

April 2021

De Ziekenhuistabakoloog

Laurence Belenger en Marc Verheyen

 **VRGT** VLAAMSE VERENIGING VOOR
RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG
EN TUBERCULOSEBESTRIJDING VZW

Met de steun van



Voorwoord

Ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in de strijd tegen tabak en in het streven naar een rookvrije samenleving. Heel wat ziekenhuizen leveren inspanningen om een rookbeleid uit te tekenen. Een onmisbare schakel binnen dit rookbeleid is de ziekenhuistabakoloog. Wat is zijn rol binnen een ziekenhuis? Hoe kan een ideaal behandeltraject van een roker in een ziekenhuis worden vormgegeven? Hoe kunnen personeelsleden ondersteund worden, zowel in hun eigen rookstop poging als in het aangaan van een rookstopgesprek met hun patiënten? Op welke manier wordt een tabakoloog best structureel in een ziekenhuis ingebed? Op basis van voorgaand onderzoek en mede geïnspireerd door de conclusies geformuleerd tijdens een ad hoc werkgroep Ziekenhuistabakologen in 2020, beantwoorden we deze vragen. Aan de hand van geformuleerde richtlijnen en een aantal good practices hopen we ziekenhuizen te kunnen inspireren om verder te blijven inzetten op hun rookbeleid.

Inhoudstafel

De rol van de tabakoloog in algemene ziekenhuizen	3
Wat is een tabakoloog?	3
Consultaties tabakologie in ziekenhuizen: een groeiscenario met te grijpen kansen	4
De begeleiding van rokende patiënten	5
Begeleiding bij de tabakoloog	5
Het behandeltraject	6
Uitgelicht: Wat is bedside counseling?	10
De ondersteuning van personeel bij rookgedrag	11
De begeleiding van rokende personeelsleden	11
Educatie en coaching	12
De structurele inbedding in algemene ziekenhuizen	13
Een afdeling tabakologie?	14
Zelfstandig of in dienstverband	14
Referenties	15

De Ziekenhuistabakoloog

De rol van de tabakoloog in algemene ziekenhuizen

Wat is een tabakoloog?

De tabakoloog is een gezondheidswerker die zich specialiseerde in ‘tabakologie en rookstopbegeleiding’¹. Hij is in de eerste plaats een rookstopbegeleider.

- **Hij begeleidt**

De tabakoloog biedt patiënten die roken de meest deskundige, meest gespecialiseerde rookstophulp.

De rol van een tabakoloog in een ziekenhuis kan echter breder zijn:

- **Hij adviseert**

De tabakoloog geeft advies aan andere zorgprofessionals in verband met specifieke rokende patiënten. Zo kan hij bijvoorbeeld een advies geven over het voorschrijven van (de correcte dosering van) nicotinesubstitutiemiddelen.

- **Hij coacht**

Hij kan een team coachen zodat het rookbeleid uitgevoerd wordt.

Hij kan verpleegkundigen coachen in het voeren van een kort rookstopgesprek.

- **Hij doceert**

Hij kan zorgen voor de opleiding van een team. Het opleiden van verpleegkundigen bij het voeren van een kort rookstopgesprek, gericht op doorverwijzing is een voorbeeld.

- **Hij sensibiliseert**

De tabakoloog kan meewerken aan sensibiliseringsacties bijvoorbeeld op 31 mei, Werelddag Zonder Tabak, om de patiënten maar ook personeelsleden en bezoekers te sensibiliseren. Het doelpubliek kan heel breed zijn of net gericht naar specifieke patiëntengroepen (bv. een info-avond voor diabetespatiënten waar een sessie wordt voorzien rond rookstop).

- Hij neemt **academische taken** op door mee te werken aan onderzoek of stagairs te begeleiden.

- Hij werkt **beleidsondersteunend en adviseert** rond een algemeen rookbeleid in het ziekenhuis. Hij is lid van de eventuele werkgroep voor een rookvrij ziekenhuis.

Elk van deze rollen kunnen opgenomen worden door de tabakoloog (zie figuur 1). De rol van rookstopbegeleider en adviseur geven echter uitvoering aan de kern van zijn expertise.

¹ Gezondheidswerkers van verschillende disciplines kunnen bij de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding de permanente vorming ‘Tabakologie en rookstopbegeleiding’ volgen, dewelke jaarlijks georganiseerd wordt in samenwerking met verschillende Vlaamse Universiteiten. Meer informatie over de opleiding is terug te vinden op <https://rookstop.vrgt.be/vorming-opleiding/hoe-word-ik-tabakoloog>



Figuur 1. De rol van een tabakoloog in een ziekenhuis

Consultaties tabakologie in ziekenhuizen: een groeiscenario met te grijpen kansen

De meeste ziekenhuizen in Vlaanderen hebben vaak reeds een of meerdere tabakologen in dienst waarnaar rokers kunnen worden doorverwezen. Het aantal tabakologische consultaties dat er plaatsvindt kent de voorbije jaren een stijging. In 2019 vonden 9509 consultaties plaats in een ziekenhuis, dit is een stijging van 39.06 % in vergelijking met de 6838 consultaties in 2017 (zie Figuur 2). Niet enkel in absolute cijfers maar ook proportioneel gezien, vindt een steeds groter aandeel van de consultaties plaats in een ziekenhuissetting dan in een privépraktijk.

Evolutie consultaties

Vergelijking van het absoluut aantal consultaties tabakologie die plaatsvonden in een ziekenhuis versus andere praktijken



Figuur 2. Evolutie consultaties tabakologie in ziekenhuizen

Het voordeel van een ziekenhuis is dat het een brede laagdrempelige toegangspoort biedt tot de tabakoloog. Een groeiscenario voor rookstop kunnen we dan ook alleen maar toejuichen. De stijgende cijfers zouden immers kunnen betekenen dat rokers hun weg vinden naar deze laagdrempelige rookstophulp. Geruststellend? Wellicht is dit groeiscenario echter een onderschatting van het reëel potentieel van tabakologen in ziekenhuizen. Stemmen uit de praktijk doen vermoeden dat de groeicapaciteit onbenut blijft. De nood aan rookstopbegeleiding overstijgt het bestaand aanbod. Tijdens een kwalitatief onderzoek waarbij een twintigtal ziekenhuistabakologen geïnterviewd werden, kwam aan het licht hoe tabakologen, gezien hun beperkte capaciteit, hun activiteiten moeten afgrenzen (Belenger, Pappens, Adriaens, Verheyen, & Schol, 2019). Sensibiliseringsacties worden soms bewust afgehouden, gezien de onvoldoende mankracht om de daaruit voortvloeiende vraag aan begeleiding te ondervangen.

De begeleiding van rokende patiënten

Begeleiding bij de tabakoloog

Een standaard rookstopbegeleiding bij een tabakoloog binnen of buiten een ziekenhuis integreert volgende cliëntgerichte taken:

- Een intakegesprek voeren op cliëntgerichte wijze om voldoende en accurate informatie te verzamelen, een planning op te maken en een begeleiding op te starten
- Een integrale en doelmatige rookstopbegeleiding realiseren door samen met de cliënt een rookstopplan op maat uit te werken

- Gedragmatige technieken toepassen met het oog op realisatie van gedragsverandering in het kader van rookstop zowel in individuele als groepsbegeleiding
- Een farmacologische omkadering op maat adviseren waarbij de tabakoloog de grenzen van de specifieke beroepsgroep waartoe hij behoort niet overschrijdt
- De cliënt begeleiden met oog op hervalpreventie
- Gespreks- en coachingstechnieken toepassen
- Het rookstopproces begeleiden als een voortdurende resultante van een gemeenschappelijke besluitvorming door de tabakoloog en de cliënt

Ook de Joint Commission International (JCI) - een internationaal ziekenhuisaccrediteringssysteem – vermeldt een aantal minimale componenten als kwaliteitsindicatoren. Zie <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2020A/DataElem0323.html>

Het behandeltraject

Aangezien elke roker, vroeg of laat, een ziekenhuis bezoekt, biedt een ziekenhuis een ideale opportuniteit voor een grootschalig bereik van de roker. Deze opportuniteit wordt maximaal benut wanneer de instroom van de roker en de toestroom naar de tabakoloog op elkaar afgestemd zijn en er dus een gestroomlijnd behandeltraject is. Dit vraagt investering, betrokkenheid en samenwerking van verschillende gezondheidsprofessionals. Hiertoe worden verschillende stappen best verankerd in een rookbeleid. Deze stappen worden internationaal beschreven als na te streven kwaliteitsstandaarden voor een ziekenhuis, bijvoorbeeld in de Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (<https://www.tobaccofreehealthcare.org>) en de JCI (Fiore, Goplerud, & Schroeder, 2012; <https://www.jointcommission.org>). Vertaald naar de Vlaamse context biedt onderstaande flowchart, Figuur 3, een weergave van het ideale behandeltraject van de roker in een ziekenhuis.



Figuur 3. Het ideale behandeltraject van de roker in een ziekenhuis

Alvorens een roker geholpen kan worden is de eerste stap de **identificatie** van de rokers.

De rookstatus zou altijd, bij elke patiënt van elke dienst door elke zorgverlener, bevroegd en geregistreerd moeten worden. Ook vanuit de eerste lijn zijn sommige hulpverleners vragende partij om dringend werk te maken van het goed registreren van de rookstatus.

Wat wordt bevroegd bij de bevraging van de rookstatus?

Minimaal “Rook je?” en “Wens je begeleid te worden?”

Deze standaard anamnese-vragen worden nog te gemakkelijk overgeslagen. Een bijkomend valkuil hierbij is dat de rookstatus als een vaststaand gegeven benaderd wordt. De rookstatus moet echter als een dynamisch gegeven beschouwd worden en hernieuwd bevroegd worden. Good practices die dit kunnen bevorderen:

- Er zou in het dossier een soort functionele knop kunnen zijn. Bv. sigaretten logo in het dossier waar je als zorgverlener op kan klikken en zo de status kan aanduiden of updaten.
- Je kan niet verder in het dossier tenzij je de rookstatus hebt bevestigd of aangepast.

Wie moet de rookstatus bevragen?

- Dit kan gebeuren door de administratief bediende (good practice 1). Minimaal wordt de rookstatus bevroegd via het intakeformulier.
- Dit kan gebeuren door een verpleegkundige (good practice 2)

Het bevragen van de rookstatus kent een positieve impact wanneer dit gevolgd wordt door een minimale interventie. Een **minimale interventie** betreft een kort gesprek van enkele minuten, gericht op **motivering** en **doorverwijzing** van de roker.

Wie doet de minimale interventie?

- Dit kan gebeuren door een daartoe opgeleide verpleegkundige (good practice 1)
- Dit kan gebeuren door een tabakoloog (good practice 2)

Hoe kan een minimale interventie best aangepakt worden?

Zorgverleners kunnen opgeleid worden in het voeren van een kort doorverwijsgesprek. Meer informatie hierover is terug te vinden in de inspiratiefiche ‘*Voeren van een kort rookstopgesprek*’ op de website www.rookvrijezorg.be.

Good practice 1

In AZ Turnhout wordt op het anamneseformulier bij residentieel opgenomen patiënten gevraagd naar de rookstatus. De vragen ‘*Rookt u?*’ en ‘*Indien ja, wenst u tijdens uw hospitalisatie een afspraak met een tabakoloog om u op weg te helpen om te stoppen met roken?*’ worden op deze manier bij elke patiënt bevroegd. Nadien is het aan de zorgverlener die het anamneseformulier ontvangt om hierop in te spelen.

Wanneer de patiënt de vraag blanco laat, dan is het de taak van de zorgverlener die het formulier ontvangt, om dit alsnog met de patiënt te bespreken in de vorm van een minimale interventie. Als de patiënt begeleiding wenst, geeft de arts of de zorgverlener de vraag rechtstreeks dan wel via een consultaanvraag door aan de tabakoloog. De patiënt ontvangt op de afdeling meteen

bijkomende informatie aan de hand van een brochure. Meestal kunnen ze zelfs binnen de 24u al een consultatie bij de tabakoloog krijgen.

Samengevat: Anamneseformulier (rookstatus) -> zorgverlener (minimale interventie) -> tabakoloog (begeleiding)

Good practice 2

Het Jules Bordet Instituut is een autonoom kankerinstituut met behandeling van kanker, onderzoek naar kanker en kankerpreventie.

In het Bordetinstituut werken er 4 tabakologen: 2 verpleegkundige – tabakologen (halftijdse) en 2 ambulante psycholoog-tabakologen. Ter voorbereiding van de residentiële opname van een patiënt neemt een verpleegkundige de anamnese af, waarbij de rookstatus steeds wordt bevestigd. De verpleegkundige-tabakoloog gaat dagelijks langs op alle diensten (ziekenhuisbreed) zodat een eerste contact kan worden gelegd met elke roker (minimale interventie). Deze motiverende interventie kan gericht zijn op een rookstop maar kan zich ook beperken tot het zo comfortabel mogelijk laten verlopen van de opname (o.a. door de roker indien nodig NRT aan te bieden). Soms kan dit gesprek uitgebreider gebeuren en betreft het reeds een intakegesprek. Indien de patiënt verdere begeleiding wenst om te stoppen met roken wordt hij doorverwezen naar de ambulante tabakologen of een tabakoloog in de buurt.

Samengevat: Verpleegkundige (rookstatus) -> verpleegkundige tabakoloog (minimale interventie en soms al een eerste intakegesprek) -> ambulante tabakoloog (begeleiding)

Aandachtspunt: indien de minimale interventie door verpleegkundigen wordt uitgevoerd, worden ze idealiter gecoacht door de tabakoloog.

In de meeste ziekenhuizen echter verloopt de doorverwijzing naar de interne tabakoloog op dit moment exclusief op vraag van (na individuele inschatting van) arts of verpleegkundige. Deze minder systematische aanpak verdient niet de voorkeur.

In functie van het aanbod in het ziekenhuis en de voorkeur van de patiënt kan de patiënt **intern of extern doorverwezen** worden. De interne doorverwijzing, waarbij wordt verwezen naar de tabakologen werkzaam binnen het ambulante aanbod van de ziekenhuizen, verdient de voorkeur. Op deze manier wordt de drempel voor verdere opvolging verlaagd.

De mogelijkheden voor externe doorverwijzing zijn terug te vinden in de [folder 'rookstopverwijzer'](#) in bijlage.

- Tabakologen in de buurt zijn te vinden via www.tabakologen.be
- Tabakstop biedt een dienst na opname, waarbij patiënten door het invullen van een [inschrijvingsformulier](#) op een wachtlijst gezet kunnen worden en Tabakstop proactief contact opneemt met de patiënt. Patiënten kunnen ook zelf gratis telefonisch contact opnemen met Tabakstop.

De **rookstopbegeleiding** gebeurt door de tabakoloog of door de arts. De begeleiding door de tabakoloog

- kan meerdere sessies omvatten (een standaard traject omvat maximaal 4 uren individuele begeleiding, verspreid over meerdere sessies)
- gaat in ziekenhuizen vaak individueel door, maar ook groepsbegeleidingen zijn mogelijk
- gebeurt residentieel tijdens de opname of achteraf ambulante via het dagziekenhuis
- wordt deels vergoed door de Vlaamse Overheid (de patiënt betaalt enkel zijn persoonlijke bijdrage).

Een roker die naar aanleiding van een operatie voor langere tijd opgenomen is in het ziekenhuis, kan last krijgen van ontwenningsverschijnselen. Het naar buiten gaan om een sigaret te roken is immers niet bij elke opname vanzelfsprekend. Een roker die na de minimale interventie nog steeds aangeeft niet te willen stoppen met roken kan, ter overbrugging van zijn opname, baat hebben bij het opstarten van NRT (Nicotine Replacement Therapy). Dit onderdrukt de ontwenningsverschijnselen en zal op deze manier het ziekenhuisverblijf voor de roker draaglijker maken.

Erg belangrijk is zorgen voor een goede **continuïteit van de zorg**. De **doorverwijzing** van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis is dus cruciaal. Voor een goede continuïteit van de zorg wordt er best:

- een intern ambulante aanbod voorzien in het ziekenhuis, waarbij de ambulante opvolging door dezelfde tabakoloog kan worden uitgevoerd in de polikliniek (bij voorkeur diegene die de eerste stappen heeft gezet). Dit is laagdrempeliger dan extern te moeten doorverwijzen.
- doorverwezen naar Tabakstop of een tabakoloog in de buurt indien er geen intern aanbod mogelijk is.

Uitgelicht: Wat is bedside counseling?

Nauwe definiëring

Bij bedside counseling gaat een tabakoloog (of andere zorgverlener) aan bed langs bij patiënten voor een kort kennismakingsgesprek waarbij de werking van de tabakoloog en rookstopbegeleiding wordt toegelicht en patiënten er, in functie van hun vraag tot rookstop, kunnen voor kiezen om verder (ambulant) begeleid te worden of worden doorverwezen naar een tabakoloog bij hen in de buurt. Een ruime definitie voor bedside counseling bij rookgedrag is:

Een rookstopgesprek tijdens residentiële opname of dagopname in een ziekenhuis. Dit gesprek kan, maar hoeft niet aan het bed te gebeuren. Het kan gaan om een kort gesprek: een minimale interventie gericht op het motiveren tot verdere begeleiding en doorverwijzing. Het kan ook de start of vervolg van een rookstopbegeleiding betreffen.

BEDSIDE COUNSELING ROOKSTOP	Minimale bedside interventie	Bedside counseling rookstopbegeleiding: intake of opvolggesprek
Uitgevoerd door verpleegkundige of andere gezondheidsprofessional	A	B: niet van toepassing
Uitgevoerd door tabakoloog	C	D: Past binnen huidige Vlaamse terugbetalingsstelsel

De **minimale bedside interventie** (A en C) is een interventie van minder dan 5 minuten die systematisch een bepaalde groep patiënten poogt te bereiken en die hen poogt te informeren over en motiveren tot rookstop(begeleiding). Het is een opportunistische interventie die niet hoeft te starten van een vraag bij de patiënt. Deze interventie kan uitgevoerd worden door een verpleegkundige of een andere gezondheidsprofessional, maar de uitvoering door een tabakoloog verdient de voorkeur gezien diens expertise en de mogelijkheid verdere opvolging zelf te voorzien. Hiervoor zijn gespreksmethodieken ontwikkeld die in dit kader kunnen worden ingezet. Zie hiervoor <https://rookstop.vrgt.be/vorming-opleiding/doorverwijzer>

Bedside counseling rookstopbegeleiding (D) is een rookstopgesprek van minstens 15 minuten uitgevoerd door een tabakoloog op vraag van de patiënt. Dit gesprek kan uitmonden in een begeleiding van meerdere sessies.

Intensieve rookstopbegeleiding kan leiden tot quit rates tussen 30% en 35%, in vergelijking met 8% zonder ondersteuning (Hughes, 2000; Dobbie et al., 2015). Een minimale interventie in ziekenhuiscontext kan gaan van een eenvoudig rookstopadvies tot een begeleide interne of externe doorverwijzing met aandacht voor de motivationele component, en is daarom moeilijker te kwantificeren op gebied van effectgrootte. Deze interventies zijn onderdeel van de evidence based richtlijnen van The Global Network of Tobacco Free Healthcare Services (GNTH). De richtlijnen van de GNTH worden internationaal aanvaard als de gouden standaard.

De ondersteuning van personeel bij rookgedrag

De begeleiding van rokende personeelsleden

Een goed rookbeleid, in het bijzonder van een gezondheidsinstelling, heeft een rookstop-aanbod beschikbaar niet enkel voor patiënten maar ook voor het eigen personeel. Opdat zij 'het goede voorbeeld' zouden kunnen geven is het nodig dat zij aangemoedigd én ondersteund worden bij het stoppen met roken. De opstart van een rookvrije campus is een goede trigger, een goede motivator om dit aanbod te voorzien en voor personeelsleden om op dit aanbod in te gaan. Door gebruik te maken van het Vlaamse terugbetalingsstelsel kan een gedeelte van de kosten van de begeleiding gedekt worden (personeelsleden betalen dan enkel een persoonlijk bijdrage, de tussenkomst van de overheid gaat rechtstreeks naar de tabakoloog of het ziekenhuis). Het verdient echter aanbeveling om de rookstopbegeleiding volledig gratis aan te bieden voor personeelsleden (de kost voor de persoonlijke bijdrage m.a.w. door het ziekenhuis te laten dragen), inclusief ondersteuningsmiddelen (nicotinesubstitutie) en medicatie indien nodig. Een interessante motiverende optie is om het gratis aanbod te verbinden aan het aanwezig zijn tijdens een minimum aantal sessies. Zo niet, dient dit bedrag alsnog betaald te worden door de roker.

Een personeelslid dat stopt met roken kent minder ziekteverlet en is productiever (U.S. Department of Health and Human Services, 2020; Lievens et al., 2016). Hij draagt bovendien bij aan de gezonde uitstraling van het ziekenhuis en kan patiënten aanspreken vanuit eigen ervaring.

Aan de hand van de 'vragenlijst personeel' (terug te vinden op de website www.rookvrijezorg.be) kan men zicht krijgen op het aantal rokers onder het personeel, hoeveel hiervan wensen te stoppen met roken en welke ondersteuning ze vanuit het ziekenhuis verwachten.

Verschillende **vormen van rookstopaanbod** kunnen overwogen worden:

- De rookstopbegeleiding door de tabakoloog gebeurt individueel of in groep.
 - Een standaard **individueel traject** omvat maximaal 4 uren begeleiding, verspreid over meerdere sessies.
Individuele begeleiding is mogelijk, intern dan wel extern. Een individuele begeleiding heeft het voordeel onmiddellijk een traject te kunnen starten wanneer het rokende personeelslid de stap wenst te zetten.
 - Een **groepsbegeleiding** bestaat doorgaans uit 12 uren begeleiding (gespreid over bijvoorbeeld 6 tot 8 sessies). Het voordeel van een groepsessies is dat kandidaat rookstoppers moeilijkheden, motivaties en ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen en er zo een steunende dynamiek ontstaat. In Vlaanderen is er een behoorlijke expertise met betrekking tot rookstopbegeleiding in groep. Deze sessies worden uitgevoerd in bedrijven en instellingen, vanuit lokale besturen, preventiediensten of op initiatief van de werkgever. Het Lokale Gezondheidsoverleg (LOGO) ondersteunt hierbij.
Een interessante optie is om de groepsbegeleiding te laten voorafgaan door een individueel intakegesprek, om de individuele noden en bezorgdheden te kunnen bespreken.
- Er kan gewerkt worden met de tabakoloog van het ziekenhuis of een externe tabakoloog. Tabakologen zijn via deze website op te zoeken: www.tabakologen.be. In de praktijk wordt vaak gewerkt met de

tabakoloog van het ziekenhuis. Dit is vanzelfsprekend financieel interessanter. Omdat het personeel, gezien zijn (para)medische achtergrond vaak kritischer is, is een ervaren tabakoloog nodig.

- In de praktijk wordt dit aanbod voorzien tijdens de privé-tijd van de roker (tijdens 'de wissel van shiften'). Het blijkt organisatorisch zeer moeilijk te organiseren tijdens de diensturen. Rookstopbegeleiding tijdens de diensturen heeft het voordeel een groter publiek te bereiken, buiten de diensturen is het publiek echter iets meer intrinsiek gemotiveerd.

Welke kost voor het ziekenhuis?

De kost voor personeelsbegeleiding voor het ziekenhuis hangt af van de gekozen formule.

- Begeleiding door de tabakoloog
 - Gratis indien werkzaam in het ziekenhuis
 - Bij externe tabakoloog waarbij het ziekenhuis de persoonlijke bijdrage van de roker betaalt: 24 euro (roker heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming) of 48 euro (roker heeft geen recht op de verhoogde tegemoetkoming) per roker voor het maximale traject van 12 uur
- Nicotinesubstitutie en/of medicatie:
 - Champix: ongeveer 15 euro remgeld
 - Nicotinesubstitutie combinatietherapie: 250 euro (bij maximum verbruik)

Good practice: In het AZ Turnhout werden groepssessies aangeboden, waarbij de sessies enkel gratis waren indien het personeelslid 7/8 sessies kwam opdagen. Een groep van 18 personen namen deel, waarvan 16 personen bij het afsluiten van de cursus gestopt waren met roken. Na 6 maanden waren er nog 14 deelnemers rookvrij. Het '*moeten blijven komen*' naar de groepssessies om het gratis te ontvangen bleek een goede motivator te zijn.

Educatie en coaching

Personeelsleden moeten niet enkel gesensibiliseerd worden om zelf te stoppen met roken, maar ook om patiënten aan te spreken op hun rookgedrag en indien mogelijk door te verwijzen naar een tabakoloog.

Om de doorverwijzing van rokende patiënten naar een tabakoloog te optimaliseren is een cruciale determinant de **bekendheid van de tabakoloog** binnen verschillende afdelingen en teams van het ziekenhuis. Idealiter gaat een tabakoloog op verschillende teams langs om zijn werking bekend te maken (andere bekendmakingsstrategieën zijn ook mogelijk zoals via interne kanalen: intranet, folders, ...). Gezien het personeelsverloop in een ziekenhuis is bekendmaking geen eenmalige actie maar vereist dit herhaaldelijke aandacht.

Bekendmaking is noodzakelijk, maar vaak niet voldoende om doorverwijzing te realiseren. Personeelsleden voelen zich niet altijd **vaardig in het voeren van een rookstopgesprek**. De tabakoloog kan teams of afdelingen hierin coachen of ondersteunen. Personeelsleden kunnen ook tips vinden via deze tool:

<https://rookstop.vrgt.be/vorming-opleiding/doorverwijzer>.

Tabakologen kunnen ingezet worden om:

- Bekendmaking van hun werking te voorzien
- Een team te coachen bij het rookvrij maken of houden van een afdeling
- Vorming te voorzien voor patiënten (bv. infoavond voor hart-, of diabetes- patiënten) over de effecten van roken op het lichaam, over de mogelijkheden van rookstop, ...
- Vorming te voorzien voor personeelsleden over de interactie van roken met behandelingen, in het bijzonder operaties en anesthesie; over de nicotinesubstitutie tijdens een opname,
- Gespreksvaardigheden te oefenen, in het bijzonder op het gebied van motivational interviewing en minimale interventies

De structurele inbedding in algemene ziekenhuizen

De rol van de tabakoloog zal de komende jaren verder blijven groeien door het stijgend aantal rookvrije ziekenhuizen en de toenemende aandacht voor rookstopbegeleiding in ziekenhuizen. Te denken valt aan eventuele toekomstige ontwikkelingen zoals een rookstopaanbod bij longkankerscreening.

Niet enkel op de dienst pneumologie maar op vrijwel alle afdelingen van een ziekenhuis hebben patiënten baat bij een rookstop. Roken heeft schadelijke gevolgen en een impact op zo goed als alle gezondheidsproblemen waarmee men in een ziekenhuis geconfronteerd wordt. Een ziekenhuisopname is dan ook een ideale gelegenheid voor een rookstop (zie bijvoorbeeld: Rigotti, Clair, Munafo, & Stead, 2012). Enerzijds kunnen acute gezondheidsproblemen voor patiënten een duidelijke trigger zijn voor een rookstop. Anderzijds is het voor de roker die een behandeling of ingreep moet ondergaan relevant een rookstop te overwegen, idealiter vier weken voor de ingreep (Loof, Dhooghe, Salhi, & Derom, 2014). Behandelingen verlopen vaak beter en hebben meer effect als de patiënt stopt met roken (bijvoorbeeld een betere wondgenezing, minder peri- en postoperatieve complicaties). Vanuit een verantwoordelijkheid voor kosteneffectieve behandelingen binnen de gezondheidszorg en doelmatige besteding van (schaarse) middelen wordt bij meerdere behandelingen en operaties een **rookstop als aangewezen tot noodzakelijke dan wel verplichte voorwaarde** gehanteerd. Verschillende pathologieën en behandelingen vormen dan ook gemakkelijke aanknopingspunten om een rookstopgesprek te voeren. Een goede begeleiding bij deze rookstop is cruciaal.

Een afdeling tabakologie?

In het ideale scenario vormen tabakologen een op zichzelf staande tabakologische equipe die flexibel inzetbaar is over verschillende afdelingen heen. In de praktijk is het door het lage aantal FTE tabakologen in dienst vaak niet mogelijk om een aparte dienst 'tabakologie' te vormen. Veelal zijn tabakologen verbonden aan een reeds bestaande dienst, meer bepaald de afdelingen pneumologie, cardiologie of psychologie. Ondanks de inbedding in een welbepaalde afdeling zouden tabakologen idealiter ingezet moeten kunnen worden voor alle rokers op alle afdelingen. Voor een aantal aandoeningen en behandelingen dient extra aandacht te gaan naar de inbedding van de tabakoloog in het behandelplan.

Het consequent bevragen en dynamisch registreren van de rookstatus, het voeren van een rookstopgesprek, het vrij beschikbaar maken van NRT om de rookstop tijdens een ziekenhuisopname draaglijk te maken, doorverwijzen naar een tabakoloog in het ziekenhuis en aandacht voor zorgcontinuïteit (doorverwijzing) na ontslag zouden veel vooruitgang kunnen brengen. Deze aspecten worden binnen verschillende richtlijnen als belangrijke kwaliteitsindicatoren van een goed rookbeleid beschouwd (Global Network for Tobacco Free Health Care Services; Joint Commission International; Surgeon General; Ottawa Model For Smoking Cessation). De tabakoloog dient in dit geheel een cruciale schakel te zijn. Om dit aanbod te realiseren - inclusief de vermelde verbreding van zijn takenpakket - is voor een gemiddeld ziekenhuis met 400 bedden de aanwezigheid van 1,5 full-time equivalent tabakoloog een mogelijk richtsnoer.

We vermelden hieronder nog een good practice:

Good practice

In Wallonië en Brussel wordt er gewerkt met CAF's (Centre d'Aide aux Fumeurs) of rookstopklinieken, zoals bijvoorbeeld binnen het Bordetinstituut (Brussel). Het ziekenhuis heeft voor ongeveer 250 oncologische patiënten twee halftijdse tabakoloog-verpleegkundigen in dienst die elkaar op de dienst afwisselen. Zij zijn fulltime bezig met het ziekenhuisbreed verwerken van rookstopdossiers, minimale interventies, verdere ondersteuning en doorverwijzing naar de ambulante tabakoloog. Daarnaast zijn er twee voltijdse tabakologen drie dagen per week beschikbaar voor ambulante consultaties en externe groepsbegeleiding in Brussel en Wallonië. De ambulante consultaties staan open voor eerder opgenomen oncologische patiënten (na ontslag) alsook voor externe rokers.

Zelfstandig of in dienstverband

In 2019 werkte 4/5e van de tabakologen in een ziekenhuis in dienstverband, 1/5e in een zelfstandigenstatuut. In een zelfstandigenstatuut is de rol van de tabakoloog vaak beperkter. Hij dient zich te beperken tot de begeleiding van rokers binnen het Vlaamse terugbetalingssysteem. Dit is een belangrijke taak die voldoende mankracht vereist. Echter, het is wenselijk ook invulling te geven aan de andere mogelijke rollen van de tabakoloog. Dit vergroot de mogelijkheid tot een betere inbedding in het ziekenhuis en draagt bij aan de verwezenlijking van de andere doelstellingen van een rookvrij ziekenhuis.

Referenties

- Belenger, L., Pappens, M., Adriaens, A., Verheyen, M., & Schol, S. (2019). *Het rookbeleid van Vlaamse Ziekenhuizen*. Niet gepubliceerd manuscript in kader van beheersovereenkomst consortium Tabak 2016-2020.
- Dobbie, F., Hiscock, R., Leonardi-Bee, J., Murray, S., Shahab, L., Aveyard, P., ... & Bauld, L. (2015). Evaluating Long-term Outcomes of NHS Stop Smoking Services (ELONS): a prospective cohort study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 19(95), 1.
- Fiore, M. C., Goplerud, E., & Schroeder, S. A. (2012). The Joint Commission's new tobacco-cessation measures—will hospitals do the right thing?. *New England Journal of Medicine*, 366(13), 1172-1174.
- Hughes, J. R. (2000). New treatments for smoking cessation. *CA: a cancer journal for clinicians*, 50(3), 143-151.
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., et al. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. IRCP research series (Vol. 51). Antwerpen: Maklu. Geraadpleegd van <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F65>
- Loof, S., Dhooghe, B., Salhi, B., & Derom, E. (2014). Perioperatieve verwikkelingen bij rokers en invloed hierop door rookstopinterventie. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 70 (4), 187 – 192. doi: 10.2143/TVG.70.04.2001555
- Ottawa Model For Smoking Cessation (n.d.). Geraadpleegd van <https://ottawamodel.ottawaheart.ca/>
- Rigotti, N. A., Clair, C., Munafo, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- The Global Network for Tobacco Free Health Care Services (n.d.). The Global Network implementation Concept. Geraadpleegd van <https://www.tobaccofreehealthcare.org/standards/overview>
- The Joint Commission International (n.d.). Tobacco Treatment. Geraadpleegd van <https://www.jointcommission.org/measurement/measures/tobacco-treatment/>
- U.S. Department of Health and Human Services. *Smoking Cessation. 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, 2020.



VLAAMSE VERENIGING VOOR
RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG
EN TUBERCULOSEBESTRIJDING VZW

ADRES

Eendrachtstraat 56
1050 Brussel

CONTACT

t 02 510 60 90
f 02 611 46 14

info@vrgt.be
www.vrgt.be