

Kwaliteitskader voor de accreditatie van interventies, behandelen en opleidingen voor intensieve stoppen met rokenzorg

Stichting Kwaliteit Stoppen met Roken Zorg

Inhoud

Inhoud.....	2
Introductie kwaliteitskader SMR.....	4
Van Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving naar toetsbare kwaliteit.....	4
Ruimte voor innovatie	5
Gedragsveranderingstechnieken en interventietechnieken	5
Begrippenlijst	9
Accreditatie intensieve stoppen-met-rokeninterventies	13
1. Toetsing inhoud	14
1.1 Intake en diagnostiek.....	14
1.2 Functie van het nicotinegebruik bespreken.....	14
1.3 Moeilijke momenten bespreken	15
1.4 Stoppen voorbereiden	16
1.5 Stopplan en stopdatum	16
1.6 Begeleiden.....	16
1.7 Medicatiebewaking	17
1.8 Voorlichting met betrekking tot de medicatie	18
1.9 Voorlichting met betrekking tot stoppen met het gebruik van nicotine.....	19
1.10 E-sigaret en overige nicotinehoudende producten	19
2. Toetsing uitvoering	21
2.1 Organisatie	21
2.2 Onderbouwing van categorie ‘intensieve SMR zorg’	22
2.3 Beschrijving van de interventie	22
2.4 Programmatische samenhang	23
2.5 Bekwaamheid en registratie ingezette behandelaren.....	24
2.6 Bereikbaarheid en toegankelijkheid.....	24
2.7 Optimaal behoud van contact.....	25
2.8 Frequentie en beschikbaarheid.....	25
2.9 Continuïteit van begeleiding	26
2.10 Aansluiting bij de doelgroep in de uitvoering	26
2.11 Bevorderen van therapietrouw	27
2.12 Responsiviteit en maatwerk	28
2.13 Praktische uitvoerbaarheid	28
2.14 Organisatorische robuustheid	28
2.15 Nazorg verlenen	29
2.16 Terugvalbegeleiding bieden	30
2.17 Terugval en herhaalde trajecten	32
2.18 Verplichte registratie.....	32

2.19 Uitkomstindicatoren	33
2.20 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitscyclus	33
2.21 Organisatie en samenwerking	34
2.22 Externe communicatie over de interventie	35
Aanvullende accreditatie: extra intensieve stoppen-met-rokenzorg	37
Uitgangspunten	37
Afbakening extra intensieve SMR-zorg	38
Toetsing.....	38
Accreditatie behandelaren intensieve stoppen-met-rokeninterventies	40
Accreditatie opleidingen tot behandelaar voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies	41
Bijlage 1. Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoaching-technieken (NTL 1.0).....	42
Bijlage 2. Totstandkoming Kwaliteitskader	46

Introductie kwaliteitskader SMR

Van Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving naar toetsbare kwaliteit

De Stichting Kwaliteit Stoppen met Roken Zorg heeft als doel de uitgangspunten van de *Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025* te vertalen naar toetsbare criteria voor interventies, behandelingen en opleidingen die intensieve stoppen-met-rokenzorg aanbieden.

De Zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, onafhankelijk van de wijze waarop deze wordt georganiseerd of gefinancierd. Daarmee vormt zij het inhoudelijke fundament voor kwaliteitsbewaking, zorginkoop, scholing, certificering en verdere professionalisering van het vakgebied. Tevens introduceert de Zorgstandaard de *reis van de stopper* als leidend kader voor de organisatie, uitvoering en bekostiging van stoppen-met-rokenzorg.

De kwaliteit van stoppen-met-rokenzorg wordt in de praktijk vaak beoordeeld aan de hand van afzonderlijke onderdelen van deze zorg, zoals een interventie, een behandelaar of een opleiding. Deze benadering doet echter onvoldoende recht aan de werkelijkheid. De effectiviteit van stoppen-met-rokenzorg wordt bepaald door de samenhang tussen de interventie, de professional die deze uitvoert en de organisatie waarbinnen deze wordt aangeboden.

Een interventie kan inhoudelijk uitstekend zijn opgebouwd, maar toch onvoldoende effect hebben wanneer de uitvoerder onvoldoende competent is. Omgekeerd kan een deskundige behandelaar worden beperkt door een onvoldoende uitgewerkt behandelprogramma, ontoereikende organisatorische ondersteuning of een gebrekkige afstemming met farmacologische behandeling. Effectieve stoppen-met-rokenzorg ontstaat daarom niet door één afzonderlijk onderdeel, maar door het samenspel van alle onderdelen van het zorgsysteem.

Voor de beoordeling van stoppen-met-rokenzorg worden vier kwaliteitsdomeinen onderscheiden:

1. De interventie;
2. De professional;
3. De opleiding;
4. De organisatie.

Deze domeinen worden niet afzonderlijk beoordeeld, maar in hun onderlinge samenhang. Voor de beoordeling van interventies worden tevens de organisatorische randvoorwaarden betrokken waarbinnen deze interventies worden uitgevoerd.

Dit kwaliteitskader richt zich primair op intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbehandeling, waarin het begeleiden van gedragsverandering centraal staat. Tegelijkertijd wordt erkend dat gedragsmatige begeleiding en farmacologische ondersteuning elkaar versterken. Zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek laten zien dat de combinatie van gedragsmatige begeleiding en medicamenteuze ondersteuning effectiever is dan elk van beide afzonderlijk. Hoogwaardige stoppen-met-rokenzorg vraagt daarom om een zorgvuldige integratie van gedragsmatige behandeling en farmacologische ondersteuning. Waar een interventie zelf geen medicamenteuze ondersteuning aanbiedt, is een beschrijving nodig hoe hiermee wordt omgegaan (zoals verwijzing of samenwerking).

De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 vormt het primaire inhoudelijke referentiekader van dit kwaliteitskader. De zorgstandaard beschrijft de minimale uitgangspunten voor programmatische stoppen-met-rokenzorg, waaronder de opbouw van het begeleidingstraject, de minimale intensiteit van behandeling, terugvalpreventie en de plaats van farmacologische ondersteuning.

Dit kwaliteitskader gaat echter verder dan het toetsen van minimumnormen. Het richt zich op de aanwezigheid, kwaliteit, samenhang en uitvoerbaarheid van de werkzame bestanddelen van effectieve stoppen-met-rokenzorg. Daarbij staat programmatisch werken centraal. Interventies worden niet uitsluitend beoordeeld op aantallen contactmomenten of formele vereisten, maar vooral op de kwaliteit van het totale behandelprogramma, de deskundigheid van de uitvoerders en de toepassing van aantoonbaar werkzame technieken.

Het uiteindelijke doel van dit kwaliteitskader is het bevorderen van hoogwaardige, effectieve, transparante en toetsbare stoppen-met-rokenzorg die aansluit bij de behoeften van mensen met tabaks- en nicotineverslaving.

Ruimte voor innovatie

Dit kwaliteitskader beoogt niet alleen bestaande effectieve interventies te borgen, maar ook ruimte te bieden voor innovatie.

Nieuwe of afwijkende interventies kunnen worden geaccrediteerd mits:

- zij aantoonbaar gebruik maken van werkzame gedragsveranderings- en interventietechnieken;
- zij onderbouwd zijn met praktijkervaring of eerste evidentie;
- zij systematisch worden geëvalueerd;
- zij onderbouwd hebben hoe ze voldoen aan de vereisten van de zorgstandaard.

Gedragsveranderingstechnieken en interventietechnieken

De werkzame bestanddelen van stoppen-met-rokenzorg

Intensieve stoppen-met-rokenzorg is in essentie gericht op het begeleiden van gedragsverandering. Om de kwaliteit van deze begeleiding te kunnen beoordelen, is het noodzakelijk expliciet te beschrijven welke werkzame bestanddelen bijdragen aan succesvolle gedragsverandering.

De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 benoemt Motiverende Gespreksvoering (MGV) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT) als belangrijke methodische uitgangspunten voor intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding. Deze methodieken vormen een belangrijk onderdeel van de huidige professionele standaard. Voor kwaliteitsbeoordeling zijn methodieken alleen echter onvoldoende specifiek. Methodieken bestaan uit verzamelingen van technieken waarvan sommige direct bijdragen aan gedragsverandering, terwijl andere vooral bijdragen aan een effectieve uitvoering van het begeleidingsproces.

Om die reden kiest dit kwaliteitskader voor een techniekgerichte benadering. Niet de vraag ‘Welke methodiek wordt gebruikt?’ staat centraal, maar de vraag: ‘Welke werkzame technieken worden toegepast, hoe worden zij toegepast en in welke mate dragen zij bij aan effectieve gedragsverandering?’. Deze techniekgerichte benadering is essentieel om ook innovatieve

interventies te kunnen beoordelen en accrediteren, bijvoorbeeld interventies die zijn gebaseerd op andere evidence-based methodieken, zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Oplossingsgericht Werken (OGW) of toekomstige behandelmethodieken.

De behandeling als samenhangend geheel

Een intensieve behandeling van tabaks- en nicotineverslaving bestaat uit een systematisch opgebouwd geheel van interventies dat cliënten ondersteunt bij het duurzaam stoppen met tabaks- en nicotinegebruik. Een behandeling is daarmee meer dan een reeks consulten of een verzameling afzonderlijke interventies. Zij kent een programmatisch aanpak met herkenbare structuur, een logisch verloop en een duidelijk begin en einde.

Binnen dit kwaliteitskader wordt onderscheid gemaakt tussen de behandeling, de behandel fasen, de interventies en de werkzame technieken waaruit deze interventies zijn opgebouwd. Deze begrippen vormen samen de hiërarchische structuur van een behandeling.

De behandeling vormt het overkoepelende behandelprogramma. Dit programma bestaat uit opeenvolgende behandel fasen, waarin verschillende interventies worden toegepast. Iedere interventie is opgebouwd uit één of meer gedragsveranderingstechnieken en wordt ondersteund door interventietechnieken die de uitvoering van de behandeling mogelijk maken.

Hierdoor ontstaat de volgende opbouw:

- Behandeling
 - bestaat uit behandel fasen
- Behandel fasen
 - bestaan uit interventies
- Interventies
 - bestaan uit één of meer gedragsveranderingstechnieken

Deze hiërarchische opbouw maakt behandelingen systematisch beschrijfbaar, onderling vergelijkbaar en reproduceerbaar toetsbaar. De kwaliteit van een behandeling wordt daardoor niet uitsluitend bepaald door de aanwezigheid van afzonderlijke technieken, maar vooral door de wijze waarop deze technieken zijn samengebracht tot een samenhangend, methodisch onderbouwd behandelprogramma.

De Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoachingstechnieken

Binnen dit kwaliteitskader wordt voor het duiden van begeleidingstechnieken aangesloten bij de Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoachingstechnieken (NTL), zoals beschreven door Dijkstra, Van de Graaf en Kootstra (2025) en opgenomen in bijlage 1 bij dit document. Deze taxonomie is ontwikkeld om de werkzame technieken uit leefstijlcoaching, gedragsverandering en gezondheidsbevordering systematisch te ordenen, te beschrijven en toetsbaar te maken.

De taxonomie biedt een gemeenschappelijke taal voor het analyseren, ontwikkelen, uitvoeren en beoordelen van gedragsveranderings-gerichte interventies. Daarmee vormt zij de theoretische en methodologische brug tussen de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 en de toetsingscriteria die in dit kwaliteitskader worden gehanteerd. Waar de Zorgstandaard beschrijft wat goede stoppen-met-rokenzorg inhoudt, maakt de taxonomie zichtbaar welke technieken daarvoor kunnen worden ingezet en hoe deze technieken kunnen worden beoordeeld. Hierdoor ontstaat een transparant en toetsbaar kader voor

kwaliteitsbewaking, accreditatie en verdere professionalisering van de (extra) intensieve stoppen-met-rokenzorg.

De huidige versie van de taxonomie onderscheidt 23 gedragsveranderingstechnieken en een uitgebreid geheel van 59 interventietechnieken die gezamenlijk het veranderproces ondersteunen. Samen beschrijven zij de belangrijkste werkzame bestanddelen van effectieve gedragsveranderings-gerichte begeleiding.

Gedragsveranderingstechnieken

Gedragsveranderingstechnieken vormen de actieve ingrediënten van gedragsverandering. Het zijn waarneembare, reproduceerbare en ondeelbare technieken die zijn ontworpen om psychologische processen die gedrag reguleren te beïnvloeden. Zij richten zich onder meer op motivatie, bewustwording, verwachtingen, zelfeffectiviteit, zelfregulatie, vaardigheden, gewoonten, besluitvorming en sociale invloeden.

Gedragsveranderingstechnieken vormen de inhoudelijke veranderkracht van stoppen-met-rokenzorg. Zij beïnvloeden rechtstreeks de mechanismen die bepalen of iemand stopt met roken, rookvrij blijft of terugvalt. De Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoaching-technieken onderscheidt 23 gedragsveranderingstechnieken. Deze technieken zijn herkenbaar binnen de aanbevelingen en beschrijvingen van intensieve stoppen-met-rokenzorg in de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025.

Interventietechnieken

Gedragsverandering vindt niet plaats door gedragsveranderingstechnieken alleen. Om deze technieken effectief te laten functioneren, moeten zij worden ingebed in een goed ontworpen en professioneel uitgevoerd begeleidingsproces.

Interventietechnieken vormen het professionele uitvoeringssysteem van de begeleiding bij gedragsverandering. Zij bepalen hoe gedragsveranderingstechnieken worden geselecteerd, aangeboden, afgestemd en toegepast. Waar gedragsveranderingstechnieken de veranderkracht leveren, zorgen interventietechnieken ervoor dat deze veranderkracht daadwerkelijk bij de stopper terechtkomt.

Interventietechnieken zijn gericht op het ontwerpen, uitvoeren en optimaliseren van het begeleidingsproces. Zij creëren de voorwaarden waaronder gedragsverandering mogelijk wordt.

Binnen de Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoachingstechnieken worden interventietechnieken onderverdeeld in technieken gericht op het interventieontwerp (13 technieken), de kwaliteit van de werkrelatie (24 technieken), de cognitieve toestand van de cliënt (12 technieken) en de motivationele toestand van de cliënt (7 technieken). Daarnaast beschrijft de taxonomie 3 specifieke interventietechnieken voor groepsbehandeling, gericht op het benutten en begeleiden van groepsdynamische processen.

Twee werkzame systemen

Gedragsveranderingstechnieken en interventietechnieken vormen samen de werkzame bestanddelen van effectieve (extra) intensieve stoppen-met-rokenzorg.

Gedragsveranderingstechnieken zijn gericht op het beïnvloeden van de factoren die gedrag sturen, terwijl interventietechnieken de voorwaarden creëren waaronder door de begeleiding

deze gedragsverandering succesvol kan plaatsvinden. De effectiviteit van stoppen-met-rokenzorg wordt daarom niet bepaald door één van beide systemen afzonderlijk, maar door hun onderlinge samenhang.

In dit kwaliteitskader worden gedragsveranderingstechnieken beoordeeld onder de noemer Inhoud en interventietechnieken onder de noemer Uitvoering. De toetsing richt zich op drie niveaus: de interventie (inclusief de organisatie waarbinnen deze wordt aangeboden), de professional die de interventie uitvoert en de opleiding waarin deze professional wordt opgeleid.

De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 vormt daarbij het primaire inhoudelijke referentiekader. De standaardwerken op het gebied van Motiverende Gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2025) en Cognitieve Gedragstherapie (Schippers et al., 2014; De Wildt & Van de Graaf, 2019) bieden aanvullende theoretische onderbouwing. Voor de beschrijving, ordening en toetsing van werkzame technieken wordt aangesloten bij de Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoachingstechnieken (Dijkstra, Van de Graaf & Kootstra, 2025).

De volgende hoofdstukken werken deze uitgangspunten verder uit in concrete kwaliteitscriteria voor interventies (inclusief de bijbehorende organisaties), professionals en opleidingen binnen de stoppen-met-rokenzorg. Waar gesproken wordt over stoppen-met-rokenzorg, wordt daarmee het stoppen met alle nicotine houdende middelen bedoeld.

Referenties

- De Wildt W, Van de Graaf RC. (2019). Addendum Tabaksverslaving bij het Behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie bij Problematisch Middelengebruik. Perspectief Uitgevers, Utrecht.
- Dijkstra A, Van de Graaf RC, Kootstra Y. (2025). Hét Praktijkboek voor de Leefstijlcoach. Evidence-based technieken voor langdurige leefstijlverandering. Academie Coaching en Leefstijl, Ede.
- Miller WR, Rollnick S. (2025). Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen en groeien (4e editie).
- Schippers GM, Smeerdijk M, Merkx MJM. (2014). Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken. Perspectief Uitgevers, Utrecht.
- Trimbos-instituut & Partnership Stoppen met Roken. (2025). Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025. Trimbos-instituut, Utrecht.

Begrippenlijst

Deze definities uit deze begrippenlijst sluiten aan bij het programmatische karakter van verslavingszorg en stoppen-met-rokenzorg. De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 benadrukt expliciet dat stoppen met roken moet worden gezien als een stopproces en niet als een eenmalige stoppoging. Terugval, uitglijders, tijdelijke afwezigheid, wisselende beschikbaarheid en fluctuaties in motivatie maken onderdeel uit van het natuurlijke verloop van gedragsverandering.

Daarnaast stelt de Zorgstandaard dat binnen één behandeling meerdere begeleidingstrajecten mogelijk moeten zijn en dat nazorg kan worden aangeboden tot twaalf maanden na de stopdatum. Dit onderstreept dat stoppen met roken vaak geen lineair proces is, maar een dynamisch veranderproces waarin periodes van actieve deelname kunnen worden afgewisseld met periodes van verminderde deelname of tijdelijke afwezigheid.

Aldus is het de interventie die expliciet beschrijft welke stappen worden gezet bij gemiste afspraken, verminderde deelname en (dreigende) uitval, hoe contact actief wordt hersteld en hoe hervatting van het stopproces wordt gefaciliteerd wanneer een deelnemer opnieuw wil aansluiten.

Begrippen:

Aanmelding (administratief)

Activiteiten gericht op inschrijving, planning en gegevensverwerking voorafgaand aan de intake. Deze activiteiten maken uitsluitend onderdeel uit van de interventie indien zij zorginhoudelijke elementen bevatten, zoals het verkennen van motivatie of het bespreken van deelname.

Accreditatie

Formele erkenning dat een interventie, organisatie, behandelaar of opleiding voldoet aan de in dit kwaliteitskader vastgestelde normen voor intensieve stoppen-met-rokenzorg.

Begeleidingsfase (intensief)

Het kernonderdeel van intensieve stoppen-met-rokenzorg waarin intensieve gedragsmatige begeleiding plaatsvindt voorafgaand aan, rond en na de stopdatum, al dan niet in combinatie met nicotine vervangende middelen of medicamenteuze ondersteuning.

Behandelaar

Een voor intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding begeleiding geaccrediteerde professional, die richting de cliënt ook wel 'stoppen-met-rokencoach' wordt genoemd.

Cliënt

Persoon die deelneemt aan intensieve stoppen-met-rokenzorg. In dit accreditatiekader wordt consequent de term cliënt gebruikt. Waar elders de term patiënt wordt gebruikt, wordt deze gelezen als synoniem.

Continuïteit van zorg

De mate waarin begeleiding zonder onnodige onderbrekingen plaatsvindt gedurende het gehele stoptraject, inclusief nazorg, terugvalbegeleiding en eventuele herhaalde trajecten.

Doelgroep

De groep cliënten waarvoor een interventie bedoeld is, afgebakend op basis van kenmerken zoals leeftijd, sociaaleconomische situatie, cognitieve vaardigheden, comorbiditeit of specifieke levensfase.

Drop-out

Een drop-out is de voortijdige beëindiging van het tot dan toe lopende traject. Binnen een interventie is beschreven welke criteria worden gehanteerd om te bepalen wanneer een traject

als beëindigd beschouwd wordt. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen een zorginhoudelijke drop-out (een onderbreking van deelname binnen een lopend traject) en organisatorische drop-out (het formeel sluiten van het tot dan toe lopende traject). Beide perspectieven bestaan naast elkaar en impliceren dat hervatting van zorg mogelijk en wenselijk blijft.

Extra intensieve stoppen-met-rokenzorg

Een verdieping van intensieve stoppen-met-rokenzorg, gericht op specifieke doelgroepen bij wie standaard intensieve begeleiding onvoldoende is. Extra intensieve zorg kenmerkt zich door aanvullende inhoudelijke, organisatorische en deskundigheidsvereisten, en wordt binnen dit accreditatiekader afzonderlijk beoordeeld via een plusmodule.

Frequentie en beschikbaarheid

De mate waarin begeleiding bestaat uit voldoende en passend gespreide contactmomenten, en de bereikbaarheid van ondersteuning tijdens kritieke momenten in het stopproces, zoals rond de stopdatum of bij (dreigende) terugval.

Gedragsmatige begeleiding

Begeleiding die zich richt op gedragsverandering bij stoppen met roken en nicotinegebruik, bijvoorbeeld via motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. Gedragsmatige begeleiding vormt de basis van intensieve stoppen-met-rokenzorg.

Gedragsveranderingstechnieken

Inhoudelijke technieken die direct gericht zijn op het beïnvloeden van motivatie, gedrag en zelfregulatie, zoals het omgaan met cravings, doorbreken van routines en het versterken van zelfeffectiviteit.

Intake (zorginhoudelijk)

De eerste, verdiepende fase van intensieve begeleiding waarin rook- en nicotinegebruik, motivatie, eerdere stoppogingen, context en afhankelijkheid worden geïnventariseerd en vertaald naar een passende begeleidingsaanpak (matched care).

Intensieve stoppen-met-rokeninterventie (intensieve SMR-zorg)

Een gestructureerd programma van gedragsmatige begeleiding gericht op stoppen met roken en nicotinegebruik, met meerdere contactmomenten verdeeld over voorbereiding, stopfase en nazorg, en een looptijd die doorloopt tot ten minste twaalf maanden na de stopdatum. De interventie omvat alle fasen van gedragsverandering en is methodisch opgezet.

Interventie

Een samenhangend, methodisch opgebouwd programma van gedragsmatige begeleiding en organisatorische randvoorwaarden, gericht op stoppen met roken en nicotinegebruik, dat als geheel wordt beoordeeld en geaccrediteerd binnen dit kader.

Interventietechnieken

De organisatorische en relationele voorwaarden waaronder gedragsveranderingstechnieken worden toegepast, waaronder de structuur van het traject, de timing en frequentie van contact, en de wijze van begeleiden.

Kwaliteitscyclus (PDCA-cyclus)

Systematisch proces van plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen van zorg (Plan–Do–Check–Act), waarbij registratiedata en uitkomsten worden gebruikt voor continue kwaliteitsverbetering.

Matched care

Het afstemmen van de intensiteit en vorm van begeleiding op de kenmerken, behoeften en mogelijkheden van de cliënt, op basis van intake en voortgang.

Minimale dataset

De set van gegevens die minimaal wordt geregistreerd gedurende het stoptraject, waaronder cliëntkenmerken, stopdatum, rookstatus en relevante follow-upmomenten, ten behoeve van monitoring, kwaliteitsbewaking en verantwoording.

Nazorg

Het geplande en structurele onderdeel van het stoptraject na de stopdatum, gericht op het behouden van abstinentie, het versterken van gedragsverandering en het tijdig signaleren van (dreigende) terugval.

Netwerkwzorg

De organisatie van stoppen-met-rokenzorg binnen een samenhangend netwerk van zorgverleners en organisaties, met duidelijke afspraken over verwijzing, overdracht, samenwerking en continuïteit van zorg.

No-show

Een no-show is een technische term die wordt gebruikt in het kader van zorgprestaties. Hiermee wordt verwezen naar het niet verschijnen bij een gepland contactmoment binnen een lopend stoppen-met-rokenprogramma, zonder voorafgaande afmelding of tijdige verplaatsing van de afspraak. Vanuit zorgperspectief betekent deze situatie niet dat de deelnemer is gestopt met het stopproces of de behandeling heeft beëindigd. Binnen stoppen-met-rokenzorg wordt een gemist contactmoment beschouwd als een tijdelijke onderbreking van het contact. De deelnemer blijft onderdeel van het programma en wordt op passende wijze benaderd om de begeleiding voort te zetten met een vervanging van het gemiste contactmoment.

Programmatistische samenhang

De mate waarin de verschillende onderdelen van een stoppen-met-roken traject (zoals intake, voorbereiding, stopfase, nazorg en terugvalbegeleiding) logisch en inhoudelijk op elkaar aansluiten en gezamenlijk een consistent en methodisch opgebouwd geheel vormen.

Reproduceerbaarheid

De mate waarin een interventie zodanig is beschreven en ingericht dat deze overdraagbaar en navolgbaar is in andere uitvoeringssettings, zonder verlies van kernkwaliteit.

Rookvrij / abstinentie

De toestand waarin een cliënt geen tabaks- of nicotineproducten gebruikt, gemeten op vooraf vastgestelde momenten (zoals bij afronding van begeleiding en na twaalf maanden), volgens de definities die binnen dit accreditatiekader worden gehanteerd.

Stopdatum

De datum waarop de cliënt daadwerkelijk stopt met roken en/of nicotinegebruik en die als referentiepunt dient voor registratie, uitkomstmeting en de wijze waarop de interventie afstemt op het stopproces van de cliënt.

Stopplan

Individueel plan waarin de cliënt – al dan niet samen met de begeleider – afspraken vastlegt over stoppen, moeilijke momenten, coping strategieën, medicatie en ondersteuning.

Terugval met kans op herstel (relapse)

Het hervatten van patronen van nicotinegebruik na een periode van abstinentie, waarbij gedragsverandering gedeeltelijk afneemt en aanvullende begeleiding nodig is.

Terugvalbegeleiding

Begeleiding die wordt aangeboden bij (dreigende) terugval, gericht op herstel van het stopproces of een doorstart, en die onderdeel uitmaakt van intensieve stoppen-met-rokenzorg.

Uitglijder (lapse)

Een incidenteel gebruik van nicotine binnen het stopproces, zonder structurele terugkeer naar rookgedrag.

Volledige terugval (return to use)

Structurele terugkeer naar het oorspronkelijke rookgedrag, waarbij het lopende traject niet langer passend is en een nieuw behandeltraject overwogen wordt.

Warme overdracht

Inhoudelijke en persoonlijke overdracht van een cliënt tussen zorgverleners, waarbij afstemming plaatsvindt over voortgang, aandachtspunten en verantwoordelijkheden met als doel continuïteit van zorg.

Accreditatie intensieve stoppen-met-rokeninterventies

In deze accreditatieprocedure worden interventies voor intensieve stoppen-met-rokenzorg getoetst. Hierbij is aandacht voor de interventie zelf én de organisatie die er verantwoordelijkheid voor draagt. Accreditatie wordt verleend aan de interventie binnen de organisatie die de accreditatie heeft aangevraagd.

Een geaccrediteerde interventie is transparant beschreven, heeft een duidelijke doelgroep en is inhoudelijk onderbouwd. De opbouw is inzichtelijk en reproduceerbaar, zodat deze overdraagbaar is in de praktijk. Inhoudelijk omvat de interventie de relevante fasen van het (ideale) stopproces, passend bij de doelgroep en instroom van cliënten.

De uitvoering wordt vormgegeven door interventietechnieken: een heldere fasering van het traject, een logische opbouw rond de stopdatum en nazorg en een systematisch proces van monitoring, evaluatie en bijsturing. Methodisch werken vormt hierbij de basis. De relatie met medicamenteuze behandeling is expliciet beschreven: deze is geïntegreerd in het traject of goed georganiseerd via samenwerking, met een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden.

Op organisatieniveau begint kwaliteit bij een solide formele basis. De aanbieder is aantoonbaar geregistreerd als zorgorganisatie (in registers als KvK, CIBG en AGB), voldoet aan relevante wetgeving (Wtza, AVG, Wkkgz) en beschikt over een werkend kwaliteitssysteem. Daarnaast wordt structureel gestuurd op uitkomsten en continue verbetering.

Inhoudelijk borgt de organisatie dat het aanbod aansluit bij de zorgstandaard en de 'reis van de stopper'. De nadruk ligt op intensieve gedragsmatige begeleiding, waarbij medicamenteuze behandeling beschikbaar is of goed georganiseerd via samenwerking met ketenpartners.

Een goede uitvoering komt tot uiting in de wijze waarop de organisatie interventietechnieken faciliteert: voldoende en goed gespreide contactmomenten, continuïteit van begeleiding, flexibiliteit bij terugval, goede bereikbaarheid en een laagdrempelige instroom. Daarmee creëert de organisatie de randvoorwaarden voor effectieve begeleiding bij gedragsverandering.

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke normen gehanteerd worden bij de accreditatie van een interventie en op welke wijze deze worden getoetst.

1. Toetsing inhoud

In dit eerste deel van de toetsing gaat het om de inhoudelijke bouwstenen die essentieel zijn, waarbij de basis wordt gevormd door de zorgstandaard. Het betreft gedragsveranderingstechnieken: de actieve ingrediënten van verandering - technieken die gedrag daadwerkelijk beïnvloeden [Dijkstra et al., 2025]. In de toetsing wordt aandacht besteed aan de vraag welke gedragsveranderingstechnieken worden ingezet en in hoeverre deze theoretisch en praktisch onderbouwd zijn. Het doel hiervan is te toetsen of de interventie daadwerkelijk kan leiden tot gedragsverandering en stoppen met het gebruik van nicotinehoudende producten.

Medicamenteuze ondersteuning vormt, waar van toepassing, een integraal onderdeel van het stoppen-met-rokentract. De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het betrekken van medicatie in de begeleiding ligt altijd binnen de interventie. De feitelijke uitvoering (zoals voorschrijven en medische monitoring) kan binnen de organisatie of via samenwerking met andere zorgverleners zijn georganiseerd, mits deze afstemming expliciet is vastgelegd.

1.1 Intake en diagnostiek

Norm

Intake is verplicht bij intensieve begeleiding, inclusief rookprofiel, eerdere stoppogingen, Fagerström-score, stopplan.

Toelichting

Intake bepaalt de match met de juiste interventie. De zorgstandaard beschrijft een verplichte intake bij intensieve begeleiding.

Indien voorafgaand aan de intake contactmomenten plaatsvinden waarin motivatie of deelnamebereidheid worden verkend, worden deze beschouwd als onderdeel van de interventie indien uitgevoerd door een behandelaar.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- Aantoonbaar is dat de intake ten minste bevat:
 - Persoonlijk profiel, rookprofiel en omgevingsscan
 - Ander gebruik van middelen, die van invloed kunnen zijn (medicatie, andere verslavingen)
 - Uitvragen van motivatie en vertrouwen gericht op commitment aan het hoofddoel stoppen met het gebruik van nicotine
 - Eerdere stoppogingen
 - Meting van nicotineafhankelijkheid met een gevalideerd instrument (Fägerströmtest of een gelijkwaardig alternatief)
- De werkwijze, fysiek of online, bestaat in ieder geval uit:
 - Een gesprek, waarin open vragen belangrijk zijn om commitment te toetsen
 - Doorlopen van een vragenlijst
- Er is beschreven hoe de intake-uitkomsten leiden tot een goede begeleidingskeuze (matched care).
- De intake wordt uitgevoerd door de behandelaar die de begeleiding ook gaat uitvoeren, of er is beschreven hoe de opbrengst van de intake wordt overgedragen aan de behandelaar.

1.2 Functie van het nicotinegebruik bespreken

Norm

Binnen de intensieve gedragsmatige begeleiding wordt expliciet stilgestaan bij de functie van het rookgedrag, zoals de onderliggende doelen en effecten (bijvoorbeeld stressregulatie, beloning, sociale aansluiting of vermijding), en de context en patronen waarin dit gedrag voorkomt.

Toelichting

Het inzichtelijk maken van de functie van roken vergroot bewustwording en eigen effectiviteit bij de cliënt. Het vormt een noodzakelijke basis om risicosituaties te herkennen en om gedragsverandering en terugvalpreventie effectief en op maat vorm te geven.

Toetsbare eisen nodig voor

- systematische aandacht voor de functie van roken binnen de begeleiding;
- onderbouwing van maatwerk in gedragsmatige interventies;
- koppeling tussen rookgedrag, bewustwording en gekozen begeleidingstechnieken.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft dat het bespreken van de functie van roken een vast onderdeel is van de intensieve begeleidingsfase.
- Aantoonbaar is dat de analyse van de functie van het stoppen met het gebruik van nicotine, wordt benut bij de keuze of prioritering van gedragsveranderingstechnieken (bijv. via rookdagboek of gespreksmethodiek). Dit kan onder meer worden vormgegeven via een functieanalyse zoals gebruikelijk binnen cognitieve gedragstherapie, of via andere systematische benaderingen die vergelijkbare inzichten opleveren.
- Minimale vastlegging betreft ten minste motivatie om te stoppen en mate van nicotineafhankelijkheid.

1.3 Moeilijke momenten bespreken

Norm

Binnen de intensieve begeleiding worden moeilijke momenten en risicosituaties voor terugval expliciet geïnventariseerd en besproken.

Toelichting

Terugval treedt vaak op in voorspelbare situaties. Door moeilijke momenten vooraf te identificeren en te bespreken, wordt de eigen effectiviteit versterkt en neemt het risico op terugval af.

Toetsbare eisen nodig voor

- systematische identificatie van moeilijke momenten;
- voorbereiding van concrete copingstrategieën;
- expliciete koppeling met terugvalpreventie en nazorg.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- Er kan worden benoemd waar binnen het programma van de begeleidingsfase de voor de cliënt belangrijkste en meest risicovolle momenten worden geïnventariseerd.
- Er kan worden benoemd waar binnen het programma van de begeleidingsfase de cliënten worden voorbereid op persoonlijke risicosituaties met voor hen passende handelingsalternatieven.

1.4 Stoppen voorbereiden

Norm

De intensieve gedragsmatige begeleiding bestaat uit een samenhangende voorbereiding op het stoppen, waarin motivatie, gedragsverandering en terugvalpreventie integraal aan bod komen.

Toelichting

Zonder een gestructureerde voorbereiding neemt de kans op uitstel, uitval en vroegtijdige terugval toe. Voorbereiding verbindt intake, stopdatum, begeleiding en nazorg tot één samenhangend traject.

Toetsbare eisen nodig voor

- duidelijke positionering van de voorbereidingsfase binnen het traject;
- samenhang tussen intake, voorbereiding, stopdatum en nazorg;
- inzet van erkende gedragsmatige methodieken.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft hoe de voorbereiding op stoppen is ingebed in de intensieve begeleidingsfase.
- Aantoonbaar is dat gebruik wordt gemaakt van erkende gedragsmatige methodieken (bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering, CGT).

1.5 Stopplan en stopdatum

Norm

Voor iedere cliënt wordt een individueel stopplan opgesteld, waarin een stopdatum is vastgelegd en leidend blijft.

Toelichting

Het stopplan ondersteunt zelfmanagement en biedt houvast voor begeleiding en evaluatie. Een vastgelegde stopdatum is noodzakelijk om voortgang en uitkomsten eenduidig te beoordelen.

Toetsbare eisen nodig voor

- aanwezigheid van een stopplan;
- minimale inhoud (zonder formatdwang);
- vastlegging van stopdatum.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- De interventie vereist een individueel stopplan voor iedere cliënt aan begeleiding.
- Vastgelegd is dat een stopdatum wordt bepaald en geregistreerd en hoe omgegaan wordt met het verplaatsen van de stopdatum.
- Het stopplan bevat aantoonbaar aandacht voor voorbereiding, moeilijke momenten en terugvalpreventie.

1.6 Begeleiden

Norm

De interventie bevat een intensieve gedragsmatige begeleidingsfase, die bestaat uit een inhoudelijk samenhangende reeks begeleidingscontacten gericht op gedragsverandering, met als hoofddoel stoppen met het gebruik van nicotine.

Toelichting

Effectieve stoppen-met-rokenzorg wordt bepaald door wat er binnen de begeleidingscontacten gebeurt: de toepassing van gedragsveranderingstechnieken, het werken aan motivatie, het ontwikkelen van vaardigheden en het versterken van zelfeffectiviteit. Zonder een duidelijke inhoudelijke basis ontstaat variatie in kwaliteit en effectiviteit.

De begeleidingsvorm kan fysiek, digitaal of blended zijn, mits de kwaliteit van de inhoudelijke begeleiding en interactie is geborgd.

Toetsbare eisen nodig voor

- duidelijke afbakening van de intensieve begeleidingsfase;
- samenhang tussen intake, begeleiding, stopdatum en nazorg;
- inzet van evidencebased gedragsmatige methodieken.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

De interventie beschrijft de inhoud van de begeleidingscontacten zodanig dat inzichtelijk is:

- welke evidence based gedragsveranderingstechnieken worden toegepast;
- hoe motivatie, gedrag en zelfregulatie systematisch worden beïnvloed;
- hoe wordt gewerkt aan voorbereiding, stoppen en het rookvrij blijven;
- hoe binnen de contacten wordt ingespeeld op individuele verschillen tussen cliënten.

Aantoonbaar is dat de begeleiding niet uitsluitend bestaat uit contactmomenten, maar uit doelgerichte inhoudelijke interventies die leiden tot gedragsverandering.

1.7 Medicatiebewaking

Norm

Medicamenteuze ondersteuning maakt, waar van toepassing, integraal onderdeel uit van de intensieve gedragsmatige begeleiding en wordt inhoudelijk betrokken in het stoptraject.

Toelichting

Onvoldoende monitoring van medicatie kan leiden tot bijwerkingen, verminderde effectiviteit en voortijdige uitval. Medicatiebewaking is noodzakelijk voor veilige en effectieve zorg.

Toetsbare eisen nodig voor

- samenhang tussen medicamenteuze behandeling en gedragsmatige begeleiding;
- monitoring van effectiviteit en bijwerkingen;
- tijdige signalering en opvolging bij onvoldoende effect of bijwerkingen, inclusief afstemming met de voorschrijver.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft dat medicamenteuze behandeling structureel wordt gemonitord gedurende het begeleidingstraject en altijd plaatsvindt in combinatie met gedragsmatige begeleiding. Aantoonbaar is dat monitoring minimaal betrekking heeft op:
 - type, dosering en duur van de gebruikte medicatie;
 - ervaren effect op cravings en abstinentie;
 - optreden van bijwerkingen.
- De interventie beschrijft wie verantwoordelijk is voor signalering en opvolging van medicatiegebruik, inclusief afstemming met de voorschrijvend arts indien van toepassing.
- Vastgelegd is hoe en wanneer bijstelling van de behandeling plaatsvindt bij onvoldoende effect of bijwerkingen.

- De interventie beschrijft functioneel – niet kwantitatief – hoe medicatiebewaking is ingebed in het begeleidingstraject.
- Monitoring vindt plaats:
 - bij start van medicatie;
 - bij contactmomenten rond de stopdatum;
 - bij signalen van bijwerkingen, onvoldoende effect of terugval.
- Vastgelegd is dat medicatiebewaking minimaal bestaat uit het actief uitvragen van effectiviteit, bijwerkingen en gebruikstrouw, en dat zo nodig afstemming plaatsvindt met de voorschrijvend arts of apotheker. Daarmee is monitoring proportioneel, cliëntgericht en passend binnen intensieve gedragsmatige begeleiding.
- Daarbij is inzichtelijk dat:
 - medicatiegebruik inhoudelijk wordt betrokken in de begeleiding (bijvoorbeeld in relatie tot cravings, motivatie en terugval);
 - de rolverdeling tussen gedragsmatige begeleiding en medische behandeling expliciet is beschreven;
 - samenwerking met voorschrijvende zorgverleners zodanig is ingericht dat deze aansluit op het begeleidingsproces.

1.8 Voorlichting met betrekking tot de medicatie

Norm uit de zorgstandaard

De cliënt ontvangt begrijpelijke en adequate voorlichting over beschikbare stoppen-met-rokenmedicatie, werking, gebruik en mogelijke bijwerkingen.

Toelichting

Goede voorlichting vergroot correct gebruik en therapietrouw en voorkomt onrealistische verwachtingen over de werking van medicatie.

Toetsbare eisen nodig voor

- minimale inhoud van de medicatievoorlichting;
- afstemming op het individuele stopproces;
- koppeling tussen medicatiegebruik, stopplan en stopdatum;
- structurele borging binnen de interventie.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft dat voorlichting over medicatie een vast onderdeel is van de begeleiding, voorafgaand aan of bij de start van het stopproces.
- Aantoonbaar is dat deze voorlichting minimaal omvat:
 - werking van de medicatie;
 - wijze van gebruik;
 - mogelijke bijwerkingen;
 - duur van gebruik en eventuele afbouw.
- De interventie beschrijft hoe medicatievoorlichting wordt gekoppeld aan het individuele stopplan en de vastgestelde stopdatum.
- Vastgelegd is hoe deze voorlichting structureel is geborgd binnen de interventie, bijvoorbeeld via protocol, sessieopbouw of ondersteunende materialen.
- De interventie maakt daarnaast inzichtelijk hoe medicatievoorlichting is afgestemd op de wijze waarop medicamenteuze behandeling organisatorisch is ingericht (bijvoorbeeld via samenwerking met huisarts of andere voorschrijvers).

1.9 Voorlichting met betrekking tot stoppen met het gebruik van nicotine

Norm uit de zorgstandaard

Binnen de begeleiding wordt voorlichting (psycho-educatie) gegeven over stoppen met het gebruik van nicotine, inclusief verslavingsmechanismen, ontweningsverschijnselen en herstelprocessen.

Toelichting

Voorlichting draagt bij aan realistische verwachtingen, vermindert onzekerheid en ondersteunt zelfmanagement tijdens het stopproces.

Toetsbare eisen nodig voor

- structurele aandacht voor psycho-educatie;
- minimale inhoud van de voorlichting;
- afbakening ten opzichte van gedragsmatige begeleiding;
- afstemming op fase van het stopproces en de individuele situatie.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft dat voorlichting over stoppen met het gebruik van nicotine een vast onderdeel is van de intensieve begeleiding.
- Aantoonbaar is dat deze voorlichting minimaal betrekking heeft op:
 - werking van nicotine en verslavingsmechanismen;
 - ontweningsverschijnselen;
 - invloed van gedrag, gewoonten en triggers op rookgedrag.
- De interventie beschrijft hoe de voorlichting wordt afgestemd op de fase van het stopproces en de individuele situatie van de cliënt.
- De interventie maakt expliciet onderscheid tussen psycho-educatie en gedragsmatige begeleiding.

1.10 E-sigaret en overige nicotinehoudende producten

Norm uit de zorgstandaard

Binnen de intensieve stoppen-met-rokenzorg wordt het gebruik van alle tabaks- en nicotinehoudende producten (waaronder sigaretten, e-sigaretten, verhitte tabak, nicotinezakjes en combinaties hiervan) besproken in relatie tot stoppen met nicotinegebruik, conform de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving.

Toelichting

Overige nicotinehoudende producten zijn een veelvoorkomend onderwerp bij cliënten. Zonder duidelijke normering bestaat het risico op inconsistente advisering en onduidelijkheid over de rol en risico's.

Toetsbare eisen nodig voor

- expliciete positionering van de e-sigaret en andere nicotinehoudende producten binnen SMR-zorg;
- eenduidige communicatie door behandelaren;
- afstemming met de zorgstandaard en richtlijn.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft een duidelijke en eenduidige positionering van de e-sigaret binnen de begeleiding.
- Aantonbaar is dat:
 - gebruik van tabaks- en/of nicotineproducten systematisch wordt uitgevraagd;
 - cliënten eenduidige, zorgstandaardconforme informatie ontvangen over risico's en rol van deze producten;
 - begeleiding altijd is gericht op stoppen met alle nicotineproducten, inclusief het voorkomen of afbouwen van dual use.
- De interventie beschrijft hoe deze positionering is geborgd binnen de werkwijze, bijvoorbeeld via protocol of scholing.

2. Toetsing uitvoering

In dit tweede deel van de toetsing gaat het om de manier waarop de begeleiding is ingericht en uitgevoerd. Dit komt tot uiting in de wijze waarop de organisatie interventietechnieken faciliteert: voldoende en goed gespreide contactmomenten, continuïteit van begeleiding, flexibiliteit bij terugval, goede bereikbaarheid en een laagdrempelige instroom. Daarmee creëert de organisatie de randvoorwaarden voor effectieve gedragsverandering. Ook de formele borging valt onder dit toetsdeel: de mate waarin de zorg organisatorisch, juridisch en kwalitatief is verankerd, zoals registratie, naleving van wet- en regelgeving en kwaliteitssystemen.

Binnen dit deel wordt gericht aandacht besteed aan nazorg, terugval en herstart van een programma. Deze onderdelen vormen gezamenlijk de fase na de stopdatum en dragen bij aan duurzame gedragsverandering.

- Nazorg betreft het geplande en structurele onderdeel van het traject na de stopdatum, gericht op het behouden van abstinentie en het monitoren van de voortgang.
- Terugvalpreventie is onderdeel van zowel de intensieve begeleiding als de nazorg en richt zich op het vooraf herkennen van risicosituaties en het versterken van vaardigheden om terugval te voorkomen.
- Terugvalbegeleiding betreft de begeleiding die wordt ingezet wanneer sprake is van een uitglijder of terugval, en is gericht op herstel van het stopproces en het ondersteunen van een doorstart.
- Herhaalde trajecten hebben betrekking op het opnieuw starten van een volledig begeleidingstraject, na afronding van een eerdere interventie of wanneer voortzetting binnen hetzelfde traject niet passend is.

Deze onderdelen zijn inhoudelijk en organisatorisch met elkaar verbonden, maar worden binnen dit accreditatiekader afzonderlijk benoemd om de opzet, uitvoering en toetsing van ieder onderdeel expliciet en navolgbaar te maken.

2.1 Organisatie

Norm

De intensieve stoppen-met-rokeninterventie wordt uitgevoerd binnen een organisatie die juridisch, organisatorisch en kwalitatief zodanig is ingericht dat continuïteit, kwaliteit en verantwoorde zorgverlening zijn geborgd.

Toelichting

Effectieve intensieve stoppen-met-rokenzorg vraagt om meer dan inhoudelijk goede begeleiding. Zonder een solide organisatorische basis kunnen interventies niet duurzaam, veilig en toetsbaar worden uitgevoerd. De zorgstandaard veronderstelt dat intensieve SMR-zorg plaatsvindt binnen een organisatie die voldoet aan wettelijke vereisten en beschikt over een werkend kwaliteitssysteem.

Toetsbare eisen nodig voor

- juridische en formele borging van zorgverlening;
- naleving van relevante wet- en regelgeving;
- structurele borging van kwaliteit, veiligheid en klachtenafhandeling;
- organisatorische verantwoordelijkheid voor de interventie.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie-eigenaar toont aan dat:

- de organisatie is geregistreerd (onder andere KvK, AGB);

- wordt voldaan aan relevante wetgeving, waaronder Wtza, Wkkgz en AVG;
- beschikt wordt over een ingericht en functionerend kwaliteitssysteem;
- verantwoordelijkheden voor kwaliteit, veiligheid en klachtenafhandeling binnen de organisatie zijn belegd;
- duidelijk is wie eindverantwoordelijk is voor de uitvoering en kwaliteit van de interventie.

2.2 Onderbouwing van categorie ‘intensieve SMR zorg’

Norm uit de zorgstandaard

De zorgstandaard maakt een strikt onderscheid tussen:

- korte ondersteunende begeleiding;
- (extra) intensieve begeleiding;
- verslavingszorg.

Een programma moet geclassificeerd worden in één van deze categorieën.

Waar eisen nodig zijn

- minimale duur en intensiteit;
- verplichte onderdelen (bijv. intake, stopplan, nazorg);
- maximale variatie binnen “maatwerk”.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- De interventie positioneert zich expliciet binnen de categorie intensieve begeleiding al dan niet met extra begeleiding op maat voor hen uit de specifieke doelgroepen waarvoor de 'standaard' intensieven SMR-begeleiding niet volstaat.
- De interventie onderbouwt dat wordt voldaan aan de kenmerken van intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding, zijnde:
 - een programmatisch opgebouwd traject met duidelijke structuur van de intensieve begeleidingsfase en de uitgebreide tijdsbesteding vanaf de stopdatum bij de (extra) intensieve begeleiding.
 - inzet van erkende gedragsmatige methodieken en beschreven interventie- en gedragsveranderingstechnieken;
 - minimaal 7 contactmomenten (exclusief nazorg en terugvalbegeleiding), verspreid over een samenhangend begeleidingstraject met een voorbereidingsfase, intensieve stopfase en afsluitend gesprek;
 - een minimale omvang van 3 uur individueel of 4,5 uur in groepsverband;
 - aanbieden van nazorg en terugvalbegeleiding;
 - een looptijd tot ten minste 12 maanden na de stopdatum.
- De interventie maakt inzichtelijk hoe de gekozen intensiteit, frequentie en duur van begeleiding bijdragen aan effectieve gedragsverandering.
- De interventie beschrijft hoe maatwerk wordt toegepast binnen vaste kaders.
- De gekozen begeleidingsvorm is navolgbaar gekoppeld aan intake/assessment.

2.3 Beschrijving van de interventie

Norm

De interventie is transparant, samenhangend en navolgbaar beschreven, zodat inhoud, opbouw en werkwijze eenduidig beoordeeld en uitgevoerd kunnen worden.

Toelichting

Accreditatie vereist dat helder is wat de interventie inhoudelijk behelst. Zonder een expliciete beschrijving is toetsing niet mogelijk en ontstaat risico op grote variatie in uitvoering, wat de effectiviteit en vergelijkbaarheid van interventies ondermijnt.

Toetsbare eisen nodig voor

- inzicht in doel, doelgroep en uitgangspunten;
- duidelijke afbakening van de interventie;
- navolgbaarheid van inhoud en werkwijze;
- onderscheid tussen vaste onderdelen en maatwerk.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventiebeschrijving bevat minimaal:
 - de beoogde doelgroep en eventuele exclusiecriteria;
 - het doel van de interventie, in termen van stoppen met roken/nicotinegebruik;
 - de globale opbouw van het traject (intake, voorbereiding, stopfase, begeleiding, nazorg);
 - de gebruikte gedragsmatige methodieken en interventie- en gedragsveranderingstechnieken;
 - een toelichting op waar maatwerk mogelijk is en waar vaste kaders gelden.
- De interventiebeschrijving is zodanig concreet dat een externe beoordelaar kan vaststellen:
 - welke onderdelen verplicht zijn binnen het programma;
 - hoe de interventie zich onderscheidt van andere vormen van stoppen-met-rokenzorg;
 - welke variatie in uitvoering is toegestaan zonder dat de kern van de interventie verandert.

2.4 Programmatische samenhang

Norm

De interventie kent een programmatische samenhang, waarbij het stoptraject is opgebouwd uit logisch opeenvolgende fasen die inhoudelijk met elkaar verbonden zijn en gezamenlijk de 'reis van de stopper' ondersteunen.

Toelichting

Stoppen met roken is een proces over tijd. De effectiviteit van intensieve begeleiding ontstaat niet alleen door de inhoud van afzonderlijke contactmomenten, maar door de samenhang tussen deze momenten. Een goed opgebouwd programma voorkomt fragmentatie en zorgt voor een consistente en navolgbare begeleiding.

Toetsbare eisen nodig voor

- herkenbare fasering van het traject;
- logische verbinding tussen de verschillende onderdelen;
- methodisch werken rond de stopdatum;
- continuïteit tussen begeleiding en nazorg.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie beschrijft de opbouw van het totale traject zodanig dat navolgbaar is:

- welke fasen worden onderscheiden (bijvoorbeeld voorbereiding, stopfase, rookvrij blijven);
- hoe deze fasen logisch op elkaar aansluiten;
- hoe de stopdatum een centraal ankerpunt vormt in het programma;
- hoe intake, begeleiding, nazorg en terugvalbegeleiding programmatisch met elkaar verbonden zijn.

De samenhang betreft de structuur van het programma als geheel en staat los van de concrete invulling van individuele contactmomenten.

2.5 Bekwaamheid en registratie ingezette behandelaren

Norm

Intensieve begeleiding kan uitsluitend worden gegeven door geregistreerde behandelaren. Bij specifieke doelgroepen (extra intensieve begeleiding) is sprake van specifieke competentieprofielen.

Eisen nodig voor

- verplichte registratie in Kwaliteitsregister;
- juiste doelgroep-aantekeningen;
- competenties die nodig zijn voor uitvoering van de interventie waaraan de behandelaar verbonden is;
- borging van herregistratie en scholing.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- Intensieve begeleiding wordt uitsluitend uitgevoerd door geregistreerde SMR-behandelaren.
- De interventie borgt:
 - inschrijving in het Kwaliteitsregister
 - onderhoud van deskundigheid (herregistratie, scholing)
 - opleiding, ontwikkeling en bijscholing van de behandelaar om de interventie te kunnen uitvoeren waar deze aan verbonden is
- Voor specifieke doelgroepen is doelgroep-specifieke bekwaamheid aantoonbaar.

2.6 Bereikbaarheid en toegankelijkheid

Norm

De interventie is laagdrempelig toegankelijk en zodanig georganiseerd dat cliënten zonder onnodige vertraging kunnen instromen en starten met begeleiding.

Toelichting

Stoppen met het gebruik van nicotine is sterk momentgebonden. Vertraging of hoge drempels vergroten de kans op uitstel en afhaken. Toegankelijke zorg vergroot bereik, inclusiviteit en effectiviteit, met name bij kwetsbare groepen.

Toetsbare eisen nodig voor

- laagdrempelige instroom zonder onnodige administratieve belemmeringen;
- tijdige start van begeleiding na aanmelding;
- bereik via meerdere, passende contactkanalen;
- flexibiliteit in instapmomenten.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft hoe cliënten zich kunnen aanmelden en welke drempels bewust zijn weggenomen.
- Herleidbaar is wat de gebruikelijke tijd is tussen aanmelding en start van begeleiding.
- Aantoonbaar is dat gebruik wordt gemaakt van meerdere contactkanalen (bijv. telefonisch, digitaal, fysiek).
- Vastgelegd is hoe maatwerk in instapmomenten wordt toegepast indien nodig.

2.7 Optimaal behoud van contact

Norm

De interventie is flexibel ingericht in het contact met cliënten en kan adequaat omgaan met uitval, gemiste contactmomenten en wijzigende omstandigheden.

Toelichting

Uitval en wisselende beschikbaarheid zijn inherent aan verslavingszorg. Starre contactstructuren leiden tot verlies van cliënten, terwijl flexibele interventies de behandelrelatie en continuïteit versterken.

Binnen de interventie wordt onderscheid gemaakt tussen gemiste contactmomenten en drop-out. Beide situaties worden beschouwd als onderdeel van het dynamische en vaak niet-lineaire verloop van gedragsverandering bij tabaks- en nicotineverslaving. Zij leiden daarom niet automatisch tot beëindiging van het stopproces of het behandelprogramma. De interventie beschrijft welke stappen worden gezet om contact te behouden of te herstellen, deelname te hervatten en de continuïteit van de begeleiding zo veel mogelijk te waarborgen.

Deze benadering sluit aan bij het uitgangspunt dat een succesvol stopproces niet uitsluitend wordt bepaald door een ononderbroken begeleidingstraject of een formeel afrondend gesprek. Een deelnemer kan succesvol gestopt zijn zonder afrondgesprek, terwijl een andere deelnemer na een periode van afwezigheid opnieuw kan instromen binnen hetzelfde veranderproces. Juist deze flexibiliteit en continuïteit kenmerken goede stoppen-met-rokenzorg en sluiten aan bij het programmatische karakter van de behandeling van tabaks- en nicotineverslaving.

Toetsbare eisen nodig voor

- niet-stigmatiserende omgang met gemiste contactmomenten;
- frictieloos herplannen van afspraken;
- proactief contact bij dreigende uitval;
- variatie in contactvormen.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft expliciet hoe wordt omgegaan met gemiste contactmomenten, verminderde deelname en uitval. Daarbij is inzichtelijk:
 - hoe gemiste contactmomenten en drop-out binnen het programma worden gedefinieerd en of deze worden beschreven vanuit het perspectief van continuïteit van zorg en therapietrouw;
 - welke stappen worden gezet bij verminderde deelname en (dreigende) uitval;
 - hoe voortzetting van het stopproces wordt gefaciliteerd ondanks onderbrekingen.
- Deze definities en werkwijzen zijn programmatisch onderbouwd en sluiten aan bij de opzet en doelgroep van de interventie.

2.8 Frequentie en beschikbaarheid

Norm

De interventie biedt contactmomenten met een zodanige frequentie en spreiding dat het stopproces in de verschillende fasen adequaat wordt ondersteund.

Toelichting

De intensiteit van begeleiding wordt bepaald door het moment in het stopproces. Met name rond de stopdatum en bij verhoogd risico op terugval is voldoende beschikbaarheid van begeleiding essentieel. De interventiehouder moet onderbouwen hoe de gekozen intensiteit en bereikbaarheid passen bij de doelgroep, de fase van het stopproces en het risico op terugval.

Toetsbare eisen nodig voor

- voldoende contactmomenten passend bij intensieve begeleiding (minimaal 7);
- mogelijkheid tot tussentijds contact;
- bereikbaarheid bij (dreigende) cravings of terugval.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie maakt inzichtelijk:

- de minimale en gebruikelijke frequentie en spreiding van contactmomenten, waarbij het minimum van 7 contactmomenten gehaald wordt en een totale contacttijd van minimaal 3 uur bij individuele begeleiding of minimaal 4,5 uur bij groepsbegeleiding, inclusief intake;
- hoe de frequentie wordt afgestemd op de fase van het stopproces;
- of en hoe tussentijds contact mogelijk is, zoals bedoeld in paragraaf 2.7;
- hoe bereikbaarheid is georganiseerd bij urgente situaties (zoals cravings of dreigende terugval), zoals bedoeld in paragraaf 2.11;
- hoe begeleiding beschikbaar is op momenten die relevant zijn voor medicatiegebruik, zoals bij start, aanpassing of bijwerkingen.

2.9 Continuïteit van begeleiding

Norm

De interventie borgt dat de begeleiding voor de cliënt als een doorlopend en consistent traject wordt ervaren, zonder onnodige onderbrekingen of verlies van samenhang.

Toelichting

Gedragsverandering vraagt om vertrouwen en consistentie. Onderbrekingen of wisselingen zonder goede overdracht kunnen leiden tot verlies van motivatie, therapietrouw en effectiviteit.

Toetsbare eisen nodig voor

- inzet van een vaste behandelaar of behandelteam;
- zorgvuldige overdracht indien wisseling nodig is;
- voorkomen van onnodige onderbrekingen.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie beschrijft:

- hoe continuïteit van begeleiding wordt gewaarborgd gedurende het gehele traject;
- of gewerkt wordt met een vaste behandelaar of een herkenbaar behandelteam;
- hoe overdracht plaatsvindt indien wisseling nodig is;
- hoe wordt voorkomen dat cliënten tussen fasen of contactmomenten uitvallen.

Continuïteit heeft betrekking op de relatie en het verloop van het traject, niet op de inhoud van de begeleiding of de frequentie van contactmomenten.

2.10 Aansluiting bij de doelgroep in de uitvoering

Norm

De uitvoering van de interventie sluit aantoonbaar aan bij de kenmerken, mogelijkheden en leefwereld van de doelgroep.

Toelichting

Zonder passende communicatie en uitvoeringsvorm sluit zelfs inhoudelijk goede zorg onvoldoende aan, met name bij lage gezondheidsvaardigheden of multiproblematiek.

Toetsbare eisen nodig voor

- begrijpelijke, passende communicatie;
- toepasbaarheid bij lage gezondheidsvaardigheden;
- aandacht voor multiproblematiek in de uitvoering.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft hoe communicatie wordt aangepast aan de doelgroep.
- Aantoonbaar is dat materialen en werkwijze begrijpelijk en toegankelijk zijn.
- Vastgelegd is hoe rekening wordt gehouden met comorbiditeit en sociale problematiek.

2.11 Bevorderen van therapietrouw

Norm uit de zorgstandaard

De begeleiding is gericht op het bevorderen van therapietrouw bij zowel medicamenteuze als gedragsmatige interventies.

Toelichting

Therapietrouw is bepalend voor de effectiviteit van stoppen-met-rokenzorg. Zonder expliciete aandacht hiervoor neemt de kans op uitval en onvoldoende effect toe. Incidenteel gemiste contactmomenten leiden niet automatisch tot onvoldoende therapietrouw, mits de interventie aantoonbaar is gericht op het behouden of herstellen van deelname.

Toetsbare eisen nodig voor

- een eenduidige definitie van therapietrouw binnen SMR-zorg;
- structurele signalering van verminderde therapietrouw;
- ondersteunende interventies bij belemmeringen of motivatieproblemen.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie maakt inzichtelijk hoe therapietrouw gedurende het begeleidingstraject actief wordt bevorderd en gemonitord. Daarbij is inzichtelijk hoe therapietrouw met betrekking tot medicatie en gedragsmatige begeleiding in samenhang wordt gevolgd en besproken.
- Onder therapietrouw wordt verstaan:
 - actieve deelname aan het begeleidingsproces;
 - het in redelijkheid volgen van contactmomenten en afspraken;
 - gebruik van medicatie conform advies (indien van toepassing);
 - het benutten van ondersteuning bij belemmeringen.
- Navolgbaar is dat verminderde therapietrouw tijdig wordt gesignaleerd, belemmeringen worden besproken en passende interventies worden ingezet om deelname te bevorderen.
- De interventie maakt inzichtelijk welke concrete interventies worden ingezet om therapietrouw te bevorderen, zoals:
 - het actief opvolgen van gemiste afspraken;
 - het bespreken van belemmeringen voor deelname;
 - het versterken van motivatie en commitment gedurende het traject.
- Vastgelegd is hoe wordt omgegaan met gemiste sessies, dreigende uitval en motivatieproblemen.

2.12 Responsiviteit en maatwerk

Norm

De interventie is responsief en biedt ruimte om intensiteit, vorm en inhoud aan te passen aan het verloop van het stopproces.

Toelichting

Stoppen met het gebruik van nicotine verloopt niet lineair. Een responsieve aanpak voorkomt onnodig afhaken en ondersteunt doorstart na terugval.

Toetsbare eisen nodig voor

- snelle interventie bij terugval;
- mogelijkheid tot opschalen of aanpassen van begeleiding;
- vermijden van rigide protocollen.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

Aantoonbaar is dat maatwerk wordt toegepast binnen vooraf vastgestelde kaders, waarbij:

- afwijkingen van de standaard aanpak bewust en onderbouwd plaatsvinden;
- de voortgang van de cliënt leidend is voor aanpassingen in het traject;
- wijzigingen in intensiteit of aanpak worden vastgelegd en geëvalueerd.

2.13 Praktische uitvoerbaarheid

Norm

De interventie is uitvoerbaar in de dagelijkse praktijk zonder onnodige administratieve of organisatorische belasting.

Toelichting

Praktisch onuitvoerbare interventies zijn niet duurzaam inzetbaar en leiden tot kwaliteitsverlies in de uitvoering.

Toetsbare eisen nodig voor

- beperkte administratieve last;
- realistische tijdsinvestering voor behandelaren.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft de administratieve vereisten.
- De interventie onderbouwt dat uitvoering in de praktijk haalbaar is, waarbij:
 - de benodigde inzet van behandelaren in verhouding staat tot de beschikbare capaciteit en financiën;
 - de interventie uitvoerbaar is binnen reguliere zorgprocessen;
 - praktische belemmeringen voor implementatie zijn onderkend en waar mogelijk ondervangen.

2.14 Organisatorische robuustheid

Norm

De interventie wordt uitgevoerd binnen een robuuste organisatie die continuïteit, kwaliteit en opschaling kan waarborgen.

Toelichting

Effectieve stoppen-met-rokenzorg vraagt om structurele beschikbaarheid en geborgde kwaliteit, ook bij groei of wisselende vraag.

Toetsbare eisen nodig voor

- voldoende capaciteit;
- schaalbaarheid;
- borging van kwaliteit.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De organisatie beschrijft haar capaciteit en borging daarvan.
- De organisatie maakt inzichtelijk hoe wordt omgegaan met variaties in vraag en capaciteit, waaronder:
 - vervanging bij uitval van behandelaren;
 - opschaling bij toename van instroom;
 - behoud van kwaliteit bij toename van instroom.

2.15 Nazorg verlenen

Norm

Nazorg is een vast onderdeel van het intensieve stoppen-met-rokentraject en richt zich op het ondersteunen van het rookvrij blijven en het tijdig signaleren en begeleiden van (dreigende) terugval gedurende de periode tot ten minste 12 maanden na de stopdatum.

Toelichting

Nazorg vormt het vervolg op de intensieve begeleidingsfase en draagt bij aan duurzame gedragsverandering. Het risico op terugval blijft gedurende langere tijd aanwezig, ook nadat de intensieve begeleiding is afgerond.

Bij dit kwaliteitskader vormt nazorg een vast onderdeel van ieder intensief stoppen-met-rentraject. De nazorg bestaat uit minimaal drie contactmomenten van elk ten minste 10 minuten, exclusief contacten in het kader van (dreigende) terugval en online community contacten. De cliënt bepaalt zelf in welke mate gebruik wordt gemaakt van de aangeboden nazorg; de zorgaanbieder draagt er zorg voor dat deze contactmomenten gedurende het nazorgtraject worden aangeboden. De kwaliteit wordt bepaald door de mate waarin:

- monitoring van rookstatus plaatsvindt
- ondersteuning beschikbaar en bereikbaar is
- tijdig wordt gehandeld bij signalen van terugval
- aansluiting wordt gehouden met het individuele stopproces

Nazorg en terugvalbegeleiding zijn inhoudelijk verbonden: nazorg is primair gericht op het behouden van abstinentie, terwijl terugvalbegeleiding wordt ingezet wanneer sprake is van (dreigende) terugval.

Toetsbare eisen nodig voor

- minimale nazorgduur;
- expliciete positionering van nazorg als onderdeel van het totale traject;
- beschrijving van wanneer en hoe nazorg wordt ingezet;
- borging van bereikbaarheid en contactmogelijkheden tijdens de nazorgfase;

- systematische monitoring van rookstatus en signalering van terugval;
- samenhang tussen nazorg, eerdere begeleiding en eventueel medicatiegebruik;
- organisatorische borging (verantwoordelijkheden, werkwijze, registratie).

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

De interventie beschrijft navolgbaar:

- hoe nazorg is gepositioneerd ten opzichte van de intensieve begeleidingsfase en wanneer deze aanvangt;
- op welke wijze cliënten gedurende de nazorgperiode van minimaal 12 maanden na de stopdatum gevolgd worden, waaronder:
 - monitoring van rookstatus;
 - contactmomenten (gepland en/of op initiatief van cliënt of behandelaar);
 - signaalmomenten voor (dreigende) terugval;
- hoe bereikbaarheid en ondersteuning zijn ingericht in de nazorgfase, inclusief:
 - mogelijkheden voor tussentijds contact;
 - wijze van opvolging bij signalen van terugval;
- hoe nazorg inhoudelijk aansluit op het eerder doorlopen traject, waaronder:
 - het stopplan;
 - terugvalpreventie;
 - eventuele medicamenteuze ondersteuning;
- hoe de interventie omgaat met variatie in deelname aan nazorg, waarbij:
 - deelname afhankelijk kan zijn van de cliënt;
 - niet of beperkt gebruik van nazorg niet automatisch duidt op onvoldoende uitvoering van de interventie;
- hoe nazorg organisatorisch is geborgd, waaronder:
 - verantwoordelijkheden van behandelaren;
 - vastlegging in dossier of registratiesysteem;
 - relatie met terugvalbegeleiding;

De interventie maakt aannemelijk dat de inrichting van nazorg bijdraagt aan het behouden van abstinentie en het tijdig begeleiden van (dreigende) terugval, zonder dat vaste aantallen contactmomenten worden voorgeschreven.

2.16 Terugvalbegeleiding bieden

Norm

Bij terugval of dreigende terugval biedt de interventie gerichte begeleiding gericht op herstel van het stopproces of een doorstart.

Toelichting

Terugvalbegeleiding wordt ingezet wanneer er na het volgen van de intensieve begeleidingsfase, sprake is van (dreigende) terugval. Deze begeleiding vormt een aanvullend onderdeel van het stoppen-met-rokentraject, wordt op maat aangeboden en omvat maximaal vier contactmomenten van 10 tot 40 minuten per contactmoment. De duur, frequentie en invulling van de terugvalbegeleiding worden afgestemd op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

De nadruk ligt op de kwaliteit van handelen: het tijdig signaleren van terugval, het passend interveniëren en het ondersteunen van voortzetting of herstel van het stopproces.

Terugval wordt beschouwd als een inherent onderdeel van gedragsverandering, niet als falen.

Goede terugvalbegeleiding richt zich op:

- het analyseren van de terugval (bijvoorbeeld vanuit CGT-perspectief: triggers, gedachten, gedrag);
- het herstellen van motivatie en zelfeffectiviteit;
- het versterken of aanpassen van copingstrategieën;
- het ondersteunen van een doorstart binnen hetzelfde traject waar mogelijk.

De kwaliteit van terugvalbegeleiding wordt bepaald door de mate waarin de interventie in staat is om flexibel en doelgericht te reageren op veranderingen in het stopproces, en deze reactie organisatorisch te borgen.

Toetsbare eisen nodig voor

- expliciete beschrijving van de rol en positionering van terugvalbegeleiding binnen het totale traject
- een navolgbare werkwijze waarin is vastgelegd:
 - hoe (dreigende) terugval wordt gesignaleerd
 - wanneer terugvalbegeleiding wordt ingezet
 - welke vormen van begeleiding beschikbaar zijn
- expliciet onderscheid tussen verschillende vormen van terugval (uitglijder, terugval, herval) en de consequenties daarvan voor de begeleiding
- systematische aandacht voor:
 - analyse van terugval
 - herstel van motivatie en zelfeffectiviteit
 - aanpassing van het stopplan of coping strategieën
- aantoonbare aansluiting bij het individuele stopproces, waarbij:
 - de intensiteit en vorm van begeleiding worden afgestemd op de situatie
 - geen uniforme aanpak wordt gehanteerd zonder onderbouwing
- borging van bereikbaarheid en tijdige interventie bij (dreigende) terugval
- organisatorische verankering, waaronder:
 - duidelijke verantwoordelijkheden van behandelaren
 - procedures voor opvolging bij terugval
 - registratie van interventies en voortgang
- samenhang met eerdere en eventuele vervolgstappen in het traject, waaronder:
 - het bestaande stopplan
 - nazorg
 - besluitvorming rondom doorstart of nieuw traject

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie maakt inzichtelijk en aannemelijk dat terugvalbegeleiding op een kwalitatief verantwoorde en doelgerichte manier is ingericht, door te beschrijven:

- hoe terugvalbegeleiding is gepositioneerd binnen het totale stoptraject en hoe deze zich verhoudt tot intensieve begeleiding en nazorg;
- welke werkwijze wordt gehanteerd voor het signaleren en opvolgen van (dreigende) terugval, waaronder:
 - signaalmomenten en criteria;
 - wijze van monitoring;
 - rol van de behandelaar en de cliënt;
- hoe onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende vormen van terugval en hoe dit doorwerkt in de begeleiding;
- welke interventies of handelingsopties worden ingezet bij terugval, waaronder:
 - analyse van de situatie;
 - herstelgerichte begeleiding;

- aanpassing van het stopplan;
- hoe flexibiliteit wordt toegepast in de uitvoering, waarbij:
 - de aanpak varieert op basis van de situatie;
 - geen vaste aantallen contactmomenten leidend zijn;
 - keuzes navolgbaar en onderbouwd zijn;
- hoe bereikbaarheid en ondersteuning zijn georganiseerd, zodat cliënten bij terugval tijdig begeleiding kunnen ontvangen;
- hoe verantwoordelijkheden zijn belegd en hoe opvolging is geborgd binnen de organisatie;
- hoe terugval en de daaropvolgende begeleiding worden vastgelegd in dossier of registratiesysteem;
- hoe wordt omgegaan met de overgang naar een doorstart binnen hetzelfde traject of het starten van een nieuw traject, inclusief de afwegingen die daarbij worden gemaakt.

2.17 Terugval en herhaalde trajecten

Norm

De interventie beschrijft hoe wordt omgegaan met terugval en met het starten van herhaalde stoptrajecten binnen of na afronding van intensieve begeleiding.

Toelichting

Terugval is inherent aan nicotineverslaving. Goede stoppen-met-rokenzorg erkent dit expliciet en voorkomt dat cliënten bij terugval buiten de zorg vallen. Tegelijk is explicitering nodig om onderscheid te maken tussen bijstelling binnen een traject en het starten van een nieuw traject.

Toetsbare eisen nodig voor

- duidelijk onderscheid tussen terugval, doorstart en nieuw traject;
- borging van continuïteit van zorg;
- eenduidigheid in registratie en evaluatie.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

- De interventie beschrijft:
 - hoe terugval binnen een lopend traject wordt opgevolgd;
 - wanneer sprake is van een doorstart binnen hetzelfde traject;
 - wanneer en onder welke voorwaarden een nieuw intensief traject wordt gestart;
 - hoe overdracht, evaluatie en registratie plaatsvinden bij herhaalde trajecten.
- Daarbij is vastgelegd dat terugval niet wordt beschouwd als falen, maar als onderdeel van het stopproces.
- Beschreven is dat een nieuw intensief traject uitsluitend wordt gestart wanneer:
 - terugvalbegeleiding aantoonbaar heeft plaatsgevonden, of
 - gemotiveerd is vastgelegd dat terugvalbegeleiding niet mogelijk of niet passend was.

2.18 Verplichte registratie

Norm

De interventie borgt een systematische en uniforme registratie van relevante gegevens over het stoptraject, zodanig dat uitkomsten, voortgang en kwaliteit van de stoppen-met-rokenzorg inzichtelijk, vergelijkbaar en toetsbaar zijn.

Registratie vindt plaats volgens een minimale dataset met eenduidige definities, en is zodanig ingericht dat deze als basis kan dienen voor monitoring, kwaliteitsverbetering en externe verantwoording.

Toelichting

Zonder verplichte registratie zijn er geen indicatoren. Zonder indicatoren is geen kwaliteitsbewaking of inkoop mogelijk.

Eisen nodig voor

- minimale dataset per begeleidingsvorm;
- uniforme definities (rookvrij, stopdatum, follow-up);
- tijdigheid en volledigheid van registratie.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- De interventie hanteert een minimale dataset, passend bij de begeleidingsvorm.
- Uniforme definities worden gebruikt voor:
 - rookvrijstatus
 - stopdatum
 - follow-upmomenten
- Registratie is tijdig, volledig en herleidbaar.

2.19 Uitkomstindicatoren

Norm

- Rookvrij bij einde begeleiding.
- Rookvrij na 12 maanden (Russell-standaard).

Toelichting

- Uitkomsten van begeleiding zijn belangrijk bij de (landelijke) monitoring.

Eisen nodig voor

- berekeningswijze;
- omgang met uitval en onbekende rookstatus;
- gebruik van uitkomsten in contractering (transparantie, geen afrekening per patiënt).

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- De interventie rapporteert:
 - rookvrij aan het einde van de begeleidingsfase
 - rookvrij na 12 maanden (Russell-standaard)
- Vastgelegd is hoe wordt omgegaan met uitval en ontbrekende data.
- Uitkomsten worden gebruikt voor transparantie en kwaliteitsverbetering.

2.20 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitscyclus

Norm

Er is een systematisch proces van monitoring, evaluatie en bijsturing nodig. Een actieve kwaliteitscyclus is verplicht en de Plan–Do–Check–Act moet expliciet benoemd worden.

Toelichting

- Zonder dit blijft kwaliteit statisch.
- Verzekeraars verlangen aantoonbare kwaliteitsverbetering.

Eisen nodig voor

- aanwezigheid van kwaliteitsbeleid;

- periodieke evaluatie;
- verbeteracties op basis van data.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

- De interventie beschikt over een actief kwaliteitsbeleid.
- Er is een expliciete Plan–Do–Check–Act-cyclus.
- De interventie beschrijft:
 - welke gegevens structureel worden geëvalueerd;
 - hoe vaak evaluatie plaatsvindt;
 - hoe verbetermaatregelen worden vastgesteld en opgevolgd.
- Daarnaast is inzichtelijk gemaakt hoe de resultaten van deze cyclus terugkomen in aanpassing van de interventie of werkwijze.

2.21 Organisatie en samenwerking

Norm

De interventie is ingebed in een samenhangend netwerk van zorgverleners en organisaties en functioneert aantoonbaar niet als een op zichzelf staande interventie. Er zijn structurele samenwerkingsafspraken die zorgen voor goede afstemming, warme overdracht en continuïteit van zorg vóór, tijdens en na het intensieve stoppen-met-rokentraject.

Toelichting

De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving veronderstelt dat stoppen-met-rokenzorg wordt geleverd binnen een zorginfrastructuur, waarin verschillende zorgverleners en domeinen samenwerken. Intensieve stoppen-met-rokenzorg kan alleen effectief zijn wanneer zij goed aansluit op verwijzing, medicamenteuze behandeling, vervolgzorg en andere relevante ondersteuning. Zonder structurele samenwerking bestaat het risico op versnippering van zorg, onduidelijke verantwoordelijkheden en verlies van cliënten.

Toetsbare eisen nodig voor

- borging van netwerkzorg in plaats van losse interventies;
- goede afstemming met verwijzers en ketenpartners;
- waarborging van warme overdracht;
- transparantie over rolverdeling en verantwoordelijkheden;
- continuïteit van zorg bij instroom, afronding en vervolg.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR zorg?

De interventie beschrijft:

- Samenwerkingsafspraken
 - Met welke relevante zorgverleners en/of organisaties structureel wordt samengewerkt (bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, medisch specialisten, GGZ, verloskundigen of verslavingszorg).
 - Op welke onderdelen van het stoptraject deze samenwerking betrekking heeft (verwijzing, medicatie, nazorg, terugval).
- Warme overdracht
 - Hoe warme overdracht is georganiseerd bij instroom (bijvoorbeeld vanuit de huisarts of andere verwijzer) en bij afronding of doorverwijzing.
 - Dat overdracht meer omvat dan een administratieve verwijzing, en inhoudelijke afstemming bevat over voortgang en aandachtspunten.
- Terugkoppeling aan verwijzers

- Dat relevante terugkoppeling plaatsvindt aan verwijzers, zoals huisarts of andere betrokken zorgverleners, met inachtneming van privacywetgeving.
- Wat minimaal wordt teruggekoppeld (bijvoorbeeld start traject, afronding, rookstatus op relevante meetmomenten).
- De organisatie van samenwerking rondom medicamenteuze ondersteuning, waaronder:
 - afstemming met voorschrijvende zorgverleners;
 - terugkoppeling over medicatiegebruik en effect;
 - verantwoordelijkheidsverdeling bij monitoring en bijstellen van behandeling.
- Inbedding in netwerkzorg
 - Dat de interventie expliciet is gepositioneerd als onderdeel van het stoppen-met-rokennetwerk en niet als losstaand programma.
 - Hoe cliënten, indien nodig, worden toegeleid naar andere vormen van zorg (bijvoorbeeld extra intensieve begeleiding of verslavingszorg).
- Borging in de organisatie
 - Dat samenwerkingsafspraken en overdracht geen incidentele persoonsafspraken zijn, maar organisatorisch zijn vastgelegd (bijvoorbeeld via werkaafspraken, protocollen of vaste werkwijze).

2.22 Externe communicatie over de interventie

Norm

De interventie wordt extern (bijvoorbeeld via website, folders en communicatie richting deelnemers en verwijzers) duidelijk, volledig en waarheidsgetrouw gepresenteerd, zodat potentiële deelnemers en verwijzers een realistisch en navolgbaar beeld krijgen van de inhoud, opzet en verwachtingen van het traject.

Toelichting

Toegankelijke en correcte informatievoorziening is een randvoorwaarde voor passende zorg en geïnformeerde deelname. Onvolledige of te wervende communicatie kan leiden tot mismatch tussen verwachting en werkelijkheid, verminderde therapietrouw en vroegtijdige uitval. De Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving gaat uit van gezamenlijke besluitvorming en passende zorg. Daarvoor is het noodzakelijk dat cliënten en verwijzers beschikken over realistische en begrijpelijke informatie over het aanbod.

Toetsbare eisen nodig voor

- transparantie over inhoud, opbouw en duur van het traject
- realistische weergave van resultaten en verwachtingen
- duidelijkheid over doelgroep, toegankelijkheid en kosten
- correct en duidelijk vermelden van accreditatie van interventie en behandelaren
- consistente en navolgbare communicatie richting cliënten en verwijzers

Hoe toetsen we dit bij interventies voor intensieve SMR-zorg?

De interventie maakt inzichtelijk hoe zij extern communiceert over het programma (bijvoorbeeld via website of informatiematerialen). Daarbij is aantoonbaar dat:

- Inhoud en opzet van het geaccrediteerde programma duidelijk beschreven zijn.
 - Accreditatie van programma en behandelaren duidelijk en correct vermeld is.
 - Bij het aanbieden van verschillende programma's duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen wel en niet geaccrediteerde programma's.
 - De globale opbouw van het traject wordt weergegeven (bijv. intake, voorbereiding, stopfase, nazorg).

- Het doel van de interventie (stoppen met roken/nicotinegebruik) expliciet is benoemd.
- De rol van gedragsmatige begeleiding en, indien van toepassing, medicamenteuze ondersteuning duidelijk wordt gemaakt.
- De communicatie volledig en navolgbaar is
 - De doelgroep en eventuele specifieke doelgroepen worden benoemd.
 - De wijze van begeleiding (individueel/groep, fysiek/online/blended) wordt beschreven.
 - De looptijd van het traject en de aanwezigheid van nazorg worden vermeld.
- Verwachtingen realistisch en niet misleidend zijn
 - Er worden geen absolute of gegarandeerde resultaten geclaimd.
 - Succespercentages worden alleen gebruikt indien deze onderbouwd en transparant worden gepresenteerd.
 - De complexiteit van stoppen met roken en het risico op terugval worden niet gebagatelliseerd.
- De beschrijving in lijn is met de feitelijke uitvoering
 - De externe communicatie komt overeen met de daadwerkelijke inrichting en uitvoering van de interventie.
 - Er is geen wezenlijk verschil tussen wat extern wordt gecommuniceerd en wat cliënten daadwerkelijk ontvangen.
- Informatie begrijpelijk en toegankelijk is
 - De communicatie is afgestemd op de beoogde doelgroep (taalniveau, duidelijkheid).
 - Kerninformatie is eenvoudig vindbaar en overzichtelijk gepresenteerd.

Aanvullende accreditatie: extra intensieve stoppen-met-rokenzorg

Bij accreditatie voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies kan aanvullende informatie worden gegeven om de interventie te kwalificeren als extra intensieve stoppen-met-rokenzorg voor een specifieke doelgroep, zoals benoemd in de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving.

Deze aanvullende module is bedoeld voor interventies die aannemelijk maken dat zij – binnen de bestaande intensieve SMR-zorg – beschikken over aanvullende inhoudelijke en organisatorische kwaliteiten die nodig zijn voor begeleiding van cliënten bij wie standaard intensieve begeleiding aantoonbaar onvoldoende of niet passend is.

Bij accreditatie voor *extra intensieve* SMR-zorg moet altijd voldaan worden aan de accreditatie-eisen voor *intensieve* SMR-interventies. Daarnaast wordt aangetoond hoe voldaan wordt aan de eisen voor het effectief begeleiden van deelnemers uit de extra intensieve doelgroep(en).

Uitgangspunten

Intensief als basis

Extra intensieve SMR-zorg is géén aparte categorie interventies, maar een verdieping van intensieve SMR-zorg. Accreditering voor extra intensief kent twee situaties:

1. *De interventie is specifiek ontworpen voor één of meer van de specifieke doelgroepen van extra intensieve SMR-zorg, zoals benoemd in de actuele zorgstandaard. Er nemen geen mensen van buiten deze doelgroep deel.*

In dit geval wordt de gehele accreditatie-aanvraag afgestemd op deze doelgroep. Zowel het basisdeel als de aanvullende module worden ingevuld. Indien de interventie-aanbieder ook een intensief SMR-programma uitvoert, waarin deze deelnemers uit een extra intensieve interventie niet kunnen deelnemen, wordt hiervoor afzonderlijk accreditatie aangevraagd.

2. *Deelnemers uit één of meer doelgroepen van extra intensieve SMR-zorg, zoals genoemd in de actuele zorgstandaard, kunnen deelnemen aan een intensieve SMR-interventie binnen een brede deelnemersgroep.*

In dit geval wordt de aanvullende module uit de accreditatie-aanvraag benut om aan te tonen hoe voldaan wordt aan de afwijkende eisen die deelname van mensen uit de extra intensieve SMR-zorg doelgroep(en) stelt aan de interventie en de behandelingen. Voor elke doelgroep uit de categorie ‘extra intensief’ wordt het aanvullende deel opnieuw ingevuld. Basisdeel en aanvullend deel/delen vormen samen één accreditatie-aanvraag.

Doelgroepspecifiek accrediteren

De accreditatie geldt per doelgroep, conform de zorgstandaard:

- zwangeren / (toekomstige) ouders;
- mensen met psychische of psychiatrische problematiek;
- mensen met een lichte verstandelijke beperking;
- jongeren/jongvolwassenen (roken/vapen).

Functionele toetsing

Extra intensief betekent dat er sprake is van aanvullende expertise, andere inrichting en/of andere afstemming. Het betekent dus niet automatisch meer sessies, langere trajecten of een zwaardere administratie.

Interventie, organisatie én behandelaren tellen mee

Bij de aanvullende accreditatie wordt getoetst:

- inhoudelijke verdieping van de interventie;
- organisatorische borging (samenwerking, consultatie);
- aantoonbare doelgroepsbekwaamheid van uitvoerende behandelaren.

Afbakening extra intensieve SMR-zorg

Extra intensieve stoppen-met-rokenzorg:

- bouwt inhoudelijk voort op intensieve gedragsmatige begeleiding;
- is gericht op specifieke doelgroepen met verhoogde complexiteit;
- voegt aanvullende elementen toe op het gebied van:
 - voorbereiding;
 - begeleiding;
 - afstemming met andere zorgdomeinen;
 - benodigde expertise van behandelaren.

De intensiteit zit primair in maatwerk, deskundigheid en samenhang, niet uitsluitend in frequentie of duur van contactmomenten.

Accreditatie per doelgroep

Accreditatie voor extra intensieve SMR-zorg wordt verleend per doelgroep. De interventie kan zich laten accrediteren voor één of meerdere doelgroepen.

Per doelgroep wordt getoetst of de interventie:

- inhoudelijk aansluit bij de specifieke kenmerken en behoeften van de doelgroep;
- organisatorisch is ingericht op verhoogde complexiteit;
- wordt uitgevoerd door aantoonbaar deskundige behandelaren.

Toetsing

Norm

De interventie biedt, bovenop intensieve stoppen-met-rokenzorg, een aantoonbaar aangepast en verdiept begeleidingsaanbod voor één of meer specifieke doelgroepen, waarbij inhoud, uitvoering en organisatie zijn afgestemd op de verhoogde complexiteit van het stopproces binnen deze doelgroep(en).

Toelichting

Niet alle cliënten kunnen met standaard intensieve begeleiding succesvol stoppen met het gebruik van nicotine. De zorgstandaard onderkent dat voor bepaalde doelgroepen extra ondersteuning nodig is. Zonder duidelijke normering bestaat het risico op:

- ongefundeerde claims van “extra intensief”;
- ongelijkheid in kwaliteit tussen aanbieders;
- onvoldoende bescherming van kwetsbare cliënten.

De aanvullende accreditatie borgt dat extra intensieve zorg inhoudelijk onderbouwd, doelgericht en toetsbaar is.

Toetsbare eisen nodig voor

- expliciete doelgroepafbakening;
- aanvullende inhoudelijke elementen ten opzichte van intensieve SMR-zorg;
- aantoonbare doelgroepspecifieke deskundigheid;
- structurele samenwerking met relevante zorgpartners;
- organisatorische borging van extra intensieve inzet.

Hoe toetsen we dit bij interventies voor extra intensieve SMR-zorg?

Per doelgroep is aantoonbaar beschreven en onderbouwd:

Doelgroepomschrijving

- Voor welke doelgroep(en) extra intensieve zorg wordt aangeboden;
- Op basis van welke kenmerken standaard intensieve begeleiding onvoldoende is.

Inhoudelijke verdieping

- Welke aanvullende of aangepaste begeleidingsonderdelen worden ingezet;
- Hoe deze aansluiten bij de specifieke problematiek van de doelgroep
- (bijvoorbeeld psychiatrische comorbiditeit, LVB, zwangerschap, jongere leeftijd).

Deskundigheid van behandelaren

Dat de begeleiding wordt uitgevoerd door behandelaren met

- aantoonbare doelgroep-specifieke scholing, registratie of ervaring;
- Dat consultatie of samenwerking met relevante expertise mogelijk is (bijvoorbeeld verslavingsarts, GGZ, verloskundige zorg).

Samenwerking en afstemming

- Hoe afstemming met andere betrokken zorgverleners en domeinen plaatsvindt;
- Hoe warme overdracht, consultatie en terugkoppeling zijn georganiseerd.

Organisatorische borging

- Dat extra intensieve begeleiding geen incidentele oplossing is, maar structureel is ingebed in de interventie en organisatie;
- Dat verantwoordelijkheden en besluitvorming helder zijn vastgelegd.

Accreditatie wordt verleend voor die doelgroep(en) waarvoor aan bovenstaande toetscriteria aantoonbaar wordt voldaan.

Accreditatie behandelaren intensieve stoppen-met-rokeninterventies

Registratie in het kwaliteitsregister voor stoppen-met-rokenbehandelaren vraagt om een passende opleiding en het onderhouden van deskundigheid. Inhoudelijk beschikt de professional over kennis van gedragsverandering en verslaving en kan hij of zij gedragsveranderingstechnieken doelgericht en op maat toepassen.

Het professioneel handelen omvat het voeren van effectieve gesprekken, het structureren van het behandelproces, het opbouwen van een werkrelatie en het begeleiden van besluitvorming. Deze interventietechnieken bepalen in belangrijke mate of gedragsveranderingstechnieken daadwerkelijk effect hebben.

De professional heeft daarnaast een duidelijke rol in de medicamenteuze behandeling, door deze zelf toe te passen of door gericht te verwijzen en het gebruik te monitoren in samenhang met de gedragsmatige begeleiding.

Behandelaren die zich laten accrediten voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies, worden via opleiding en ervaring getoetst op kennis, vaardigheden en de capaciteiten om een geaccrediteerde interventie effectief uit te voeren.

Dit deel van het kwaliteitskader wordt nader ingevuld in de periode juni t/m oktober 2026. Bij de publicatie van de nieuwe werkwijze voor accreditatie van behandelaren voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies, zal ook bekendgemaakt worden hoe bestaande SMR-behandelaren uit het register hun bij- en nascholing zo kunnen inrichten, dat zij ook in de toekomst geaccrediteerd blijven.

Voor alle behandelaren uit het kwaliteitsregister is de aanbeveling om er aandacht aan te besteden dat de interventie die zij uitvoeren, in het najaar van 2026 wordt ingediend ter accreditatie. Per 1 januari 2027 moeten alle intensieve stoppen-met-rokeninterventies het nieuwe proces succesvol hebben doorlopen om nog geaccrediteerd te zijn.

Accreditatie opleidingen tot behandelaar voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies

Opleidingen tot behandelaar voor intensieve stoppen-met-roken die zich laten accrediteren, worden getoetst op inhoud, die de benodigde kennis, vaardigheden en capaciteiten voor de uitvoering van een geaccrediteerde interventie moet omvatten. Daarnaast wordt de kwaliteit en professionaliteit van de opleider geborgd.

Dit deel wordt nader ingevuld in de periode oktober t/m december 2026.

Bij de publicatie van de nieuwe werkwijze voor accreditatie van opleidingen voor behandelaren voor intensieve stoppen-met-rokeninterventies, zal ook de overgangsfase voor opleidingen bekendgemaakt worden en hoe eerder opgeleide SMR-behandelaars hun bij- en nascholingsprogramma zo kunnen inrichten, dat zij in de toekomst geaccrediteerd blijven.

Bijlage 1. Nederlandse Taxonomie van Leefstijlcoaching-technieken (NTL 1.0)

Gedragsveranderingstechnieken (GVT)		
	Code	Techniek
Motivationele proces	GVT-M01	Geef informatie over de mogelijke negatieve uitkomsten van het oude gedrag of positieve uitkomsten van het nieuwe gedrag
	GVT-M02	Exploreer alle mogelijke persoonlijke negatieve uitkomsten van het oude gedrag
	GVT-M03	Zet aan tot het monitoren van het oude gedrag
	GVT-M04	exploreer persoonlijke waarden
	GVT-M05	Activeer discrepantie tussen het oude gedrag en waarden
	GVT-M06	Exploreer de positieve uitkomsten van het veranderen van het oude gedrag
	GVT-M07	Exploreer de in stand houdende factoren
	GVT-M08	Exploreer eerdere succeservaringen met gedragsverandering
	GVT-M09	Cognitief herstructureren van percepties
Beslissingsproces	GVT-B01	Zet aan tot informatie zoeken
	GVT-B02	Begeleid experimenteren
	GVT-B03	Zet aan tot nadenken over gedragsopties en het afwegen van waarden en uitkomsten
	GVT-B04	Zet aan tot het stellen van een uitkomstdoel
	GVT-B05	Zet aan tot het stellen van een gedragsdoel
planningsproces	GVT-P01	Begeleid het plannen en formuleren van implementatie-intenties
	GVT-P02	Begeleid de mentale simulatie
	GVT-P03	Ondersteun de identificatie van barrières
	GVT-P04	Ondersteun stapsgewijze verandering
Leerproces	GVT-L01	Begeleid de ontwikkeling van zelfcontrole
	GVT-L02	Begeleid aanpassing van de omgeving en ander gedrag
	GVT-L03	Bereid leersituaties voor
	GVT-L04	Evalueer leersituaties
	GVT-L05	Begeleid de voortgangsfeedback

Interventietechnieken (IT)		
	Code	Techniek
Ontwerp interventie	IT-O01	Intakeassessment uitvoeren
	IT-O02	Continu assessment
	IT-O03	Technieken kiezen
	IT-O04	Technieken timen
	IT-O05	Agenda hanteren
	IT-O06	Tijd bewaken
	IT-O07	Frequentie en duur bijeenkomsten plannen
	IT-O08	Coachingkanaal ontwerpen
	IT-O09	Kosten en betaling afspreken
	IT-O10	Middelen- en mediagebruik plannen
	IT-O11	Rapportage en overdracht ontwerpen
	IT-O12	Criteria voor verwijzing formuleren
	IT-O13	Locatie en setting kiezen
Relatiekwaliteit it	IT-R01	Respect en acceptatie tonen
	IT-R02	Interesse tonen
	IT-R03	Empathie tonen
	IT-R04	Bekrachtigen
Relatiekwaliteit	IT-R05	Coalitie vormen
	IT-R06	Weerstand voorkomen
	IT-R07	Weerstand detecteren
	IT-R08	Omgaan met weerstand
	IT-R09	Open vragen stellen
	IT-R10	Gesloten vragen stellen
	IT-R11	Samenvatten
	IT-R12	Parafraseren
	IT-R13	Sturen
	IT-R14	Doorvragen
	IT-R15	Geavanceerd parafraseren
	IT-R16	Communicatie-intimiteit reguleren
	IT-R17	Communicatie-intensiteit reguleren

	IT-R18	Activeren
	IT-R19	Directiviteit variëren
	IT-R20	Gedeeld beslissen
	IT-R21	Eigen rol uitleggen
	IT-R22	Afspraken maken
	IT-R23	Huiswerkopdrachten overeenkomen en bespreken
	IT-R24	Zelfmanagement aanleren en stimuleren
Cognitieve toestand	IT-C01	Aandacht trekken
	IT-C02	Informatie herhalen
	IT-C03	Informatie zelfrelevant maken
	IT-C04	Symbolen toepassen
Cognitieve toestand	IT-C05	Illustreeren
	IT-C06	Demonstreren
	IT-C07	Heldere taal gebruiken
	IT-C08	Kennis overdragen en adviseren
	IT-C09	Relaxatie toepassen
	IT-C10	Probleem oplossen
	IT-C11	Associaties reguleren
	IT-C12	Consolideren
Motivationele toestand	IT-M01	Behoeften en voorkeuren vaststellen
	IT-M02	Personaliseren
	IT-M03	Contextualiseren
	IT-M04	Positieve coachingverwachtingen ondersteunen
	IT-M05	Positieve verwachtingen van specifieke technieken ondersteunen
	IT-M06	Rationale voor specifieke technieken ondersteunen
	IT-M07	Verwachtingen reguleren
Groep modereren	IT-G01	Het modereren, groter maken
	IT-G02	Het modereren, kleiner maken
	IT-G03	Het modereren, sturen

Legenda

Code	Betekenis
GVT-M	GVT gericht op het motivationele proces
GVT-B	GVT gericht op het beslissingsproces
GVT-P	GVT gericht op het planningsproces
GVT-L	GVT gericht op het leerproces
IT-O	IT gericht op het ontwerp van de interventie
IT-R	IT gericht op de relatiekwaliteit
IT-C	IT gericht op de cognitieve toestand van de client
IT-M	IT gericht op de motivationele toestand van de client
IT-G	IT gericht op het modereren van de groep

Bron: Dijkstra A, Van de Graaf RC, Kootstra Y. (2025). *Hét Praktijkboek voor de Leefstijlcoach. Evidence-based technieken voor langdurige leefstijlverandering*. Academie Coaching en Leefstijl, Ede.

Bijlage 2. Totstandkoming Kwaliteitskader

Dit kwaliteitskader is opgesteld in de periode februari t/m juni 2026 door de kwaliteitscommissie die is ingesteld in opdracht van de Stichting Kwaliteit Stoppen met Roken Zorg.

In de commissie hadden gedurende deze periode op persoonlijke titel zitting:

- Christien Stoker, manager stoppen met roken zorg
- Lillian Goossen, manager behandelzaken en stoppen-met-roken behandelaar
- Robert van de Graaf, verslavingsarts
- Sascha van der Venne, stoppen-met-roken behandelaar
- Meijke van Herwijnen, commissievoorzitter

Deze commissieleden zijn door de onafhankelijk commissievoorzitter geselecteerd op basis van hun kennis van het werkveld en hun vermogen om belangen overstijgend te werken aan een kwaliteitskader voor stoppen-met-rokenzorg.

De commissie heeft de Zorgstandaard Tabaks- en Nicotineverslaving 2025 vertaald naar toetsbare kwaliteitscriteria en is daarbij zo dicht mogelijk bij de inhoud van deze zorgstandaard gebleven.