder regie van de Long Alliantie Nederland (LAN) in samenspraak met de zorgverzekeraars, stoppen met roken aanbieders en het Partnership SMR. De bedoeling is om helderheid te bieden in vooral wat de juiste zorg is ('matched care'). Streven is dat alle zorgprofessionals en coaches dit schema als uitgangspunt nemen in keuzes over de juiste SMR-zorg (en de juiste financiering). Het schema zal t.z.t. meegenomen worden in de eerstvolgende update van de Zorgstandaard.

	effect van roken op bestaande (comorbide) aandoeningen. Tevens kennis van korte- en lange-termijn effecten op gezondheid na smr (lichamelijk en psychisch)
1.3	Kennis hebben van effecten van roken op gezondheid van anderen : meerroken en derdehands rook.
1.4	Kennis hebben van toxicologie van tabaksrook en toevoeging sigaretten.
1.5	Kennis hebben van verslavingsgedrag t.a.v. roken: neurofysiologie/farmacodynamiek, verslavingscirkel, nicotineafhankelijkheid (Benowitz), koppelingen en ingesleten paden, dwangmatig handelen, ontkenningsgedrag, mythes en misvattingen (zoals minderen), terugval. Ook de mate van verslaving kunnen meten.
1.6	Kennis hebben van korte- en lange-termijn ontwenningverschijnselen als gevolg van stoppen met roken; lichamelijk en psychisch.
1.7	Kennis hebben van (effecten van) roken van andere (tabaks)producten : e-sigaret, verhitte tabak, waterpijp, sigaren. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning'.
1.8	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van (individuele) gedragmatig ondersteuning, en minimaal één vorm beheersen. Kennis hebben van de drie fasen bij gedragsmatige begeleiding: adviseren, motiveren, begeleiden. In de gedragsmatige behandeling dienen minimaal de volgende elementen aan bod te komen: – Functie van het roken bespreken; – Voordelen van stoppen en nadelen van doorroken; – Moeilijke momenten bespreken; – Stoppen voorbereiden (o.a. uitleggen hoe verslaving werkt, ontwenningverschijnselen bespreken); – Stopplan maken; – Vervolgafpraak aanbieden; – Terugvalpreventie aanbieden. Op de hoogte en vaardig zijn in evidence-based (cognitief gedragsmatige) gesprekstechnieken. Leidend hierbij zijn de meest actuele versies van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving.
1.9	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van farmacologische behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken (medicatie op recept en/of nicotinevervangende middelen). Weten hoe deze farmacologische behandeling zich verhoudt tot de mate van verslaving en de geboden gedragsmatige ondersteuning. Kennis hebben van werking, gebruik, contra-indicaties en bijwerkingen van farmacologische behandeling. Leidend hierbij zijn de meest actuele versies van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving.

1.10	Basiskennis hebben van de relatie tussen beperkte gezondheidsvaardigheden / sociaal economische positie en roken. Aandacht voor samenhang van de rookverslaving met evt. bredere (multi)problematiek, belang van aangepast taalgebruik, aangepast beeldmateriaal, creëren van vertrouwensband, verhogen van zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen.
------	--

2. COMMUNICATIE

In deze rol onderzoek je welke informatie je cliënt nodig heeft bij het smr-begeleidingsproces. In je communicatie houd je rekening met culturele achtergrond, taalbeheersing, begripsniveau en draagkracht van je cliënt en diens naasten. Oftewel: je “communiceert op maat”. Communiceren doe je niet alleen face-to-face, maar zo nodig ook online: je past technologische zorgondersteuning toe en biedt zorg op afstand, bijvoorbeeld via e-health.

Vereisten:

2.1	In staat zijn om tijdens het intakegesprek de benodigde informatie op te halen die nodig is voor een goede behandeling of eventuele doorverwijzing. O.a. over rookgedrag van een evt. partner en andere relevante naasten.
2.2	Kennis over epidemiologie, gezondheidsrisico's, effecten van roken op gezondheid van anderen, toevoegingen sigaretten, toxicologie van tabaksrook, verslavingsgedrag, ontwenningverschijnselen, de effecten van andere tabaksproducten en effectieve behandelmethoden op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen op de cliënt.
2.3	Een effectieve behandelrelatie met cliënt kunnen opbouwen: – Aansluiting maken, veiligheid bieden, vertrouwen creëren; – Betrokkenheid en empathie tonen; – Goed kunnen luisteren; – Nieuwsgierige houding aannemen; – Exploreren en honoreren van de prioriteiten en doelen van de cliënt (goal oriented care); – Effectief en begrijpelijk communiceren.
2.4	Persoonsgericht communiceren met de cliënt teneinde basale persoonsgerichte zorg te bieden: – Respect tonen voor opvattingen, waarden en leefwijze van de cliënt; – Bewust zijn van, en terzijde schuiven van eigen vooroordelen, emoties en opvattingen; – Cultuursensitief communiceren; – Vragen naar sensitieve psychosociale factoren; – Oppikken en exploreren van contextuele cues; – Kunnen communiceren met laaggeletterden; – Op maat informeren met zo nodig adequate visuele ondersteuning; – Routinematig toepassen van de terugvraagmethode; – Cliënten motiveren en versterken in eigen kunnen.
2.5	Bekend zijn met, en kunnen verwijzen naar relevante en evidence-based zorg op afstand (zoals e-health) als evt. aanvulling op het persoonlijk contact of als verwijzing.
2.6	Bevorderen van zelfmanagement ; effectief samenwerken met cliënt vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming. Concreet: met de cliënt komen tot een gezamenlijk gedragen probleemdefinitie en gezamenlijke besluitvorming over het te voeren beleid.

3. SAMENWERKING

Als smr-begeleider werk je zelden alleen. Je probeert de smr-begeleiding altijd zo goed mogelijk af te stemmen met je cliënt en diens naasten. En je werkt samen met (andere) professionals uit de zorg en evt. andere disciplines. Je zorgt ervoor dat alle partijen de juiste informatie hebben, zodat de smr-begeleiding optimaal kan worden uitgevoerd.

Vereisten:

3.1	Interprofessioneel samenwerken rondom de cliënt (binnen en buiten eigen organisatie) met andere SMR-begeleiders en/of zorgverleners waarin de SMR-begeleider als autonome professional bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de SMR-zorg. Hierbij het belang benadrukken van de follow-up met het oog op risico van terugval, en terugkoppelen naar verwijzer met het oog op ketenzorg.
3.2	Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden (sociale kaart). Bekend zijn met een evt. regionaal zorgpad smr-begeleiding en hiermee afstemmen.
3.3	In overleg met de cliënt bespreken wie als regiebehandelaar van het SMR-traject fungeert.
3.4	Adequaat kunnen verwijzen of samenwerken met extra aandacht bij: – Lichamelijke comorbiditeit; – Psychische/psychiatrische comorbiditeit en/of andere verslavingsproblematiek; – Zwangerschap of zwangerschapswens; – Benodigde inzet van medicatie. Om adequaat te kunnen verwijzen en samen te werken dient de SMR-coach bovenstaande punten te herkennen, de sociale kaart te kennen, andere professionals in zijn/haar netwerk kunnen benaderen en hier een warme overdracht te kunnen faciliteren.

4. KENNIS EN WETENSCHAP

In je werk als smr-begeleider is het van belang dat je altijd op zoek bent naar de best beschikbare onderbouwing voor je handelen: Evidence-based Practice (EBP). En die ook toepast in de praktijk. Je neemt periodiek deel aan intervisie met andere smr-begeleiders en zorgprofessionals. Waar mogelijk werk je mee aan onderzoek van (verpleegkundig) specialisten en onderzoekers. Zo werk je continu aan de ontwikkeling van je eigen deskundigheid én die van je collega's.

Vereisten:

4.1	Kritisch verwerken van informatie rondom roken, (alternatieve) tabaksproducten, stoppen met roken en behandelmethoden. Bewust zijn van wetenschappelijke evidentie die ten grondslag ligt aan de zorgstandaard en richtlijnen omtrent tabaksverslaving, en deze als zodanig kunnen toepassen. Weten dat deze informatie te vinden is op de websites van bijvoorbeeld RIVM en Trimbos-instituut.
-----	--

5. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

In de maatschappij verschuift de aandacht steeds meer van 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid'. Als smr-begeleider beïnvloedt je de leefstijl en het gezond gedrag van burgers en patiënten. En stelt daarbij altijd de wens van de zorgvrager voorop.

Vereisten:

5.1	Bekend zijn met preventieve maatregelen en ontwikkelingen t.a.v. SMR; op de hoogte zijn en blijven van Nederlandse wetgeving, tabaksontmoedigingsbeleid, acties en campagnes.
5.2	Bekend zijn met activiteiten en invloed van de tabaksindustrie .

6. ORGANISATIE

Als smr-begeleider kun je in uiteenlopende organisaties werken: grote ziekenhuizen, kleinschalige teams of als zzp'er. Waar je ook werkt, je hebt altijd een coördinerende rol. Je beslist over de zorg die je je cliënten verleent, zorgt voor een goede cliëntveiligheid en geeft leiding bij veranderingen.

Vereisten:

6.1	Zorgt voor een adequate patiëntenadministratie/-dossier dat zo is opgesteld dat het intern en extern overdraagbaar is.
6.2	Zorgdragen voor continuïteit van begeleiding in geval van ziekte of afwezigheid.

7. PROFESSIONALITEIT EN KWALITEIT

De smr-begeleiding die je verleent past binnen de geldende wet- en regelgeving. Je onderzoekt systematisch of deze begeleiding aan alle kwaliteitseisen voldoet, en waar nodig verbeter je de begeleiding.

Vereisten:

7.1	Verantwoordelijkheid tonen voor de kwaliteit van het eigen handelen, o.a. – Initiatief nemen in het voeren van regie over het eigen vakgebied vanuit een ondernemende, coachende en resultaatgerichte houding; – Kennis hebben van het juridisch kader waarin men handelt; – Waarborgen van beroepsgeheim en de privacy; – Structureel en systematisch vastleggen van MPS; – Keuze kunnen maken voor kwaliteitsindicatoren die men naast de MPS wil vastleggen; – Bekend zijn met, en kunnen toepassen van relevante ICT (intercollegiale toetsing). – AVG-proof communiceren (o.a. website, dossiervoering, schriftelijke toestemmingsverklaringen, zorg op afstand); – Periodiek (bijv. 2-jaarlijks) uitvoeren van evaluatie naar eigen professionele handelen, inzicht bieden in methode, uitkomsten en evt. vervolgacties.
7.2	Bekend met de kwaliteitseisen t.a.v. SMR-begeleiding en praktijkvoering, o.a. – Kan richting collega's en cliënten de grenzen aangeven van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid, en weet daarmee ook wanneer door te verwijzen, bijvoorbeeld naar de verslavingszorg; – Deskundigheidsbevordering door middel van bij- en nascholingen, vakliteratuur en overige activiteiten, o.a. intercollegiale intervisie; – Bekend zijn met het vergoedingensysteem van zorgverzekeraars t.a.v. SMR-begeleiding. Weten waar deze informatie te vinden is en de cliënt hierop kunnen attenderen. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning'.

De hierboven beschreven competenties zullen worden getoetst op praktische toepassing door een supervisor. Deze supervisor staat zelf ingeschreven in het register en heeft een X-aantal jaar ervaring

als smr-coach. Met de scholingaanbieders zullen t.z.t. zgn. EPA's ('Entrustable Professional Activities') worden geformuleerd die een kader vormen bij de toetsing van bovengenoemde competenties. Denk daarbij aan minimaal aantal begeleidingsuren, aantal cliënten (met beperkte gezondheidsvaardigheden), aantal intakes, aantal integrale trajecten, aantal trajecten ondersteund door farmacotherapie, aantal doorverwijzingen (bij lichamelijke of psychiatrische comorbiditeit, verslavingsproblematiek, zwangerschap(swens)), etc. EPA's helpen e.e.a. te specificeren, zodat toetsing mogelijk is. Streven: niet te ingewikkeld maken, o.a. met oog op administratieve last voor coaches en supervisors werkzaam in de zorg.

Geschat wordt dat de integrale basisopleiding zo'n 4 à 5 dagen in beslag neemt, verspreid over ca. 4 maanden. Voor basiscoaches volstaat een minimaal opleidingsniveau van MBO-4; voor EXTRA-coaches wordt dit nader bepaald door de betreffende werkgroepen en de Kwaliteitscommissie SMR.

De nieuwe eisen gelden per september 2022 voor nieuwe coaches. Reeds ingeschreven rookstopcoaches krijgen een overgangsregeling van 3 jaar om zich conform dit profiel te kwalificeren.

De werkgroep BASIS, verantwoordelijk voor het basisprofiel zoals medio 2021 ontsloten, bestond uit:

- Joris Dullaert (eigenaar, coach en trainer WeQuit)
- Sija van Gemeren (directeur Kabiz)
- Sylvia Heddema (coach en trainer, SineFuma)
- Simone Königs (trainer, Momentum Training)
- Clara Mulder (praktijkverpleegkundige, GC De Marne; Partnership Stoppen met Roken)
- Laura Wierda (opleider en adviseur, NSPOH)

Geraadpleegde experts bij de totstandkoming van het basisprofiel waren:

- Marieke Helmus (Pharos; Partnership Stoppen met Roken)
- Sanne de Josselin de Jong (Trimbos-instituut)
- Miriam de Kleijn (Trimbos-instituut; Partnership Stoppen met Roken)
- Hanneke Schaap (verpleegkundig specialist, Ikazia; Partnership Stoppen met Roken)
- Tessa Scheffers (Trimbos-instituut)

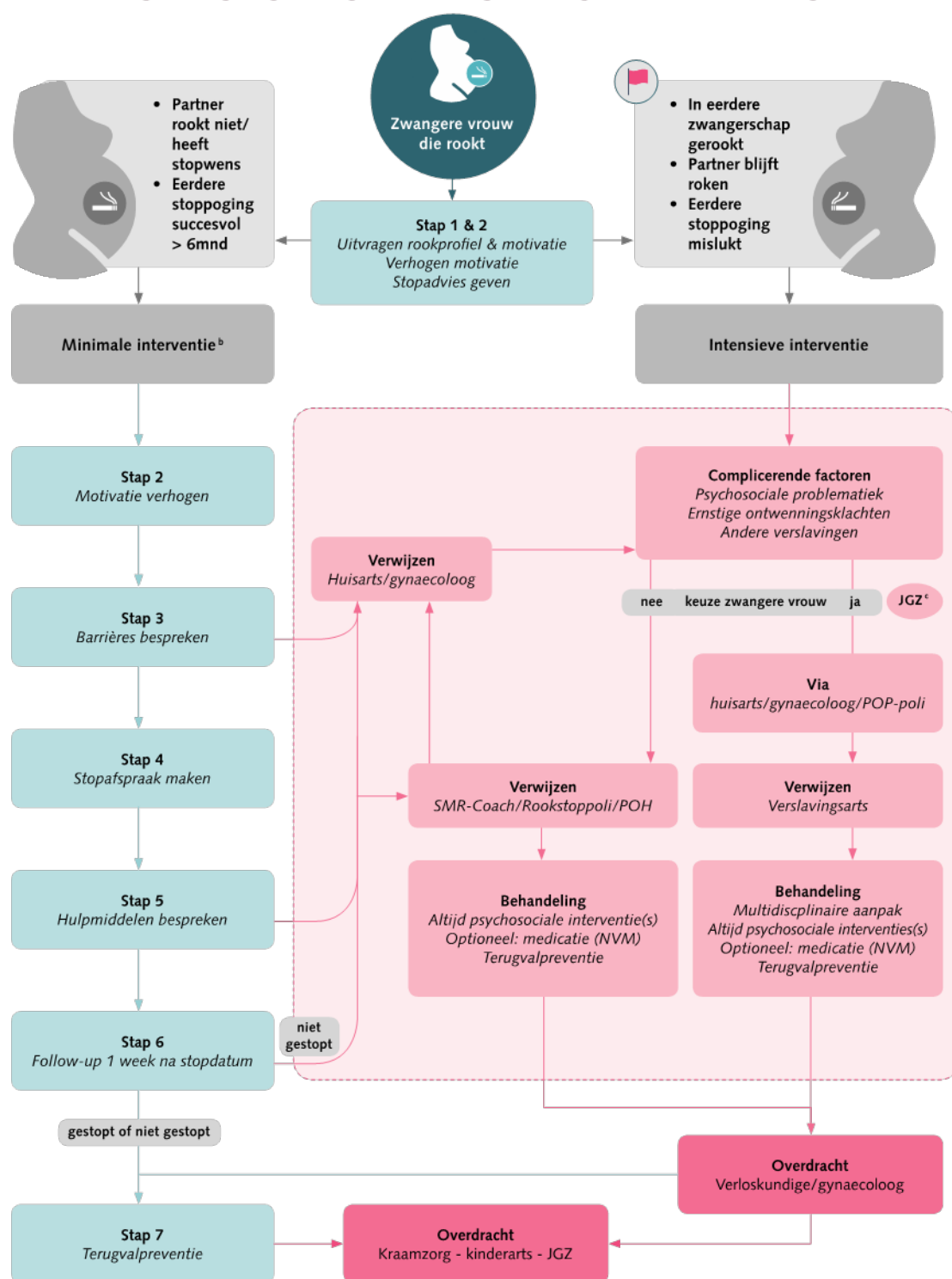
Bij de eerste opzet van het basisprofiel (juni 2020) zijn, naast bovengenoemden, ook de volgende smr-coaches betrokken geweest: Edith Jansen, Klaartje Rieff, Kristel Buster, Lianda Goossens, Linda de Boer, Pauline Haasbroek (o.a. Partnership Stoppen met Roken), Roos Blom, Fien Huige.

Het basisprofiel in haar huidige vorm is akkoord bevonden door de Kwaliteitscommissie Stoppen met Roken. Eindafzender is het Partnership Stoppen met Roken, die in bredere zin eigenaar is van het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Voorzitter a.i. van het partnership is Miriam de Kleijn. Het proces werd geleid door Petra Hopman (Trimbos-instituut).

Bijlage 7 – Stroomdiagram stoppen-met-rokenzorg voor zwangere rokers

Stroomschema rokende zwangere vrouw^a

Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek en behandeling



^a Stroomdiagram gaat uit van situatie waarbij de zwangerschap in eerste instantie wordt begeleid door de verloskundige. Indien begeleiding zwangerschap plaatsheeft bij gynaecoloog of huisarts staan afwijkingen van het stroomdiagram beschreven in de addendumtekst.

^b Gebaseerd op V-MIS & STIMEDIC-basis.

^c De JGZ biedt ondersteunende prenatale zorg aan vrouwen met diverse psychosociale risicofactoren.

Bijlage 8 – Competentieprofiel voor aanbieders van extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding voor zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen

Vereisten 'EXTRA-Zwanger' voor rookstopcoaches Kwaliteitsregister SMR

Versie 2.5, d.d. 25 november 2021

Toelichting: Onderstaande competenties zijn geformuleerd vanuit de in de gezondheidszorg gehanteerde [7 CanMEDS-rollen](#), en ingericht in lijn met het afwegingskader 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.³³

Status: De in dit document beschreven basiscompetenties (in zwart) hebben betrekking op het *basisprofiel voor smr-coaches*. Dit competentieprofiel zal per medio 2022 voor alle registranten als minimale eis gaan fungeren. Momenteel vindt afstemming plaats met de scholingaanbieders. Reeds ingeschreven rookstopcoaches krijgen een overgangsregeling van 3 jaar om zich conform dit profiel te kwalificeren.

Bovenop het basisprofiel kunnen coaches via *aanvullende kennis en competenties* bekwaamheid vergaren voor de begeleiding van specifieke groepen rokers, namelijk: 1) zwangeren en 2) mensen met psychiatrische comorbiditeit. Aan de vereiste competenties voor deze aanvullende profielen wordt gewerkt. In blauw zijn steeds de aanvullende competenties weergegeven t.a.v. gespecialiseerde rookstopcoaches voor preconceptie/zwangeren.

1. VAKINHOUDELIJK HANDELEN

De belangrijkste rol; de andere bekwaamheden krijgen richting door deze rol. Als smr-begeleider breng je in kaart welke vragen en problemen je cliënt heeft en wat zijn of haar (on)mogelijkheden zijn. Vervolgens zoek je uit welke smr-begeleiding daar het best bij past. Je richt het begeleidingsproces in en geeft daar vorm aan in samenwerking met (andere) zorgprofessionals.

Vereisten:

1.1	Kennis hebben van epidemiologie van roken zoals beschreven in de jaarlijkse Kerncijfers Roken van het Trimbos-instituut, met daarin: rookprevalentiecijfers onder volwassenen (algemeen, en specifiek voor subgroepen), verdeling Nederlanders naar rookstatus (nooit-roker, ex-roker, roker), percentage rokers dat het afgelopen jaar een serieuze stoppoging ondernam en percentage niet-rokende Nederlanders dat wordt blootgesteld aan sigarettenrook. EXTRA-Zwanger: Kennis hebben van epidemiologie van roken onder zwangeren (en partners) en cliënten/stellen met een kinderwens,.
1.2	Kennis hebben van gezondheidsrisico's van roken en roken-gerelateerde klachten en aandoeningen op het hele lichaam, m.n. kanker, long, cardiovasculair, gastro-intestinaal, hoofd/hals, fertiliteit. Ook: kennis van effect van roken op bestaande (comorbide) aandoeningen. Tevens kennis van korte- en lange-termijn effecten op gezondheid na smr (lichamelijk en psychisch) EXTRA-Zwanger:

³³ Dit schema is tot stand gekomen onder regie van de Long Alliantie Nederland (LAN) in samenspraak met de zorgverzekeraars, stoppen met roken aanbieders en het Partnership SMR.

	Kennis hebben van gezondheidsrisico's van roken en roken-gerelateerde klachten en aandoeningen specifiek t.a.v. (gewenste) zwangerschap; effect op voortplantingsorganen en fertiliteit. Kennis van effect (stoppen met) roken op beloop zwangerschap (complicaties) en op het ongeboren kind. Tevens kennis van effect van roken op de baby bij geven van borstvoeding. Ook aandacht voor zwangerschap-gerelateerde mythes en misvattingen.
1.3	Kennis hebben van effecten van roken op gezondheid van anderen : meeroken en derdehands rook. EXTRA-Zwanger: Kennis hebben van gezondheidsrisico's van meeroken en derdehands rook voor het (ongeboren) kind, en van intergenerationele gevolgen van roken (o.a. 'zien roken, doet roken').
1.4	Kennis hebben van toevoeging sigaretten en toxicologie van tabaksrook (additieven en andere bestanddelen).
1.5	Kennis hebben van verslavingsgedrag t.a.v. roken: neurofysiologie/farmacodynamiek, verslavingscirkel, nicotineafhankelijkheid (Benowitz), koppelingen en ingesleten paden, dwangmatig handelen, ontkenningsgedrag, mythes en misvattingen (zoals minderen), terugval. Ook de mate van verslaving kunnen meten.
1.6	Kennis hebben van korte- en lange-termijn ontwenningverschijnselen als gevolg van stoppen met roken; lichamelijk en psychisch.
1.7	Kennis hebben van (effecten van) roken van andere (tabaks)producten : e-sigaret, verhitte tabak, waterpijp, sigaren. EXTRA-Zwanger: Advies kunnen geven omtrent het gebruik van andere (tabaks)producten in en rondom de zwangerschap conform de meest recente wetenschappelijke inzichten (zie 4.1). Zie bijvoorbeeld websites RIVM en Trimbos-instituut, en de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning' (incl. addendum zwangeren).
1.8	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van (individuele) gedragmatig ondersteuning , en minimaal één vorm beheersen. Kennis hebben van de drie fasen bij gedragsmatige begeleiding: adviseren, motiveren, begeleiden. In de gedragsmatige behandeling dienen minimaal de volgende elementen aan bod te komen: – Functie van het roken bespreken; – Voordelen van stoppen en nadelen van doorroken; – Moeilijke momenten bespreken; – Stoppen voorbereiden (o.a. uitleggen hoe verslaving werkt, ontwenningverschijnselen bespreken); – Stopplan maken; – Vervolgafpraak aanbieden; – Terugvalpreventie aanbieden. Op de hoogte en vaardig zijn in evidence-based (cognitief gedragsmatige) gesprekstechnieken. Leidend hierbij zijn (de meest actuele versies van) de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard

	Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving. EXTRA-Zwanger: Specifiek aandacht hebben voor partnersteun en rookstatus partner alsook evt. andere belangrijke personen in de nabije omgeving. Zo nodig inzetten op smr door omgeving. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning' (incl. addendum zwangeren).
1.9	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van farmacologische behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken (nicotinevervangende middelen en medicatie). Weten hoe deze farmacologische behandeling zich verhoudt tot de mate van verslaving en de geboden gedragsmatige ondersteuning. Kennis hebben van werking, gebruik, contra-indicaties en bijwerkingen van hulpmiddelen. Leidend hierbij zijn (de meest actuele versies van) de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving. EXTRA-Zwanger: Kennis hebben van de mogelijke toepassingen van farmacotherapie en de bijzonderheden tijdens (gewenste) zwangerschap, o.a. verandering in basismetabolisme van nicotine. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning' (incl. addendum zwangeren) en het document 'Praktijkadvies NVM in de zwangerschap'.
1.10	Basiskennis hebben van de relatie tussen bepaalde gezondheidsvaardigheden / sociaal economische positie en roken. Aandacht voor samenhang van de rookverslaving met evt. bredere (multi)problematiek, belang van aangepast taalgebruik, aangepast beeldmateriaal, creëren van vertrouwensband, verhogen van zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen.
1.11	EXTRA-Zwanger: Kennis hebben van de belevingswereld van de zwangere (en relevante naasten) alsmede cliënten/stellen met een kinderwens. Weten hoe dit het stopproces kan beïnvloeden.

2. COMMUNICATIE

In deze rol onderzoek je welke informatie je cliënt nodig heeft bij het smr-begeleidingsproces. In je communicatie houd je rekening met culturele achtergrond, taalbeheersing, begripsniveau en draagkracht van je cliënt en diens naasten. Oftewel: je "communiceert op maat". Communiceren doe je niet alleen face-to-face, maar zo nodig ook online: je past technologische zorgondersteuning toe en biedt zorg op afstand, bijvoorbeeld via e-health.

Vereisten:

2.1	In staat zijn om tijdens het intakegesprek de benodigde informatie op te halen die nodig is voor een goede behandeling of eventuele doorverwijzing. EXTRA-Zwanger: O.a. rookgedrag van de partner en evt. andere relevante naasten (incl. stopadvies/verwijzing), en andere relevante bijzonderheden in de (gewenste) zwangerschap.
2.2	Kennis over epidemiologie, gezondheidsrisico's, effecten van roken op gezondheid van anderen, toevoegingen sigaretten, toxicologie van tabaksrook, verslavingsgedrag,

	ontwenningssverschijnselen, de effecten van andere tabaksproducten en effectieve behandelmethoden op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen op de cliënt.
2.3	Een effectieve behandelrelatie met cliënt kunnen opbouwen: – Aansluiting maken, veiligheid bieden, vertrouwen creëren; – Betrokkenheid en empathie tonen; – Goed kunnen luisteren; – Nieuwsgierige houding aannemen; – Exploreren en honoreren van de prioriteiten en doelen van de cliënt (goal oriented care); – Effectief en begrijpelijk communiceren.
2.4	Persoonsgericht communiceren met de cliënt teneinde basale persoonsgerichte zorg te bieden: – Respect tonen voor opvattingen, waarden en leefwijze van de cliënt; – Bewust zijn van, en terzijde schuiven van eigen vooroordelen, emoties en opvattingen; – Cultuursensitief communiceren; – Vragen naar sensitieve psychosociale factoren; – Oppikken en exploreren van contextuele cues; – Kunnen communiceren met laaggeletterden; – Op maat informeren met zo nodig adequate visuele ondersteuning; – Routinematig toepassen van de terugvraagmethode; – Cliënten motiveren en versterken in eigen kunnen. EXTRA-Zwanger: Bekend zijn met relevante materialen die specifiek ingaan op roken en de (gewenste) zwangerschap, zoals de materialen van de Rookvrije Start voor begrijpelijke communicatie (o.a. beeldverhalen, CO-meter).
2.5	Bekend zijn met, en kunnen verwijzen naar relevante en evidence-based zorg op afstand (zoals e-health) als evt. aanvulling op het persoonlijk contact of als verwijzing.
2.6	Bevorderen van zelfmanagement ; effectief samenwerken met cliënt vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming. Concreet: met de cliënt komen tot een gezamenlijk gedragen probleemdefinitie en gezamenlijke besluitvorming over het te voeren beleid.

3. SAMENWERKING

Als smr-begeleider werk je zelden alleen. Je probeert de smr-begeleiding altijd zo goed mogelijk af te stemmen met je cliënt en diens naasten. En je werkt samen met (andere) professionals uit de zorg en evt. andere disciplines. Je zorgt ervoor dat alle partijen de juiste informatie hebben, zodat de smr-begeleiding optimaal kan worden uitgevoerd.

Vereisten:

3.1	Interprofessioneel samenwerken rondom de cliënt (binnen en buiten eigen organisatie) met andere SMR-begeleiders en/of zorgverleners waarin de SMR-begeleider als autonome professional bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de SMR-zorg. EXTRA-Zwanger: In algemene zin weten hoe de geboortezorg is georganiseerd (o.a. VSV's, POP-poli, zorgpaden) en de overdracht naar kraamzorg en JGZ). Bekend zijn met lokale taskforces en Rookvrije Start. De verschillende routes, of zorgpaden kennen die (toekomstige) ouders doorlopen als ze roken of gestopt zijn. Het belang benadrukken van de follow-up na de
-----	---

	zwangerschap met het oog op risico van terugval, en terugkoppelen naar verwijzer met het oog op ketenzorg.
3.2	Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden (sociale kaart). Bekend zijn met een evt. regionaal zorgpad smr-begeleiding en hiermee afstemmen. EXTRA-Zwanger: Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden t.a.v. smr-begeleiding zwangeren en cliënten/stellen met een kinderwens. Bekend zijn met het doorverwijssysteem van Rookvrije Ouders en de mogelijkheden die dat biedt voor zowel de SMR-zorg als de geboortezorg. <i>Hierbij geldt: een geaccrediteerde coach die zwangeren of cliënten/stellen met kinderwens begeleidt krijgt de mogelijkheid om deel te nemen aan Rookvrije Ouders; andersom geldt wel dat elke Rookvrije Ouders-coach over de aanvullende aantekening EXTRA-Zwanger beschikt.</i>
3.3	In overleg met de cliënt bespreken wie als regiebehandelaar van het SMR-traject fungeert.
3.4	Adequaat kunnen verwijzen of samenwerken met extra aandacht bij: – Lichamelijke comorbiditeit; – Psychische/psychiatrische comorbiditeit en/of verslavingsproblematiek (o.a. POP-poli); – Zwangerschap of zwangerschapswens; – Benodigde inzet van medicatie. Om adequaat te kunnen verwijzen en samen te werken dient de SMR-coach bovenstaande punten te herkennen, de sociale kaart te kennen, andere professionals in zijn/haar netwerk kunnen benaderen en hier een warme overdracht te kunnen faciliteren.

4. KENNIS EN WETENSCHAP

In je werk als smr-begeleider is het van belang dat je altijd op zoek bent naar de best beschikbare onderbouwing voor je handelen: Evidence-based Practice (EBP). En die ook toepast in de praktijk. Je neemt periodiek deel aan intervisie met andere smr-begeleiders en zorgprofessionals. Waar mogelijk werk je mee aan onderzoek van (verpleegkundig) specialisten en onderzoekers. Zo werk je continu aan de ontwikkeling van je eigen deskundigheid én die van je collega's.

Vereisten:

4.1	Kritisch verwerken van informatie rondom roken, (alternatieve) tabaksproducten, stoppen met roken en behandelmethode. Bewust zijn van wetenschappelijke evidentie die ten grondslag ligt aan de zorgstandaard en richtlijnen omtrent tabaksverslaving, en deze als zodanig kunnen toepassen. EXTRA-Zwanger: Bij nieuwe informatie kritisch bekijken of, en hoe deze ook geldt voor zwangeren (en partners) en cliënten/stellen met een kinderwens'.
-----	--

5. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

In de maatschappij verschuift de aandacht steeds meer van 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid'. Als smr-begeleider beïnvloedt je de leefstijl en het gezond gedrag van burgers en patiënten. En stelt daarbij altijd de wens van de zorgvrager voorop.

Vereisten:

5.1	Bekend zijn met preventieve maatregelen en ontwikkelingen t.a.v. SMR; op de hoogte zijn en blijven van Nederlandse wetgeving, tabaksontmoedigingsbeleid, acties en campagnes. EXTRA-Zwanger: Bekend zijn met preventieve maatregelen (beleid, acties, campagnes) specifiek gericht op niet-roken tijdens (of voor) de zwangerschap, bijv. via website, nieuwsbrieven en ambassadeurschap Taskforce Rookvrije Start.
5.2	Bekend zijn met activiteiten en invloed van de tabaksindustrie .

6. ORGANISATIE

Als smr-begeleider kun je in uiteenlopende organisaties werken: grote ziekenhuizen, kleinschalige teams of als zzp'er. Waar je ook werkt, je hebt altijd een coördinerende rol. Je beslist over de zorg die je je cliënten verleent, zorgt voor een goede cliëntveiligheid en geeft leiding bij veranderingen.

Vereisten:

6.1	Zorgt voor een adequate patiëntenadministratie/-dossier dat zo is opgesteld dat het intern en extern overdraagbaar is.
6.2	Zorgdragen voor continuïteit van begeleiding in geval van ziekte of afwezigheid.
6.3	EXTRA-Zwanger: Weten dat indien een zwangere naar de SMR-coach verwezen wordt, de SMR-coach binnen 2 à 3 werkdagen moet kunnen reageren, en waarom (dit is sneller dan bij een niet-zwangere cliënt).

7. PROFESSIONALITEIT EN KWALITEIT

De smr-begeleiding die je verleent past binnen de geldende wet- en regelgeving. Je onderzoekt systematisch of deze begeleiding aan alle kwaliteitseisen voldoet, en waar nodig verbeter je de begeleiding.

Vereisten:

7.1	Verantwoordelijkheid tonen voor de kwaliteit van het eigen handelen , o.a. – Initiatief nemen in het voeren van regie over het eigen vakgebied vanuit een ondernemende, coachende en resultaatgerichte houding; – Kennis hebben van het juridisch kader waarin men handelt; – Waarborgen van beroepsgeheim en de privacy; – Structureel en systematisch vastleggen van MPS; – Keuze kunnen maken voor kwaliteitsindicatoren die men naast de MPS wil vastleggen; – Bekend zijn met, en kunnen toepassen van relevante ICT (intercollegiale toetsing). – AVG-proof communiceren (o.a. website, zorg op afstand); – Periodiek (bijv. 2-jaarlijks) uitvoeren van evaluatie naar eigen professionele handelen, inzicht bieden in methode, uitkomsten en evt. vervolgacties. EXTRA-Zwanger: Weten of er sprake is van financiële consequenties bij de SMR-begeleiding, en zo ja – de criteria kennen en de cliënt hierover kunnen informeren.
7.2	Bekend met de kwaliteitseisen t.a.v. SMR-begeleiding en praktijkvoering , o.a.

	– Kan richting collega's en cliënten de grenzen aangeven van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid, en weet daarmee ook wanneer door te verwijzen, bijvoorbeeld naar de verslavingszorg; – Deskundigheidsbevordering door middel van bij- en nascholingen, vakliteratuur en overige activiteiten, o.a. intercollegiale intervisie; – Bekend zijn met het vergoedingensysteem van zorgverzekeraars t.a.v. SMR-begeleiding. Weten waar deze informatie te vinden is en de cliënt hierop kunnen attenderen. EXTRA-Zwanger: Aparte deskundigheidsbevordering specifiek t.a.v. (gewenste) zwangerschap en nieuwe ontwikkelingen in het betreffende zorgveld. Leidend is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning' (incl. addendum zwangeren).
--	---

De hierboven beschreven competenties zullen worden getoetst op praktische toepassing door een supervisor. Deze supervisor staat zelf ingeschreven in het register (incl. aantekening EXTRA-Zwanger) en heeft een X-aantal jaar ervaring als smr-coach. De werkgroep EXTRA-Zwanger heeft samen met de Taskforce Rookvrije Start suggesties gedaan t.a.v. (her)registratie-eisen en een toetsingskader -- zie separaat document. Deze dienen nader te worden afgestemd met kwaliteits- en registerbeheerder Kabiz.

Na accordering van bovenstaand profiel door de Kwaliteitscommissie SMR roept Kabiz de betreffende scholingsaanbieders bijeen om met hen het toetsingskader vast te stellen en te komen tot een ingangsdatum van de nieuwe vereisten. Reeds ingeschreven rookstopcoaches krijgen -net als bij het basisprofiel- een overgangsregeling van 3 jaar om zich conform dit profiel te kwalificeren.

De werkgroep EXTRA-Zwanger bestond uit:

- Sija van Gemeren (directeur Kabiz)
- Sylvia Heddema (smr-coach en trainer SineFuma; lid Taskforce Rookvrije Start)
- Sanne de Josselin de Jong (Trimbos-instituut; lid Taskforce Rookvrije Start)
- Tessa Scheffers (Trimbos-instituut)

Eindafzender is het Partnership Stoppen met Roken, in bredere zin eigenaar van het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Voorzitter a.i. van het partnership is Miriam de Kleijn. Het proces werd geleid door Petra Hopman (Trimbos-instituut).

Bijlage 9 – Competentieprofiel voor aanbieders van extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding voor mensen met psychische/psychiatrische problematiek

Vereisten 'EXTRA-Psych' voor rookstopcoaches Kwaliteitsregister SMR

Versie 2.6, 11 januari 2023

Toelichting: Onderstaande competenties zijn geformuleerd vanuit de in de gezondheidszorg gehanteerde [7 CanMEDS-rollen](#), en ingericht in lijn met het afwegingskader 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.³⁴

Status: De in dit document beschreven basiscompetenties (in zwart) hebben betrekking op het basisprofiel voor smr-coaches. Dit competentieprofiel geldt per medio 2022 voor alle registranten als minimale eis. Momenteel vindt afstemming plaats met de scholingaanbieders. Reeds ingeschreven rookstopcoaches krijgen een overgangsregeling van 3 jaar om zich conform dit profiel te kwalificeren.

Bovenop het basisprofiel kunnen coaches via *aanvullende kennis en competenties* bekwaamheid vergaren voor de begeleiding van specifieke groepen rokers, namelijk: 1) zwangeren en vrouwen/stellen met een kinderwens en 2) mensen met psychische/psychiatrische comorbiditeit. In blauw zijn steeds de aanvullende competenties weergegeven t.a.v. gespecialiseerde rookstopcoaches t.a.v. psychiatrische cliënten. Dit is nog *work in progress*, dus verdere aanscherping n.a.v. de afbakening.

1. VAKINHOUDELIJK HANDELEN

De belangrijkste rol; de andere bekwaamheden krijgen richting door deze rol. Als smr-begeleider breng je in kaart welke vragen en problemen je cliënt heeft en wat zijn of haar (on)mogelijkheden zijn. Vervolgens zoek je uit welke smr-begeleiding daar het best bij past. Je richt het begeleidingsproces in en geeft daar vorm aan in samenwerking met (andere) zorgprofessionals.

Vereisten:

1.1	Kennis hebben van epidemiologie van roken zoals beschreven in de jaarlijkse Kerncijfers Roken van het Trimbos-instituut, met daarin: rookprevalentiecijfers onder volwassenen (algemeen, en specifiek voor subgroepen), verdeling Nederlanders naar rookstatus (nooit-roker, ex-roker, roker), percentage rokers dat het afgelopen jaar een serieuze stoppoging ondernam en percentage niet-rokende Nederlanders dat wordt blootgesteld aan sigarettenrook. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van epidemiologie van roken onder GGZ/VZ populatie: hogere prevalentie, lagere startleeftijd, sterkere nicotineafhankelijkheid, meer sterfte, moeilijker stoppen, meer en heftiger ontwenningsverschijnselen, minder succesvolle stoppogingen.
1.2	Kennis hebben van gezondheidsrisico's van roken en roken-gerelateerde klachten en aandoeningen op het hele lichaam en in relatie tot psychische klachten. Ook: kennis van effect van roken op bestaande (comorbide) aandoeningen. Tevens kennis van korte- en lange-termijn effecten op gezondheid na smr (lichamelijk en psychisch)

³⁴ Dit schema is tot stand gekomen onder regie van de Long Alliantie Nederland (LAN) in samenspraak met de zorgverzekeraars, stoppen met roken aanbieders en het Partnership SMR.

	EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van interactie roken enerzijds en psychische/psychiatrische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek anderzijds; beïnvloeding van (stoppen met) roken op werking van bepaalde vormen van psychomedicatie waaronder antipsychotica. Tevens kennis van effect smr op psychische gezondheid.
1.3	Kennis hebben van effecten van roken op gezondheid van anderen : meerroken en derdehands rook.
1.4	Kennis hebben van toxicologie van tabaksrook en toevoeging sigaretten.
1.5	Kennis hebben van verslavingsgedrag t.a.v. roken: neurofysiologie/farmacodynamiek, verslavingscirkel, nicotineafhankelijkheid (Benowitz), koppelingen en ingesleten paden, dwangmatig handelen, ontkenningsgedrag, mythes en misvattingen (zoals minderen), terugval. Ook de mate van verslaving kunnen meten. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van verslavingsgedrag t.a.v. roken, specifiek t.a.v. GGZ /VZ populatie; o.a. eventuele bijkomende verslavingen en (daardoor) blijven vastzitten in verslavingspatroon, GGZ-gerelateerde mythes en misvattingen, terugvalpreventie.
1.6	Kennis hebben van korte- en lange-termijn ontwenningsverschijnselen als gevolg van stoppen met roken; lichamelijk en psychisch.
1.7	Kennis hebben van (effecten van) roken van andere (tabaks)producten : e-sigaret, verhitte tabak, waterpijp, sigaren. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning'.
1.8	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van (individuele) gedragmatig ondersteuning, en minimaal één vorm beheersen. Kennis hebben van de drie fasen bij gedragsmatige begeleiding: adviseren, motiveren, begeleiden. In de gedragsmatige behandeling dienen minimaal de volgende elementen aan bod te komen: – Functie van het roken bespreken; – Voordelen van stoppen en nadelen van doorroken; – Moeilijke momenten bespreken; – Stoppen voorbereiden (o.a. uitleggen hoe verslaving werkt, ontwenningsverschijnselen bespreken); – Stopplan maken; – Vervolgafpraak aanbieden; – Terugvalpreventie aanbieden. Op de hoogte en vaardig zijn in evidence-based (cognitief gedragsmatige) gesprekstechnieken. Leidend hierbij zijn de meest actuele versies van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van, en vaardig zijn in het toepassen van effectieve gedragsmatig smr-interventies specifiek voor GGZ /VZ populatie - bij voorkeur motiverende gespreksvoering of CGT.

	Specifiek aandacht voor omgevingsfactoren die samenhangen met psychische/psychiatrische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek, en mogelijk ook verband houden met rookgedrag (risico op terugval). Bijv. sociale factoren zoals betrekken thuissituatie, familie en huisgenoten. De aanpak van Positieve Gezondheid en de Community Reinforcement Approach zijn inspirerende voorbeelden. Deze twee benaderingen leggen de verbinding met andere domeinen, die zo extra prikkels kunnen leveren t.a.v. van smr. Kennis hebben van psycho-educatie over stopproces bij deze doelgroep: proces kan moeizamer verlopen, mogelijk meer ondersteuning nodig en meer stoppogingen (vaker terugval) voordat blijvend gestopt. Identificeren, voorkomen en bespreken van behandel pessimisme met de cliënt. Kennis hebben van de mogelijkheden van ADM beleid (alcohol, drugs en medicijnen) in bedrijven in het geval van multi-pele verslaving en disfunctioneren van werknemers op het werk. Deze kennis ook kunnen inzetten/overbrengen. Inschatting kunnen maken wanneer verwijzing nodig is.
1.9	Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van farmacologische behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken (medicatie op recept en/of nicotinevervangende middelen). Weten hoe deze farmacologische behandeling zich verhoudt tot de mate van verslaving en de geboden gedragsmatige ondersteuning. Kennis hebben van werking, gebruik, contra-indicaties en bijwerkingen van farmacologische behandeling. Leidend hierbij zijn (de meest actuele versies van) de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning', de Zorgstandaard Tabaksverslaving, de Professionele Standaard en overige door zorgverleners gehanteerde richtlijnen omtrent tabaksverslaving. EXTRA-Psychisch: – Kennis hebben van farmacokinetiek (effect van tabaksrook op de absorptie, omzetting en uitscheiding van medicatie) en farmacodynamiek (effect van tabaksrook op de werking van medicatie). – Kennis hebben van effectieve farmacologisch interventies specifiek voor GGZ /VZ populatie (NVM en medicijnen). – Kennis hebben van relevante, veel voorkomende medicatie-interacties. – Kennis hebben van metabolisme NVM bij medicatiegebruik. – Deze kennis ook kunnen inzetten/overbrengen. Inschatting kunnen maken wanneer verwijzing nodig is.
1.10	Basiskennis hebben van de relatie tussen bepaalde gezondheidsvaardigheden / sociaal economische positie en roken. Aandacht voor samenhang van de rookverslaving met evt. bredere (multi)problematiek, belang van aangepast taalgebruik, aangepast beeldmateriaal, creëren van vertrouwensband, verhogen van zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen.

2. COMMUNICATIE

In deze rol onderzoek je welke informatie je cliënt nodig heeft bij het smr-begeleidingsproces. In je communicatie houd je rekening met culturele achtergrond, taalbeheersing, begripsniveau en draagkracht van je cliënt en diens naasten. Oftewel: je “communiceert op maat”. Communiceren doe je niet alleen face-to-face, maar zo nodig ook online: je past technologische zorgondersteuning toe en biedt zorg op afstand, bijvoorbeeld via e-health.

Vereisten:

2.1	In staat zijn om tijdens het intakegesprek de benodigde informatie op te halen die nodig is voor een goede behandeling of eventuele doorverwijzing. O.a. over rookgedrag van een evt. partner en andere relevante naasten.
2.2	Kennis over epidemiologie, gezondheidsrisico's, effecten van roken op gezondheid van anderen, toevoegingen sigaretten, toxicologie van tabaksrook, verslavingsgedrag, ontwenningverschijnselen, de effecten van andere tabaksproducten en effectieve behandelmethoden op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen op de cliënt.
2.3	Een effectieve behandelrelatie met cliënt kunnen opbouwen: – Aansluiting maken, veiligheid bieden, vertrouwen creëren; – Betrokkenheid en empathie tonen; – Goed kunnen luisteren; – Nieuwsgierige houding aannemen; – Exploreren en honoreren van de prioriteiten en doelen van de cliënt (goal oriented care); – Effectief en begrijpelijk communiceren. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van de invloed die het gedrag van de psychisch/psychiatrisch comorbide cliënt kan hebben op de behandelrelatie en daarmee ook op het stopproces. Kunnen begrijpen waar, en hoe de aandoening/stoornis het proces beïnvloedt anders dan bij iemand zonder deze diagnose. Erkennen dat de ideale behandelrelatie misschien niet altijd mogelijk is, maar goed genoeg moet zijn om smr-begeleiding te geven. Ook aandachtig onderzoeken of een cliënt niet <u>wil</u> of niet <u>kan</u> en daar een proactieve houding in aannemen – d.w.z. niet zomaar invullen dat een cliënt niet wil.
2.4	Persoonsgericht communiceren met de cliënt teneinde basale persoonsgerichte zorg te bieden: – Respect tonen voor opvattingen, waarden en leefwijze van de cliënt; – Bewust zijn van, en terzijde schuiven van eigen vooroordelen, emoties en opvattingen; – Cultuursensitief communiceren; – Vragen naar sensitieve psychosociale factoren; – Oppikken en exploreren van contextuele cues; – Kunnen communiceren met laaggeletterden; – Op maat informeren met zo nodig adequate visuele ondersteuning; – Routinematig toepassen van de terugvraagmethode; – Cliënten motiveren en versterken in eigen kunnen. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van de invloed die het gedrag van de psychisch/psychiatrisch comorbide cliënt kan hebben op de onderlinge communicatie en daarmee ook op het stopproces. Kunnen

	begrijpen waar, en hoe de aandoening/stoornis de communicatie beïnvloedt anders dan bij iemand zonder deze diagnose.
2.5	Bekend zijn met, en kunnen verwijzen naar relevante en evidence-based zorg op afstand (zoals e-health) als evt. aanvulling op het persoonlijk contact of als verwijzing. EXTRA-Psychisch: Bekend zijn met, en kunnen verwijzen naar relevante en evidence-based zorg op afstand (e-health) geschikt voor GGZ /VZ populatie.
2.6	Bevorderen van zelfmanagement ; effectief samenwerken met cliënt vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming. Concreet: met de cliënt komen tot een gezamenlijk gedragen probleemdefinitie en gezamenlijke besluitvorming over het te voeren beleid.

3. SAMENWERKING

Als smr-begeleider werk je zelden alleen. Je probeert de smr-begeleiding altijd zo goed mogelijk af te stemmen met je cliënt en diens naasten. En je werkt samen met (andere) professionals uit de zorg en evt. andere disciplines. Je zorgt ervoor dat alle partijen de juiste informatie hebben, zodat de smr-begeleiding optimaal kan worden uitgevoerd.

Vereisten:

3.1	Interprofessioneel samenwerken rondom de cliënt (binnen en buiten eigen organisatie) met andere SMR-begeleiders en/of zorgverleners waarin de SMR-begeleider als autonome professional bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de SMR-zorg. Hierbij het belang benadrukken van de follow-up met het oog op risico van terugval, en terugkoppelen naar verwijzer met het oog op ketenzorg. EXTRA-Psychisch: Specifiek gericht op GGZ/VZ-netwerk.
3.2	Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden (sociale kaart). Bekend zijn met een evt. regionaal zorgpad smr-begeleiding en hiermee afstemmen. EXTRA-Psychisch: Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden t.a.v. smr-begeleiding GGZ /VZ populatie en toegang tot verslavingszorg waar ook psychische/psychiatrische patiënten terecht kunnen. Kennis hebben van de mogelijkheden die door de werkgever aan werknemers onder specifieke voorwaarden geboden kan worden via interventie door de bedrijfsarts.
3.3	In overleg met de cliënt bespreken wie als regiebehandelaar van het SMR-traject fungeert.
3.4	Adequaat kunnen verwijzen of samenwerken met extra aandacht bij: – Lichamelijke comorbiditeit; – Psychische/psychiatrische comorbiditeit en/of andere verslavingsproblematiek; – Zwangerschap of zwangerschapswens; – Benodigde inzet van medicatie. Om adequaat te kunnen verwijzen en samen te werken dient de SMR-coach bovenstaande punten te herkennen, de sociale kaart te kennen, andere professionals in zijn/haar netwerk kunnen benaderen en hier een warme overdracht te kunnen faciliteren. EXTRA-Psychisch:

	Weten wanneer en hoe er bij crisissignalering overgedragen wordt naar de huisarts (d.w.z. juiste observaties op de juiste manier kunnen overdragen, verwijssreden noemen). Samen kunnen werken met parallel lopende behandelingen. Kennis hebben van de regelingen van de Wet verbetering Poortwachter voor werknemers met het oog op samenloop van behandeling en re-integratie naar het werk.
--	---

4. KENNIS EN WETENSCHAP

In je werk als smr-begeleider is het van belang dat je altijd op zoek bent naar de best beschikbare onderbouwing voor je handelen: Evidence-based Practice (EBP). En die ook toepast in de praktijk. Je neemt periodiek deel aan intervisie met andere smr-begeleiders en zorgprofessionals. Waar mogelijk werk je mee aan onderzoek van (verpleegkundig) specialisten en onderzoekers. Zo werk je continu aan de ontwikkeling van je eigen deskundigheid én die van je collega's.

Vereisten:

4.1	Kritisch verwerken van informatie rondom roken, (alternatieve) tabaksproducten, stoppen met roken en behandelmethoden. Bewust zijn van wetenschappelijke evidentie die ten grondslag ligt aan de zorgstandaard en richtlijnen omtrent tabaksverslaving, en deze als zodanig kunnen toepassen. Weten dat deze informatie te vinden is op de websites van bijvoorbeeld RIVM en Trimbos-instituut.
-----	---

5. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

In de maatschappij verschuift de aandacht steeds meer van 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid'. Als smr-begeleider beïnvloedt je de leefstijl en het gezond gedrag van burgers en patiënten. En stelt daarbij altijd de wens van de zorgvrager voorop.

Vereisten:

5.1	Bekend zijn met preventieve maatregelen en ontwikkelingen t.a.v. SMR; op de hoogte zijn en blijven van Nederlandse wetgeving, tabaksontmoedigingsbeleid, acties en campagnes. EXTRA-Psychisch: Bekend zijn met preventieve maatregelen (beleid, acties, campagnes) t.a.v. GGZ /VZ populatie.
5.2	Bekend zijn met activiteiten en invloed van de tabaksindustrie .

6. ORGANISATIE

Als smr-begeleider kun je in uiteenlopende organisaties werken: grote ziekenhuizen, kleinschalige teams of als zzp'er. Waar je ook werkt, je hebt altijd een coördinerende rol. Je beslist over de zorg die je je cliënten verleent, zorgt voor een goede cliëntveiligheid en geeft leiding bij veranderingen.

Vereisten:

6.1	Zorgt voor een adequate patiëntenadministratie/-dossier dat zo is opgesteld dat het intern en extern overdraagbaar is.
6.2	Zorgdragen voor continuïteit van begeleiding in geval van ziekte of afwezigheid.

7. PROFESSIONALITEIT EN KWALITEIT

De smr-begeleiding die je verleent past binnen de geldende wet- en regelgeving. Je onderzoekt systematisch of deze begeleiding aan alle kwaliteitseisen voldoet, en waar nodig verbeter je de begeleiding.

Vereisten:

7.1	Verantwoordelijkheid tonen voor de kwaliteit van het eigen handelen, o.a. – Initiatief nemen in het voeren van regie over het eigen vakgebied vanuit een ondernemende, coachende en resultaatgerichte houding; – Kennis hebben van het juridisch kader waarin men handelt; – Waarborgen van beroepsgeheim en de privacy; – Structureel en systematisch vastleggen van MPS; – Keuze kunnen maken voor kwaliteitsindicatoren die men naast de MPS wil vastleggen; – Bekend zijn met, en kunnen toepassen van relevante ICT (intercollegiale toetsing). – AVG-proof communiceren (o.a. website, dossiervoering, schriftelijke toestemmingsverklaringen, zorg op afstand); – Periodiek (bijv. 2-jaarlijks) uitvoeren van evaluatie naar eigen professionele handelen, inzicht bieden in methode, uitkomsten en evt. vervolgacties.
7.2	Bekend met de kwaliteitseisen t.a.v. SMR-begeleiding en praktijkvoering, o.a. – Kan richting collega's en cliënten de grenzen aangeven van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid, en weet daarmee ook wanneer door te verwijzen, bijvoorbeeld naar de verslavingszorg; – Deskundigheidsbevordering door middel van bij- en nascholingen, vakliteratuur en overige activiteiten, o.a. intercollegiale intervisie; – Bekend zijn met het vergoedingensysteem van zorgverzekeraars t.a.v. SMR-begeleiding. Weten waar deze informatie te vinden is en de cliënt hierop kunnen attenderen. Leidend hierbij is de meest actuele versie van de Richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving en Stoppen met roken Ondersteuning'.

Bijlage 10 – Medicamenteuze behandeling en middelen

De volgende medicamenteuze 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 medicamenteuze middelen wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn², de Richtlijn Detoxificatie (Hoofdstuk 12, pag. 224), het Farmacotherapeutisch Kompas (<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>) en de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken.^{71,72,73} Hieronder staan enkele contra-indicaties genoemd, maar dit overzicht is niet volledig.

Type middel	Naam middel	Informatie	Gebruik
Nicotine vervangende middelen (1 ^e keus)	- Pleister - Zuig-tabletten - Kauwgom - Tablet voor onder de tong (sublinguaal) - Mondspray	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 wordt veelal bepaald op basis van het aantal dagelijks gerookte sigaretten, bij een grotere dagelijkse hoeveelheid sigaretten is een hoge startdosering effectiever. Het effect op het stoppen met roken is effectiever bij het gebruik van twee nicotinevervangende middelen, dan het gebruik van één middel. Bij voorkeur wordt een langer werkend middel (pleister) gecombineerd met een korter werkend (zuigtablet).
Andere medicatie ³⁵	Nortriptyline	Een tricyclisch antidepressivum. Het is niet geregistreerd als hulpmiddel bij het stoppen met roken, maar blijkt hiervoor wel effectief. Hoe Nortriptyline werkt bij tabaksverslaving 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 en jongvolwassenen circa de helft van de dosering voor volwassenen.
	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 de 2 ^e week. Begin dosering 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 maximaal 150 mg 1 dd. De behandelduur is 7-9 weken. Nadien de dosering afbouwen.
	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 nicotine geen bevrediging meer geeft.	De behandeling starten terwijl de patiënt nog rookt. Na 1–2 weken stoppen met roken. Begin dosering 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

³⁵ Nortriptyline, bupropion of varenicline zijn 2e keus, cytisinicline is 3^e keus.²

			ernstige nierfunctiestoornis de dosering verlagen tot maximaal 0,5–1 mg 1xdag. Eventueel afbouwen bij verhoogd risico op terugval.
	Cytisinicline	De werkzame stof cytisine in cytisinicline is vergelijkbaar met de werking van nicotine, maar heeft over het algemeen een zwakkere uitwerking. Cytisine voorkomt dat het mesolimbische dopaminesysteem volledig wordt geactiveerd door nicotine en zorgt voor een lichte toename van dopamine in de hersenen, waardoor de kernsymptomen van nicotineontwenning verschijnen worden verlicht.	Uiterlijk op dag 5 volledig stoppen met roken, in verband met bijwerkingen die te verwachten zijn bij doorgaan met roken. Behandeling volgens het schema: - Dag 1-3: Elke 2 uur 1 tablet, max 6 tabletten; - Dag 4-12: elke 2,5 uur 1 tablet, max 5 tabletten; - Dag 13-16: Elke 3 uur 1 tablet, max 4 tabletten; - Dag 17-20: Elke 5 uur 1 tablet, max 3 tabletten; - Dag 21-25: 1-2 tabletten per dag, max 2 tabletten.

Bijlage 11 – Flockhart Table: Overzicht van medicatie die gemetaboliseerd wordt via het CYP1A2-enzym en waarvoor mogelijk aanpassing nodig is wanneer er gestopt wordt met roken

Somatische medicatie	Psychofarmaca	Overig
Estradiol	Amitriptyline	Cafeïne
Naproxen	Clomipramine	
Nabumeton	Clozapine	
Ondansetron	Diazepam	
Propranolol	Duloxetine	
Ropinirol	Fluvoxamine	
Ropivacaïne	Haloperidol	
Theofylline	Imipramine	
Tizanidine	Olanzapine	
Verapamil		
Warfarine		
Zolmitriptan		

Voor updates van de Flockhart Table zie <https://drug-interactions.medicine.iu.edu/MainTable.aspx> . Zie ook de Richtlijn Detoxificatie (Hoofdstuk 12, pag. 224) en het handboek Farmacotherapie bij Verslavingen.^{74,115}

Neem bij twijfel of vragen contact op met een apotheker, verslavingsarts, behandelend psychiater of verpleegkundig specialist GGZ.

Bronnen

- ¹ Partnership Stop met Roken (2009). [Zorgmodule Stoppen met Roken 2009](#). Partnership Stop met Roken: Den Haag.
- ² Trimbos-instituut (2024). [Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving, Herziening 2024](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- ³ Bhatta & Glantz (2020), Parekh et al., (2020), Goniewicz et al., (2018), Shahab et al., (2017).
- ⁴ Van Lettow B, Wouters M, Sinnige J, van Stiphout C. E-Health, wat is dat? Den Haag: Nictiz; 2019.
- ⁵ <https://www.nhg.org/thema/digitale-zorg/visie-op-digitale-huisartsenzorg/digitalisering-e-health-digitale-huisartsenzorg-wat-is-het-verschil/>
- ⁶ RIVM (2023). *Wat is een e-sigaret?* www.rivm.nl/tabak/producten/wat-is-een-e-sigaret
- ⁷ Trimbos-instituut (2023). *Factsheet Elektronische sigaretten (vapes)*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁸ World Health Organization. *Health Literacy, the solid facts*. WHO 2013.
- ⁹ Trimbos-instituut (2016). [Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken begeleiding, herziening 2016](#). Trimbos-instituut, Utrecht.
- ¹⁰ Trimbos-instituut (2024). [Factsheet Meerroken – Update 2024](#). Trimbos-instituut, Utrecht.
- ¹¹ Heddema, S. van de Graaf, R., de Kleijn, M. & Croes, E. (2024). In iedere roker zit een stopper <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1963-in-iedere-roker-zit-een-stopper/>
- ¹² <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/verantwoording/definities> (geraadpleegd op 28 januari 2025)
- ¹³ Trimbos-instituut (2023). Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lagere sociaaleconomische positie. Trimbos-instituut: Utrecht. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/12/AF21291.pdf>
- ¹⁴ <https://www.rivm.nl/tabak/producten> (geraadpleegd op 11 februari 2025)
- ¹⁵ <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/#tabaksproducten> (geraadpleegd op 11 februari 2025)
- ¹⁶ Schellekens et al. (2021). Beschouw tabaksverslaving niet als leefstijl, maar als verslaving. Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5920
- ¹⁷ Vink J, Otten R. Waarom rook jij wel en ik niet? Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1243.
- ¹⁸ [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD\)](#) Geraadpleegd op 2 oktober 2024
- ¹⁹ [International Classification of Primary Care, 2nd edition \(ICPC-2\)](#) Geraadpleegd op 2 oktober 2024
- ²⁰ [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM-5-TR\)](#) Geraadpleegd op 2 oktober 2024
- ²¹ <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/roken/> Geraadpleegd op 13 november 2024.
- ²² Blas E, Sivasankara Kurup A & World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. 2010.
- ²³ <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/roken-een-aantal-feiten-op-een-rij/> Geraadpleegd op 13 november 2024.
- ²⁴ USDHHS (2014). [The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General](#). Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014.
- ²⁵ Chavannes, N.H., et al., NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts & Wetenschap, 2007. 50(7): p. 306-314.
- ²⁶ Russell, M.A.H., Nicotine intake and its control over smoking, in Nicotine psychopharmacology: molecular, cellular and behavioural aspects, S. Wonnacott, M.A.H. Russell, and I.P. Stolerman, Editors. 1990, Oxford University Press: Oxford.
- ²⁷ Schellekens et al. (2021). [Beschouw tabaksverslaving niet als leefstijl, maar als verslaving](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D5920

-
- ²⁸ Vink J, Otten R. Waarom rook jij wel en ik niet? Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1243.
- ²⁹ [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD\)](#) Geraadpleegd op 18 december 2023.
- ³⁰ [International Classification of Primary Care, 2nd edition \(ICPC-2\)](#) Geraadpleegd op 18 december 2023.
- ³¹ [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM-5-TR\)](#) Geraadpleegd op 18 december 2023.
- ³² Heishman, S.J., What aspects of human performance are truly enhanced by nicotine? Addiction, 1998. 93: p. 317-320.
- ³³ Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, Factsheet effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status. 2017, Trimbos-instituut: Utrecht.
- ³⁴ Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, Factsheet Roken onder volwassenen. Kerncijfers 2016. 2017, Trimbos-instituut: Utrecht.
- ³⁵ <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/soms-is-roken-beter>
- ³⁶ Pisinger, C., et al., Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. Preventive Medicine, 2011. 52(1): p. 48-52.
- ³⁷ Buczkowski, K., et al., Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. Patient Prefer Adherence, 2014. 8: p. 1353-63.
- ³⁸ <https://www.vzinfo.nl/roken/gevolgen> Geraadpleegd: 21 oktober 2024.
- ³⁹ Lanting, C., Eekhout, I. & Lebbink, E.K. (2023). Bijdrage van leefstijl, leefomgeving, infecties en reproductie aan kanker in Nederland. <https://repository.tno.nl/SingleDoc?find=UID%2065402023-5892-4abb-b559-7615d6f7ce85> (geraadpleegd op 28 januari 2025).
- ⁴⁰ <https://publications.tno.nl/publication/34641564/rHVTHy/TNO-2023-R11649.pdf>
- ⁴¹ Dai, X., Health effects associated with smoking: a Burden of Proof study (2022)
- ⁴² Morris, P.B., Cardiovascular Effects of Exposure to Cigarette Smoke and Electronic Cigarettes: Clinical Perspectives From the Prevention of Cardiovascular Disease Section Leadership Council and Early Career Councils of the American College of Cardiology (2015)
- ⁴³ Action on Smoking and Health (ASH), ASH Research Report: Asthma and smoking (2015)
- ⁴⁴ Royal College of Physicians (2018), Hiding in plain sight: Treating tobacco dependency in the NHS
- ⁴⁵ WHO, Tobacco and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD; 2023)
- ⁴⁶ Trimbos-instituut (2024). Factsheet Rookvrij zwanger worden: Literatuuroverzicht van de risico's van roken in de periconceptieperiode. Trimbos-instituut: Utrecht.
- ⁴⁷ Trimbos-instituut (2020). Meerroken door kinderen: feiten en cijfers 2020. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/05/INF119-Meerroken-door-kinderen.pdf>
- ⁴⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/vraag-en-antwoord/risicos-van-roken-en-meerroken>
- ⁴⁹ Trimbos-instituut and Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2021. 2021, Trimbos-instituut: Den Haag.
- ⁵⁰ RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. 2018, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
- ⁵¹ <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/roken-een-aantal-feiten-op-een-rij/#Babysterftedoorrokenmoeder>
- ⁵² <https://www.vzinfo.nl/roken/ziektelast> Geraadpleegd: 28 januari 2025
- ⁵³ Forecasting the effects of smoking prevalence scenarios on years of life lost and life expectancy from 2022 to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 Bryazka, Dana et al. The Lancet Public Health, Volume 9, Issue 10, e729 - e744
- ⁵⁴ Doll, R., et al., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ, 2004. 309: p. 901-911.

-
- ⁵⁵ Reep van den Bergh, C.M.M., P.P.M. Harteloh, and E.A. Croes, Leading cause of death in young Dutch people: the cigarette. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2017. 161: p. D1991-D1991.
- ⁵⁶ <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Doodsoorzakenstatistiek>
- ⁵⁷ https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/sites/default/files/2024-11/20241114%20Methodenbeschrijving%20Trendscenario%20TV-2024_0.pdf
- ⁵⁸ Trimbos-instituut (2023). Factsheet Elektronische sigaretten (vapes). Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁵⁹ National Academies of Science, Engineering, and Medicine (NASEM; 2018). Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC.
- ⁶⁰ Trimbos-instituut (2024a). Kerncijfers roken 2023, met cijfers afkomstig uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2024. *Geraadpleegd op: 4 september 2024*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁶¹ Trimbos-instituut (2024b). Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Vape, snus en waterpijp. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/vape-snus-en-waterpijp/vape-esigaret/#methode>. *Geraadpleegd op: 4 september 2024*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁶² McGrath-Morrow, Sharon A. et al. 2020. "The Effects of Nicotine on Development." *Pediatrics* 145(3). doi:10.1542/peds.2019-1346.
- ⁶³ Colyer-Patel, Karis et al. 2023. "Age-Dependent Effects of Tobacco Smoke and Nicotine on Cognition and the Brain: A Systematic Review of the Human and Animal Literature Comparing Adolescents and Adults." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 146(August 2022): 105038. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105038.
- ⁶⁴ Laviolette, Steven R. 2021. "Exploring the Impact of Adolescent Exposure to Cannabinoids and Nicotine on Psychiatric Risk: Insights from Translational Animal Models." *Psychological Medicine* 51(6): 940–47. doi:10.1017/S0033291719003325.
- ⁶⁵ Castro, Emily M., Shahradd Lotfipour, and Frances M. Leslie. 2023. "Nicotine on the Developing Brain." *Pharmacological Research* 190(December 2022): 106716. doi:10.1016/j.phrs.2023.106716.
- ⁶⁶ Smith, Robert F et al. 2015. "Adolescent Nicotine Induces Persisting Changes in Development of Neural Connectivity." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 55: 432–43. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.05.019.
- ⁶⁷ Steinfeld, Michael R., and Mary M. Torregrossa. 2023. "Consequences of Adolescent Drug Use." *Translational Psychiatry* 13(1): 1–22. doi:10.1038/s41398-023-02590-4.
- ⁶⁸ Pierce JP, Chen R, Leas EC, et al. (2001). Use of E-cigarettes and Other Tobacco Products and Progression to Daily Cigarette Smoking. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2):e2020025122. doi: 10.1542/peds.2020-025122. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33431589; PMCID: PMC7849197.
- ⁶⁹ ZonMw, Standaard voor Zorgstandaarden: een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische aandoeningen. 2009, Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw Diseasemanagement chronische aandoeningen: Den Haag.
- ⁷⁰ Addendum werkgroep, Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen: Addendum bij de richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning (Herziening 2016)". 2017, Trimbos-instituut: Utrecht.
- ⁷¹ Nederlands Huisartsen Genootschap (2024). NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken, 2024. <https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/stoppen-met-roken>. *Geraadpleegd: 18 oktober 2024*.
- ⁷² Verduijn, M., Artsen spelen een grote rol bij stoppen met roken. *Herziening Behandelrichtlijn Stoppen met roken*. Huisarts & Wetenschap, 2018. 61(1): p. 48-49.
- ⁷³ De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Zelfzorgstandaard Stoppen met roken, in Standaarden voor Zelfzorg, 5e druk. 2008, De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie: Den Haag.

-
- ⁷⁴ Stichting Resultaten Scoren - Kenniscentrum Verslaving, Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen: Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. 2016, Stichting Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving, Amersfoort.
- ⁷⁵ <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/wie-mogen-geneesmiddelen-voorschrijven>
- ⁷⁶ Trimbos-instituut (2021). E-healthinterventies bij stoppen met roken. Trimbos-instituut: Utrecht.
- ⁷⁷ Trimbos-instituut (2024). Stoppen met roken apps. <https://www.ikstopnu.nl/vraag-en-antwoord/online-hulp/beste-stoppen-met-roken-apps/>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ⁷⁸ Cheng, C.C.W., He, W.J.A., Gouda, H. et al. Effectiveness of Very Brief Advice on Tobacco Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. J GEN INTERN MED 39, 1721–1734 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08786-8>
- ⁷⁹ Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4. Accessed 06 November 2024.
- ⁸⁰ Trimbos-instituut (2024). VBA+: advies- en verwijsmethode. <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/stoppen-met-rokenzorg-in-stappen/advies-en-verwijsmethode/> Geraadpleegd: 6 november 2024.
- ⁸¹ Trimbos-instituut (2024). Factsheet Rookstopadviesmethoden. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/factsheet-rookstopadviesmethoden/>. Trimbos-instituut: Utrecht.
- ⁸² <https://www.movisie.nl/tool/cirkel-gedragsverandering>
- ⁸³ World Health Organization (2014). Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf
- ⁸⁴ Fiore, M.C., et al., Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. 2000, US Department of Health and Human Services. Public Health Service: Rockville, MD.
- ⁸⁵ <https://branchevereniging-smr.nl/>
- ⁸⁶ <https://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/>
- ⁸⁷ <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach>
- ⁸⁸ <https://www.verslavingskundenederland.nl/>
- ⁸⁹ <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/pfg79060-stoppen-op-jouw-manier/>
- ⁹⁰ <https://www.nederlandstopt.nu/>
- ⁹¹ <https://www.ikstopnu.nl/stopplan/>
- ⁹² Trimbos-instituut (2024). [Factsheet Terugval voorkomen na het stoppen met roken](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- ⁹³ Hughes, J.R., J. Keely, and S. Naud, Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction, 2004. 99: p. 29-38.
- ⁹⁴ Hughes, J.R., E.N. Peters, and S. Naud, Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. Addictive Behaviors, 2008. 33: p. 1516-1520.
- ⁹⁵ Pierce, J. and E. Gilpin, A minimum 6-month prolonged abstinence should be required for evaluating smoking cessation trials. Nicotine Tob Res, 2003. 5: p. 151-153.
- ⁹⁶ Lando HA, Pirie PL, Roski J., McGovern PG, Schmid LA. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: the effect of telephone support. Am J Public Health 1996;86 (12):1786
- ⁹⁷ <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/06/AF2181-Terugval-voorkomen-na-het-stoppen-met-roken.pdf>
- ⁹⁸ <https://begineengoedegesprek.nl/hallo-patient/samen-beslissen>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ⁹⁹ https://richtlijnen database.nl/richtlijn/tabaks-en-nicotineverslaving/praktijksettings_en-doelgroepen/huisartsenpraktijk.html

-
- ¹⁰⁰ Pieterse et al. (2001). Effectiveness of a Minimal Contact Smoking Cessation Program for Dutch General Practitioners: A Randomized Controlled Trial. *Preventive Medicine* 32, 182–190 (2001)
- ¹⁰¹ Trimbos-instituut (2023). Stoppen met roken begeleiding: Een verkenning van de huidige praktijk en aanbevelingen. Ongepubliceerd document
- ¹⁰² Kabiz (2024). Basisvereisten Kwaliteitsregister voor SMR-begeleiders
<https://www.kabiz.nl/Documenten/Competentieprofiel%20basis%20def.pdf>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹⁰³ <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/rookvrij-beleid/rookbeleid-in-organisaties/stoppen-met-rokenondersteuning-op-het-werk/>
- ¹⁰⁴ Kabiz (2024). Basisvereisten Kwaliteitsregister voor SMR-begeleiders van zwangeren (en partners) en cliënten/stellen met een kindervens.
<https://www.kabiz.nl/SiteAssets/Lists/Infotem/AllItems/Competentieprofiel%20zwanger%20def.pdf>, Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹⁰⁵ Kabiz (2024). Basisvereisten Kwaliteitsregister voor SMR-begeleiders van cliënten met psychische/psychiatrische comorbiditeit.
<https://www.kabiz.nl/Documenten/Competentieprofiel%20Psychische%20comorbiditeit.pdf>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹⁰⁶ Lommerse, I. (2028). Beloning voor stoppen met roken werkt. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2018;162:C4069.
<https://www.ntvg.nl/artikelen/beloning-voor-stoppen-met-roken-werkt>
- ¹⁰⁷ Trimbos-instituut (2019). [CO-meter: een motiverend hulpmiddel voor zwangere vrouwen om te stoppen met roken](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- ¹⁰⁸ Campbell, K. A., Cooper, S., Fahy, S. J., Bowker, K., Leonardi-Bee, J., McEwen, A., ... & Coleman, T. (2017). 'Opt-out' referrals after identifying pregnant smokers using exhaled air carbon monoxide: Impact on engagement with smoking cessation support. *Tobacco control*, 26, 300-306. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052662.
- ¹⁰⁹ Vasthare, R., Kumar, S., & Arron, L. Y. R. (2018). Carbon monoxide breath analyzers and its role in tobacco cessation: A narrative review of literature. *Journal of International Oral Health*, 10, 71-76. doi: 10.4103/jioh.jioh_273_17.
- ¹¹⁰ Reynolds, C. M. E., Egan, B., Kennedy, R. A., O'Malley, E. G., Sheehan, S. R., & Turner, M. J. (2018). A prospective, observational study investigating the use of carbon monoxide screening to identify maternal smoking in a large university hospital in Ireland. *BMJ open*, 8, 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2018-022089.
- ¹¹¹ Farmaceutisch Kompas (2024). <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/> Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹¹² ZonMw (2025). Therapietrouw. <https://www.zonmw.nl/nl/therapietrouw> Geraadpleegd: 16 april 2025.
- ¹¹³ Kennisinstituut V&VN (2025). Medicatietrouw.
<https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/medicatietrouw/> Geraadpleegd: 16 april 2025.
- ¹¹⁴ De Wildt, W. and R.C. Van de Graaf, Addendum tabaksverslaving. Bij het behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken. 2019, Stichting Resultaten Scoren - Kenniscentrum Verslaving: Amersfoort.
- ¹¹⁵ Bouvy, M.L., H. Buurma, and A.C.G. Egberts, Determinants for successful smoking cessation with bupropion in daily practice. *Pharm World Sci*, 2003. 25(5): p. 207-211.
- ¹¹⁶ Platform Vitale Vaten, Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement. 2013, Platform Vitale Vaten: Den Haag.
- ¹¹⁷ Tromp-Beelen, P.G., E.A. Croes, and R.C. Van de Graaf, Tabak, in *Farmacotherapie bij verslaving*, W. Van den Brink, et al., Editors. 2018, Prelum: Houten.

-
- ¹¹⁸ Trimbos-instituut (2024). [ikstopnu.nl](https://www.ikstopnu.nl) - Stoppen met roken of vaperen: tips, advies en motivatie
Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹¹⁹ Trimbos-instituut (2024). <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak> Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²⁰ Trimbos-instituut (2024). Platform Stoppen met Roken. <https://platformsmr.nl/> Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²¹ <https://www.ikstopnu.nl/hulp-nodig/stoplijn/>
- ¹²² <https://www.ikstopnu.nl/rookvrijeouders>
- ¹²³ Kabiz (2024). Erkende basisopleidingen SMR.
<https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²⁴ Kabiz (2024). Erkende Stoppen-met-rokeninterventies.
<https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach&info=erkende-interventies>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²⁵ Kabiz (2024). Competenties SMR-coaches.
<https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach&info=competenties>. Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²⁶ Kabiz (2024). Erkende Stoppen-met-rokeninterventies.
<https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach&info=erkende-interventies> Geraadpleegd: 18 oktober 2024.
- ¹²⁷ <https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/roken/>
- ¹²⁸ West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005;100(3):299-303. [DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x]
- ¹²⁹ Long Alliantie Nederland (LAN), Zorgstandaard COPD. 2016, Long Alliantie Nederland: Amersfoort.
- ¹³⁰ Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), Zorgstandaard Diabetes. 2015, Nederlandse Diabetes Federatie: Amersfoort.
- ¹³¹ Platform Vitale Vaten, Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement. 2013, Platform Vitale Vaten: Den Haag.
- ¹³² Long Alliantie Nederland (LAN), Zorgstandaard astma Volwassenen. 2012, Long Alliantie Nederland: Amersfoort.
- ¹³³ Partnership Overgewicht Nederland, Zorgstandaard Obesitas. 2011, Partnership Overgewicht Nederland: Nijmegen.
- ¹³⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap, Praktijkhandleiding Leefstijl.
<https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/> Geraadpleegd: 13 november 2024.
- ¹³⁵ Nederlands Huisartsen Genootschap, Praktijkhandleiding leefstijl: Roken.
<https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/roken/> Geraadpleegd: 13 november 2024.
- ¹³⁶ Meijer, E., R.M.J.J. Van der Kleij, and N.H. Chavannes, Facilitating smoking cessation in patients who smoke: A large-scale cross-sectional comparison of fourteen groups of healthcare professionals. Manuscript submitted for publication, 2018.
- ¹³⁷ Meijer, E., et al., Determinants of providing smoking cessation care in five groups of healthcare professionals: A cross-sectional comparison. Manuscript submitted for publication, 2018.
- ¹³⁸ Meijer, E., et al., Optimizing smoking cessation guideline implementation using text-messages and summary-sheets: a mixed-method evaluation. Manuscript submitted for publication, 2018.
- ¹³⁹ <https://www.thuisarts.nl/file/2624/download>
- ¹⁴⁰ American Psychiatric Association, Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). 2014, Amsterdam: Boom Uitgevers.
- ¹⁴¹ RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Roken. De determinant, gezondheidsgevolgen en oorzaken. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? 2009; Beschikbaar via:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1208n19085.html

