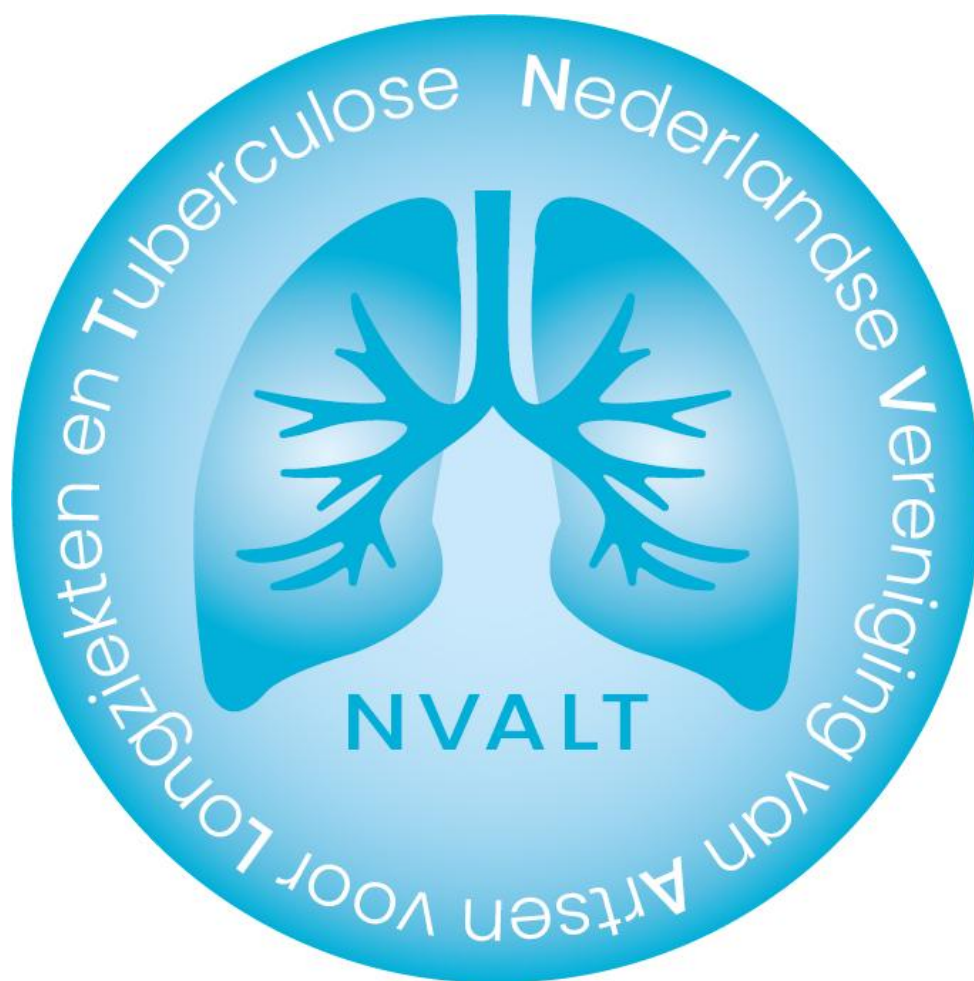


# Implementatietoolbox “SMR in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten in de tweedelijnszorg”

April 2026



## COLOFON

### *INITIATIEF*

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

### *IN SAMENWERKING MET*

Nederlandse Internisten Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie

Trimbos-instituut

### *MET ONDERSTEUNING VAN*

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

### *FINANCIERING*

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

## Werkgroep Implementatietools

De implementatietoolbox is ontwikkeld door een werkgroep die is samengesteld uit verschillende deskundigen op het gebied van stoppen met roken binnen de tweedelijnszorg. De klankbordgroep heeft een ondersteunende rol gespeeld bij het ontwikkelen van de implementatietoolbox. De leden van deze werk- en klankbordgroep zijn afgevaardigden van de organisaties waaraan zij zijn verbonden.

### Werkgroep

- D.P.M. (Debby) van den Bogaert, longarts, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) (voorzitter werkgroep)
- B. (Ben) Tomlow, longarts, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) (vice-voorzitter werkgroep)
- R.J. (Remco) Boksem, beleidsmedewerker, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- M. (Maurits) van der Veen, cardioloog, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- I. (Iris) Kramer, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
- A. (Annemarie) Kan, campagne strateeg, Trimbos-instituut
- K. (Karin) Kaasjager, professor acute interne geneeskunde, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- L.R.C.W. (Luc) van Lonkhuijzen, gynaecoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- W.A.J. (Joep) Teijink, chirurg, Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) – onderdeel van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

### Klankbordgroep

- L.J. (Leonieke) Breunis, kinderarts, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- S. (Sander) Koëter, orthopeed, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- N.M.C. (Nelleke) Torrena-Sieling, verpleegkundig specialist, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- A.J. (Jorianne) de Nie, vaatchirurg, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- D. (Dominique) Bolhoven, Physician Assistant namens NAPA

### Advisering Handboek

Florien Ham, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

# Inhoudsopgave

<b>Werkgroep Implementatietools .....</b>	<b>3</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>5</b>
<b>De implementatietoolbox .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Startpakket voor ambassadeurs.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Webinar .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Stoppen-met-roken Ambassadeurs.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Verwijsmogelijkheden (binnen het EPD) .....</b>	<b>7</b>
<i>Bijlage 1. Totstandkoming .....</i>	<i>8</i>
<i>Bijlage 2. Resultaten enquête .....</i>	<i>13</i>
<i>Bijlage 3. Voorbeeld externe verwijzing via EPIC .....</i>	<i>14</i>
<b>Literatuur .....</b>	<b>17</b>

## Inleiding

### *Aanleiding voor de toolbox*

Op 5 maart 2024 presenteerde de NVALT in samenwerking met het Trimbos het [Handboek Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten](#). Het opzetten van stop-roken-zorg kent een aantal uitdagingen, waardoor het in veel ziekenhuizen nog niet goed geregeld is.

In dit handboek staan praktische adviezen voor het opzetten van een goede stoppen-met-rokeninfrastructuur binnen een ziekenhuis, met betrekking tot organisatie, logistiek en financiering. De adviezen in dit handboek zijn gebaseerd op best practices. Bijvoorbeeld het aanstellen van een stoppen-met-rokenconsulent, het opzetten van een rookstoppoli en het opnemen van de rookstatus in het elektronisch patiëntendossier. In dit project hebben wij uiteindelijk gekozen implementatietools te ontwikkelen voor ambassadeurs om het handboek in de praktijk makkelijk en goed te implementeren en onderdeel te laten worden van het dagelijks handelen van elke zorgverlener.

### *Afbakening van het project*

Het project bestaat uit de ontwikkeling van een toolbox ter ondersteuning van de implementatie van het [Handboek Stoppen-met-rokenzorg in het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten](#). De inzet en evaluatie van de toolbox in de praktijk valt buiten het kader van dit project.

### *Beoogde gebruikers van de toolbox*

Deze toolbox is geschreven voor alle zorgverleners die te maken krijgen met stoppen-met-rokenzorg. In het bijzonder richt de toolbox zich op lokale stoppen-met-rokenambassadeurs. Het doel is hen te voorzien van praktische informatie en handvatten om stoppen-met-rokenzorg lokaal te implementeren en te borgen.

## De implementatietoolbox

De implementatietoolbox bestaat uit vier implementatiestrategieën. De totstandkoming van de toolbox is te vinden in [Bijlage 1](#).

### 1. Startpakket voor ambassadeurs

Omdat ambassadeurs centraal staan in deze toolbox is er een startpakket ontwikkeld, bestaande uit:

- Kerndocument, met als doel om ambassadeurs meer inzichten te geven in de organisatie van stoppen-met-roken zorg, onder andere verwijsmogelijkheden, voorbeelden van best-practices, financiële kaders en praktische tips. Het kerndocument is gepubliceerd op de website van het Trimbos-instituut (zie [Link](#)) en van de NVALT (zie [Link](#)).
- PowerPointpresentatie met als doel om collega's te enthousiasmeren en/of communicatiecampagnes op te zetten op ziekenhuis-breed niveau. De presentatie is gepubliceerd op de website van de NVALT (zie [Link](#)).

### 2. Webinar

Op 15 april 2026 werd gratis-toegankelijke interactieve webinar over Stoppen met roken in de medisch specialistische praktijk georganiseerd. Tijdens het webinar worden praktische adviezen gegeven voor het opzetten en inbedden van (toeleiding tot) stoppen-met-rokenzorg binnen de ziekenhuissetting. De primaire doelgroep zijn de ambassadeurs of potentiële ambassadeurs, maar is voor iedereen toegankelijk. Zo is de uitnodiging ook gedeeld binnen de V&VN en het NAPA. Het webinar werd geaccrediteerd voor longartsen, internisten en cardiologen. Er was veel interesse in het webinar. Zo waren er 84 aanmeldingen en uiteindelijk 49 deelnemers live aanwezig. De opname van het webinar is voor iedereen toegankelijk op de website van de NVALT (zie [Link](#)).

### 3. Stoppen-met-roken Ambassadeurs

Ambassadeurs spelen een cruciale rol in de duurzame implementatie van stoppen-met-rokenzorg binnen ziekenhuizen. Implementatieonderzoek laat zien dat gedragsverandering in de klinische praktijk vooral tot stand komt wanneer er lokale aanspreekpunten zijn die het onderwerp structureel onder de aandacht brengen en collega's ondersteunen (Maritim, 2019). Lokale ambassadeurs kennen de context van zijn/haar ziekenhuis en kan daarom maatwerk bieden. Daarnaast zorgen ambassadeurs voor zichtbaarheid, continuïteit en kunnen ambassadeurs fungeren als rolmodel voor collega's die ook in de praktijk staan.

Het identificeren van lokale ambassadeurs (*champions*) is een veelgebruikte strategie binnen de literatuur (Powell, 20150). Daarom is dit project gestart met het in kaart brengen van stoppen-met-roken ambassadeurs en de huidige situatie rondom stoppen-met-roken zorg middels een enquête die is uitgezet bij alle contactpersonen Preventie van de NVALT in Nederlandse ziekenhuizen. Er is gekozen om primair deze groep te benaderen omdat deze lijst beschikbaar was. Een ambassadeur kan echter elke zorgmedewerker in een keten zijn. De resultaten zijn te vinden in [Bijlage 2](#).

Als uitkomst van deze inventarisatie is het streven om een netwerk te vormen van lokale ambassadeurs, en dit netwerk uit te breiden naar een stoppen-met-roken ambassadeur in

ieder ziekenhuis. Dit netwerk wordt gefaciliteerd door de werkgroep Preventie van de NVALT.

#### 4. Verwijsmogelijkheden (binnen het EPD)

Het aanbieden van stoppen-met-roken zorg per ziekenhuis anders geregeld. Zo kan het ene ziekenhuis met één druk op de knop in het EPD verwijzen naar stoppen-met-roken aanbieders buiten het ziekenhuis, waar in het andere ziekenhuis verwijzing plaatsvindt via een tussenpersoon binnen het ziekenhuis (bijv. een stoppen-met-roken consulent of een leefstijlzorgloket). Ook zijn er lokale verschillen in het aanbod van stoppen-met-roken zorg en is de inrichting van deze zorg afhankelijk van de mogelijkheden van de lokale EPD aanbieder. Zo biedt EPIC de mogelijkheid om een directe verwijzing te doen naar een stop-roken aanbieder buiten het ziekenhuis, terwijl dit (nog) niet mogelijk is in HiX. Daarom is er in kaart gebracht wat de verschillende mogelijkheden zijn om stoppen-met-roken zorg in jouw ziekenhuis te implementeren. Deze mogelijkheden staan hieronder kort beschreven, en zijn verwerkt in het Kerndocument voor ambassadeurs en het Webinar:

- Interne verwijzing naar een stoppen-met-rokenpoli, waar professionele begeleiding en zorg wordt geboden aan patiënten die willen stoppen met roken, kan in alle ziekenhuis-EPD's (Epic, HiX, Nexus) worden ingericht via een ICC of interne order.
- Interne verwijzing naar een SMR-consulent of leefstijlzorgloket kan in alle ziekenhuis-EPD's (Epic, HiX, Nexus) worden ingericht via een intercollegiaal consult (ICC) of interne order. Een SMR-consulent (vaak een verpleegkundige) begeleidt patiënten bij het vinden van passende stoppen-met-rokenzorg. Binnen het leefstijlzorgloket wordt een bredere intake gedaan op leefstijl, waaronder roken, waarna een leefstijlzorgcoördinator samen met de patiënt passende zorg organiseert. In beide gevallen vindt een warme verwijzing plaats naar een programma of zorgverlener in de woonomgeving van de patiënt of naar een digitaal aanbod (op basis van patiëntvoorkeur).
- Externe verwijzing naar aanbieder voor stop-roken-begeleiding buiten het ziekenhuis, zoals [SineFuma](#), [WeQuit](#) en [Rookvrij en Fitter](#), bijvoorbeeld door middel van een verwijsknop in het EPD, via een digitale koppeling (op aanvraag vanuit het ziekenhuis, bijv. DigiH) of via de huisarts. In [Bijlage 5](#) is een voorbeeld te vinden van een uitgewerkt verwijssysteem in EPIC.

## Bijlage 1. Totstandkoming

De toolbox is tot stand gekomen door een multidisciplinaire werkgroep van specialisten die betrokken zijn bij de implementatie van stoppen met roken-zorg in de tweedelij. Er is gewerkt volgens een gestructureerde, evidence-based benadering voor implementatie. Hierbij is *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* framework voor implementatie (Damschroder, 2009) als volgt toegepast:

- Inventarisatie van de bevorderende en belemmerende factoren door middel van een brainstormsessie met de werkgroep en een schriftelijke uitvraag van bevorderende en belemmerende factoren bij de klankbordgroep door middel van een contextanalyse, om de volgende domeinen te onderscheiden:
  - Kenmerken van de interventie zelf (het handboek),
  - Kenmerken van de interne omgeving (ziekenhuis),
  - Kenmerken van de externe omgeving (buiten het ziekenhuis),
  - Kenmerken van individuen (patiënten en zorgverleners),
  - Kenmerken van het implementatieproces.
- Prioritering  
De opgehaalde factoren zijn door zowel de werkgroep als de klankbordgroep geprioriteerd op relevantie, impact en oplosbaarheid (zie Tabel 1).
- Ontwikkeling implementatiestrategieën  
Tijdens een werkgroepbijeenkomst zijn de geprioriteerde factoren gekoppeld aan zogenaamde implementatiestrategieën met behulp van de Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) Matching Tool (Powell, 2015) (zie Tabel 2).
- Uitwerking implementatiestrategieën  
Na het vaststellen van de implementatiestrategieën is de werkgroep onderverdeeld in subgroepen van 2 à 3 leden per strategie voor de uitwerking van de strategie.
- Commentaarronde  
De concept-toolbox is voor commentaar voorgelegd aan de klankbordgroep. De ontvangen feedback is verwerkt door de werkgroep, waarna de definitieve toolbox is vastgesteld.

Tabel 1. Overzicht bevorderende en belemmerde factoren en prioritering<sup>1</sup>

Domein <sup>2</sup>	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<b>Interventie (het Handboek)</b>	Beschikbaarheid handboek	Geen blauwdruk aanwezig voor implementatie.
	Implementatietools: VBA+ en doorverwijstools.	Geen stappenplan aanwezig.
	Verschaft duidelijkheid over verschillende ziekenhuissettingen (IC, poli, SEH, etc.)	Een Handboek klinkt "groot" en als veel werk.
	Integratie met bestaande systemen voor doorverwijzing (EPD: EPIC/HIX/NEXUS).	Veel aanbieders werken nog niet in andere talen dan het Nederlands (is wel in ontwikkeling).
<b>Interne omgeving (ziekenhuis)</b>	Ontwikkelingen leefstijlorgeloketten.	Financiering voor SMR-coaches.
	Steeds meer SMR-consulenten.	Netwerk voor verwijzing binnen het ziekenhuis is onduidelijk.
	Verwijzing kan eenvoudig zijn (knop in EPD)	Er wordt geen terugkoppeling gedaan naar de verwijzend zorgverlener.
	Lokale ambassadeurs (niet alleen vanuit de NVALT) bevorderen actie.	Er is geen infrastructuur ingericht voor SMR-zorg.
	Een medische ingreep (operatie) is een belangrijke 'teachable moment'	
	Integratie met leefstijlorgeloketten.	Ziekenhuiscultuur is gericht op medische behandelingen.
	IT systemen kunnen verbeterd worden	
Verpleegkundig specialist, PA en de longverpleegkundige heeft een effectieve rol (warme overdracht)	Verschillende IT-systemen tussen organisaties en de bijkomende kosten.	
<b>Externe omgeving (buiten het ziekenhuis)</b>	Draagvlak vanuit koepelorganisaties (NFU/NVZ en het Trimbos-instituut).	Regionale verschillen in beschikbaarheid stoprookzorg.
	Staatssecretaris is benaderbaar voor lobby preventieve zorg	Gebrek aan patiëntlobby / communicatiecampagne.
	Aandacht voor stoppen met roken zorg in de opleiding.	Terughoudendheid van zorgverzekeraars (ZN) m.b.t. financiering.
	Steeds minder verkooppunten en rookvrije omgevingen.	Terughoudendheid van NAPA en V&VN m.b.t. mandatering.
	Steeds betere samenwerking met ketenpartners (huisartsen, praktijkondersteuners, rookstop-aanbieders).	Terughoudendheid FMS (niet alle WV'en konden aansluiten bij dit project).
		Toename SMR-consulenten , ook particuliere bureau's
		Kwaliteit stop roken zorg is niet geborgd
	Het aantal stoppen met roken pogingen dat wordt vergoed is omhooggegaan van 1 tot 3 per jaar (vanaf 1/1/2026 waarschijnlijk).	Stoppen met roken programma's sluiten niet altijd aan bij de timing van de medische behandeling (wachttijd) of de inhoud van het programma (meer dan alleen roken)
Samenwerking met Rookstopzorg van het Trimbos-Instituut.		
Initiatief online-bijeenkomst voor ambassadeurs vanuit de NVZ (in samenwerking met Leon van der Toorn en Remco Djamin)		

	Er komen criteria voor de kwaliteit van stoppen met roken zorg vanuit het kwaliteitsregister.	Invoeden van de omgeving werken negatief in kwetsbare wijken.
<b>Individen (zorgverleners en patiënten)</b>	Intrinsieke motivatie bij jonge zorgverleners / artsen in opleiding.	Gebrek aan (ervaren) tijd bij zorgverleners Patiënten willen er niet over praten
	Mogelijkheden voor awareness via symposia / webinars.	Gebrek aan kennis bij zorgverleners.
	Kennis m.b.t. motiverende gespreksvoering aanwezig in de werkgroep (bij Iris Kramer – Trimbos en bij prof Andrea Evers – LUMC	Gebrek aan sense of urgency bij zorgverleners en managers.
	Belangrijke rol weggelegd voor Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) voor patiëntenlobby.	Patiënten zien het nut niet (altijd) in.
	Bewijs over effectiviteit (uit Ede) werkt motiverend voor zorgverleners.	Patiënten in lage sociaaleconomische posities hebben veel stress. Zorgverleners weten niet goed waarheen ze betrouwbaar kunnen verwijzen en in sommige regio's is er ook nog geen goede SMR zorg. Het zelf uitzoeken en opzetten wordt als een grote drempel ervaren en is door het handboek niet minder geworden.
	Te gebruiken door artsen, assistenten, verpleegkundigen etc.	Nicotineverslaving is een moeilijk te behandelen ziekte. Stoppen is heel lastig.
	Zorgverleners zien zichzelf als motivator (invloed gedragsverandering).	Het aantal nicotineverslaafden gaat weer toenemen, door het groeiend gebruik van vapes
	Voorafgaand aan een operatieve behandeling bleek uit een korte meting dat 70% van de patiënten gesopt te zijn met roken (in ieder geval kortdurend)	Er zijn meerdere zorgverleners betrokken (met wisselende adviezen over SMR). Patiënten zeggen ja maar doen nee.
<b>Proces van implementatie</b>	Soncosnorm (voor oncologische zorg) vereist stoprookzorg.	Tijd en energie.
	Aanwezigheid enthousiaste zorgverleners én managers.	Geen indicator/kwaliteitscriterium voor SMR-zorg aanwezig, ook geen kwaliteitsregistratie voor rookgedrag (zoals dit wel is voor BMI, lengte en gewicht bij DICA-registraties)
	Implementatie kan eenvoudig worden gemaakt.	Patiënten worden onvoldoende geïnformeerd, zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit rookstop aanbieders. Gebrek aan verwijzing na consult (VBA+).

<sup>1</sup> De groen-gearceerde cellen geven de geprioriteerde bevorderende en belemmerende factoren aan. Bij twee of meer stemmen werd er prioriteit toegekend.

<sup>2</sup> De bevorderende en belemmerende factoren zijn onderverdeeld onder de verschillende domeinen van het *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) framework*.

Tabel 2. Van prioritering naar implementatiestrategieën

Geprioriteerde factoren <sup>1</sup>	CFIR-domein / -construct <sup>2</sup>	Implementatiestrategie (ERIC) <sup>3</sup>	Toelichting/aanpak <sup>4</sup>
Integratie met bestaande systemen voor doorverwijzing (EPD: EPIC/HIX/NEXUS).	Interne omgeving – Compatibiliteit / beschikbare middelen <i>(Inner setting – Compatibility / Available Resources)</i>	Aanpassen van registratiesystemen <i>(Change record systems)</i>	EPD's kunnen niet veranderd worden binnen de kaders van dit project.
Verwijzing kan eenvoudig zijn (knop in EPD)	Interne omgeving – Compatibiliteit / beschikbare middelen <i>(Inner setting – Compatibility / Available Resources)</i>	Faciliteren van overdracht van klinische gegevens <i>(Facilitate relay of clinical data to providers)</i>	In kaart brengen van de mogelijkheden binnen de EPD's en het delen van <i>best practices</i> . Dit vereenvoudigt de drempel om iets lokaal te organiseren wat past binnen de kaders van jouw EPD.
Lokale ambassadeurs (niet alleen vanuit de NVALT) bevorderen actie.	Individueel – Implementatiebevorderende factoren <i>(Individuals – Implementation Facilitators)</i>	Identificeren en voorbereiden van ambassadeurs <i>(Identify and prepare champions)</i>	Ambassadeurs stimuleren gedragsverandering, creëren draagvlak en ondersteunen collega's. Het Startpakket voor ambassadeurs helpt hierbij.
Steeds betere samenwerking met ketenpartners (huisartsen, praktijkondersteuners, rookstop-aanbieders).	Externe omgeving – Samenwerking en verbindingen <i>(Outer Setting – Partnerships &amp; Connections)</i>	Ontwikkelen van samenwerkingsrelaties <i>(Develop stakeholder interrelationships)</i>	Het versterken van de samenwerking binnen de keten valt buiten de reikwijdte van dit project.
Er komen criteria voor de kwaliteit van stoppen met roken zorg vanuit het kwaliteitsregister.	Externe omgeving – Externe druk (prestatiemeting) <i>(Outer Setting – External Pressures)</i>	Inzetten van kwaliteitsmonitoring / aanpassen van accreditatie <i>(Use quality monitoring systems / Change accreditation or credentialing)</i>	Het controleren van de kwaliteit van stoppen-met-roken zorg wordt gedaan vanuit het Kwaliteitsregister. Daarom valt dit binnen de reikwijdte van dit project.
Netwerk voor verwijzing binnen het ziekenhuis is onduidelijk.	Interne omgeving – Relaties en verbindingen <i>(Inner Setting – Relational Connections)</i>	Versterken van netwerken <i>(Promote network weaving)</i>	De lokale ambassadeur wordt gestimuleerd om de lokale mogelijkheden in kaart te brengen en deze lokaal te delen binnen het ziekenhuis.
Er is geen infrastructuur ingericht voor SMR-zorg.	Interne omgeving – Organisatiestructuur <i>(Inner Setting – Structural characteristics)</i>	Aanpassen van zorgstructuren / organiseren van implementatieoverleggen <i>(Change service sites / Organize implementation team meetings)</i>	De lokale ambassadeur wordt gestimuleerd om de lokale infrastructuur in kaart te brengen en waar mogelijk aan te passen door in gesprek te gaan met beleidsmakers/Raad van Bestuur.
Ziekenhuiscultuur is gericht op medische behandelingen.	Interne omgeving – Cultuur	Organiseren van lokale consensusbijeenkomsten	De lokale ambassadeur wordt gestimuleerd om de lokale infrastructuur in kaart te

	<i>(Inner Setting – Culture)</i>	<i>(Conduct local consensus discussions)</i>	brengen en waar mogelijk aan te passen door in gesprek te gaan met beleidsmakers/Raad van Bestuur.
Terughoudendheid van zorgverzekeraars (ZN) m.b.t. financiering.	Externe omgeving – Financiering <i>(Outer Setting – Financing)</i>	Verkrijgen van aanvullende financiering / aanpassen van prikkels <i>(Access new funding / Alter incentive structures)</i>	Lokale ambassadeurs vormen een netwerk waarin centra van elkaar kunnen leren over het structureel borgen van financiering van stoppen-met-roken zorg binnen het ziekenhuis.
Invloeden van de omgeving werken negatief in kwetsbare wijken.	Externe omgeving – Lokale omstandigheden <i>(Outer Setting – Local conditions)</i>	Afstemmen van strategieën op de context <i>(Tailor strategies)</i>	Binnen het netwerk van ambassadeurs worden ervaringen in kwetsbare wijken worden gedeeld, zodat er samen gezocht kan worden naar een passende oplossing/strategie.
Gebrek aan kennis bij zorgverleners.	Individen – Vaardigheden <i>(Individuals – Capability)</i>	Organiseren van scholing en trainingen <i>(Conduct educational meetings)</i>	Door ambassadeurs te voorzien van voldoende kennis (m.b.v. het startpakket en het webinar) is het de taak van lokale ambassadeurs om zorgverleners te informeren met de ontwikkelde materialen (Kerndocument, PowerPoint, Webinar).
Gebrek aan sense of urgency bij zorgverleners en managers.	Binnen de organisatie – Cultuur (veranderdruk) <i>(Inner Setting – Culture – tension for change)</i>	Gebruik van evaluatie en feedback <i>(Use evaluative and iterative strategies – audit &amp; feedback)</i>	Het is de taak van de ambassadeurs om het belang van stoppen-met-roken zorg en de belangrijke rol die zorgverleners hierin hebben te delen met zorgverleners, managers en Raad van Bestuur.
Zorgverleners weten niet goed waarheen ze betrouwbaar kunnen verwijzen en in sommige regio's is er ook nog geen goede SMR zorg. Het zelf uitzoeken en opzetten wordt als een grote drempel ervaren en is door het handboek niet minder geworden.	Individen – Vaardigheden en mogelijkheden <i>(Individuals – Capability, Opportunity)</i>	Ontwikkelen van kwaliteitsmonitoring en verwijsroutes <i>(Develop and organize quality monitoring systems / Create referral pathways)</i>	Zorgverleners hoeven niet altijd zelf uit te zoeken naar welke aanbieder patiënten verwezen worden. Dit is afhankelijk van de lokale situatie (en het EPD). Wanneer dit wel zo is, kan het Kwaliteitsregister een oplossing bieden om kwalitatief goede stoppen-met-roken aanbieders te vinden in de buurt.

<sup>1</sup> Zie tabel 1 (groene cellen) voor de herkomst van deze factoren. <sup>2</sup> Elke factor is gekoppeld aan één of meerdere constructen uit het *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) framework*. Een toelichting van deze constructen zijn te vinden op deze [website](#). <sup>3</sup> Elk construct is gekoppeld aan een implementatiestrategie door middel van de *Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) Matching Tool* (Powell, 2015). <sup>4</sup> De toelichting /aanpak beschrijft een praktische vertaling van hoe de werkgroep is omgegaan met het uitwerken van de bijbehorende implementatiestrategieën.

## Bijlage 2. Resultaten enquête

In totaal hebben 44 ziekenhuizen de enquête ingevuld na verzoek via een e-mail, en als er geen reactie was via een interview. Er werd vastgesteld dat 70% van de contactpersonen (longartsen) op de hoogte is van dit handboek. Doel van het project is om in elk ziekenhuis een stop-roken-ambassadeur te hebben. Op dit moment heeft 61% van de ziekenhuizen een ambassadeur. Belemmeringen die ervaren worden zijn: er is geen financiële vergoeding (25%), we vrezen dat het te veel tijd vergt (12.5%) en overig (25%).

Een minderheid van de ziekenhuizen heeft een werkgroep preventie, namelijk slechts 20%. 41% beschikt niet over een werkgroep, terwijl het in 39% van de ziekenhuizen onbekend is voor de contactpersoon. In de ziekenhuizen waar een werkgroep preventie actief is zijn verschillende vakgebieden vertegenwoordigd: Longziekten (100%), Interne geneeskunde (67%), Cardiologie (67%), Orthopedie (33%), Vaatchirurgie (33%) en Obstetrie en Gynaecologie (11%). In 44% van de gevallen was er nog een andere vakgroep betrokken bij de werkgroep preventie.

59% van de ziekenhuizen geeft aan een rookstoppoli te hebben. Iets meer dan de helft van de poli's heeft dit ingericht met allemaal fysieke begeleidingsmomenten, in andere ziekenhuizen is het een hybride vorm, waarbij het deels digitaal is.

Een recente ontwikkeling is de aanwezigheid van een leefstijl(zorg)loket in het ziekenhuis. De enquête toont aan dat 40% van de ziekenhuizen al een loket heeft en 34% is van plan om dit op te richten. Bij de 18 ziekenhuizen met een leefstijlloket was dit bij één ziekenhuis geïntegreerd met de rookstoppoli, terwijl bij 10 ziekenhuizen dit naast de rookstoppoli bestaat. 7 ziekenhuizen hadden wel een leefstijlloket, maar geen rookstoppoli.

Van de 11 ziekenhuizen die nog willen gaan starten met een leefstijlloket, willen 5 ziekenhuizen dit naast een bestaande rookstoppoli doen, 3 ziekenhuizen willen deze zorg samenvoegen en 3 ziekenhuizen hebben geen rookstoppoli.

## Bijlage 3. Voorbeeld externe verwijzing via EPIC

### Stap 1. Vastleggen rookstatus

**Intoxicaties**

**Intoxicaties**

**Tabaksgebruik**  
Dagelijks; Sigaretten: Gestart op 1994; 1 pakje/dag; Rookte gemiddeld 1 pakje/dag gedurende 32,1 jaar  
Niet-inhaleerbare tabak: Onbekende status van gebruik niet-inhaleerbare tabak.

**Alcoholgebruik**  
Niet gevraagd.

**Drugsgebruik**  
Nooit.

✓ Als beoordeeld markeren **Nooit beoordeeld**

**Stoppen met roken**  
Bereid te stoppen: ja  
Geadviseerd: ja

**Tabak**

**Inhaleerbaar**

Nooit Voormalig **Dagelijks** Soms Onbekend

Passieve blootstelling: Nooit Verleden Momenteel

Types:  Sigaretten  Pijp  Sigaren  E-sigaret

Totaal aantal pakjaren: 32,1

**Sigaretten**

Voor het eerst gerookt: 1994 Huidig gebruik: 1 pakje/dag sinds 1994

Huidig gebruik bijwerken:  Gestopt 0,5 1 2

Pakjes / dag	Van	T/m	Jaar
1	1994	(27 jr.) Huidig	(59 jr.) ≈ 32,1

**Stoppen**

Bereid te stoppen:  Ja  Nee

Geadviseerd:  Ja  Nee

**Opmerkingen**

abc ↺ ↻ ? ?+ SmartText invoegen ↵ ⇄ ↶ ↷ 100%

## Stap 2. Warme verwijzing

Lienden van, M.

Dossieroverzicht Alleen Documentatie Formulieren Patiëntstation Persoonsgegevens

### Alleen Documentatie

Probleemlijst Voorgeschiedenis WGBO/Toestemmingen Intoxicaties Stoppen Thuismedicatie Allergieën Gyn. status Sociale gegevens

#### Intoxicaties

Intoxicaties

**Tabaksgebruik**  
 Dagelijks; Sigaretten: Gestart op 1995; 1 pakje/dag; Rookte gemiddeld 1 pakje/dag gedurende 30,8 jaar  
 Niet-inhaleerbare tabak: Onbekende status van gebruik niet-inhaleerbare tabak.

**Alcoholgebruik**  
 Ja; 3,0 eenheden alcohol per week; 2 Blikjes bier, 1 Glazen bier.

**Drugsgebruik**  
 Nee.

Beoordeeld Laatst beoordeeld door U om 08:37 CEST

#### Stoppen met roken

Aanmelden stoppen met roken bij SineFuma. ↗

Aanmelden stoppen met roken bij WeQuit. ↗

Aanmelden stoppen met roken bij Rookvrij en Fitter. ↗

#### Thuismedicatie

**Externe medicatie beoordelen**

**M. Lienden van**  
 Vrouw, 39 jr., 13-12-1985

MDN  
1003082

Bed: F7\_209\_02  
 Dossier: AMC, extern onbekend

**Gender MV**

Behandelaanwijzing: **Bepikt beleid**

Verzekerd: JA

Ter info: Taalbarrière

Infectie: **BRMO-Acinetobacter multiresistent - drager, MRSA - hoog risico**

Isolatie: Zie infectielabel

Behandelaanwijzing extern

Geen huisarts

**Allergieën (6)**  
**Kan niet beoordelen**

Voorkeursapothek: STADION APOTHEEK APOTHEEK STAD VAN DE ZON  
 E-recept mogelijk: Ja

**Stoppen met roken**

Aanmelden stoppen met roken bij SineFuma. ↗

Aanmelden stoppen met roken bij WeQuit. ↗

Aanmelden stoppen met roken bij Rookvrij en Fitter. ↗

**Gegevens patiënt**

Uitgever: Medicus

Lienden van

ID: 1134376

Telefoonnummer ?

Gevoel

**WeQuit**

Patiënt

Voorvoornam  
M.

Tussenvoornam  
Londen van

Achternam  
Londen van

**Aanmelden via onze website**

Rookvrij worden?

Voorvoornam  
M.

Achternam  
Londen van

Postcode  
1000 AA

Beeldnummer client  
18-2134376

E-mail  
tot@ons.nl.com

Vanaf waar wordt er doorverwezen?  
Ziekenhuis

Naam het plaats van het ziekenhuis  
Amsterdam LIBS2 Amstelham

Voorkiescode  
S00000

SineFuma	WeQuit	Rookvrij & Fitter
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op locatie, online of telefonisch</li> <li>• NL,- of Engelstalig</li> <li>• In groep of individueel</li> <li>• Patiënten met rookgerelateerde gezondheidsschade en/of lage gezondheidsvaardigheden</li> <li>• Voorrang voor: zwangeren, mensen met een kinderwens, patiënten die radiotherapie krijgen en patiënten met geplande operatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% online</li> <li>• In groep of individueel</li> <li>• Meertalig (Turks, Syrisch-Arabisch, Marokkaans-Arabisch, Engels)</li> <li>• Specialistische behandelaren voor vappende jongeren (12-23), zwangeren, mensen met een kinderwens en psychiatrische patiënten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op locatie, online of telefonisch</li> <li>• In groep of individueel</li> <li>• Meertalig (Engels, Arabisch, Turks en Duits)</li> <li>• Stoppen met roken/vapen gecombineerd met leefstijl, gezondheid en beweging</li> <li>• Programma's voor zwangeren, mensen met een kinderwens en jongeren</li> </ul>

### Stap 3. Follow-up



## Literatuur

- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(1):50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Maritim P, Zulu JM, Jacobs C, et al. Factors shaping the implementation of the SAFE strategy for trachoma using the Consolidated Framework for Implementation Research: a systematic review. *Glob Health Action.* 2019;12(1):1570646. doi:10.1080/16549716.2019.1570646
- Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.* 2015;10:21. Published 2015 Feb 12. doi:10.1186/s13012-015-0209-1