



## **PESCE**

Huisartsen en de economische aspecten van het stoppen  
met roken in Europa  
( **EU Subsidieovereenkomst 200 5319** )

### **Project in Hoofdpijnen**

## PESCE Projectsecretariaat



TABAC & LIBERTE, 10 rue des Arts, F-3100 Toulouse  
Tel: + 33 562 88 67 74 Mobile phone + 33 6140 85 628  
[asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr](mailto:asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr)  
[www.tabac-liberte.com](http://www.tabac-liberte.com)

**Dit project wordt financieel ondersteund in het kader van het Volksgezondheidsprogramma 2003-2008 van de Europese Commissie (Subsidieovereenkomst 200 5319). De auteurs van dit document zijn exclusief verantwoordelijk voor de inhoud ervan. De Commissie aanvaardt geen enkele verantwoordelijkheid voor enig gebruik van de informatie die hierin wordt gepresenteerd.**

## **PESCE Project**

In Juni 2006 kende de Europese Commissie een gedeeltelijke financiering van 60% toe aan PESCE, een Europees project met 31 partners uit 27 landen. De subsidie werd verstrekt op basis van het multidisciplinaire, multiculturele en innovatieve karakter van het project waarin diverse maatschappelijke en economische overwegingen worden gekoppeld. Het PESCE Project liep van september 2006 tot mei 2008 met een totaal budget van EUR 658.000. Vijftien geassocieerde partners leverden een financiële bijdrage en droegen gezamenlijk de wetenschappelijke verantwoordelijkheid voor het project. Daarnaast leverden nog eens zestien samenwerkingspartners een bijdrage in de vorm van deskundig advies evenals topdeskundigen die werden geselecteerd op basis van hun specifieke kennis en reputatie binnen de academische wereld.

Het grootschalige project is een initiatief van Tabac & Liberté (Frankrijk), de grootste particuliere organisatie van Europa die gespecialiseerd is in stoppen met roken trainingen voor huisartsen en professionals in de gezondheidszorg op landelijk niveau; deze organisatie droeg tevens zorg voor de algehele coördinatie. De samenwerking van dit PESCE Project met Europese projectpartners is gebaseerd op vier eerdere EU-projecten op het gebied van huisartsen, zorgverleners en stoppen met roken die tussen 1998 en 2006 hun beslag kregen.

### **Doelstellingen**

De algehele doelstelling van het project was het ontwikkelen van verifieerbare beleidsaanbevelingen en -adviezen door middel van een grootschalig Europees overlegproces waarbij rekening werd gehouden met culturele en landspecifieke aspecten:

- Het bevorderen van stoppen met roken interventies door huisartsen in Europa door de sociaaleconomische context van hun praktijk te beïnvloeden;
- De economische voordelen van meer stoppen met roken interventies voor de Europese gezondheidszorgbegroting onder de aandacht brengen;
- Besluitmakers motiveren om de werkomgeving van huisartsen te veranderen door middel van beleidsmaatregelen.

### **Projectaanpak**

Om deze doelstellingen te realiseren werd het PESCE Project onderverdeeld in verscheidene taakpakketen die onder de verantwoordelijkheid van een of meer geassocieerde partners werden geïmplementeerd:

- Projectbeheer en -coördinatie;
- Een evaluatie van internationale literatuur over factoren die het gebruik van stopinterventies door huisartsen faciliteren of juist belemmeren, evenals over interventies om het gedrag van de huisartsen zelf te veranderen;
- Een evaluatie van zogenaamde 'grijze literatuur' in 27 Europese landen;
- Een inschatting van de kosten en de voordelen van maatregelen om huisartsen vaker adviezen te laten geven met betrekking tot stoppen met roken;
- Het organiseren van een bijeenkomst in Warschau waarop deskundigen verifieerbare aanbevelingen ontwikkelen;
- Het organiseren van een stakeholder conferentie in Barcelona om Europese en internationale implementatiestrategieën te ontwikkelen op basis van de beleidsaanbevelingen die tot stand zijn gekomen op de bijeenkomst in Warschau;

- De publicatie van een Europees projectverslag, het vertalen van de hoofdlijnen van het verslag in alle Europese talen en het afgeven van beleidsaanbevelingen op het internet en door middel van nationale persconferenties en andere evenementen;
- Projectevaluatie.

## **Resultaten**

- Een verslag van de kosten en de voordelen van maatregelen om huisartsen vaker adviezen te laten geven met betrekking tot stoppen met roken;
- Een verslag over de factoren die het gebruik van stopinterventies door huisartsen faciliteren of juist belemmeren, evenals over interventies om het gedrag van de huisartsen zelf te veranderen;
- Europese consensus over evidence-based aanbevelingen en op de praktijk gebaseerde implementatiestrategieën om de stoppen met roken interventies van huisartsen in Europa te verbeteren;
- Een betere integratie van preventie in de Europese gezondheidszorgstelsels.

## **De kosten en voordelen van beleid om de betrokkenheid van huisartsen bij rokende patiënten te vergroten**

**Prof. David Cohen, University of Glamorgan, Wales**

Het is al lang bekend dat interventies door huisartsen een effectief middel zijn om patiënten te helpen met roken te stoppen. Het PESCE Project gaat in op het feit dat huisartsen patiënten die roken niet die steun geven die verwacht mag worden op basis van de resultaten van eerdere interventies.

Uit het internationale-literatuuronderzoek blijkt dat het gedrag van huisartsen kan worden beïnvloed door informatieverstrekking en andere maatregelen; er was onvoldoende bewijs voor voorspellingen ten aanzien van de mate van de gedragsverandering. Om deze reden hebben wij de gezondheids- en economische voordelen onderzocht die zouden kunnen voortvloeien uit verschillende reductieniveaus van het rookgedrag.

Terwijl het PESCE Project liep, publiceerde het Britse Institute for Health and Clinical Excellence een nieuwe evaluatie waaruit bleek dat de stoppen met roken inspanningen van huisartsen bijzonder kosteneffectief waren. Op basis van de effecten op het stopgedrag (tussen 3% en 15%) in verhouding tot de kosten kunnen we hier spreken van nagenoeg de meest kosteneffectieve interventies in de gezondheidszorg. Externe stoppen met roken diensten waarnaar huisartsen kunnen verwijzen, scoorden zelfs nog hoger – maximaal 35% na afloop van het programma. WP5 onderzocht de gezondheids- en economische voordelen van de bescheidenere reductiepercentages van 3% en 15%.

Plaatselijke onderzoekers uit de 27 landen die deelnamen in PESCE werd gevraagd om landelijke aan roken gerelateerde gegevens aan te leveren met een vaste indeling. Er werd een economisch model (Prevent) gebruikt om de economische en de gezondheidseffecten van minder rokers te voorspellen voor elk land dat hiervoor voldoende data kon aanleveren.

In het geval van het Verenigd Koninkrijk gaf een dalingspercentage van het aantal rokers met 3 en 15%, de volgende resultaten te zien:

### VK – Reductie roken met 3%

Jaar	2010	2020	2030	25 jaar Totaal
<i>Incidentieafname (totalen voor longkanker, hart- en vaatziekten, hersensbloedingen en COPD)</i>	1876	3130	3803	67.583
<i>Totaal aantal voorkomen sterfgevallen</i>	182	848	1233	17.233
Daling kosten gezondheidszorg bij 4 aandoeningen (€M)	6,47	27,25	37,14	541
Waarde van voorkomen sterfgevallen (€M)	11,08	67,13	95,00	1.525
Waarde van afname ziekteverzuim (€M)	20,95	19,52	18,18	488
Waarde van daling aantal branden (€M)	7,92	7,39	6,88	184
<b>Totaalwaarde van alle voordelen (€M)</b>	46,42	121,28	157,20	2.738

### VK – Reductie roken met 15%

Jaar	2010	2020	2030	25 jaar Totaal
<i>Incidentieafname (totalen voor longkanker, hart- en vaatziekten, hersensbloedingen en COPD)</i>	9384	15670	19079	338.490
<i>Totaal aantal voorkomen sterfgevallen</i>	909	4250	6185	86.361
Daling kosten gezondheidszorg bij 4 aandoeningen (€M)	32,33	136,42	186,14	2.710
Waarde van voorkomen sterfgevallen (€M)	55,73	336,30	477,22	2.441
Waarde van afname ziekteverzuim (€M)	104,75	97,59	90,85	7.648
Waarde van daling aantal branden (€M)	39,62	36,91	34,37	923
<b>Totaalwaarde van alle voordelen (€M)</b>	232,43	607,22	788,57	13.722

Het spreekt voor zich dat de voordelen aanzienlijk zijn. Bovendien mogen deze cijfers worden beschouwd als minimumschattingen aangezien geen rekening wordt gehouden met de andere bekende voordelen van een afname van het roken zoals een lagere incidentie van andere aan roken gerelateerde aandoeningen, gezondheidsvoordelen van minder passief roken, sneller herstel na operaties, etc.

Deze voordelen kunnen echter alleen worden gerealiseerd als huisartsen méér doen om hun patiënten te helpen met roken te stoppen. Het merendeel van de maatregelen die effectief bleken in het veranderen van het gedrag van huisartsen bevatte een training, wat kosten met zich mee brengt – zo berekende een studie een kostenpost van €97 per huisarts. Naast de mogelijke voordelen van een verhoogde betrokkenheid van huisartsen, bleek ook beleid dat erop gericht was huisartsen te stimuleren die hulp te bieden, uitermate kosteneffectief.

De kwaliteit en kwantiteit van gegevens uit de andere landen varieerde. Tot op heden kan het model op 10 landen worden toegepast. In alle gevallen was er sprake van grote economische en gezondheidsvoordelen.

<b>Dalingen van het aantal sterfgevallen per jaar door aan roken gerelateerde aandoeningen in 10 Europese landen</b>			
<b>Een afname van het aantal rokers van 3% levert de volgende daling van het aantal sterfgevallen op</b>			
	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
Oostenrijk	10	64	103
Frankrijk	41	314	470
Duitsland	83	718	1.110
Nederland	20	158	269
Zwitserland	2	5	7
Ierland	4	41	73
Polen	81	488	706
Portugal	6	35	63
Roemenië	6	44	78
Verenigd Koninkrijk	182	848	1.233
<b>Totaal</b>	<b>435</b>	<b>2,715</b>	<b>4.112</b>

**Jaarlijkse afname van aandoeningspecifieke gezondheidszorgkosten  
in 10 Europese landen**  
**Een afname van het aantal rokers van 3% levert de volgende  
besparingen per jaar op**

	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
Oostenrijk	2.049.000 €	9.393.000 €	13.412.000 €
Frankrijk	2.921.000 €	18.412.000 €	33.234.000 €
Duitsland	714.000 €	4.044.000 €	7.082.000 €
Nederland	1.325.000 €	10.392.000 €	19.673.000 €
Zwitserland	132.000 €	1.560.000 €	2.218.000 €
Ierland	259.000 €	2.173.000 €	4.478.000 €
Polen	3.628.000 €	22.721.000 €	37.950.000 €
Portugal	339.000 €	3.687.000 €	7.466.000 €
Roemenië	565.000 €	2.419.000 €	3.686.000 €
Verenigd Koninkrijk	6.470.000 €	27.255.000 €	37.141.000 €
<b>Totaal 10 landen</b>	<b>18.398.000 €</b>	<b>102.056.000 €</b>	<b>166.340.000 €</b>

**Conclusie:**

Het is duidelijk dat beleidsveranderingen die moeten leiden tot een grotere betrokkenheid van huisartsen bij stoppen met roken behoren tot de meest kosteneffectieve gezondheidszorgmaatregelen. Indien 10 van de 27 EU-Lidstaten een reductie van 3% van het aantal rokers zouden kunnen realiseren, sterven er in 2030 4.000 minder mensen per jaar. En dan kijken we alleen nog maar naar coronaire hartziekten (CHD), chronische obstructieve longaandoening (COPD), longkanker en beroertes. De lagere incidentie van deze 4 aandoeningen zou de EU een kostenbesparing van EUR 160 miljoen opleveren.



## **Factoren die de betrokkenheid van huisartsen bij stoppen met roken interventies bevorderen of belemmeren**

Martine Stead, Stirling University en Open University, Centre for Tobacco Control Research (VK)

Er is een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd wat betreft wetenschappelijke en “grijze”, niet-universitaire, publicaties in 24 landen. Er werd gebruik gemaakt van een gemeenschappelijk zoekstrategieprotocol om de zoekstrategie in alle landen consistent te houden.

Het onderzoek van de wetenschappelijke literatuur omvatte publicaties van 1990 tot juni 2007 en betrof hoofdzakelijk Engelse literatuur. 100 Publicaties van de vastgestelde 3210 referenties voldeden aan de inclusiecriteria. In het onderzoek van de grijze literatuur werden publicaties tussen 1990 en februari 2007 onderzocht. Deze konden in elke Europese taal van de 27 partnerlanden zijn gepubliceerd en dit resulteerde in 540 contacten in 26 landen. Na de procedure voor het extraheren van gegevens, voldeden 104 publicaties uit 24 landen aan de inclusiecriteria. Voor de samenstelling van het huidige rapport werd gebruik gemaakt van 88 universitaire studies en 100 grijze literatuur publicaties.

Uit het internationale-literatuuronderzoek bleek dat de meerderheid van de huisartsen aan nieuwe patiënten vraagt of ze roken. Een kleiner aantal huisartsen vraagt standaard naar het rookgedrag van al de vaste patiënten. Het is minder standaard dat huisartsen alle rokers vragen te stoppen.

### **Factoren die van invloed zijn op de betrokkenheid van huisartsen bij het stoppen met roken van hun patiënten:**

- **Het eigen rookgedrag van de huisarts:** over het algemeen geven huisartsen die roken minder vaak het advies te stoppen dan huisartsen die niet roken.
- **Het belang bij en de houding ten opzichte van stoppen met roken:** Sommige huisartsen vinden het niet hun taak; anderen voelen zich er ongemakkelijk bij of schamen zich om stoppen met roken adviezen te geven; anderen vinden het niet de moeite waard en hebben de indruk dat het niet effectief is.
- **Zorgen om de dokter-patiënt relatie:** men is bezorgd dat vragen naar rookgewoontes de dokter-patiënt relatie kan schaden en eventueel tot een minder frequent bezoek aan de huisarts kan leiden. Huisartsen zijn bang schuldgevoelens, angst, en afstand te creëren met name bij patiënten die ernstig ziek zijn. Daarnaast speelt ook de kwestie van het recht van de patiënt op privacy en zelfbeschikking.
- **Aan patiënten gerelateerde factoren:** huisartsen zullen sneller een stopadvies geven als de symptomen worden beschouwd als gerelateerd aan roken; huisartsen interveniëren sneller bij zware rokers dan bij lichte; hoewel de richtlijnen stopinterventies aanbevelen bij zwangere rokers en bij ouders van jonge kinderen, gebeurt dit in de praktijk onvoldoende.
- **Structurele factoren:** huisartsen hebben de indruk dat stoppen met roken interventies teveel tijd vragen. Een gebrek aan training/informatie kan worden

gekoppeld aan een lage betrokkenheid. Het ontbreken van een vergoeding wordt in diverse studies gezien als een obstakel om actiever te worden qua stopinterventies.

- **Kennis/indrukken van stopmethoden & -behandelingen:** soms hebben huisartsen geen kennis van counselingtechnieken en behandelmogelijkheden. De bereidheid om deze te gebruiken kan worden gekoppeld aan de kennis ervan en hoe effectief de behandelopties worden ervaren.

### **Interventies die zijn doorgevoerd om huisartsen meer te betrekken bij het stoppen met roken van hun patiënten:**

**Training & bewustwording stimuleren:** Veranderingstrainingen leverden een aanzienlijke bijdrage aan de frequentie en kwaliteit van het advies en de counseling van de huisarts en ook de resultaten bij de patiënten verbeterden. Het verschaffen van een desktop hulpmiddel leidde tot meer advies en counseling door de huisarts.

**Financiële interventies:** 'Kwaliteitsvergoedingen' aanbieden voor het vastleggen van de rookstatus van patiënten en stopadvies geven, als onderdeel van het huisartsencontract, leidde op beide punten tot meer betrokkenheid en activiteiten. Door nicotinevervangende producten gratis te maken voor patiënten met een laag inkomen, schreven huisartsen deze vaker voor; kleine stimulansen bieden gekoppeld aan stoppercentages van patiënten, bleek niet effectief.

**Gegevens vastleggen & informatiebeheer:** hoewel geen direct onderdeel van de betrokkenheid van huisartsen bij het stoppen met roken van patiënten, werd goede gegevens verzamelen gezien als een voorwaarde of trigger voor een grotere betrokkenheid van de arts.

## 1. In welke mate geven huisartsen in Europa nu adviezen over stoppen met roken?

- De meerderheid vraagt naar de rookstatus van nieuwe patiënten.
- Een kleiner aantal huisartsen vraagt standaard naar het rookgedrag van al hun vaste patiënten of adviseert alle rokers altijd om te stoppen.
- De soorten steun en behandeling variëren per land.

## 2. Welke factoren zijn van invloed op de betrokkenheid van huisartsen bij het stoppen met roken van hun patiënten?

<p><b>Gedrag en houding van rokende huisartsen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rokende huisartsen adviseren minder vaak te stoppen dan niet-rokende artsen. In sommige landen roken huisartsen waar hun patiënten bij zijn.</li><li>• Sommige huisartsen vinden stopadviezen geven niet hun taak; ze voelen zich er ongemakkelijk bij, vinden het niet de moeite waard en ineffectief.</li><li>• Zorgen over schade aan de dokter-patiënt relatie schrikken huisartsen af om stopadviezen te geven.</li></ul>	<p><b>Patiënteigenschappen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Huisartsen geven sneller stopadviezen als de symptomen van patiënt worden beschouwd als aan roken gerelateerd en eerder bij zwaardere dan bij lichtere rokers.</li><li>• Huisartsen grijpen niet altijd in bij zwangere rokers en ouders van jonge kinderen, ondanks het feit dat dit wordt aanbevolen in landelijke richtlijnen.</li></ul>	<p><b>Structurele hindernissen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Huisartsen geven sneller advies om te stoppen met roken als ze training hebben ontvangen.</li><li>• Veel huisartsen vragen om meer training in en informatie over stopmethodes en behandelingen.</li><li>• Gebrek aan tijd en het ontbreken van een vergoeding wordt door sommige huisartsen beschouwd als hindernis (mate waarin varieert per land).</li></ul>
---	--	--

## 3. Welke interventies zijn doorgevoerd om huisartsen meer te betrekken bij het stoppen met roken van hun patiënten?

<ul style="list-style-type: none"><li>• 26 interventiestudies uit 9 landen.</li><li>• De studies verschillen en zijn vaak van slechte kwaliteit. In veel studies wordt de impact van een interventie op de routinematige betrokkenheid van de huisarts bij stoppen met roken niet onderzocht.</li></ul> <p><b>Training en bewustwording vergroten (n=18)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Korte bewustzijnverhoging &amp; algemene training, Minimale InterventieStrategie, motivatiefase/-cyclus van verandering, informatie/materiaal verschaffen.</li><li>• 7 van de studies (3 RCT's, 4 zwakkere studies) onderzochten de impact op de routinematige betrokkenheid bij stoppen met roken.</li></ul>	<p><b>Financieel (n=3)</b></p> <p>Macro- en microveranderingen in vergoedingstelsels voor huisartsen voor deelname aan stopinterventies.</p>	<p><b>Gegevens vastleggen en informatiebeheer (n=2)</b></p> <p>Verbeteringen in het vastleggen van gegevens (kan een hogere betrokkenheid bij stoppen met roken ondersteunen).</p> <p><b>Overig (n=3)</b> Gecombineerde interventies, deelname aan onderzoeken naar stoppen met roken.</p>
--	--	--

## 4. Hoe effectief zijn interventies om huisartsen meer betrokken te krijgen bij stoppen met roken initiatieven?

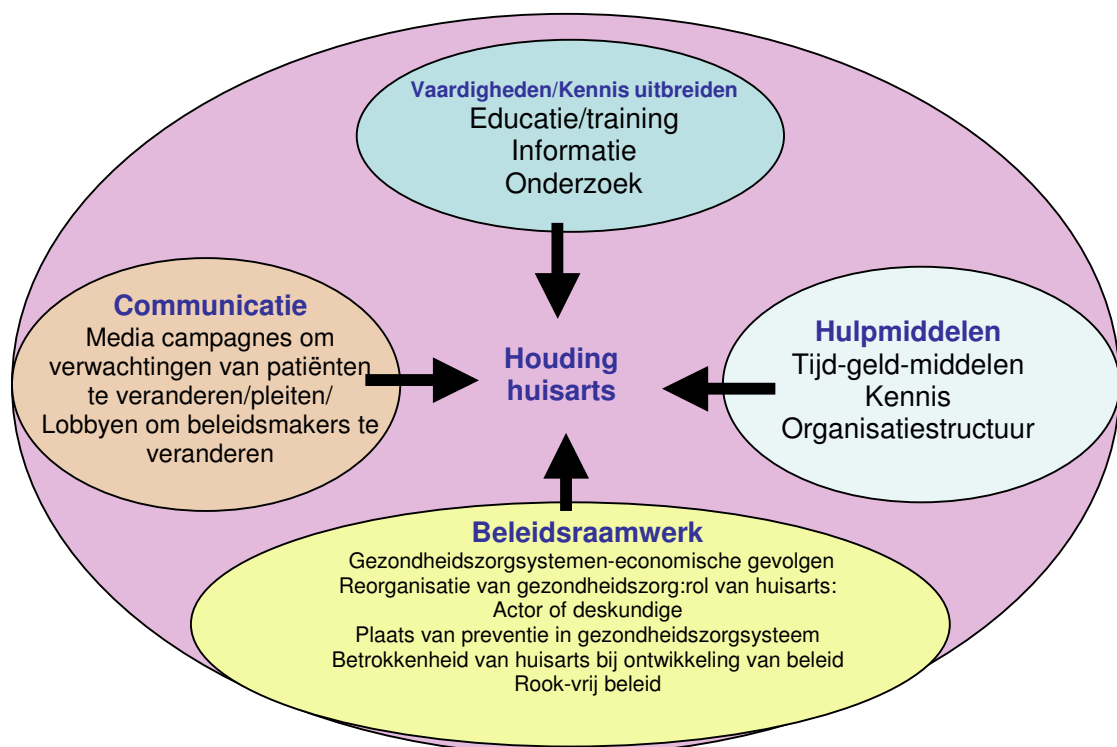
<p><b>Training en bewustwording vergroten interventies (n=18)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trainingen in motivatiefases (1 langetermijn studie) zorgden voor een hogere frequentie en kwaliteit van het advies en de counseling van de huisarts en ook de resultaten bij de patiënten verbeterden.</li><li>• Het verschaffen van een desktop hulpmiddel (1 kortetermijn studie) leidde tot meer advies en counseling door de huisarts.</li><li>• Andere studies gaven positieve resultaten te zien (lagere kwaliteit, de verschillen waren niet altijd significant).</li></ul>	<p><b>Financiële interventies (n=3):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 'Kwaliteitsvergoedingen' aanbieden voor het vastleggen van de rookstatus van patiënten en het geven van stopadviezen, vergrootte de frequentie van beide activiteiten (1 groot 15-jarig kwaliteitsonderzoek).</li><li>• Door nicotinevervangende producten gratis te maken voor patiënten met een laag inkomen, schreven huisartsen deze vaker voor (1 grote studie).</li><li>• Kleine stimulansen bieden gekoppeld aan stoppercentages van patiënten bleek niet effectief (1 kleine pilotstudie).</li></ul>	<p><b>Gegevens vastleggen en informatiebeheer (n=2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Door training en feedback werden meer gegevens vastgelegd en vaker stopadviezen gegeven (1 grote studie).</li></ul> <p><b>Overig (n=3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meer zelfvertrouwen en hogere percentages van stopadviezen.</li></ul>
---	---	--



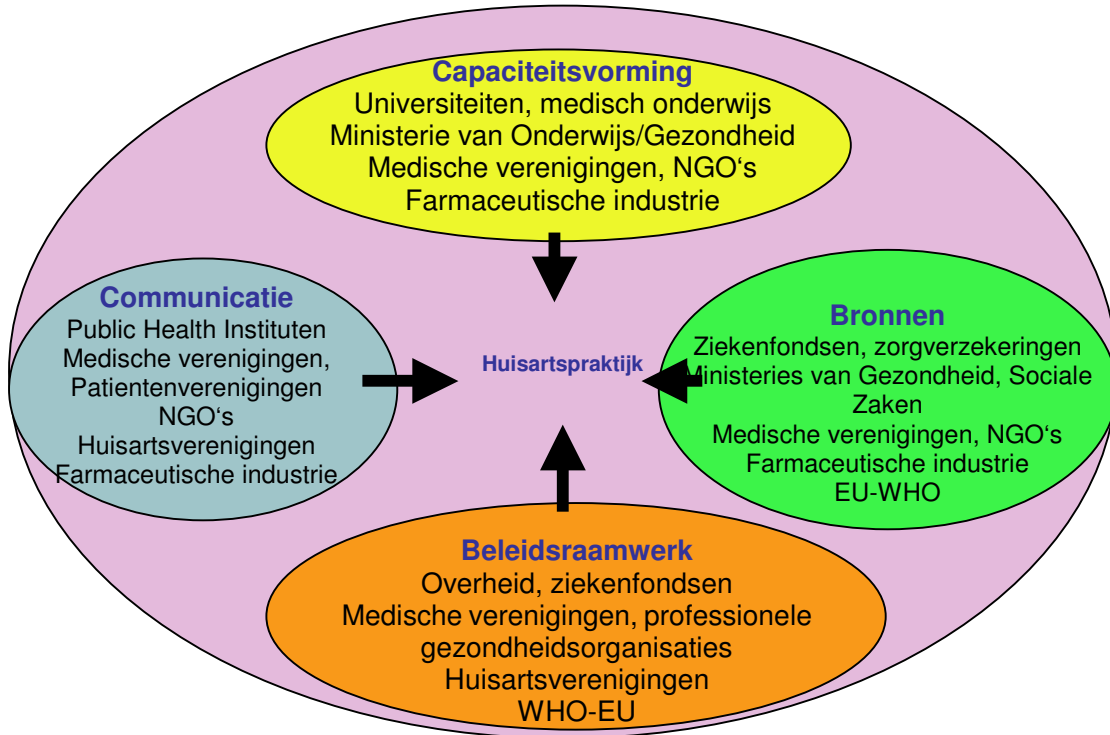
## Evidence-based beleidsaanbevelingen Praktijkgerichte implementatiestrategieën

Op basis van de conclusies van het internationale literatuuronderzoek, hebben de partners, onderzoekers, deskundigen en beleidsmakers uit 27 landen van het PESCE Project, 15 evidence-based beleidsaanbevelingen en praktijkgerichte implementatiestrategieën opgesteld om de betrokkenheid van huisartsen bij stoppen met roken strategieën te vergroten. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in vier categorieën: Vaardigheden/Kennis Uitbreiden, Hulpmiddelen, Beleidsraamwerk en Communicatie.

Factoren die de preventieactiviteiten van de huisarts beïnvloeden



## Manieren om de werkomgeving van de huisarts te veranderen



## Beleidsaanbevelingen en implementatiestrategieën

### VAARDIGHEDEN/KENNIS UITBREIDEN

**1. Om de competentie van huisartsen wat betreft stopinterventies te vergroten is training op doctoraal en postdoctoraal niveau vereist evenals workshops en trainingen voor praktiserende huisartsen.**

**Het curriculum en de training van huisartsenopleidingen moeten specifieke communicatieve vaardigheden bevatten over stoppen met roken.**

Training in stoppen met roken dient een verplicht onderdeel te zijn van doctoraal en postdoctoraal onderwijs. Voor reeds praktiserende huisartsen dient aanvullende training te worden gestimuleerd. Alle leerniveaus moeten hierin aan bod komen, ongeacht de gebruikte methode of aanpak.

De Ministeries van Onderwijs en van Gezondheid moeten evenals de beroepsorganisaties van zorgverleners de ontwikkeling van curricula omtrent preventie van en stoppen met roken stimuleren en financieel ondersteunen.

Er dient een universitaire leerstoel te worden opgezet in elke lidstaat van de EU. Deze leerstoel betreft dan alle verslavingsaspecten, waaronder preventie van en stoppen met roken, training en tabaksontmoedigingsbeleid.

Informatie over trainingsprogramma's moet breed beschikbaar worden gesteld aan de beroepsorganisaties binnen de gezondheidszorg. Sleutelpersonen dienen op te treden als voorstanders/ambassadeurs van dit beleid.

Voorlichting en training moet worden gestimuleerd door middel van partnerships tussen professionals, op universiteiten/medische opleidingen en in de richtlijnen voor de klinische praktijk.

Stoppen met roken programma's dienen vrij beschikbaar te zijn op het internet om huisartsen toegang te geven tot up-to-date informatie en ze tegelijkertijd een keuzemogelijkheid te geven tussen diverse opties. Dit levert niet alleen tijdsbesparing op, maar zo worden ook praktijkverpleegkundigen en andere praktijkmedewerkers betrokken bij de stoppen met roken inspanning.

Er zou een communicatieplatform voor collega-artsen moeten worden opgezet om regelmatig ervaringen uit te wisselen wat betreft stopinterventies. Dit zou kunnen gebeuren in de vorm van een webbased forum dat kan worden opgezet naar aanleiding van plaatselijke, regionale en landelijke conferenties/bijeenkomsten.

**2. Deelname van huisartsen aan onderzoeksprojecten zoals klinische onderzoekstrials en observatiestudies over stoppen met roken zou moeten worden gestimuleerd.**

Het bewijs en feitenmateriaal over stoppen met roken en de diverse stopmethodes moet worden verbeterd; daarnaast bestaat behoefte aan standaard onderzoeksmethoden die zijn afgestemd op de behoeften van de huisarts. Huisartsen moeten hierover vanaf het eerste begin worden betrokken en geraadpleegd.

**3. Alle zorgverleners die roken, moeten worden ondersteund bij het stoppen met roken.**

Huisartsen moeten zelf niet roken om geloofwaardig te zijn in hun relatie met patiënten. Zij vormen een belangrijk rolmodel voor de gehele bevolking.

Er moeten specifieke stoppen met roken programma's worden ontwikkeld voor zorgverleners die zijn afgestemd op de behoeften en de professionele omgeving van de huisartsenpraktijk.

Huisartsen moeten evenals alle andere zorgverleners gratis toegang krijgen tot stoptherapieën (counseling en medicatie) of deze moeten worden vergoed door de ziekenfondsen/zorgverzekeraars.

Huisartsen moeten worden gestimuleerd om deel te nemen aan stoppen met roken cursussen. Het niet roken als criterium voor een aanstelling moet worden bevorderd.

Niet roken zou verplicht moeten worden gesteld op medische opleidingen, zowel voor personeel als studenten. Niet roken zou als vereiste moeten worden opgenomen in de ethische beroepsrichtlijnen.

## HULPMIDDELEN

### **4. Huisartsen moeten kunnen beschikken over brede informatie over de voor handen zijnde bewezen stopdiensten, zoals het soort dienst, plaats, verwijzingsprocedures, kosten en contactgegevens.**

Huisartsenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, particuliere organisaties gericht op specifieke aandoeningen, ziekenfondsen en zorgverzekeraars en de Ministeries van Gezondheid dienen standaard alle zorgverleners informatiepakketten te verschaffen over stoppen met roken diensten, gespecialiseerde klinieken, telefonische hulplijnen, etc. die voldoen aan de overeengekomen kwaliteitscriteria.

Er moet een centrale database beschikbaar zijn op het internet met eenvoudige toegang tot gedetailleerde informatie over al deze diensten

Er moeten regelmatig direct marketing campagnes worden georganiseerd om huisartsen te attenderen op de beschikbaarheid van deze diensten.

### **5. Externe stopdiensten moeten huisartsen regelmatig feedback geven over stopresultaten van patiënten.**

Alle stoppen met roken diensten en telefonische hulplijnen moeten verplicht worden huisartsen regelmatig feedback te verschaffen.

Er dienen elektronische registratiesystemen te worden gebruikt voor de follow-up van doorverwezen patiënten.

Er moeten ‘zorgketen’ of ‘stepped care’ systemen worden opgezet.

Er moeten goede communicatiekanalen bestaan tussen externe stopdiensten en de huisartsenpraktijken en op conferenties & bijeenkomsten moeten netwerkmogelijkheden worden aangegrepen.

### **6. Huisartsen dienen standaard de rookstatus van al hun patiënten vast te leggen en te monitoren en dienen hun vervolgacties bij te houden in een geïntegreerd standaard dossier.**

Beroepsorganisaties van huisartsen, wetenschappelijke verenigingen, ziekenfondsen, zorgverzekeraars en Ministeries van Gezondheid zouden het verplicht moeten stellen om rookgegevens en stopinterventies op te nemen in de receptenoverzichten en het medisch dossier van de patiënt.

### **7. Eenvoudige verslaglegging over stopinterventies dient deel uit te maken van bestaande informatiesystemen. Dit betreft rookstatus, stopactiviteiten en feedback.**

Leveranciers van huidige medische dossiersystemen en kwaliteitscontroleurs zouden verplicht moeten worden hun programma's aan te passen. Herinneringstools (statusvlaggen) kunnen worden ontwikkeld voor elektronische dossiers. Om een brede acceptatie te bevorderen zouden de volgende maatregelen kunnen worden genomen:



- Nationale pilots/voorbeelden realiseren
- Ambassadeurs/sleutelpersonen benoemen
- Een budget opstellen afgestemd op de landelijke situatie
- Roken/stopinterventies integreren in het kwaliteitscontrolesysteem.

## **8. Administratieve verplichtingen van huisartsen dienen te worden beoordeeld in een breder kader om tijd te creëren voor preventieactiviteiten.**

Verenigingen voor geneeskunde en beroepsorganisaties van huisartsen zouden deze kwestie kunnen opnemen met de Ministeries van Gezondheid, ziekenfondsen, zorgverzekeraars evenals andere belangrijke stakeholders en de huidige administratiesystemen kunnen evalueren om de administratieve werkdruk op huisartsen te verlagen door innovatieve processen.

### **BELEIDSRAAMWERK**

## **9. Extra middelen voor het vergoeden van gespecificeerde stopinterventies dienen deel uit te maken van het normale vergoedingstelsel voor huisartsen.**

De juiste gegevens verzamelen om de toepassing van het PESCE model van de gezondheids- en economische voordelen van een afname van het aantal rokers toe te kunnen passen op de nationale situatie van Europese landen.

Tools ontwikkelen om de kosteneffectiviteit van de verschillende behandelmethoden te vergelijken. Het gebruik van deze tools in het besluitvormingsproces bevorderen op regionaal, nationaal en Europees niveau, met name wat betreft de vergoedingsschema's ten aanzien van stoppen met roken therapieën.

Stoppen met roken (in het bijzonder) en preventie-interventies (in het algemeen) dienen verplicht deel uit te maken van de huisartsencontracten en moeten zijn gerelateerd aan specifieke vergoedingsschema's.

De resultaten van het PESCE bewijs verspreiden aan Ministeries van Gezondheid en Financiën, beroepsorganisaties van zorgverleners, ziekenfondsen, zorgverzekeraars en andere relevante stakeholders.

## **10. Huisartsen zouden een centrale rol moeten spelen bij het formuleren van evidence-based klinische richtlijnen over stoppen met roken.**

Binnen de klinische richtlijnen zouden huisartsen een centrale rol moeten krijgen in het vaststellen & adviseren van, interveniëren bij of doorverwijzen van rokende patiënten.

Ministeries van Gezondheid, medische genootschappen en beroepsorganisaties van zorgverleners die klinische richtlijnen ontwikkelen, zouden huisartsen hier vanaf de start bij moeten betrekken. Dit zou kunnen gebeuren door het opzetten van specifieke taakgroepen op regionaal, nationaal en Europees niveau.

De bestaande stoppen met roken richtlijnen moeten worden geïnventariseerd.

Om het gebruik van klinische richtlijnen in de dagelijkse praktijk te faciliteren, moeten deze worden vertaald naar eenvoudig te begrijpen complete standaarden die aansluiten op de huisartsenpraktijk. Informatie over de richtlijnen moet beschikbaar zijn via het internet en systematisch worden verspreid aan huisartsen als hard copy.

### **11. De werkomgeving van de huisarts dient gekenmerkt te worden door rookvrij beleid dat ook wordt afgedwongen.**

Rookvrij beleid moet worden geïmplementeerd in overeenstemming met de WHO Framework Convention on Tobacco Control.

Op regionaal, nationaal en Europees niveau moet een wettelijk bindend verbod worden ingesteld op roken op openbare plaatsen; dit verbod moet zich uitstrekken tot alle zorginstellingen, met inbegrip van praktijken van huisartsen en andere zorgverleners.

Een rookverbod in gezondheidszorginstellingen dient het gehele aanbod aan zorginstellingen te beslaan.

Huisartsen en zorgverleners moeten verplicht worden om niet te roken door hun werkgevers wanneer ze hun instelling vertegenwoordigen.

## COMMUNICATIE

### **12. Rookgedrag onder huisartsen en andere zorgverleners moet regelmatig worden gemonitord.**

De WHO, de Europese Unie, Ministeries van Gezondheid en beroepsorganisaties van zorgverleners evenals werkgevers in de gezondheidszorg dienen het controleren van rookgedrag van huisartsen en zorgverleners specifiek in hun gezondheidsonderzoeken te monitoren.

Huisartsen moet standaard worden gevraagd naar hun rookgedrag tijdens de periodieke controles die zorgverleners moeten ondergaan. Koolmonoxide en/of carboxyl hemoglobine metingen dienen deel uit te maken van de standaardcontroles.

### **13. Om het gebrek aan acceptatie van stopinterventies te reduceren dient het grote publiek bewuster te worden gemaakt van de huisarts als contactpunt voor stopondersteuning.**

De Europese Unie, Ministeries van Gezondheid en beroepsorganisaties van zorgverleners, de farmaceutische industrie moeten bewustwordingscampagnes financieren die een groot publiek bereiken.

Om de rol van huisartsen bij stoppen met roken te bevorderen, dienen schoolcampagnes informatie te bieden over de huisarts als contactpunt bij stoppen met roken. Deze informatie moet zowel gericht zijn op de leerlingen/studenten als hun ouders.

Waarschuwingen op tabaksproducten dienen te vermelden dat huisartsen functioneren als contactpunten bij stoppen met roken.

Er zou een Europese prijs kunnen worden ingesteld voor de instituten die een belangrijke rol hebben gespeeld bij het bevorderen van de betrokkenheid van huisartsen bij stoppen met roken.

### **14. Huisartsen moeten bewuster worden gemaakt van het belang van het voorkomen van en stoppen met roken voor de volksgezondheid.**

Beroepsevenementen en conferenties op regionaal, nationaal, Europees en internationaal niveau die worden bijgewoond door huisartsen, dienen sessies te bieden over de kosteneffectiviteit van stoptherapieën.

Vakbladen moeten artikelen publiceren over stoptherapieën en de effectiviteit ervan.

Netwerken tussen medische en niet-medische verenigingen en organisaties dient te worden bevorderd.

Vooraanstaande figuren binnen de zorgverleners zouden moeten benadrukken dat de betrokkenheid van huisartsen bij stoppen met roken noodzakelijk is. Huisartsenorganisaties dienen deel te nemen aan de maatschappelijke beweging voor tabaksontmoediging.

### **15. Huisartsen en huisartsenorganisaties dienen af te zien van enige vorm van samenwerking met de tabaksindustrie.**

De ethische richtlijnen van huisartsenorganisaties en beroepsorganisaties van zorgverleners dienen expliciet elke vorm van samenwerking met de tabaksindustrie te verbieden. Huisartsenorganisaties dienen geen banden met de tabaksindustrie aan te gaan noch met organisaties en bedrijven die hierin belangen hebben en die de keuzevrijheid verhinderen of beïnvloeden voor de optimale behandeling van tabakverslaving.

## **CONCLUSIE**

De projectpartners zijn tot de conclusie gekomen dat, hoewel we het eens zijn over gezamenlijke doelen en efficiënte oplossingen die zullen leiden tot een betere integratie van huisartsen in de algemene inspanning om het tabaksgebruik in Europa tegen te gaan, de implementatie en de timing van de activiteiten op nationaal niveau dient plaats te vinden. De rol en de activiteiten van huisartsen dienen te worden geïntegreerd in de culturele omgeving, het wettelijke raamwerk, de verschillende stelsels van gezondheidszorg en in overeenstemming met de financiële hulpmiddelen van elk land.

Door elk land zich individueel en in zijn eigen tempo te laten ontwikkelen naar het gezamenlijke doel, zullen we op de lange termijn slagen in het integreren van preventie in onze gezondheidszorgstelsels zodat de burgers van Europa hier het meest voordeel bij hebben.

## **Europese consensus**

Beleidsmakers, onderzoekers, gezondheidszorgspecialisten, economen evenals vertegenwoordigers van huisartsenorganisaties en beroepsorganisaties van zorgverleners hebben samengewerkt bij het ontwikkelen van evidence-based beleidsaanbevelingen en praktijkgerichte implementatiestrategieën.

Op een workshop met deskundigen op 10 december 2007 in Warschau werden de vijftien beleidsaanbevelingen die bovenstaand staan vermeld, verder uitgewerkt door 33 deskundigen uit 18 landen op basis van het wetenschappelijk bewijs dat was verzameld in het kader van het project. Op een stakeholder conferentie in Barcelona op 27 en 28 maart 2008, bundelden 96 stakeholders uit 23 landen (waaronder deelnemers uit de Verenigde Staten, Brazilië en Uruguay) hun kennis en ervaring, en stelden een reeks maatregelen voor om de implementatie van de PESCE beleidsaanbevelingen te ondersteunen.

We zouden graag van deze gelegenheid gebruik maken om iedereen te bedanken die met zijn/haar kennis en ervaring heeft bijgedragen aan het succes van het PESCE Project.

## **PESCE PROJECTPARTNERS**

### **Projectleider :**

- Dr Jean Daver, President, Tabac & Liberté, Frankrijk

### **Projectcoördinatie**

- Mevr. Sibylle Fleitmann, Independent Consultant Tobacco Control, Duitsland  
Projectcoördinator
- Mevr. Antonella Cardone, Consultant on Social and Public Health Issues, Italië –  
Financiële coördinatie
- Mevr. Marie-Hélène Weber, Pierre Fabre European Affairs, Frankrijk – Logistiek

### **Gelieerde Projectpartners**

- Dr. Tibor Baska, Comenius University Jessenius Faculty of Medicine, Slowakije
- Dr. Carmen Cabezas Peña , Health Department of the Autonomous Department of Catalonia, Spanje
- Prof. Luke Clancy, The Research Institute For a Tobacco Free Society (RIFTS),  
Ierland
- Prof. David Cohen, School of Care Sciences, University of Glamorgan, Wales
- Dr. Tibor Demjen, Smoking or Health Hungarian Foundation, Hongarije
- Dr. Evangelos Filopoulos, Hellenic Cancer Society, Griekenland
- Dr. Giovanni Invernizzi, Italian School of General Medicine (SIMG), Italië
- Dr. Annelies Jacobs, Radboud University Medical Centre, Centre for Quality of  
Care Research (WOK), Nederland
- Prof. Ulrich John and Dr. Sabina Ulbricht, University of Greifswald, Duitsland
- Mevr. Martine Stead, Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling  
& the Open University, Schotland
- Dr. Hans Storm, Danish Cancer Society, Denemarken
- Mevr. Ann Van den Bruel, Katholieke Universiteit Leuven (KUL), België
- Prof. Dr. **Antonio Vaz Carneiro**, Faculty of Medicine, University of Lisbon,  
Portugal

- Prof. Witold Zatonski and Ms. Marta Porêbiak , Health Promotion Foundation, Polen

### **Samenwerkende Projectpartners**

- Prof. Olaf Aasland, Institute of Health Management and Health Economics, Noorwegen
- Dr. Andi Aristotelous, Ministry of Health, Cyprus
- Dr. Michael Callens, Mutualité Chrétienne de Belgique, België
- Dr. Janis Caunitis, Health Promotion State Agency, Letland
- Dr. Jacques Cornuz, Swiss Smoking Cessation Network, Zwitserland
- Dr. Eirik Boe Larsen, European Union of General Practitioners (UEMO), België
- Dr. George Kotarov, National Centre of Public Health Protection, Bulgarije
- Dr. Eva Kralikova, Institute of Hygiene and Epidemiology Charles University, Tsjechische Republiek
- Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer, Duitsland
- Dhr. Francis Grogna, European Network for Smoking Prevention, België
- Prof. Florin Mihaltan, Institute of Pneumology "M.Nasta", Roemenië
- Dr Vera-Kerstin Petric, Ministry of Health, Health and Healthy Lifestyle Promotion Sector, Slovenië
- Mevr. Christina Dietscher, Ludwig Boltzmann Institute for Sociology of Health and Medicine, Oostenrijk
- Dhr. Patrick Sandström, National Public Health Institute KTL, Finland
- Prof. Hanne Tonnesen, Bispebjerg University Hospital, WHO-Collaborating Centre for Evidence Based Health Promotion in Hospitals and Health Services, Denemarken
- Dr Aurelijus Veryga, Kaunas University of Medicine, Litouwen

### **Onderzoekers**

- Dr. Joao Costa, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal
- Dr. Peter Csepe, Smoking or Health Hungarian Foundation, Hongarije
- Laura Currie, The Research Institute For a Tobacco Free Society (RIFTS), Ierland
- Mevr. Inge Haunstrup-Clemmensen, Danish Cancer Society, Denemarken
- Mevr. Helena Koprivnikar, National Institute of Public Health, Slovenië
- Mevr. Sophie Massin, CES-MATISSE, Université Paris 1, Maison des Sciences Economiques, Frankrijk
- Dr. Ivo Nagels, Fondation contre le Cancer, België
- Mevr. Maria Pilali, Hellenic Cancer Society, Griekenland
- Dr Nicolo Seminara, European School of General Medicine (SEMG), Italië
- Mevr. Kathryn Angus, Gayle Tait and Ingrid Holme, Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling & the Open University, Schotland
- Dr. Fasihul Alam, Dr. Paul Jarvis and Dr. Sam Groves, Health Economics and Policy Research Unit, University of Glamorgan, Wales
- Mevr. Lotje Van Esch en Dr. Dewi Segaar, Radboud University Medical Centre, Centre for Quality of Care Research (WOK), Nederland

### **Deskundigen**

- Dr. Francisco Camarellas, Spanish Society of Family Medicine, Spanje
- Dr. Dongbo Fu, World Health Organization (WHO), Zwitserland
- Prof. Pierre Kopp, Université Paris 1 - Panthéon - Sorbonne, Frankrijk
- Mevr. Jennifer Percival, Royal College of Nursing, Verenigd Koninkrijk
- Dr. Luis Rebelo, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal
- Dr. Annie Sasco, INSERM, Frankrijk
- Dhr. Kriztof Prezwosniak, Cancer Centre Institute, Polen

- Prof. Joy Townsend, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Verenigd Koninkrijk

### **Financiering**

- Europese Commissie, DG SANCO, Public Health Programme, Luxemburg
- Ministerie van Buitenlandse Zaken, Frankrijk
- Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), Frankrijk
- Institut National du Cancer (INCa), Frankrijk
- Cancer Research UK (CRUK), Verenigd Koninkrijk
- Pierre Fabre Laboratories, Frankrijk

