

Verslag invitation conference

Datum: Donderdag 19 november 2020
Tijd: 16.00u-18.00u
Locatie: Digitaal, ZOOM
Aanwezig: IGJ (Petra Reulings), IGJ (Willeke Helthuis), Longfonds (Flip Homburg), NHG (Jan Jansen), NOG (Suzy Njoo), NOV (Petra Flikweert), NVALT (Chantal Kroese, voorzitter werkgroep), NVALT (Dirk Nijmeijer), NVALT (George Nossent), NVK (Jasper Been), NVKNO (Louise Straatman), NVKNO (Marjolein van Looij), NVOG (Luc van Lonkhuijzen), NVR (Dirkjan van Schaardenburg), NVRO (Marcel Stam), NVSHA (Adinda Klijn), NVVC (Maurits van der Veen), NVVH (Koen Hartemink), NVvP (Albert Batalla Cases), Trimbos (Esther Croes), Trimbos (Ninke, co-assistent), V&VN (Ellen Jacobs), V&VN (Janette Tazmi), VRA (Janneke Haisma), ZiNL (Anneke Duine), ZiNL (Ilse van Beusekom), Kennisinsituut (Bernardine Stegeman), Kennisinsituut (Nicole Verheijen) en Kennisinsituut (Charlotte Michels).

Niet aanwezig: NVK (Carole Lasham), NVOG (Clasien van der Houwen)

Genodigd maar niet aanwezig: NVZ, NFU, STZ, ZKN, Patiëntenfederatie Nederland, Harteraad, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, NAPA, ZN, Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

1. Opening

De voorzitter van de werkgroep, Chantal Kroese, opent de invitation conference en heet iedereen van harte welkom.

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

Alle aanwezigen stellen zich kort voor.

3. Toelichting doel van de middag en proces richtlijnontwikkeling

Doel van de middag is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk vier richtlijnmodules op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Hier zal bepaald worden welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijnmodules. Het zullen multidisciplinaire richtlijnmodules worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijnmodules "Tabaksontmoediging" voor de Nederlandse praktijk waarin de patiënt centraal staat.

4. Impact probleem Tabaksontmoediging en richtlijn

De werkgroep gaat zich richten op rokende patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Door gezonder gedrag van patiënten kunnen we gezondheidswinst behalen. Momenteel schort de implementatie van het stoppen-met-rokenbeleid in de tweede lijn; er ontbreekt een uniforme en gestructureerde aanpak in ziekenhuizen. Hiervoor moet één duidelijk plan voor ontwikkeld worden. We

streven ernaar om vier zorginhoudelijke modules over het stoppen-met-rokenbeleid voor medisch specialisten op te leveren.

5. Bespreken raamwerk & prioriteiten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de richtlijn)

Voor het bespreken van mogelijke knelpunten worden de aanwezigen opgedeeld in twee subgroepen.

Per subgroep worden de knelpunten besproken en prioritering gemaakt. Per onderwerp worden de aangedragen punt per organisatie/wv weergegeven. Als bijlage (1 & 2) is een uitgebreide toelichting van de subgroepen toegevoegd.

Subgroep 1

Afgevaardigden: IGJ, Longfonds, NHG, NOG, NOV, NVALT, NVKNO, NVOG, NVVC, NVVH, Trimbos en ZINL.

Puntsgewijze samenvatting van de genoemde knelpunten tijdens de break-outsessie:

- Behandeling:
 - Relatie nicotinesubstitutie – vaatvernauwing
 - Relatie roken – wondinfecties postoperatief
 - Relatie roken – geïnfecteerd prothesemateriaal
- Organisatie van zorg:
 - Kennis over stoppen-met-roken, zowel inhoudelijk als m.b.t. communicatie
 - Sense of urgency onder medisch specialisten is wisselend
 - Ontbreken van een “verwijspunt” als de patiënt wil stoppen-met-roken, waar kan de patiënt terecht voor verdere begeleiding
- Overig:
 - Financiering stoppen-met-roken: patiënt niveau (vergoeding zorgverzekeraar) en organisatie/ ziekenhuisniveau

Subgroep 2

Afgevaardigden: IGJ, NVALT, NVK, NVKNO, NVR, NVRO, NVSHA, NVvP, Trimbos, V&VN en VRA.

Puntsgewijze samenvatting van de genoemde knelpunten tijdens de break-out sessie:

- Behandeling:
 - Patiëntenpopulatie: wie komt in aanmerking voor nicotinevervanging? Welke patiënten hebben baat bij stoppen-met-roken?
 - Psychiatrie: roken wordt als kalmerend middel ingezet
 - Specifieke aanpak is gewenst per setting (polikliniek, dag opname, langdurige opname).
 - Zwangeren: wat is de impact van nicotinevervanging op zwangerschap/ongeboren kinderen?
- Organisatie van zorg:
 - Bespreekbaarheid: variatie onder medisch specialisten; wordt als lastig ervaren (kort consult, onduidelijk wat mogelijke vervolgttrajecten zijn)
 - Dossiervoering: het moet duidelijk en inzichtelijk zijn wat wel/niet is besproken

- Vervolgtraject: welke programma's zijn er? Waar kan de patiënt terecht voor verdere begeleiding
- Overig:
 - Financiering stoppen-met-roken: patiënt niveau (vergoeding zorgverzekeraar) en organisatie/ ziekenhuisniveau

Plenaire nabespreking

De uitkomsten van de subgroepen worden samengevat en plenair teruggekoppeld.

Enkele aanvullingen:

Longfonds (Flip): In verschillende settings en programma's zal ook rekening moeten worden gehouden met de mate van verslaving (zorg-op-maat).

NVVC (Maurits): Als reactie wordt een voorbeeld uit de praktijk gegeven: stoppen-met-roken consultant. De consultant gaat inschatten hoe ernstig de verslaving is en welke zorg passend is. Daarnaast start een awareness campagne voor VBA, via VBA kan vervolgens de consultant ingezet worden.

6. Vervolgprocedure

De notulen van deze middag worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (er is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijnmodules opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijnmodules gereed zijn, zullen deze ter commentaar aan alle verenigingen/organisaties uitgenodigd voor deze invitational conference. Er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in voor autorisatie geschikte richtlijnmodules. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de kerngroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

7. Sluiting

Chantal Kroese bedankt iedereen voor zijn/haar komst en actieve participatie.

Uitgebreide toelichting subgroep 1

Organisatie van zorg (vervolgtrajecten, communicatie, dossiervoering)

NVVC (Maurits): Er is geen duidelijke lijn tussen opname en het moment dat mensen weer naar de huisarts gaan en er een vervolg moet komen m.b.t. stoppen-met-roken. Deze lijn moet worden vormgegeven. De klinische stoppen-met-roken zorg moet hierbij duidelijk zijn en deze moet bij iedereen in het achterhoofd zitten. Elke arts in het ziekenhuis moet een "sense of urgency" voelen om het te bespreken met een patiënt. Eén effectieve methode is het "very brief advice" (VBA). Dit zijn drie korte vragen: of iemand rookt, of ze op de hoogte zijn dat er hulp is bij roken en of ze een vervolgspraak willen maken. Volgend punt is dan wel: waar stuur je ze heen?

NVKNO (Louise): Patiënten met hoofd-hals oncologie zijn vaak verslaafd aan roken. Het is moeilijk om hen te motiveren. Ze liggen vaak langdurig opgenomen en gaan dan naar buiten om te roken. Je merkt dat men niet goed weet hoe je deze mensen zou moeten laten stoppen qua organisatie/infrastructuur, maar ook

hoe je dit op de juiste manier aanpakt. Het zou fijn zijn als daar hulp/advies voor is. Artsen en verpleegkundigen proberen het wel, maar geven het snel op omdat het qua motivatie moeilijk is. Als je dit op de juiste manier aanpakt en het af en toe leidt tot succes, dan motiveert dat weer bij volgende patiënten.

Begint het stoppen-met-roken traject al poliklinisch? Je hoopt dat je niet pas begint op het moment dat de patiënt in het ziekenhuis komt. KNO-artsen bespreken het wel op de poli, maar hier ligt niet de prioriteit (er moeten ook veel andere zaken besproken worden). Eigenlijk zou je een goedlopende stoppen-met-roken poli willen hebben waar expertise ligt. Het is deels kennisgebrek (hoe je zo'n gesprek voert), deels een probleem dat we een pathologisch gedreven werkwijze hebben (waardoor weinig incentive tot preventie).

NOV (Petra): Herkent zich in het voorgaande, de focus ligt op de orthopedie. Stoppen-met-roken wordt vaak niet besproken (een deel is kennis en een deel is gewoonte). Je vraagt bijvoorbeeld altijd naar antistolling (protocollair), maar stoppen-met-roken lijkt meer hobbymatig. Als het wordt besproken, is vervolgens onduidelijk waar patiënten naartoe kunnen. In 10min moet alles besproken en uitgelegd worden, er is weinig tijd om over stoppen-met-roken te praten, al moet je die natuurlijk wel nemen.

Er is op meerdere vlakken binnen orthopedie aangetoond dat stoppen-met-roken een positief effect heeft op preventie van postoperatieve infecties. Dit moeten we realiseren in het preoperatieve traject, zeker in een electief vak als orthopedie. Nu is er te weinig kennis (begint bij de opleiding). Mensen willen het wel, maar het ziet niet in het systeem dus wordt het niet gevraagd.

Longfonds (Flip): In elk ziekenhuis zou een duidelijke plek moeten zijn waarnaar je patiënten kunt verwijzen.

NVOG (Luc): De vraag is of een stoppen-met-roken poli in de tweede lijn de oplossing is, patiënten komen uit een grote regio en moeten niet steeds naar het ziekenhuis hoeven komen voor begeleiding.

NHG (Jan): De samenwerking tussen eerste en tweede lijn (doorverwijzing) is onduidelijk of onvoldoende. Is er nagedacht over bijvoorbeeld samenwerking met het Partnership? Trimbos betrekken is belangrijk. Een koppeling met de eerste lijn betreft niet alleen de huisarts, maar ook andere geregistreerde hulpverleners. Implementatie en communicatie zijn belangrijk. Wij zouden adviseren om bijvoorbeeld de Thuisarts hierbij te betrekken.

NVVH (Koen Hartemink): Het ziekenhuis ondersteunt logistiek, maar het initiatief moet komen vanuit behandelaars. Een stoppen-met-roken advies begint bij het eerste patiëntcontact waarbij je altijd vraagt naar het roken. Bij slokdarm- en maagchirurgie wordt het veel minder vaak besproken vergeleken met longkankerchirurgie.

Aanvulling vanuit subgroep: Er wordt voorgesteld om bijvoorbeeld de NVZ en NFU te betrekken vanuit bestuurlijke kant. Uiteindelijk is de RvB verantwoordelijk voor rookvrije ziekenhuizen.

Behandeling

NVVC (Maurits): Er zijn problemen met samenwerking rondom stoppen-met-roken, bijvoorbeeld met nicotinepleisters plakken. Het komt amper bij artsen op en er is nog steeds een oud vooroordeel dat nicotine gecontra-indiceerd is. De vraag is of dit kennis of "sense of urgency" is.

NVOG (Luc): Zwangere vrouwen die roken is een groot probleem. Er is sprake van kort en intensief contact tussen arts en patiënt: consult, follow-up, life-event van geboorte en daarna raken mensen weer uit beeld. Roken staat niet bovenaan de agenda, patiënten komen voor iets anders. Bij veel collega's ontbreekt vaardigheid, aandacht en tijd om mensen goed te begeleiden t.a.v. stoppen-met-roken. Bovendien zijn mensen die roken tijdens hun zwangerschap ernstig verslaafd, het is niet eenvoudig om deze groep te motiveren om te stoppen.

NVVH (Koen Hartemink): Een groot deel van de patiënten stopt preoperatief met roken. Dit is belangrijk omdat preoperatief stoppen leidt tot minder problemen bij longkankerchirurgie. Uiteraard willen we dat patiënten wegblijven van roken (ook na chirurgie) om de kans op terugkeer van ziekte te verkleinen.

Longfonds (Flip): Er moet voor patiënten psychologische ondersteuning zijn naast het voorschrijven van nicotinepleisters.

Overig

NVALT (Chantal): Niet elk ziekenhuis heeft financiering voor stoppen-met-roken poli's, daarnaast vinden sommige zorgverzekeraars dat het in de eerste lijn hoort. Dit is een knelpunt.

NOG (Suzy): Initiëren in de tweede lijn is prima, maar dit moet ook worden meegenomen in het traject van de overheid. Het moet moeilijk zijn om te roken en sigaretten te kopen. Accijns kan ook een bijdrage leveren. Het zou mooi zijn als wij consequenties kunnen verbinden aan roken.

IGJ (Willeke): Wij zijn niet voornamelijk aangesloten voor het benoemen van knelpunten, maar om mee te lezen vanuit de rol van toezichthouder. Goed initiatief, eenheid en onderbouwing in beleid is belangrijk. Zorg voor evidence, zodat je draagvlak creëert.

Uitgebreide toelichting subgroep 2

Organisatie van zorg (vervolgtrajecten, communicatie, dossiervoering)

NVR (Dirkjan): Het is onduidelijk welke vervolgtrajecten er mogelijk zijn voor patiënten. Mede hierdoor wordt het in de praktijk niet actief besproken in de spreekkamer. Veel patiënten zijn toch nog verbaasd als ze horen dat roken impact heeft op reuma.

NVSHA (Adinda): Stoppen-met-roken wordt niet standaard besproken met patiënten bij opname (zit waarschijnlijk niet in het systeem om nicotinevervangende voor te schrijven). Het is onduidelijk welke vervolgtrajecten er zijn.

VRA (Janneke): We vragen om gedragsverandering, maar veel patiënten zijn relatief kort in het ziekenhuis. De arts kan wel een "wake up call" geven, maar vervolgens is de link met de eerste lijn belangrijk. Stoppen-met-roken staat wel in de brief naar de huisarts, maar in het vervolgtraject moet de huisarts of de patiënt er actief naar vragen. Daarnaast is niet bij elk revalidatiecentrum een stoppen-met-roken programma beschikbaar, dit zou waardevol zijn.

NVALT (Dirk): Het stoppen-met-roken wordt nog niet standaard besproken in het ziekenhuis. Het zou doelmatig zijn als het stoppen-met-roken standaard bij de SEH wordt besproken. Artsen realiseren een "wake up call" bij het benoemen, maar er gebeurt vervolgens nog te weinig met het motiveren van patiënten. Een duidelijk vervolgtraject is van belang.

NVR (Dirkjan): Revalidatie duurt vaak veel langer dan een ziekenhuisopname. Hier moeten we onderscheid in maken. In revalidatieprogramma's zou standaard aandacht

moeten zijn voor stoppen-met-roken. Dit standpunt wordt door meerdere partijen beaamd (VRA, V&VN).

Trimbos (Esther): Het belang van duidelijke vervolgtrajecten wordt benadrukt.

V&VN (Ellen Jacobs): Er zijn goede ervaringen met stoppen-met-rokenpoli, maar het varieert per afdeling. Niet alle afdelingen bespreken standaard stoppen-met-roken, het blijkt dat hulpverleners het lastig vinden om hierover te spreken en te adviseren. Hier stagneert het in de praktijk. De bespreekbaarheid in de kliniek behoeft meer aandacht.

Idealiter wordt stoppen-met-roken standaard geïntegreerd in de praktijk, net zoals de medicatiebespreking bij ontslag of het reanimatiebeleid bij binnenkomst. Het liefs wordt stoppen-met-roken besproken op een vast moment in de zorg. De lengte van opname behoeft een specifieke aanpak (korte opname: nicotinevervangende en "Very Brief Advice" (VBA); lange opname: stoppen-met-roken poli en vervolgtraject inzetten).

NVALT (George): Waarom het lastig is om hierover te beginnen? V&VN (Ellen

Jacobs); NVR (Dirkjan): Je komt in de privésfeer van iemand, mensen vinden het

lastig om een verslaving te bespreken. NVSHA (Adinda): Relatief weinig problemen om het roken bespreekbaar te maken op de SEH. IGJ (Petra): Ter aanvulling, het blijkt lastig in de praktijk om per patiënt motivatie/ advies-op-maat te geven.

Duidelijk vervolgtrajecten kunnen hieraan bijdragen.

NVKNO (Marjolein): Op de polikliniek is weinig ruimte om een stoppen-met-roken gesprek te beginnen (<10min consult). De route naar een stoppen-met-roken poli of programma is niet in elk ziekenhuis goed vindbaar.

NVRO (Marcel): Stoppen-met-roken wordt in de kliniek te weinig besproken met patiënten. Een dag opname of poliklinisch bezoek is vaak te kort om te spreken over roken. Om de "kracht van herhaling" beter te waarborgen, kan het stoppen-met-roken gestandaardiseerd worden net zoals het reanimatiebeleid. Veel ziekenhuizen beschikken niet over een stoppen-met-roken poli; waar sturen we patiënten dan naartoe? Hoe motiveren we patiënten in korte tijd?

NVALT (George): Momenteel heerst te weinig aandacht voor het stoppen-met-roken en het motiveren van patiënten. Goede coördinatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn is cruciaal. Hierbij moeten we goed nagaan welke patiënten wel/niet een indicatie hebben voor nicotinevervangende. In het ziekenhuis zou een VBA wellicht volstaan, maar dan is een vereiste dat het vervolgtraject duidelijk is.

Trimbos (Esther): Aanvullende vraag: wie is verantwoordelijk voor het voeren van de stoppen-met-roken gesprekken?

V&VN (Ellen Jacobs), NVRO (Marcel), NVKNO (Marjolein), V&VN (Janette), NVvP

(Albert): Reageren op de vraag van Esther; het zal initieel starten bij het benoemen van het probleem door de medisch specialist. Vervolgens dienen verpleegkundigen, huisartsen, anderen door te pakken. Iedereen moet hierin verantwoordelijkheid nemen.

NVR (Dirkjan): Goede dossievoering is uiterst belangrijk. De besproken punten moeten duidelijk te vinden zijn in het EPD.

Trimbos (Esther): De dossievoering moet goed zijn (bekendheid over de rookstatus, gesprekken en vervolgacties). Informatie moet op een logische en makkelijke plek vindbaar zijn. Esther erkent zich in de eerdergenoemde knelpunten.

Behandeling

NVK (Jasper): Het is belangrijk dat in een richtlijn er speciale aandacht komt voor zwangeren; zij zijn een specifieke doelgroep waar sommige medicatie niet toepasbaar

is. Tevens is er dubbel gezondheidswinst te behalen: voor de ongeboren baby en voor de moeder. Er is onterecht teveel angst bij zorgverleners om nicotine vervangende middelen bij zwangeren voor te schrijven.

NVSHA (Adinda): De opnameduur en reden van opname zal mede bepalen of een patiënt nicotinevervangend nodig heeft. Dit zal niet bij iedereen het geval zijn.

V&VN (Janette): Er is veel praktijkvariatie in het voorschrijven van nicotinevervangend (variatie tussen verpleegkundigen, artsen, afdelingen, revalidatiecentra). Patiënten moeten vaak zelf initiatief tonen.

NVALT (Dirk): We hebben nu nog geen duidelijke indicatiestelling nicotinevervangend.

Trimbos (Esther): Benadrukt het belang van duidelijke indicatiestelling nicotinevervangend.

NVvP (Albert): In de psychiatrie wordt tabak vaak gebruikt als kalmeringsmiddel, dit maakt het stoppen-met-roken uiterst ingewikkeld. De cultuur van stoppen-met-roken is in de psychiatrie afwezig. Goede kennis bij het personeel is hierbij belangrijk.

Trimbos (Esther): Erkent het punt van Albert, in GGZ is de inzet van tabak als kalmeermiddel is een veel voorkomend probleem.

Overig

Trimbos (Esther): De financiële afhandeling is onvoldoende geregeld voor patiënten (vergoeding van verzekering). Hoe zit dit in ziekenhuizen?

Kennisinstituut (Bernardine): In reactie, de financiële structuur is een belangrijk punt maar ligt buiten de scope van deze richtlijn. Financiën worden wel meegenomen in het implementatieplan.

NVKNO (Marjolein): De financiële vergoedingen worden ook als knelpunt ervaren. Daarnaast, door de richtlijn alleen te richten op ziekenhuisopnames ontbreekt een grote groep patiënten waar ook veel gezondheidswinst te behalen is.