

RookVrijHart

Vraag-Advies-Verwijs met telefonische coaching

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Open universiteit (OU) in samenwerking met Luchtsignaal, onderdeel van Medipro

Postadres: postbus 2960

E-mail: catherine.bolman@ou.nl

Telefoon: 045-5762626

Website (van de interventie): via www.luchtsignaal.nl of www.medipro.nl kan contact opgenomen worden over deze interventie.

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Catherine Bolman (OU) of Carl Simons (Luchtsignaal / Medipro)

E-mail : catherine.bolman@ou.nl - c.simons@luchtsignaal.nl

Telefoon : Bolman: 045-5762626 ; Simons: 06-48384063.

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Catherine Bolman

Titel interventie: RookVrijHart: Vraag-Advies-Verwijs met telefonische coaching

Databank(en): CGL

Plaats, instituut: Heerlen, Open universiteit

Datum: 25-3-2018

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	19
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24
7. Praktijkvoorbeeld	26

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

De RookVrijHart interventie (RVH) kent twee onderdelen: de VAV-methode en een intensief telefonisch Stoppen Met Roken-coachingstraject door een gedragsdeskundige voor stoppen met roken. RVH start tijdens ziekenhuisopname voor mensen met een coronaire hartziekte die roken. In de Vraag – Adviseer – Verwijs (VAV) methode Vraagt de verpleegkundige de patiënt naar het rookgedrag, Adviseert om te stoppen (ook de cardioloog geeft stopadvies) en Verwijst de patiënt naar het (door zorgverzekerde vergoede) telefonisch coachingstraject bij Luchtsignaal / Medipro. De verpleegkundige regelt de eerste afspraak tussen de patiënt en Luchtsignaal / Medipro. De patiënt wordt vervolgens gebeld door Luchtsignaal / Medipro. Het coachingstraject beslaat 7 gesprekken over 3 maanden. Ook patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen worden uitgenodigd voor een vrijblijvende kosteloze eerste telefonische consultatie bij Luchtsignaal / Medipro. Indien gewenst start daarna coaching. Indien de patiënt ≥ 10 sigaretten per dag rookt worden tevens nicotinepleisters aanbevolen en, indien gewenst, geregeld tijdens het coachingstraject.

Doelgroep – max 50 woorden

Mensen die roken en met een coronaire hartziekte op de verpleegafdeling Cardiologie in het ziekenhuis zijn opgenomen. Aanvullende criteria: cardiaal stabiel; beheersing Nederlandse taal; in bezit van telefoon, voldoende cognitieve vermogens hebben om via de telefoon begeleid te worden.

Doel – max 50 woorden

Op patiëntniveau: Roker opgenomen met een coronaire hartziekte stopt met roken en houdt dit vol.

Op niveau van Intermediairs:

- Cardiologieverpleegkundigen passen de VAV methode toe en maken een afspraak met Luchtsignaal / Medipro om patiënt te bellen voor start coaching of oriënterend gesprek.
- Cardiologen en teammanagers verzorgen randvoorwaarden. De cardioloog geeft stopadvies.

Aanpak – max 50 woorden

De VAV-methode wordt gecombineerd met een telefonisch coachingstraject van 7 gesprekken. De gesprekken volgen een protocol dat rekening houdt met de stopmotivatie van de roker. Gebruikte gedragsveranderingstechnieken zijn ondermeer motiverende gespreksvoering, identificeren en bespreken van barrières, doelen stellen, zelfcontroletraining en informatieverstrekking. De coaching is gebaseerd op de effectief gebleken telefonische coaching die Stivoro aan het algemene publiek gaf.

Materiaal – max 50 woorden

-VAV methode (bijlage 1); Interventieprotocol stoppen-met-roken coaching (bijlage 2); Overzicht stoppen-met-roken coaching (bijlage 3); VAV flowchart voor verpleegkundigen (bijlage 4); Brochure voor patiënten (bijlage 5); Instructies voor verpleegkundige en coaches nicotinepleisters (bijlage 6); Nicotinepleisters: instructie voor patiënten (bijlage 7); Aanvullende handleiding telefonische coaches (bijlage 8)

Onderbouwing – max 150 woorden

Roken is een belangrijke risicofactor voor coronaire hartziekten. Echter $\geq 50\%$ van de hartpatiënten die rookten voor ziekenhuisopname, blijft roken of valt terug na een stoppoging. RookVrijHart (RVH) is een (kosten) effectief bewezen interventie om patiënten met een coronaire hartziekte te ondersteunen bij stoppen met roken (Berndt et al., 2014, 2015, 2016, 2017). Ze is goed inpasbaar en gewaardeerd (Berndt et al., 2017; Hotting et al., 2013). Het betreft een geprotocolleerde gedragstherapeutische telefonische coachingsinterventie door professionals die is gecombineerd met de VAV methode. De interventie omvat motiverende gespreksvoering, zelfcontroletraining, verhoging van eigen-effectiviteit en terugvalpreventie. Er zijn verschillende wetenschappelijke theorieën en modellen (o.a. Stage of Change Model, Relapse Preventie theorie) geïntegreerd en er worden evidence-based beïnvloedings- en ondersteunings-methodieken gebruikt (o.a. effectief bewezen farmacotherapie voor patiënten die ≥ 10 sigaretten per dag roken). De coaching is gebaseerd op de effectief gebleken telefonische coaching die Stivoro aan het algemene publiek gaf.

Onderzoek – max 100 woorden

RookVrijHart is (kosten) effectief (Berndt et al., 2014, 2015, 2016, 2017). De (kosten)effectiviteitsstudie (gerandomiseerd experiment) laat respectievelijk 10% en 6% meer stoppers na 6 en 12 maanden zien in de telefonische coachingsgroep (TC) tegenover de gebruikelijke zorg (UC). Subgroepanalyses na 12 maanden laten een verdubbeling van stoppercentages zien (van 15% naar 30%) bij laagopgeleide hartpatiënten en bij patiënten met een lage en matige stopintentie (Berndt et al, 2017).

De kosteneffectiviteitsanalyse liet voor de TC groep de laagste kosten zien (Berndt et al., 2016).
Disseminatieonderzoek laat zien dat TC goed inpasbaar is (Berndt et al., 2017; Hotting et al., 2013).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Mensen die roken en met een coronaire hartziekte op de verpleegafdeling Cardiologie in het ziekenhuis zijn opgenomen. Enkel patiënten die cardiaal stabiel zijn, de Nederlandse taal voldoende beheersen, een telefoon bezitten en het vermogen hebben om via de telefoon coaching te krijgen, kunnen deelnemen. Dit dient door de verpleegkundige in samenspraak met de patiënt te worden ingeschat.

Intermediaire doelgroep

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Verpleegafdelingen cardiologie van algemene ziekenhuizen: cardiologieverpleegkundigen, cardiologen en teammanagers.

Selectie van doelgroepen

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Er is geen selectie van (intermediaire) doelgroepen.

Het is wel zo dat patiënten enkel kunnen deelnemen als ze cardiaal stabiel zijn, de Nederlandse taal voldoende beheersen, een telefoon hebben en het vermogen hebben om via de telefoon coaching te krijgen (zie kopje "uiteindelijke doelgroep").

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Patiënten, verpleegkundigen en cardiologen zijn tijdens en na het experiment gevraagd naar waardering en inpasbaarheid van de interventie (Hotting et al., 2013; Berndt et al., 2017). Zij waren over beide aspecten positief. Er hebben tevens surveys plaatsgevonden onder respectievelijk cardiologieverpleegkundigen en cardiologieafdelingshoofden in Nederland waarin onder andere gevraagd is naar bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van RookVrijHart (van Riet., 2011; Berndt et al., 2013). Deze inzichten worden meegenomen in de implementatiestrategie.

Enkele patiënten uit de einddoelgroep zijn voorafgaand aan de ontwikkeling van de RookVrijHart interventie in een korte behoeften-inventarisatie gevraagd naar interesse in telefonische coaching (onderzoek is niet gepubliceerd). Het coachingstraject voor hartpatiënten is gebaseerd op de telefonische coaching die Stivoro destijds aan de algemene populatie gaf (en is overgenomen door Luchtsignaal / Medipro). Hier is door Stivoro uitvoering ervaring mee opgedaan en is door hen geëvalueerd met rokers. Deze ervaringen zijn meegenomen in het coachingsprotocol voor hartpatiënten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Op patiëntniveau:

Roker die met een coronaire hartziekte in het ziekenhuis is opgenomen stopt met roken en houdt dit vol.

Op niveau van Intermediairs:

- Cardiologieverpleegkundigen passen de VAV methode toe.

* Vraag-Advies-Verwijs (VAV) methode: verpleegkundige vraagt naar het rookgedrag van de patiënt en de stopmotivatie (Vraag), adviseert om te stoppen (Adviseer) en verwijst naar het telefonische stoppen-met-roken coaching van Luchtsignaal / Medipro (Verwijs). Hierbij maakt de verpleegkundige een afspraak met Luchtsignaal / Medipro om patiënt te bellen voor start coaching of oriënterend gesprek.

* RookVrijHart (RVH) methode: VAV + telefonische coaching door Luchtsignaal / Medipro

Op niveau van stoppen-met-roken professionals van Luchtsignaal / Medipro:

- Coaches van Luchtsignaal / Medipro kennen de specifieke situatie van hartpatiënten en de aan roken gerelateerde problemen (o.a. type D) en kunnen deze inzichten toepassen in hun stoppen-met-roken coaching.

- De verslavingsarts die in dienst van Luchtsignaal / Medipro de nicotinepleisters voorschrijft kent de specifieke situatie van hartpatiënten in relatie tot het veilig gebruiken van nicotinevervangers en kan hierover zelfstandig een besluit nemen, dan wel de behandeld cardioloog consulteren.

Subdoelen

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Doelen op patiëntniveau

Rokers die met een coronaire hartziekte in het ziekenhuis zijn opgenomen en cardiaal stabiel zijn:

- Hebben kennis van de relatie tussen roken en hartziekte
- Zijn gemotiveerd om te stoppen met roken en een stoppoging te wagen
- Bereiden de stoppoging voor
- Kennen de eigen moeilijke situaties en kunnen met die moeilijke situaties omgaan (coping plannen)
- Ondernemen een stoppoging
- Weten, willen en kunnen adequaat handelen om totale terugval te voorkomen bij een eenmalige terugval.

Doelen op niveau van Intermediairs:

Verpleegkundigen:

- Kunnen benoemen wat de RVH methode inhoud en wat hun rol daarin is (toepassing VAV)
- Zijn gemotiveerd om RVH / VAV methode toe te passen
- Zijn in staat om de RVH /VAV methode toe te passen, Ze kunnen:
 - Rookgedrag bevragen
 - Adviseren om te stoppen
 - Motiveren om het telefonische coachingstraject te volgen
 - De vervolgspraak met Luchtsignaal / Medipro (telefonische coaching) regelen zodat Luchtsignaal / Medipro de patiënt zelf kan bellen om het traject verder door te spreken.

Cardiologen- teammanagers:

- Kunnen benoemen wat de RVH methode inhoudt en wat de rol van de verpleegafdeling daarin is (toepassing VAV)
- Committeren zich aan de toepassing van de VAV methode binnen de verpleegafdeling. Voor cardiologen houdt dit in dat zij rokende patiënten adviseren om te stoppen. Voor teammanagers en cardiologen houdt dit in dat men de verpleegafdeling toestemming geeft om op deze manier te werken.
- Verzorgen de randvoorwaarden om RVH op de afdeling toe te passen (o.a. door het verschaffen van tijd en ruimte voor de training van verpleegkundigen en tijd voor verpleegkundigen om VAV uit te voeren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

De VAV-methode wordt gecombineerd met een telefonische stoppen-met-roken coachingstraject. Dit heet tezamen de RookVrijHart interventie (RVH). De VAV methode (zie bijlagen 1, 4) wordt uitgevoerd door verpleegkundigen op de verpleegafdeling tijdens de opname van de patiënt. In de VAV-methode bevraagt de verpleegkundige ook het aantal sigaretten per dag. Bij ≥ 10 worden nicotinepleisters aanbevolen. De patiënt dient deze zelf aan te schaffen; vergoeding wordt via de zorgverzekeraar geregeld. Dit onderdeel kan ook tijdens het coachingstraject in gang worden gezet.

De verpleegkundige verwijst de patiënt naar het telefonisch coachingstraject dat bij Luchtsignaal / Medipro plaatsvindt en regelt de eerste afspraak tussen de patiënt en Luchtsignaal / Medipro (dat wil zeggen; de patiënt wordt gebeld door de telefonische coach voor een intake). De telefonische coaching wordt uitgevoerd door de stoppen-met-roken professionals van Luchtsignaal / Medipro. Dit traject bestaat uit 7 gesprekken van 15 minuten (zie bijlagen 2, 3).

Het gesprek dat de verpleegkundige met de patiënt heeft als onderdeel van de VAV methode kost naar schatting ongeveer 10-15 minuten. De telefonische coaching kost 2 uur. Hiermee is de totale tijdsinvestering voor RVH voor een patiënt 2 uur en 15 minuten. Voor de coach / verpleegkundige dient iets meer tijd te worden begroot voor rapportage en de verwijzing naar de telefonische coaching.

Om RVH op de verpleegafdeling te implementeren dienen de volgende acties te worden ondernomen

- Overleg tussen Luchtsignaal / Medipro en teammanager van de verpleegafdeling waarin uiteengezet wordt wat RVH inhoudt, waarom het nuttig is en wat er van de afdeling en Intermediairs wordt verwacht en welke tijdsinvestering dit kost.
- Luchtsignaal / Medipro verzorgt een korte training voor verpleegkundigen en eventueel de teammanager(s) over de RVH en VAV methode en wat daarin van de verpleegkundigen wordt verwacht.
- Verpleegkundigen krijgen van Luchtsignaal / Medipro de materialen voor patiënten en voor henzelf inclusief een protocol met de te volgen stappen in de VAV methode.
- De verpleegafdeling wijst twee trekkers aan die de implementatie van RVH trekken, monitoren en evalueren. Zij maken een actieplan voor implementatie, voeren dit uit en evalueren dit. De verpleegkundigen van de verpleegafdeling gebruiken deze werkwijze vanaf een bepaalde datum in het contact met patiënten.

Inhoud van de interventie

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

1) Werving patiënten – toepassing VAV methode:

- In het ziekenhuis opgenomen patiënten met een coronaire hartziekte worden met behulp van het VAV-protocol door verpleegkundigen benaderd.
- De verpleegkundige voert de drie stappen van de VAV methode uit
 - * vraagt patiënt naar rookgedrag en motivatie om te stoppen;
 - * adviseert patiënt om te stoppen (bij voorkeur geeft cardioloog ook een stopadvies);
 - * informeert de patiënt over de telefonisch coaching van Luchtsignaal / Medipro en motiveert de patiënt om daaraan mee te doen of in elk geval een oriënterend gesprek te voeren met Luchtsignaal / Medipro;
 - * Indien de patiënt dat wilt, geeft de verpleegkundige de NAW gegevens door aan Luchtsignaal / Medipro, die vervolgens binnen een week contact opneemt met de patiënt
- Luchtsignaal / Medipro gaat binnen een week het eerste gesprek aan met de geïnteresseerde patiënt. Indien de patiënt al gemotiveerd is en met de stoppoging bezig is of wilt start, start het eerste coachingsgesprek direct. Indien de patiënt nog niet gemotiveerd is probeert de coach hem/haar te motiveren een stoppoging te doen en de coaching te volgen. Het eerste gesprek is dan vooral oriënterend en wordt niet gedeclareerd. Indien de patiënt dit niet wenst; houdt de begeleiding hier op.

2) De telefonisch coaching

- Afhankelijk van of het eerste gesprek oriënterend is, wordt direct met de coaching gestart of later. Indien er

direct met coaching volgen 7 gesprekken over een periode van drie maanden. Als het gesprek puur oriënterend was, start de coaching bij een volgend gesprek. De inhoud van de coachingsgesprekken is geprotocolleerd maar wordt wel bepaald door het motivationeel stadium van gedragsverandering waarin de roker/stopper zit en patiënten krijgen de ruimte om bepaalde onderwerpen uitgebreider te bespreken. Het I-Change model en het Stage of Change model vormen de belangrijkste theoretische basis van de coaching gecombineerd met principes van motiverende gespreksvoering, terugvalpreventie en zelfcontroletraining. Gebruikte gedragsveranderingstechnieken zijn onder andere het identificeren en bespreken van barrières, doelen stellen, zelfcontroletraining en informatieverstrekking. Zie de volgende pagina voor een toelichting op het tijdstip en de inhoud van de gesprekken. Een uitgebreider overzicht is te vinden in bijlage 2.). De coaching is gebaseerd op de effectief gebleken telefonische coaching die Stivoro aan het algemene publiek gaf. Deze is op basis van systematisch vooronderzoek onder patiënten en intermediairs aangepast voor hartpatiënten.

- Er is met alle zorgverzekeraars een afspraak over de kosten en declaratie; de coaching valt onder de basisverzekering, de nicotinevervangers ook. De meeste patiënten hebben het eigen risico al verbruikt, maar mocht dat niet zo zijn, dan kan het zijn dat de patiënt de coaching / nicotinevervangers (deels) zelf dient te betalen als eigen risico. Met sommige zorgverzekeraars (VGZ) is de afspraak dat patiënten het eigen risico niet hoeven in te zetten voor stoppen-met-roken zorg. Het besluit tot gebruik van nicotinevervangers wordt in het eerste gesprek met de coach gemaakt in overleg tussen coach en patiënt. Hierbij wordt tevens de verslavingsarts van Luchtsignaal /Medipro geraadpleegd. Deze laatste voorziet in het medicatierecept en zorgt dat de patiënt de pleisters via de nationale apotheek krijgt thuisgestuurd.

Gesprek en termijn	Onderwerpen	Doel	Agendapunt
Binnen 1 week na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis	Overwegen, beslissen en voorbereiden	<ul style="list-style-type: none"> *Bewustwording/bepaling stopdatum *Kennis over risico's roken en voordelen stoppen bij een hartziekte verhogen *Balans opmaken *Voorbereiden eerste dagen *Herkennen en omgaan met moeilijke situaties *Vertrouwen en motivatie verhogen *Gebruik en belang nic.pleisters 	<ul style="list-style-type: none"> *Uitleg coachingstraject *Vaststellen stopdatum en fase van gedragsverandering *Vaststellen medicatiegebruik en gebruik nicotinepleisters *Informatieverstrekking nicotineafhankelijkheid en pleisters *Volhouden eerste dagen: Voorbereiden moeilijke situaties, voorziene problemen, informatie ontwenning * Eventueel nicotinepleisters meegeven
Week 2 na ontslag /afhankelijk van de fase van de patiënt	Ontwenningsverschijnselen	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Leren omgaan met ontwenning *Bewustwording stemming en gevoelens *Motivatie en vertrouwen op peil houden 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang *Gebruik pleisters *Informatieverstrekking ontwenning *Informatieverstrekking somberheid, angst, negatieve affectiviteit en sociale geremdheid (type D) bij een hartziekte * Volhouden eerste dagen/2 weken
Week 3 na ontslag /afhankelijk van de fase van de patiënt ¹	Trek	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Leren omgaan trek *Aandacht voor type D door: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Helpen te relativieren</i> - <i>Praten over negatieve gevoelens</i> - <i>Helpen afleiding te zoeken</i> *Zelfmanagement verbeteren *Motivatie en vertrouwen op peil houden 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang *Gebruik pleisters (+ toesturen) *Zelfmanagement (<i>p. 10 aanvullende handleiding</i>)
Week 4 na ontslag /afhankelijk van de fase van de patiënt ²	Verleidelijke situaties	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Aandacht voor verleidelijke situaties en 'type D' door: 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang gebruik pleisters *Eerste plannen laten opstellen om kans op terugval te verminderen

¹ Trek in een sigaret en verleidelijke situaties mogelijk eerder bespreken, bijvoorbeeld tijdens het eerste gesprek als patiënt tijdens opname gestopt is met roken

		<ul style="list-style-type: none"> - Helpen te relativieren - Praten over negatieve gevoelens - Helpen afleiding te zoeken *Zelfmanagement verbeteren *Motivatie en vertrouwen op peil Houden 	(p. 9, 10 aanvullende handleiding)
Week 6 na ontslag	Keuzethema	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Terugvalpreventie *Aandacht 'type D' en plannen voor terugval tot roken *Motivatie en vertrouwen op peil houden 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang gebruik pleisters (+ laatste pakket toesturen) *Plannen laten opstellen en volhouden bespreken (p.9,10 aanvullende handleiding)
Week 8 na ontslag	Terugvalpreventie	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Aandacht en plannen 'type D' *Keuzethema, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • somberheid • stress/spanning *Motivatie en vertrouwen op peil Houden 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang *Stimuleren volhouden en uitgevoerde plannen bespreken *Herhaling belangrijkste thema's *Informatieverstrekking terugval roken
3 maanden na ontslag	Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> *Monitoren voortgang *Verankeren belangrijkste strategieën *Wijzen op valkuilen *Motivatie verhogen 	<ul style="list-style-type: none"> *Voortgang *Herhaling belangrijkste plannen (p. 10 aanvullende handleiding) *Herinnering nametingen na 6 en 12 maanden *Stimuleren volhouden *Succes wensen voor toekomst

2. Uitvoering

Materialen

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

- Brochure voor patiënten met specifieke informatie over (stoppen met) roken in relatie tot een hartziekte, veelvoorkomende moeilijke situaties bij het stoppen en tips om het niet-roken vol te houden (bijlage 5).
- Farmacologische ondersteuning (nicotinepleisters) bij ≥ 10 sigaretten per dag (door patiënt zelf aan te schaffen) (bijlagen 6,7).
- Aanvullende handleiding voor telefonische coaches: telefonische coaches van Luchtsignaal / Medipro krijgen een aparte interne training (halve dag) van een eigen expert in hartpatiënten om inzicht te geven in de specifieke situatie van hartpatiënten. De trainingsinhoud is hier niet toegevoegd, de specifieke handleiding die deze coaches krijgen wel (bijlage 8).
- Wervingsmaterialen voor op de verpleegafdeling (denk aan poster voor op de afdeling, folder met informatie over telefonische coaching). Deze worden door Luchtsignaal / Medipro gemaakt (nog niet beschikbaar).

Locatie en type organisatie

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De interventie wordt uitgevoerd op verpleegafdelingen cardiologie van algemene ziekenhuizen.

Verpleegafdelingen die met de RookVrijHart methode willen werken, krijgen de materialen en instructies van Luchtsignaal / Medipro.

De telefonische coaching (het leeuwendeel van de interventie) vindt plaats bij Luchtsignaal / Medipro (weliswaar telefonisch dus patiënt hoeft Luchtsignaal / Medipro niet te bezoeken). Deze coaching geven zij nu al aan de algemene populatie en in mindere mate ook aan hartpatiënten.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Er zijn 2 groepen uitvoerders:

- Coaches bij Luchtsignaal / Medipro: zij zijn op vooropleiding geselecteerd door Luchtsignaal / Medipro (gedragswetenschappen), intern opgeleid tot SMR-coach, staan allen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Stoppen met roken (onderdeel van het Partnership stoppen met roken) en worden intern bijgeschoold als zij nog niet met de groep hartpatiënten hebben gewerkt (een deel van hen heeft dat in het kader van de RookVrijHart effectstudie en voor een andere studie (Response II studie van AMC, UvA, prof Peters). Dit op basis van een reeds ontwikkelde module om de algemene -reeds effectieve- aanpak van SMR geschikt te maken voor de specifieke situatie van mensen met coronaire hartziekten.
- Cardiologieverpleegkundigen: voor het verkrijgen van inzicht in de RVH methode en het leren toepassen van de VAV methode wordt een 2-3 uur durende training aangeboden vanuit Luchtsignaal / Medipro. Afhankelijk van de afspraken kan deze online worden gevolgd of wordt deze in company georganiseerd. De training is beschikbaar vanuit de evaluatiestudie van RookVrijHart.
- Kartrekkers van de afdeling krijgen separaat nog een gesprek met Luchtsignaal / Medipro over hoe deze de implementatie het beste kunnen faciliteren en wat ze van Luchtsignaal / Medipro kunnen verwachten. Hierbij wordt ook ingegaan op de rol van cardiologen en desgewenst krijgen cardiologen een korte introductie op RVH en wat van hen wordt verwacht.
- Omdat het meestal de afdelingsmanagers zijn die de implementatie van RVH initiëren en dienen te faciliteren, voert Luchtsignaal / Medipro ook een of enkele gesprekken met hen om het belang duidelijk te maken, de benodigde randvoorwaarden en hoe implementatie gefaciliteerd kan worden.

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Luchtsignaal / Medipro draagt zorg voor adequate uitvoering van de interventie en het aanleveren van de materialen aan de ziekenhuizen. De interventie wordt door Luchtsignaal / Medipro zorgvuldig gemonitord qua gebruik en kwaliteit. Zo kan de interventie verder worden geoptimaliseerd met vernieuwde inzichten uit het verslavingswerkveld en suggesties van deelnemers. De (kosten)effectiviteit is reeds nagegaan met een gerandomiseerd experiment en er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden (zie vervolg van deze aanvraag).

Randvoorwaarden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Randvoorwaarden zijn:

- beschikbaarheid van materialen (brochure voor patiënten, posters voor op verpleegafdeling). Er zijn materialen gemaakt voor het onderzoek destijds maar die dienen nu weer beschikbaar te worden gesteld voor verpleegafdelingen (verzorgd door Luchtsignaal / Medipro). Het zou goed zijn om ook een korte implementatiehandleiding te maken waarin verpleegafdelingen, revalidatieafdelingen, verpleegkundigen en cardiologen geïnformeerd worden over de methode, de vergoedingen en gemotiveerd worden om die te gebruiken. Luchtsignaal / Medipro is voornemens die te maken. Luchtsignaal / Medipro fungeert tevens als helpdesk en servicepunt als er op verpleegafdelingen vragen zijn met betrekking tot de interventie.
- financiering van RookVrijHart en inbedding in richtlijnen. De tijdinvestering van verpleegkundigen in deze methode is niet opgenomen in de DBC hartziekte of in de DBC hartrevalidatie. De coaching (die volgt op het werk van verpleegkundigen) wordt wel gefinancierd, dit gebeurt vanuit de basisverzekering van de patiënt los van de hartziekte. Deze vorm van stoppen-met-roken begeleiding zou echter opgenomen moeten worden in een aan hartziekte gerelateerde DBC. In de bestaande richtlijnen (Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie (2010) en de bijbehorende uitgewerkte beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie (2012)) en bijbehorende DBCs, is stoppen-met-roken zorg onderdeel van de hartrevalidatie 6 weken na ontslag. Hierbij dienen cardiologiezorgverleners de motivatie voor stoppen-met-roken vast te stellen en gemotiveerde patiënten door te verwijzen naar professionele ondersteuning. Veel patiënten kiezen dan niet voor deze begeleiding bij stoppen-met-roken maar voor begeleiding bij het veranderen van andere leefstijlgedragingen (voeding, bewegen) met als gevolg dat de patiënt niet stopt met roken. In de RookVrijHart werkwijze worden alle patiënten tijdens opname gevraagd naar het rookgedrag en rokende hartpatiënten al tijdens de opname doorverwezen naar professionele telefonische coaching (TC) (ongeacht of men wil stoppen). TC is proactief, patiënt worden benaderd en motiveren is een onderdeel van TC. De organisatie Luchtsignaal / Medipro verzorgt de TC, heeft landelijke dekking en contracten met zorgverzekeraars. Zie verder het onderdeel "kosten" verderop.

Implementatie

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

De implementatie vindt plaats vanuit Luchtsignaal / Medipro, een organisatie die professionele stoppen-met-roken zorg biedt. Luchtsignaal / Medipro verzorgt de TC nu al. Die wordt via het basiszorgverzekeringspakket betaald. Luchtsignaal / Medipro heeft een landelijke dekking en contracten met zorgverzekeraars. Met betrekking tot het toepassen van de VAV-methode door verpleegkundige geldt dat dit een taak is die tot het werkpakket van verpleegkundigen behoort (het inventariseren van risicogedragingen en hierover voorlichten). De farmacotherapie wordt vanuit de basisverzekering vergoed en via Luchtsignaal / Medipro voorgeschreven en uitgeleverd.

Het standaard uitvoeren van deze drie onderdelen gecombineerd in een interventie vergt echt afstemming tussen de partijen (Luchtsignaal / Medipro, verpleegafdeling cardiologie), opname in het beleidsplan van een verpleegafdeling en enige instructie over de toepassing. Luchtsignaal / Medipro fungeert hierbij als implementatieadviseur en materiaalverstrekker. Ook verzorgt zij de instructie, training voor verpleegafdelingen en fungeert als servicepunt bij vragen.

Kosten

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

De kosten van de telefonische coaching (2,5 uur (2 uur coaching, 0.5 uur administratie)) en de nicotinevervangers zoals die door Luchtsignaal / Medipro gedeclareerd worden bij de ziektekostenverzekeraar zijn respectievelijk 300 euro en 150 euro (augustus 2018). Het gesprek dat de verpleegkundige met de patiënt heeft als onderdeel van de VAV methode kost naar schatting ongeveer 10-15 minuten. Daarnaast is 15 minuten begroot voor rapportage en regelen afspraak naar de telefonische coaching. De tijdsinvestering voor verpleegkundigen is daarmee een half uur per patiënt (salarisschaal 45 cao ziekenhuiswezen). Andere materiaalkosten (marketing- en informatie & instructiematerialen voor verpleegkundigen (bijvoorbeeld folders, posters, flowchart) zijn voor rekening van Luchtsignaal / Medipro. Er zijn dus geen materiaalkosten voor de ziekenhuizen.

De kosten – baten van RVH (TC variant) tegenover de gebruikelijk zorg zijn in kaart gebracht middels twee studies. De eerste is een Kosten-Effectiviteitsanalyse, de tweede een Modelleringsstudie. Zie de onderdelen 4.1, 4.2 voor een samenvatting.

3. Onderbouwing

Probleem

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

1. Coronaire hartziekte belangrijke doodsoorzaak, roken is risicofactor (World Health Organisation, 2008). Stoppen-met-roken is effectiever dan andere behandelingen (herhalingskans na 1 jaar gehalveerd) (Frey et al., 2011, Mohiuddin et al., 2007). Relatief gezien worden lager opgeleiden ook vaker getroffen door coronaire hartziekte (CBS, 2017);
2. Zo'n 30% van de patiënten rookt, de helft blijft roken na incident of valt terug. Een 20-jaar durende tijdstrendstudie laat zien dat er nog geen enkele progressie is bereikt wat betreft succesvol stoppen-met-roken door hartpatiënten (Kotseva et al., 2016);
3. Momenteel verlenen verpleegafdelingen cardiologie nauwelijks stoppen-met-roken zorg. Dat is vreemd, want stoppen-met-roken is effectiever dan andere behandelingen, zie 1;
4. Stoppen met roken (SMR) is belegd bij hartrevalidatie. Maar de Stoppen-met-roken zorg bij de hartrevalidatie bereikt veel patiënten niet (Van Engen, 2012);
5. Er zijn diverse barrières voor implementatie van SMR-trajecten op de verpleegafdelingen cardiologie (Berndt et al., 2013; Segaar et al., 2006).

Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

De problemen 1 en 2 (vorig onderdeel) hangen samen met de volgende factoren:

- Een rookverslaving is moeilijk te behandelen; hartpatiënten zijn vaak hardcore rokers, voornamelijk lager opgeleiden (Costa et al., 2010).
- Hartpatiënten starten doorgaans pas 4-6 weken na de een ziekenhuisopname met hartrevalidatie, waaronder leefstijlbegeleiding. Voor het stoppen-met-roken is dat te laat omdat veel rokers tijdens de opname niet roken of stoppen, maar dat zonder begeleiding niet volhouden of doorzetten als men thuis is (Berndt et al., 2012; Snaterse et al., 2015).

De problemen 3-5 (vorig onderdeel) hangen samen met de volgende factoren:

- Op verpleegafdelingen Cardiologie zijn er diverse barrières waardoor het rookgedrag van hartpatiënten er nauwelijks aandacht krijgt. Enkele belangrijke zijn dat verpleegkundigen het moeilijk vinden om adequate begeleiding te geven door gebrek aan vaardigheden en tijd (Berndt et al., 2013, Van Riet, 2011; Segaar et al., 2006). Ook is preventie slechts een onderdeel van het takenpakket van verpleegkundigen, het moet dus concurreren met andere taken (Jaarsma & Strömberg, 2009; Jones & Johnson, 2008). Hoewel men dan conform de aanbevelingen in de CBO Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (2009) en de Zorgmodule Stoppen met Roken (2011) patiënten ook kan doorverwijzen naar andere professionals om het SMR aan te pakken, doet men dat niet (Berndt et al., 2013, Van Riet, 2011).
- Er is vaak geen structureel afdelingsbeleid m.b.t. stoppen-met-roken begeleiding (Berndt et al., 2013, Van Riet, 2011).

Aan te pakken factoren

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Doel 1 Patiënt stopt met roken en houdt dit vol (zie onderdeel 1.2):

1. Het roken van de patiënt wordt actief aangepakt met een effectieve aanpak door een externe partner.

2. Voor de patiënten betekent dit:

- Ondersteuning bij het nemen van de beslissing om te SMR
- Ondersteuning om een stoppoging goed voor te bereiden om de kans op succes te verhogen
- Ondersteuning tijdens de stoppoging om de kans op terugval te voorkomen

3. Deze aanpak houdt rekening met specifieke aspecten die voor hartpatiënten van belang zijn in het SMR.

4. Er wordt tijdens opname gestart om gebruik te maken van de urgentie/motivatie van patiënten om roken aan te pakken.

Doel 2 Cardiologieverpleegkundigen passen de VAV methode toe (zie onderdeel 1.2)

1 Verpleegkundigen krijgen de beschikking over dit protocol waarmee zij eenvoudig en snel het rookgedrag inventariseren, koppelen aan stopadvies en doorverwijzen naar professioneel stoppen-met-roken begeleiding buiten het ziekenhuis. Hierdoor worden zij niet belast met de begeleidingstaak waarin zij zichzelf onvoldoende vaardig vinden en waarvoor tijd ontbreekt (Berndt et al., 2013; Segaar et al., 2006).

2. De aanpak blijkt makkelijk door verpleegkundigen uit te voeren (zie onderdeel 4), is in lijn met de CBO Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (2009), Zorgmodule Stoppen met Roken (2011) en past binnen het beleid van verpleegafdelingen.

3. Verpleegkundigen en cardiologen van de verpleegafdeling cardiologie zien het belang van stoppen-met-roken zorg op de verpleegafdeling en hebben intenties om VAV te gebruiken (Berndt et al., 2013; Hotting et al., 2014; Van Riet, 2011).

4. Verpleegkundigen worden door Luchtsignaal / Medipro getraind om het VAV protocol toe te passen (1-2 uur) en krijgen een implementatiehandleiding, handout van protocol en wervingsmaterialen.

Doel 3 wordt hier niet behandeld omdat het betrekking heeft op taken van Luchtsignaal / Medipro die door de organisatie zelf verzorgd worden.

Verantwoording

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Doel 1 Patiënt stopt met roken en houdt dit vol:

1. De ziekenhuisopname biedt een uitstekende mogelijkheid om het rookgedrag met patiënten te bespreken en hen te ondersteunen bij het stoppen, vooral met het argument dat stoppen-met-roken de kans op een nieuw hartinfarct met 50% verkleint en het een gunstige invloed heeft op herstel.

2. Door het RVH coachingstraject vanaf opname te starten, worden deze mensen gestimuleerd om de opname als stopmoment te zien, dit vergezeld met een 3 maanden durende begeleidingstraject in combinatie met nicotinevervangers.

3. De professionele coaches van Luchtsignaal / Medipro bieden op-maat telefonische begeleiding, wat eerder in onderzoek van Stivoro effectief is gebleken bij de algemene populatie. Deze op-maat begeleiding is vervolgens (op basis van vooronderzoek) aangepast voor hartpatiënten (zie punt 4) en op (kosten) effectiviteit en praktische inpasbaarheid getoetst (zie punt 6, 7). Op-maat begeleiding is noodzakelijk omdat hartpatiënten specifieke vragen en problemen hebben zoals medicatiegebruik en gebruik van nicotinepleisters en het omgaan met een Type D-persoonlijkheid.

4. De inhoud van de RookVrijHart-interventie werd bepaald door de resultaten van het gedrags-determinantenonderzoek en beschikbare informatie van andere interventies en reviews (o.a. Barth e.a., 2015; Berndt e.a., 2012). Zo moest RVH aandacht schenken aan de sterke nicotineverslaving en diende in te grijpen op attitude (o.a. intrinsieke motivatie, gezondheidswinst voor hartpatiënten), sociale invloed (o.a.

steun van partner en stimulans van zorgverleners) en eigen-effectiviteit (o.a. omgaan met somberheid en volhouden van stoppoging in de thuissituatie). Het I-Change Model en het Stage of Change-concept vormden hierbij de belangrijkste theoretische basis. De interventie moest intensief en langdurig zijn omdat kortdurende stoppen-met-rokeninterventies, zoals een stopadvies of kort begeleidingsgesprek volgens de literatuur, niet effectief zijn voor hartpatiënten.

5. Zoals in de effectief bewezen telefonische coaching van Stivoro (zie punt 3) wordt in de telefonische coaching voor hartpatiënten gebruikgemaakt van motiverende gespreksvoering, het identificeren en bespreken van barrières, doelen stellen, zelfcontroletraining, het geven van informatie, het oefeningen van de eigen-effectiviteit en methodieken om terugval te voorkomen (Bartholomew e.a., 2011; Michie e.a., 2014). Daarbij wordt ze afgestemd op het stadium van gedragsverandering waarin de roker zat. Naast de telefonisch coaching krijgen patiënten een folder met informatie en tips over niet-roken in relatie tot depressieve stemming. Deze folder is specifiek op hartpatiënten gericht. Zoals eerder aangegeven zijn ook de stoppen-met-roken coaches van Luchtsignaal / Medipro speciaal getraind om deze patiënten te begeleiden.

6. Een gecombineerde aanpak van intensieve counseling met farmacologische ondersteuning was volgens de destijds beschikbare literatuur (Barth e.a., 2008) het meest effectief om hartpatiënten te begeleiden bij het stoppen-met-roken, maar was nog niet uitgetest in Nederland.

7. Resumerend concluderen we uit ons eigen onderzoek (zie onderdeel 4) dat RVH (kosten) effectief is. Het is met name bij lager opgeleiden zeer effectief en kosten-effectief (Berndt et al., 2017; Berndt et al., 2016; Berndt et al., 2013). Dit is gunstig omdat relatief meer lager opgeleiden coronaire hartziekte hebben en eerder onderzoek liet zien dat hoger opgeleiden meer profiteren van stoppen-met-roken interventies dan lager opgeleiden (Fernandez et al., 2006; Kotz & West, 2009). Dat is niet het geval bij RVH.

Doel 2 Cardiologieverpleegkundigen passen de VAV methode toe

1. Toeleiding naar de telefonische coaching middels de VAV (Vraag-Advies-Verwijs methode) zoals dat in RVH gebeurt, is conform de aanbevelingen van Orleans et al. (2006) en Tremblay, Cournoyer en O'Loughlin (2009). Zij pleiten voor professionals die niet gespecialiseerd zijn in stoppen met roken (in dit geval verpleegkundigen) voor gebruik van het VAV model. Dit in lijn met de CBO richtlijn behandeling tabaksverslaving (CBO 2009, geactualiseerd in 2017 door het Trimbos instituut) en de aanbevelingen in de ZorgModule Stoppen Met Roken (Partnership Stop met Roken, 2011). Maar dit was ook nog niet uitgetest in Nederland.

2. RVH is goed werkbaar gebleken voor verpleegkundigen (zie onderdeel 4). De professionele tijdrovende begeleiding is immers belegd bij Luchtsignaal / Medipro en niet meer bij de verpleegkundigen. Verpleegkundigen blijken bovendien goed in staat om het VAV onderdeel uit te voeren. Dit is inpasbaar in de praktijk (zie ook onderdeel 4).

3 Luchtsignaal / Medipro fungeert als helpdesk en servicepunt als er op verpleegafdelingen vragen zijn met betrekking tot de interventie. Ook trainen zij cardiologieafdelingen in het toepassen van de VAV, zorgen voor materialen en ondersteuning bij de implementatie.

4 Uit ons eigen onderzoek (zie onderdeel 4) is gebleken dat het zinvol is dat de verpleegafdeling twee trekkers aan die de implementatie van RVH trekken, monitoren en evalueren. Zij maken een actieplan voor implementatie, voeren dit uit en evalueren dit. De verpleegkundigen van de verpleegafdeling gebruiken deze werkwijze vanaf een bepaalde datum in het contact met patiënten. Hierbij worden zij ondersteund door Luchtsignaal / Medipro.

5 Omdat het meestal de afdelingsmanagers zijn die de implementatie van RVH initiëren en dienen te faciliteren, voert Luchtsignaal / Medipro ook een of enkele gesprekken met hen om het belang duidelijk te maken, de benodigde randvoorwaarden en hoe implementatie gefaciliteerd kan worden.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

Procesevaluatie, uitvoeringsonderzoek

1 a) Berndt, N.C., Bolman, C., Segaar, D., Van Boven, I., de Vries, H., Lechner, L. (2013). Smoking-cessation Treatment Practices: Recommendations for Improved Adoption on Cardiology Wards. *J Cardiovascular Nurs*, 28 (1), 35–47 doi: 10.1097/JCN.0b013e318231f424.

b) schriftelijke survey onder afdelingshoofden (N=117) van Nederlandse ziekenhuizen

c) Toepassing van effectieve stoppen-met-roken activiteiten op afdelingen blijkt laag. Implementatie van interventies hangt samen met voordelen van stoppen-met-roken programma's, steun van collega's en beleidsmaatregelen.

2 a) Van Riet, J.(2011). Stoppen-met-roken Begeleiding door Cardiologie Verpleegkundigen:

Intentie, Gedrag en Determinanten. Scriptie Open Universiteit, faculteit Psychologie

b) schriftelijke survey onder cardiologieverpleegkundigen (N=165) die niet hebben meegewerkt aan het RVH effectonderzoek

c) Een ondersteunende organisatie en afdelingsbeleid voor stoppen-met-roken interventies zijn essentieel voor adoptie en implementatie van RVH. Daarnaast zijn stopadvies door artsen, de aanwezigheid van een rookstop-poli, bekendheid met richtlijnen en methoden voor stoppen-met-roken begeleiding en motivatiefactoren zoals een hoge mate aan eigen-effectiviteit belangrijk om RVH te geven.

3 a) Hotting, C., Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H., Segaar, D. & Bolman, C. (2013). VAV-methode helpt hartpatiënten te stoppen met roken. *Cordiaal*, 34(1), 24-29. VERKORTE WEERGAVE VAN SCRIPTIE.

b) Online survey onder verpleegkundigen (N=51), afdelingshoofden (N=8), cardiologen (N=12), telefonische coaches (N=4) en persoonlijke coaches (N=13) die meegewerkt hebben aan het RVH effectonderzoek.

c) Cardiologie verpleegkundigen, cardiologen, en afdelingshoofden staan positief tegenover het gebruik van RVH. 80% van de verpleegkundigen heeft een sterke intentie om RVH toe te passen. Deze verpleegkundigen waren gemiddeld ouder, hadden meer ervaring en gaven vaker aan dat er tijdens hun opleiding aandacht was voor stoppen-met-roken, dat er afdelingsbeleid was voor stoppen-met-roken en dat er in het ziekenhuis een rookstop-polikliniek aanwezig was. De intentie van verpleegkundigen was sterker naarmate ze minder nadelen van het gebruik van de VAV-methode ervoeren, een hogere eigen effectiviteitsverwachting hadden over de uitvoering en meer sociale steun van de organisatie kregen om de VAV-methode te gebruiken. Hiernaast lieten de online surveys onder telefonische coaches (N=4) en persoonlijke coaches (N=13) zien dat de coaches goed met het protocol kunnen werken.

4 a) Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H., Bolman, C. (2017). Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. DOI: 10.1002/nur.21810. *Research Nurs Health*, 40(5), 444-458.

- b) procesevaluatie onder patiënten die deelnamen aan het RVH interventiegroepen)(N=293).
- c) Patiënten zijn tevreden met inhoud, duur en aantal sessies van de coaching. Het merendeel van de patiënten had ≥5 sessies gevolgd. Meer sessies vergrootte de kans succesvol te stoppen.

Determinantenstudies hartpatiënten

1 a) Berndt, N.C., Bolman, C., Verheugt, F., Mudde, A., de Vries, H., Lechner, L. (2012). Risk groups and predictors of short-term smoking abstinence in patients with coronary heart disease. *Heart & Lung*, 41(4), 332-43. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.03.001.

b) Survey, N=133

c) Een derde van de coronaire patiënten die rookt bij opname is hardcore roker, hun kenmerken worden beschreven.

2 a) Berndt, N.C., Hayes, A.F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C. (2012). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderated anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychol Addict Behav*, 27, 113–124.

b) Gerandomiseerd experiment, N=244 (enkel patiënten controlegroep)

c) Craving vergroot de kans op het niet volhouden van een stoppoging. De relatie tussen craving en volhouden wordt gemedieerd door eigen-effectiviteit.

Designstudie

1 a) Berndt, N.C., Bolman, C., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H. (2012). Design and progress of a study on (cost)effectiveness of two intensive treatment methods for smoking cessation and relapse prevention in cardiac patients. *BMC Cardiovasc Disorders*, 12 (1), 33.

b) Experiment

c) Beschrijft interventieontwikkeling en onderzoeksprotocol studies naar effectiviteit, kosten-effectiviteit, procesevaluatie.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Onderzoek effectiviteit en kosten-effectiviteit

BELANGRIJK: Interventies die zijn geëvalueerd in hier genoemde studies betreffen telefonische coaching (TC) en persoonlijke coaching (PC). Deze zijn –elk afzonderlijk- met elkaar vergeleken en met een controlegroep met zorg zoals gebruikelijk. PC wordt in de aanvraag voor erkenning echter buiten beschouwing gelaten omdat deze niet meer wordt gegeven door Luchtsignaal / Medipro.

1 a) Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H., Bolman, C. (2017). Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. DOI: 10.1002/nur.21810. Res Nursing & Health, 40(5), 444-458.

b) Gerandomiseerd experiment, N=380 (enkel patiënten interventiegroep)

c) RookVrijHart is effectief, gewaardeerd en uitvoerbaar.

2 a) Berndt, N., de Vries, H., Lechner, L., Acker, van F., Froelicher, E.S., Verheugt, F., Mudde, A., Bolman, C. (2017). High Intensity Smoking Cessation Interventions: Cardiac Patients of Low Socioeconomic Status and Low Quit Intentions Profit Most. Netherlands Heart J. 25: 24. doi:10.1007/s12471-016-0906-7.

b) Gerandomiseerd experiment, N=625.

c) Onderzoek naar lange termijn effecten (gemeten 12 maanden na baseline/start interventie). RookVrijHart is effectief in termen van stoppen-met-roken na een jaar. Percentages stoppers onder lager opgeleiden en onder mensen met een lage stopmotivatie zijn verdubbeld ten opzichte van de controlegroep (30% versus 15%).

3a) Berndt, N., Bolman, C., Froelicher, E.S., Mudde, A., Candel, M., de Vries, H., Lechner, L. (2014).

Effectiveness of two intensive counseling methods for smoking cessation in cardiac patients: a 6-month follow-up. J Behav Med, 37, 709–724, DOI 10.1007/s10865-013-9522-9.

b) Gerandomiseerd experiment, N=625

c) Het onderzoek laat zien dat er significant meer patiënten zijn gestopt in de interventiegroep op 6 maanden na de baseline.

4 a) Berndt, N., Bolman, C., Max, W., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H., Evers, S. (2016). Economic evaluation of a telephone- and face-to-face-delivered counselling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Eur J Health Econom, 17(3):269-85. DOI 10.1007/s10198-015-0677-x.

b) Gerandomiseerd experiment, deelonderzoek kosten-effectiviteit, N=625

c) Telefonische coaching (TC) is kosten-effectief (€8133 ten opzichte van €9170 in de controlegroep). De kosteneffectiviteitsanalyse over subgroepen liet zien dat de TC de hoogste kans heeft op kosteneffectiviteit voor patiënten met een lager opleidingsniveau (€6458) en voor patiënten met een sterke intentie om te stoppen met roken (€8409). Overall geeft het toepassen van TC bij rokende hartpatiënten een kostenbesparing op van €6600 voor elke procent extra stoppers.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Werkzame elementen:

- VAV methode (door verpleegkundigen van de verpleegafdeling);
- Telefonische coaching inclusief Motiverende gespreksvoering en rekening houdend met de fase van gedragsverandering van de patiënt en diens specifieke situatie (door Luchtsignaal / Medipro);
- De telefonische coaches die goed met het protocol kunnen werken;
- Farmacotherapie (voor patiënten die ≥ 10 sigaretten per dag roken), via Luchtsignaal / Medipro verstrekt op advies van een verslavingsarts (indien na consultatie cardioloog);
- Positieve ervaringen van patiënten.

Elementen die de implementatie succesvol maken zijn:

- VAV methode is inpasbaar in de praktijk;
- Verpleegkundigen worden door Luchtsignaal / Medipro getraind in uitvoering van VAV en begeleid bij de implementatie;
- Verpleegkundigen zijn in staat om de VAV-methode uit te voeren (hoge eigen-effectiviteit);
- Luchtsignaal / Medipro overlegt met afdelingsmanagers om het belang van RVH duidelijk te maken en hoe implementatie te faciliteren;
- Er is een steunend afdelingsbeleid en steun van medewerkers op de afdeling;
- De verpleegafdeling heeft twee trekkers voor de implementatie van RVH. Zij maken een actieplan voor implementatie, voeren dit uit en evalueren dit. Luchtsignaal / Medipro ondersteunt hierbij;
- Luchtsignaal / Medipro fungeert als helpdesk en servicepunt voor vragen verpleegafdelingen;
- Akkoord van cardiologen en teammanagers voor deze werkwijze en cardioloog geeft stopadvies;
- Bekendheid met richtlijnen en methoden voor stoppen-met-roken begeleiding;
- Inzicht in de (financiële) voordelen van RVH;
- Duidelijk protocol, handleiding, taakverdeling (verpleegkundigen – coaches Luchtsignaal / Medipro), wervingsmaterialen voor patiënten;
- Coaching en farmacotherapie wordt vergoed via zorgverzekeraar van zorgverzekerde;
- Luchtsignaal / Medipro verzorgt de telefonische coaching, heeft landelijke dekking en contracten met zorgverzekeraars.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H. & Bolman, C. (2017). Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. *Research in Nursing and Health*, 40(5), 444-458, DOI:10.1002/nur.21810.

Berndt, N., de Vries, H., Lechner, L., Acker, van F., Froelicher, E.S., Verheugt, F., Mudde, A. & Bolman, C. (2017). High Intensity Smoking Cessation Interventions: Cardiac Patients of Low Socioeconomic Status and Low Quit Intentions Profit Most. *Netherlands Heart Journal*, 25, 24. DOI:10.1007/s12471-016-0906-7.

Berndt, N., Bolman, C., Max, W., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H. & Evers, S. (2016). Economic evaluation of a telephone- and face-to-face-delivered counselling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The European Journal of Health Economics*, 17(3), 269-85. DOI:10.1007/s10198-015-0677-x.

Berndt, N., Bolman, C., Froelicher, E.S., Mudde, A., Candel, M., de Vries, H. & Lechner, L. (2014). Effectiveness of two intensive counseling methods for smoking cessation in cardiac patients: a 6-month follow-up. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 709–724, DOI 10.1007/s10865-013-9522-9.

Berndt, N.C., Bolman, C., Segaar, D., Van Boven, I., de Vries, H & Lechner, L. (2013). Smoking-cessation Treatment Practices: Recommendations for Improved Adoption on Cardiology Wards. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 35–47 DOI: 10.1097/JCN.0b013e318231f424.

Berndt, N.C., Bolman, C., Verheugt, F., Mudde, A., de Vries, H. & Lechner, L. (2012). Risk groups and predictors of short-term smoking abstinence in patients with coronary heart disease. *Heart & Lung*, 41(4), 332-43. DOI:10.1016/j.hrting.2012.03.001.

Berndt, N.C., Hayes, A.F., Verboon, P., Lechner, L. & Bolman, C. (2012). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderated anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 113–124.

Berndt, N.C., Bolman, C., Lechner, L., Mudde, A. & de Vries, H. (2012). Design and progress of a study on (cost)effectiveness of two intensive treatment methods for smoking cessation and relapse prevention in cardiac patients. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12 (1), 33.

CBS StateLine (2017). *Coronaire hartziekte naar opleidingsniveau*.

CBO. (2009). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving*. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), Utrecht.

Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie (2012). *Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie*. NVVC, Utrecht.

van Engen, M., de Vries, H., Kemps, H., Kraaijenhagen, R., de Keizer, N. & Peek N. (2012). Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. *European Journal of Preventive Cardiology*. published online 8 February 2012. DOI: 10.1177/2047487312439497.

Frey, P., Waters, D.D., Demicco, D.A., Breazna, A., Samuels, L., Pipe, A., Wun, C.C. & Benowitz, N.L.(2011). Impact of smoking on cardiovascular events in patients with coronary disease receiving contemporary medical therapy (from the Treating to New Targets [TNT] and the Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering [IDEAL] trials). *The American Journal of Cardiology*, 107, 145-50.

- Gerritsen, M., Bolman, C., Berndt, N., Mudde, A., de Vries, H. & Lechner, L. (2015). Self-Reporting of Smoking Cessation in Cardiac Patients; How Reliable is it and is Reliability Associated with Patient Characteristics? *Journal of Addiction Medicine*, 9(4),308-16.
- Hoog, N. de, Bolman, C., Berndt, N., Kers, E., Mudde, A., de Vries, H. & Lechner, L. (2016). Smoking cessation in cardiac patients: the influence of action plans, coping plans and self-efficacy on quitting smoking. *Health Education Research*, 31(3), 350-362, DOI: 10.1093/her/cyv100.
- Hotting, C., Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., de Vries, H., Segaar, D. & Bolman, C. (2013). VAV- methode helpt hartpatiënten te stoppen met roken. *Cordiaal*, 34(1), 24-29.
- Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2009). Cardiovascular nursing: More than being nice. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 315.
- Jones, I., & Johnson, M. (2008). What is the role of the coronary care nurse? A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 163-170.
- Kotseva, K, De Bacquer, D., Jennings, C., Gyberg, V., De Backer, G., Rydén, L. et al. (2017). Time Trends in Lifestyle, Risk Factor Control, and Use of Evidence-Based Medications in Patients With Coronary Heart Disease in Europe: Results From 3 EUROASPIRE Surveys, 1999– 2013. *Global Heart*, 12(4) 315-322.e3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gheart.2015.11.003>
- Mohiuddin, S.M., Mooss, A.N., Hunter, C.B., Grollmes, T.L., Clouter, D.A. & Hilleman, D.E.(2007). Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*, 131, 446-52.
- Orleans, C.T., Woolf, S.H., Rothenich, S.F., Marks, J.S., & Isham, G.J. (2006). Building a better system for tobacco-cessation counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 103-106.
- Partnership Stop met Roken (2011). Zorgmodule Stoppen Met Roken. <http://www.partnershipstopmetroken.nl/>
- Revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie, Nederlandse Hartstichting, projectgroep PAAHR. (2011). Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie. NVVC, Utrecht.
- Segaar, D., Bolman, C., Willemsen, M. & de Vries., H. (2006). Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: Example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient Education & Counseling*, 61: 262-271.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., & O'Loughlin, J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups?. *Nicotine & Tobacco Research*, 11, 1330-1338.
- Trimbos instituut (2017). Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Trimbos instituut, Utrecht.
- World Health Organization. (2008) WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package [Online]. Geneva, Switzerland, World Health Organisation. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Niet beschikbaar