

Stichting tegen Kanker

Rookstopbegeleiding in de
Belgische gezondheidszorg

Onderzoeksrapport

11/12/2025



**INDI
ville**
DBP PARTNERS

Opzet

Jurgen Minnebo
Partner
jurgen@indiville.be
+32(0)478 380369



Wouter Samyn
Partner
wouter@indiville.be
+32(0)494 084697
@woutersamyn



Opzet van de studie

Deze studie werd uitgevoerd in samenwerking met de FOD Volksgezondheid. Het doel is om de aanpak van tabaksverslaving binnen de gezondheidszorg in België te evalueren. De studie beoogt het analyseren van de huidige praktijken en het identificeren van drempels en de behoeften van gezondheidswerkers om de rookstopbegeleiding te verbeteren. De resultaten zullen de autoriteiten in staat stellen maatregelen te nemen om de rookstopbegeleiding in de eerste- en tweedelijnszorg te faciliteren.

Het onderzoek peilde naar:

- Gepercipieerd belang van met patiënten praten over (stoppen met) roken/vapen
- Effectief praten over stoppen met roken / vapen en de concrete inhoud van dit gesprek
- Hoe moeilijk of gemakkelijk vindt men het om het gesprek over (stoppen met) roken aan te gaan en ervaren drempels om dit gesprek aan te gaan
- De gepercipieerde impact van dit gesprek op het rookgedrag
- Inschatting van het nut en houding tegenover een aantal mogelijke zorggerelateerde beleidsmaatregelen met het oog op een beter rookstopbeleid/het verminderen van rookgedrag in België
- Contextvariabelen als beroepscategorie, anciënniteit in de huidige functie, frequentie van patiëntencontact, primaire nefaste invloed van roken op het genezingsproces of de zorg waarvoor de respondent in aanraking komt met de patiënt ...

Daartoe werd tussen 11 juni en 13 juli 2025 een kwantitatieve online meting uitgevoerd bij artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, (klinisch) psychologen en apothekers, op basis van de actieve leden in deze beroepscategorieën in de database van de FOD Volksgezondheid. De uitnodigingen werden verstuurd door de FOD Volksgezondheid, met steun van de deelstaten.

Na datacleaning (waarbij respondenten die intussen niet (langer) beroepsactief waren in een relevant zorgberoep of langdurig arbeidsongeschikt zijn niet werden behouden) werden 18118 respondenten die de vragenlijst integraal invulden weerhouden voor analyse.



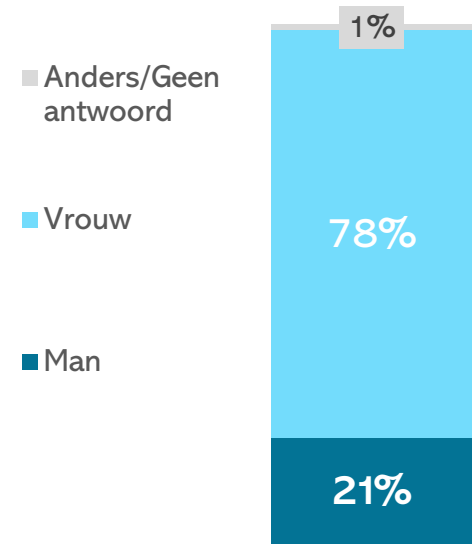
18 118 respondenten



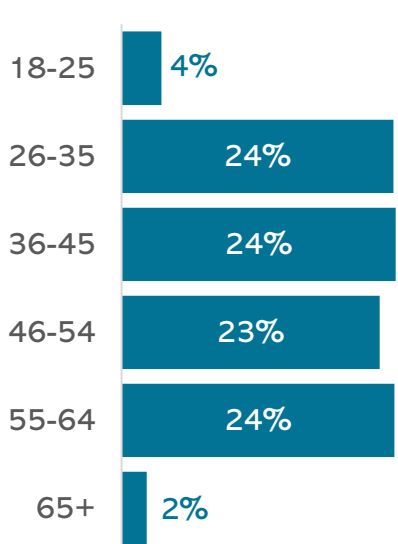
online
9' 14''

Steekproefbeschrijving

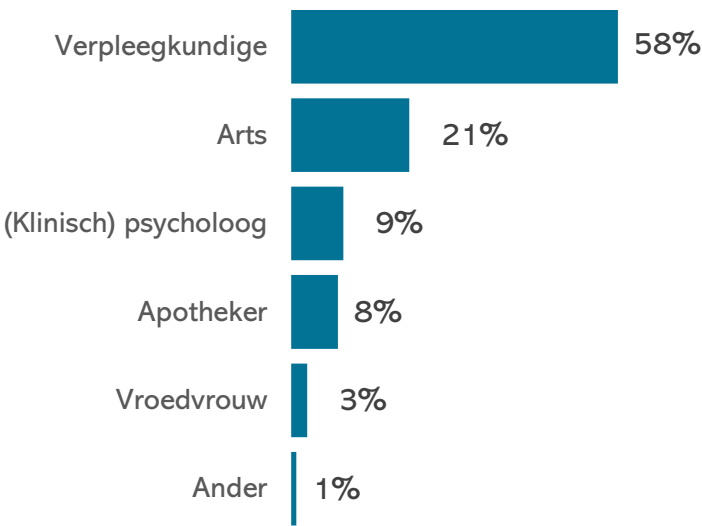
Geslacht



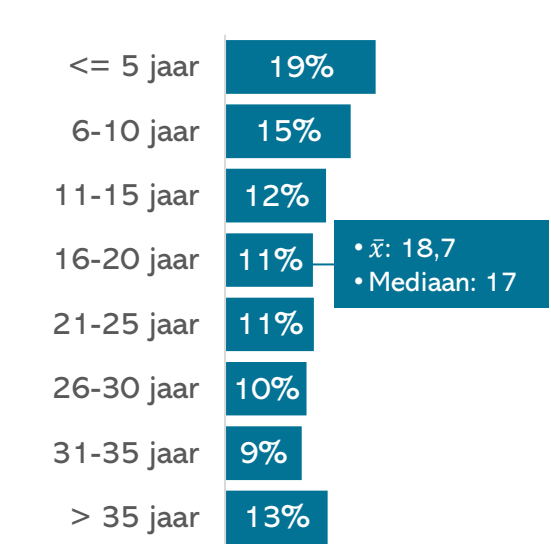
Leeftijd



Activiteit



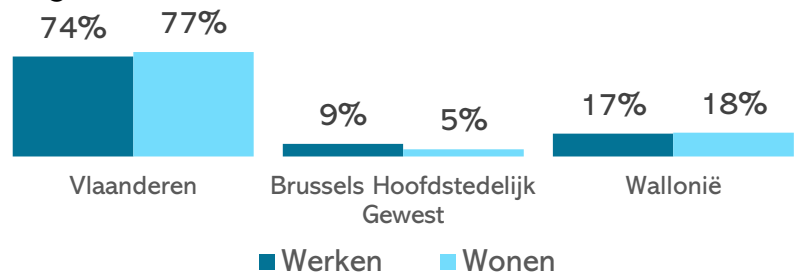
jaar actief in huidig beroep



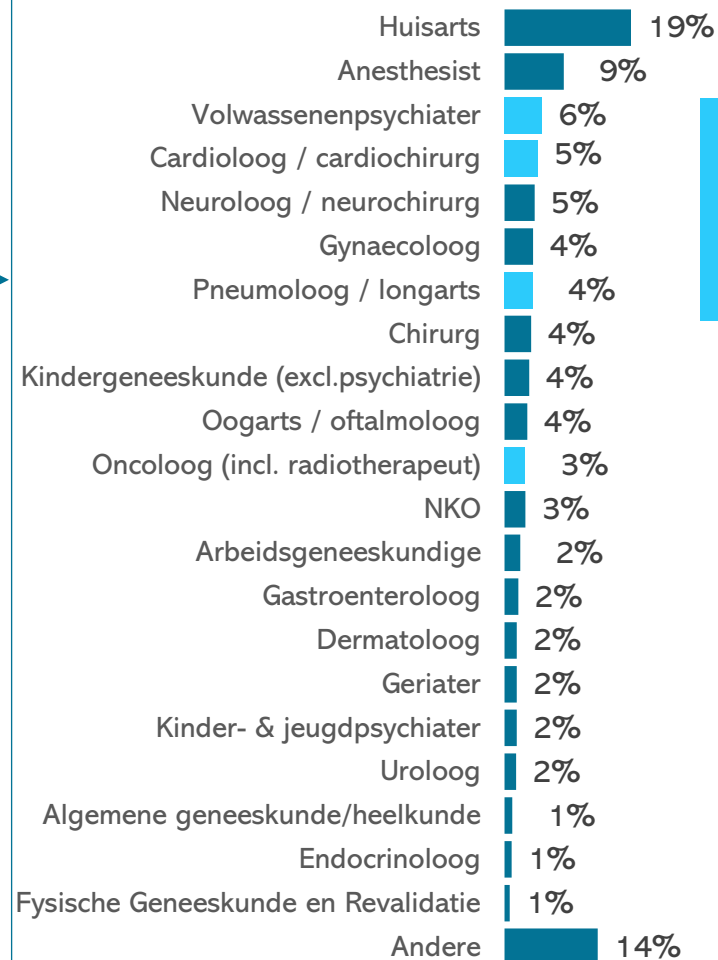
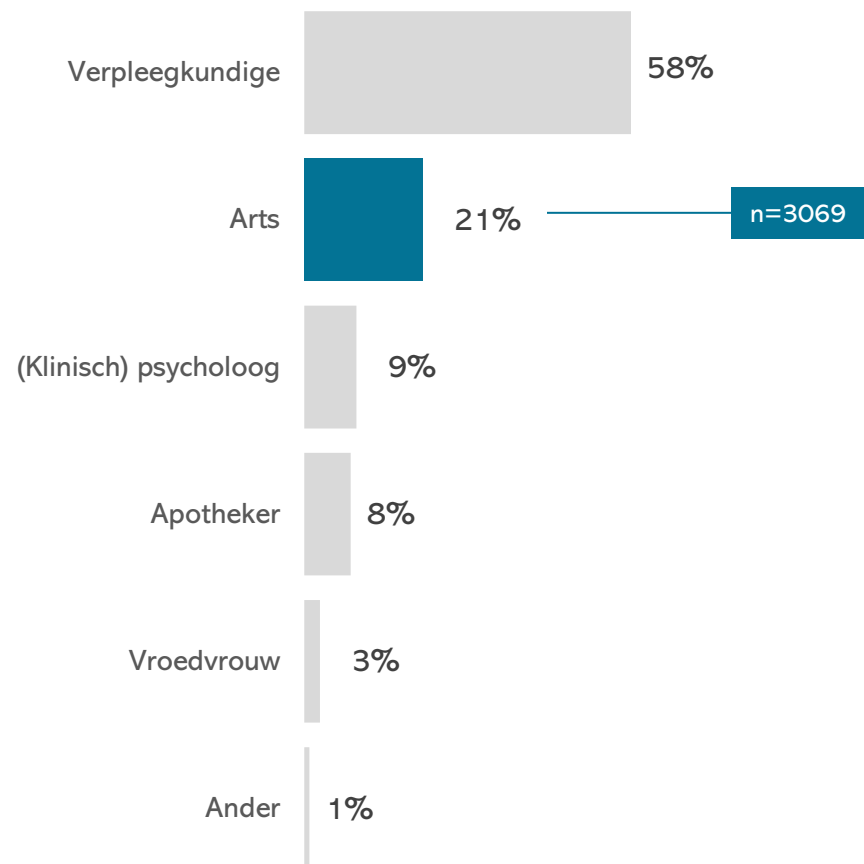
Certificering tabakoloog



Regio



Steekproefbeschrijving – specialisatie artsen

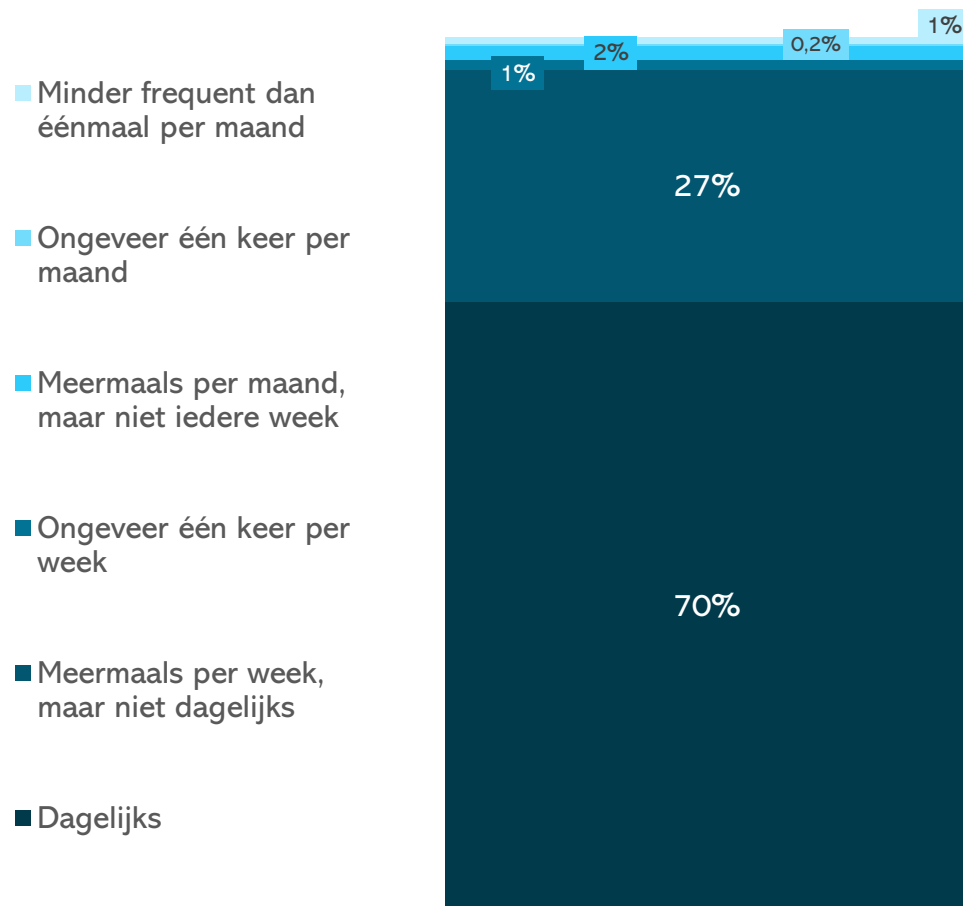


Groepen met bijzondere relevantie n=567

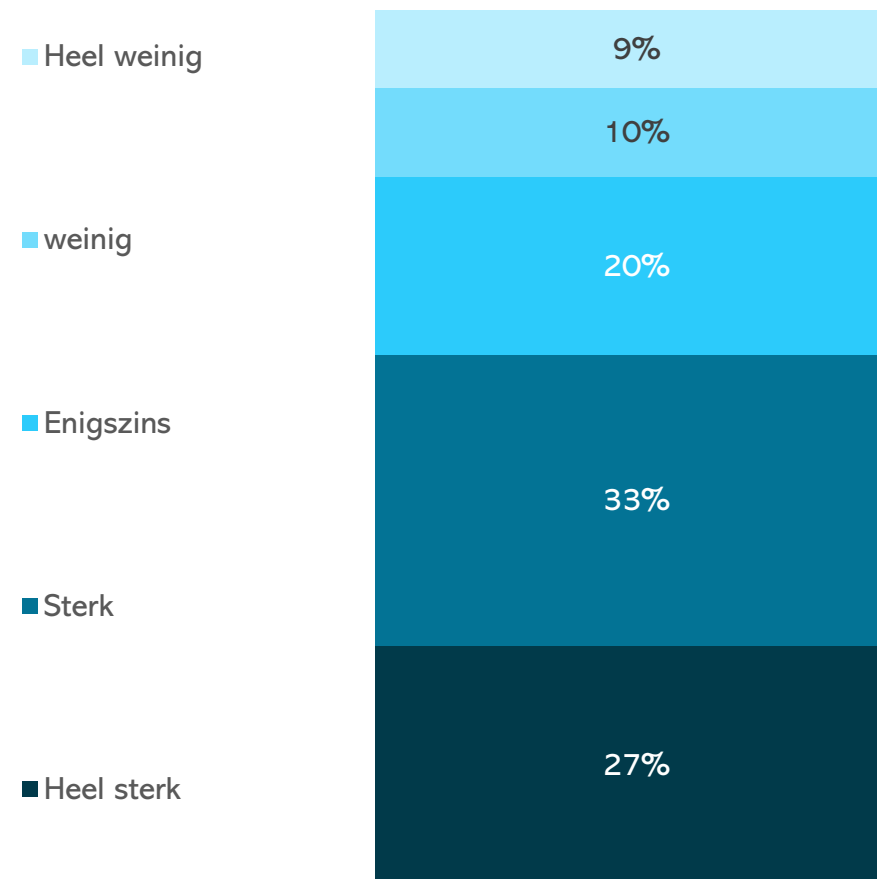
- Cardioloog: n=161
- Oncoloog: n=97
- Pneumoloog: n=132
- Volwassenenpsychiater: n=177

Kruisvariabelen

Hoe vaak komt u rechtstreeks in contact met patiënten?

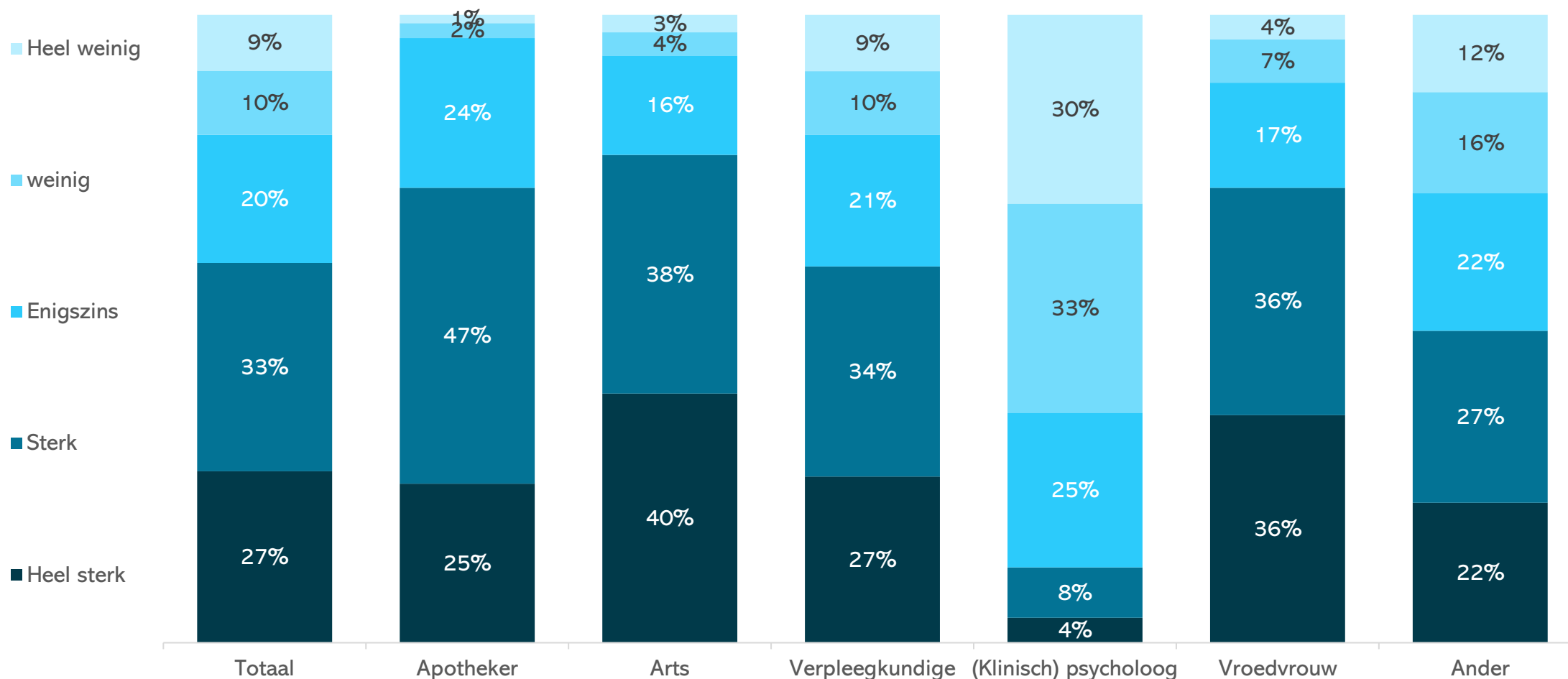


In welke mate heeft roken een primaire nefaste invloed op het genezingsproces of de zorg waarvoor u in aanraking komt met patiënten?

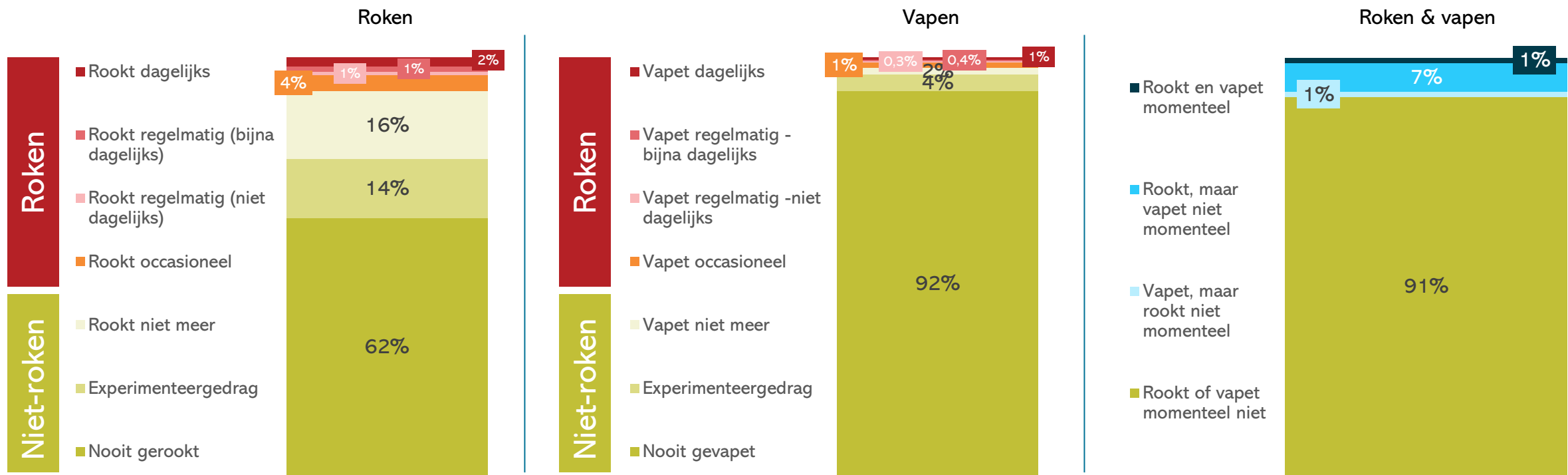


Kruisvariabelen

In welke mate heeft roken een primaire nefaste invloed op het genezingsproces of de zorg waarvoor u in aanraking komt met patiënten? – naar activiteit



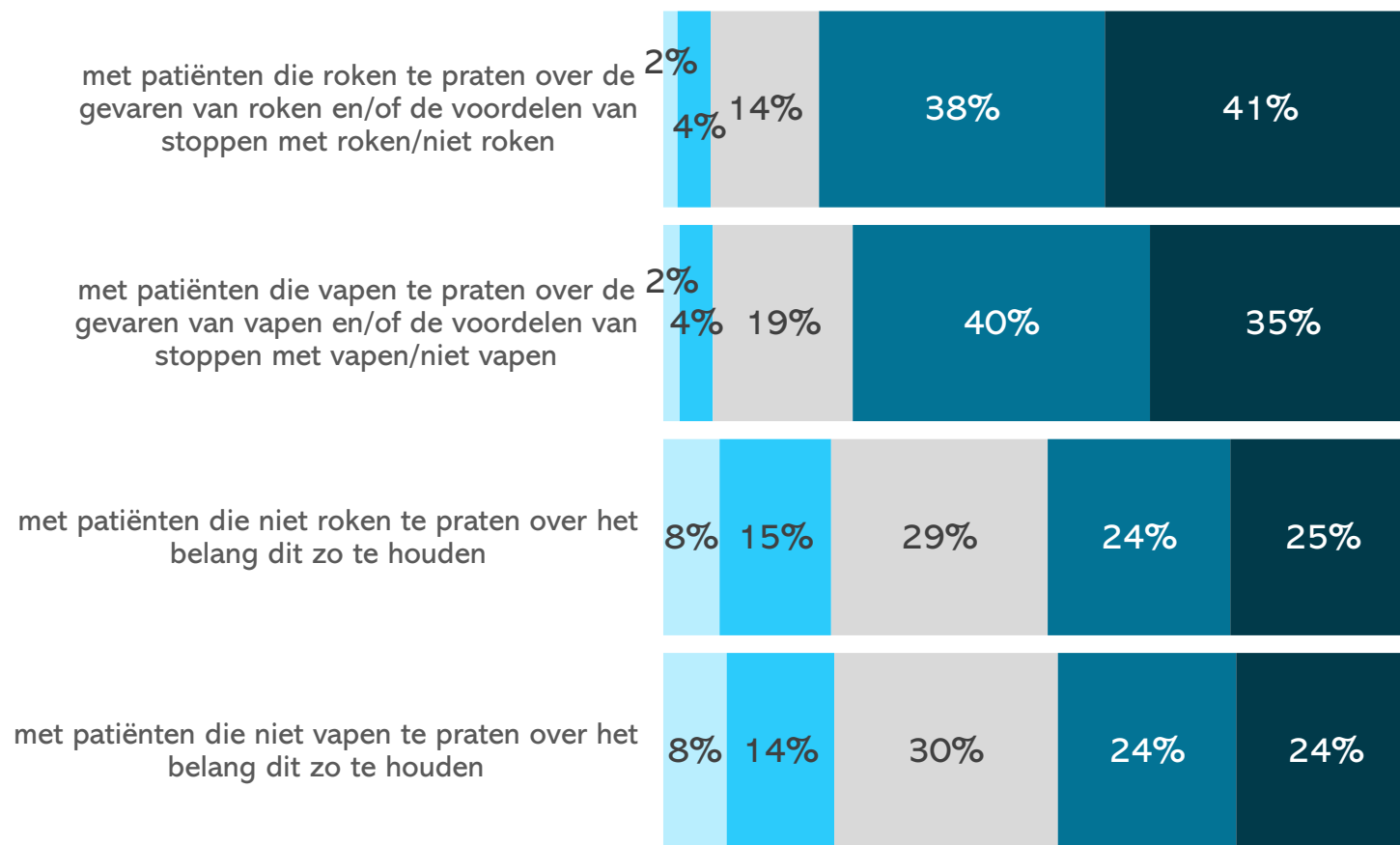
Kruisvariabelen - Typologie roken & vaperen



Praten met patiënten over roken & vaperen

Attitudes

Hoe belangrijk vindt u het om ...



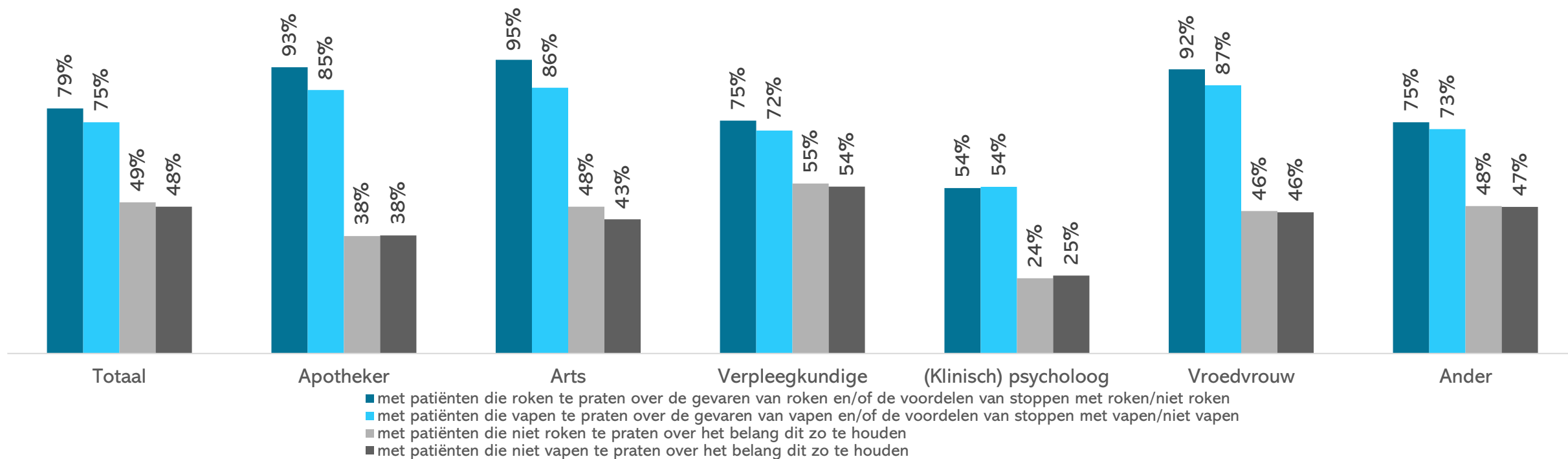
■ Helemaal niet belangrijk ■ Eerder niet belangrijk ■ Neutraal ■ Eerder belangrijk ■ Heel belangrijk

Zorgprofessionals vinden het vooral belangrijk om met patiënten die roken te praten over de gevaren en voordelen van stoppen: bijna 80% beschouwt dit als (heel) belangrijk, waarvan 38% eerder belangrijk en 41% heel belangrijk. Voor patiënten die vaperen ligt dit iets lager, met 40% die het eerder belangrijk en 35% die het heel belangrijk vindt. Dit verschil is klein, maar aanwezig tussen praten over stoppen met roken en vaperen.

Bij niet-rokende patiënten vinden zorgprofessionals het minder sterk van belang om het rookvrij blijven te bespreken: ongeveer de helft (49%) noemt dit (heel) belangrijk, terwijl 23% dit weinig of helemaal niet belangrijk vindt en 29% neutraal blijft. Een gelijkaardig patroon geldt voor niet-vapende patiënten, waar 48% het (heel) belangrijk vindt, 22% dit weinig of helemaal niet belangrijk vindt en 30% neutraal is. Kortom, zorgprofessionals vinden gesprekken met mensen die roken en mensen die vaperen over risico's en stoppen belangrijker dan preventieve gesprekken met mensen die roken niet en mensen die vaperen niet. Remediërend werken vindt men duidelijk belangrijker dan preventief werken, terwijl preventie toch uit de open vraag naar voren komt als een belangrijke suggestie voor een beter rookstopbeleid (cf. infra).

Attitudes

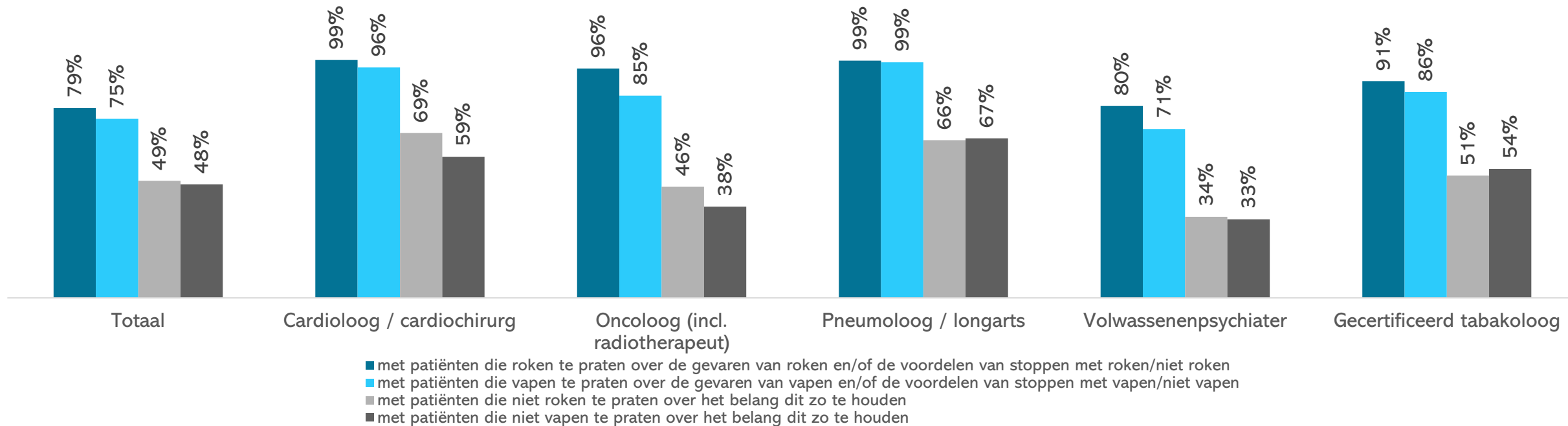
Hoe belangrijk vindt u het om ... (Percentage belangrijk) – naar activiteit



Voornamelijk artsen, apothekers en vroedvrouwen vinden het belangrijk om over de gevaren van roken en vaperen te spreken. Dit is minder het geval bij verpleegkundigen en nog minder bij psychologen.

Attitudes

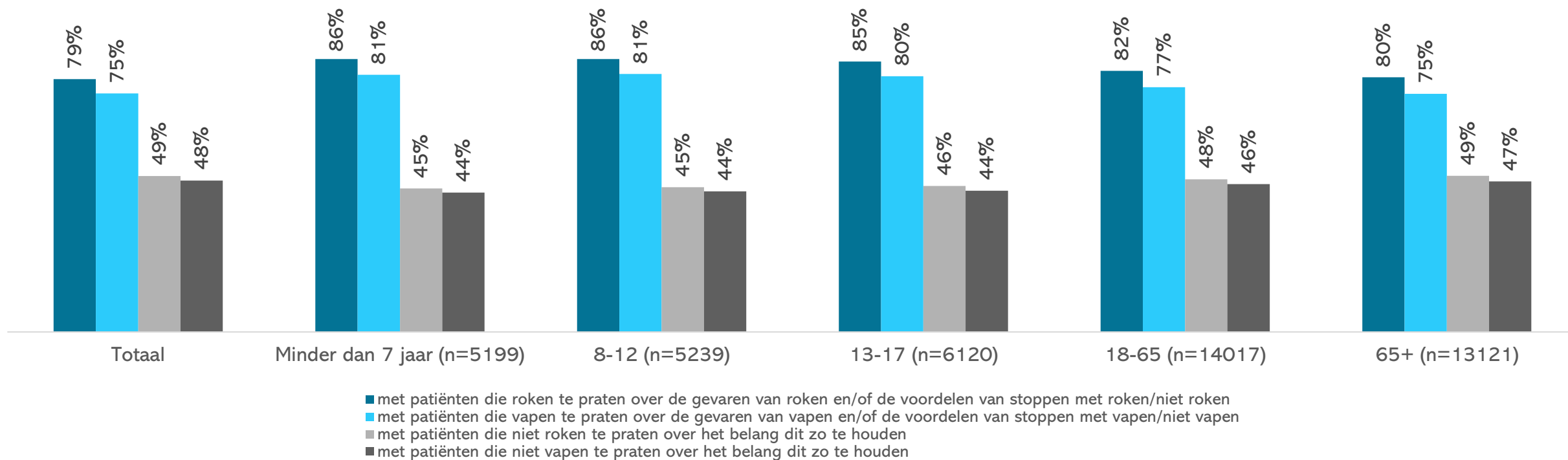
Hoe belangrijk vindt u het om ... (Percentage belangrijk) - naar specialisatie arts / gecertificeerd tabakoloog



Binnen de meest relevante specialisaties bij artsen wordt meer dan gemiddeld belang gehecht aan het praten over de gevaren van roken en vaperen; bij psychiaters liggen deze percentages wat lager dan bij de andere sterk relevante specialisaties, maar nog steeds hoger dan het algemene gemiddelde.

Attitudes

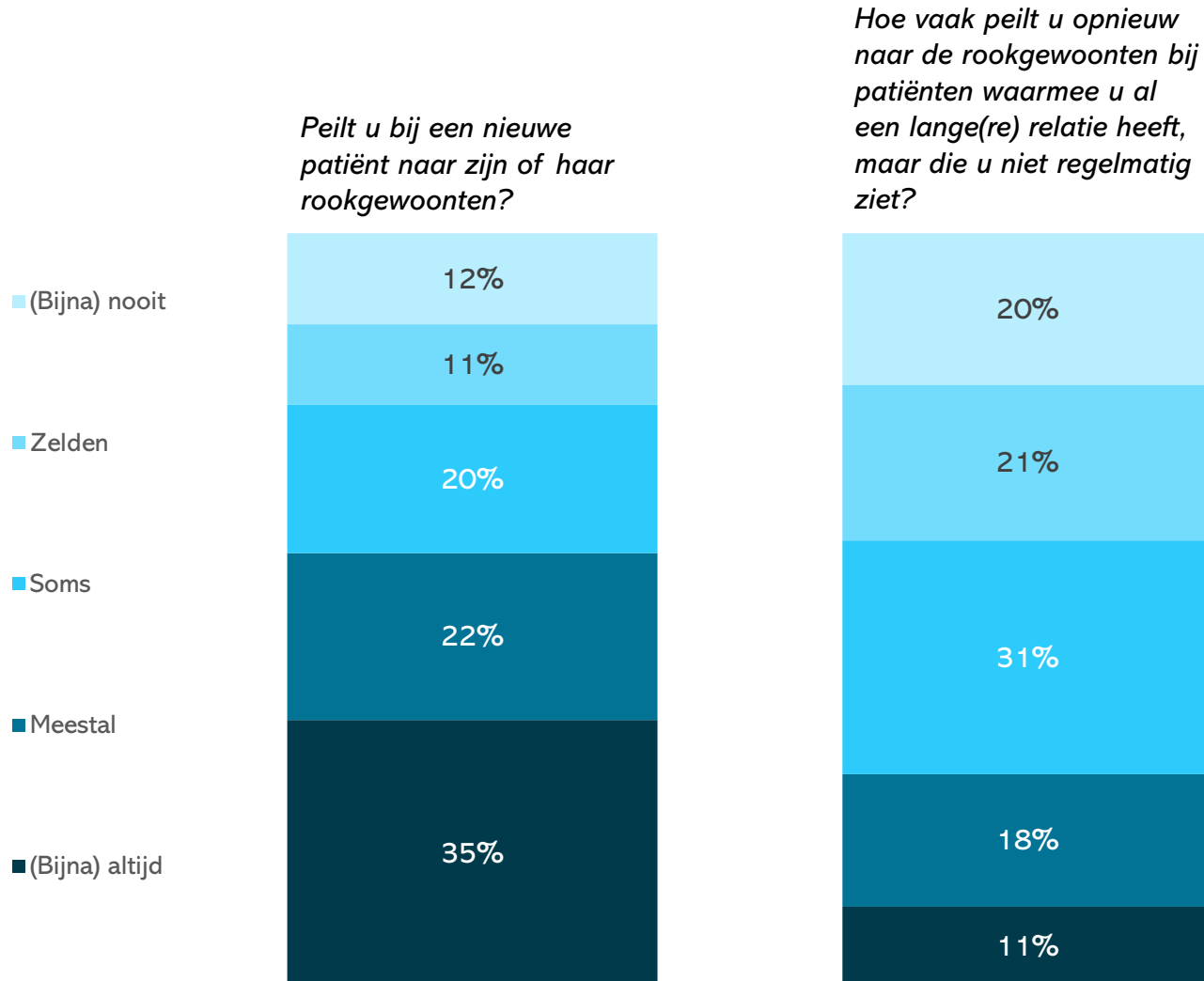
Hoe belangrijk vindt u het om ... (Percentage belangrijk) – naar leeftijd patiënten die men behandelt



Er lijken weinig verschillen naargelang de leeftijd van de patiënten waarmee men werkt.

Deze cijfers worden echter sterk beïnvloed door het feit dat veel respondenten –behoudens de specifieke medische beroepen gericht op kinderen en jongeren of ouderen- met meerdere of alle leeftijdsgroepen werken.

Peilen naar rookgewoontes

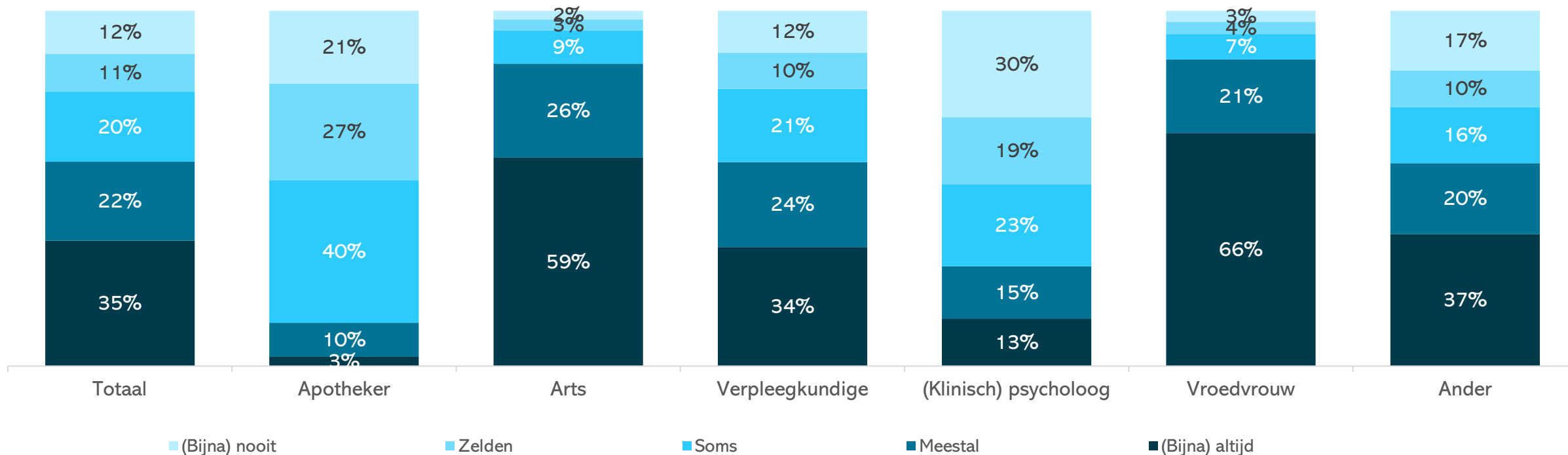


Beduidend meer zorgprofessionals peilen naar rookgewoontes bij een eerste contact/anamnese dan verder in de relatie.

Gecombineerd: 10% peilt bijna nooit naar rookgewoonten noch bij nieuwe, noch bij al langer meegaande patiënten. Dit cijfer komt later terug.

Peilen naar rookgewoontes

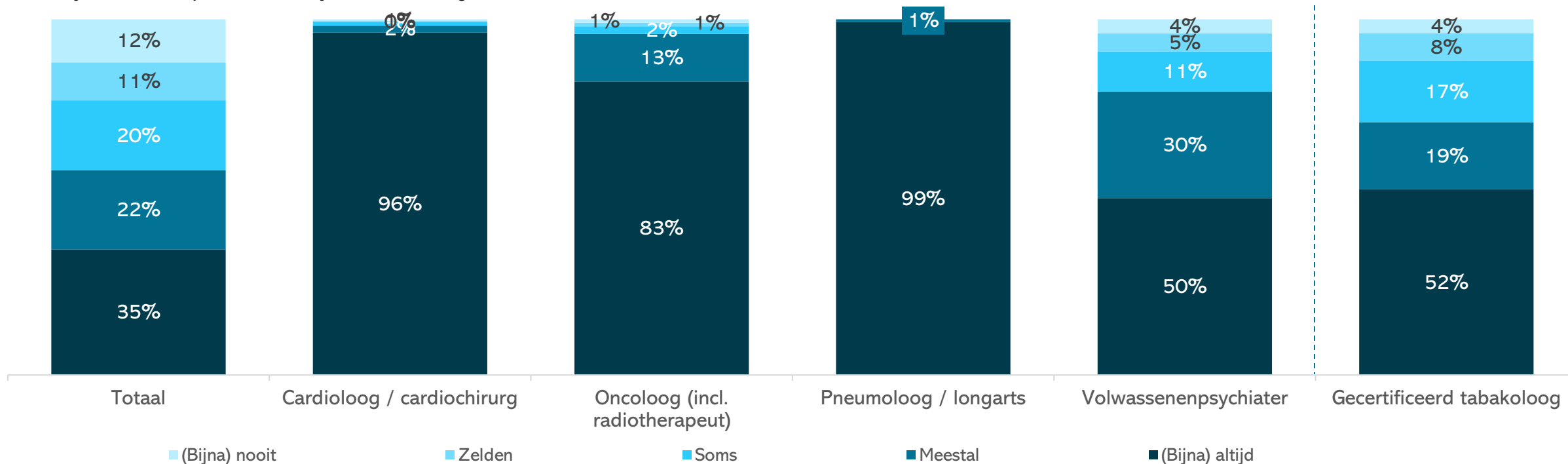
Peilt u bij een nieuwe patiënt naar zijn of haar rookgewoonten?



Apothekers en psychologen peilen het minst naar rookgewoontes bij een eerste gesprek. Artsen en vroedvrouwen doen dit beduidend meer maar ook hier geldt dat slechts ongeveer twee derde dit systematisch doet. Verpleegkundigen nemen een middenpositie.

Peilen naar rookgewoontes

Peilt u bij een nieuwe patiënt naar zijn of haar rookgewoonten?

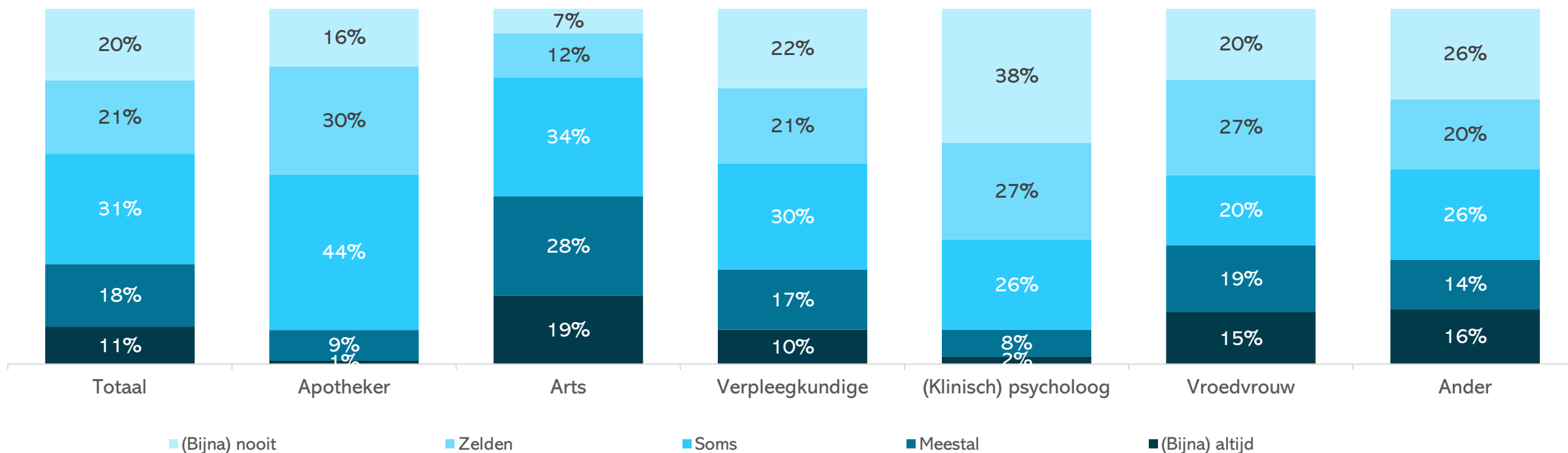


Binnen de artsenpopulatie peilen alle sterk relevante specialisaties meer dan gemiddeld bijna altijd naar de rookgewoontes van nieuwe patiënten. Bij psychiaters ligt dit lager.

Ook bij gecertificeerde tabakologen ligt dit met 52% lager dan wellicht verwacht, wat mogelijk toe te schrijven is aan het feit dat dit een certificering is over alle beroepsgroepen heen die niet altijd wordt aangesproken.

Peilen naar rookgewoontes

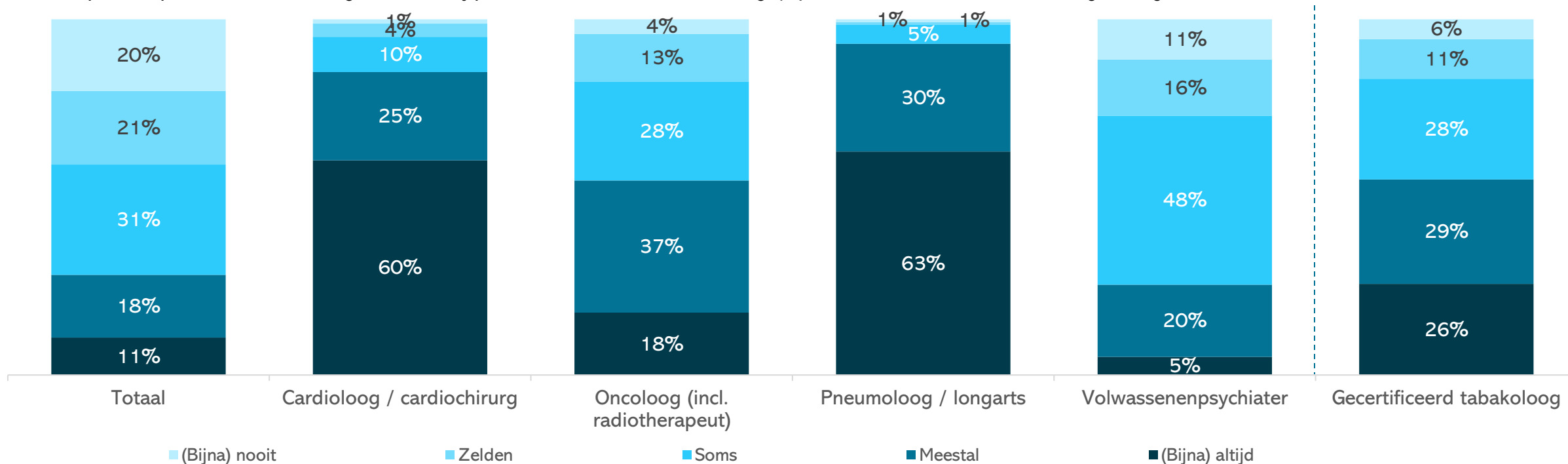
Hoe vaak peilt u opnieuw naar de rookgewoonten bij patiënten waarmee u al een lange(re) relatie heeft, maar die u niet regelmatig ziet?



Het peilen naar rookgewoonten van bestaande patiënten ligt beduidend lager. Ongeveer een vijfde van de artsen en 15% van de vroedvrouwen geeft aan dit systematisch te doen.

Peilen naar rookgewoontes

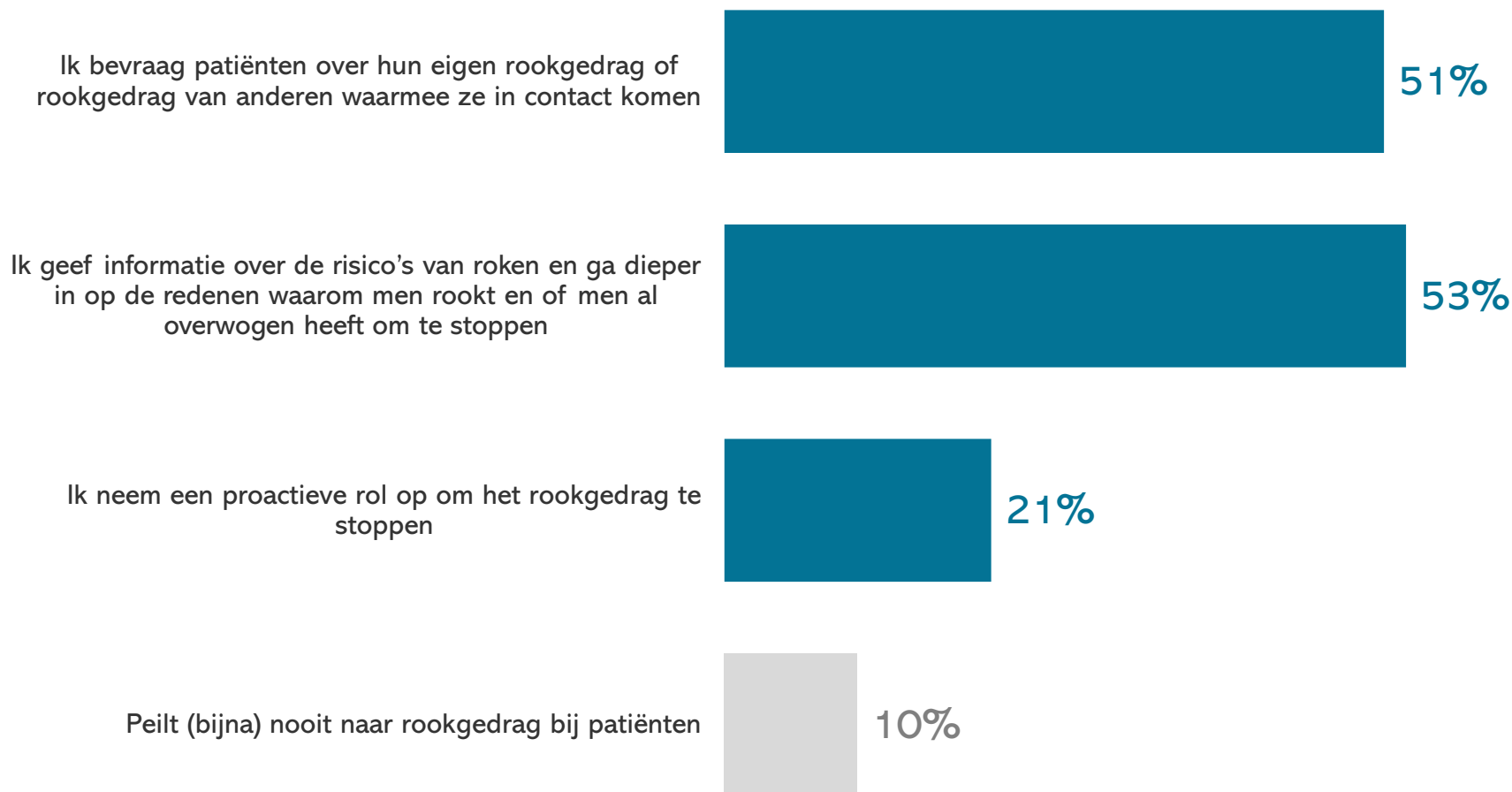
Hoe vaak peilt u opnieuw naar de rookgewoonten bij patiënten waarmee u al een lange(re) relatie heeft, maar die u niet regelmatig ziet?



Het peilen naar rookgewoonten van bestaande patiënten ligt ook bij gespecialiseerde artsen lager dan peilen bij nieuwe patiënten. Vooral cardiologen en peumologen blijven het rookgedrag van patiënten ook verder in de relatie bevragen.

Inhoud gesprek peilen naar rookgewoontes

Welke zaken in verband met het rookgedrag bespreekt u dan met patiënten?

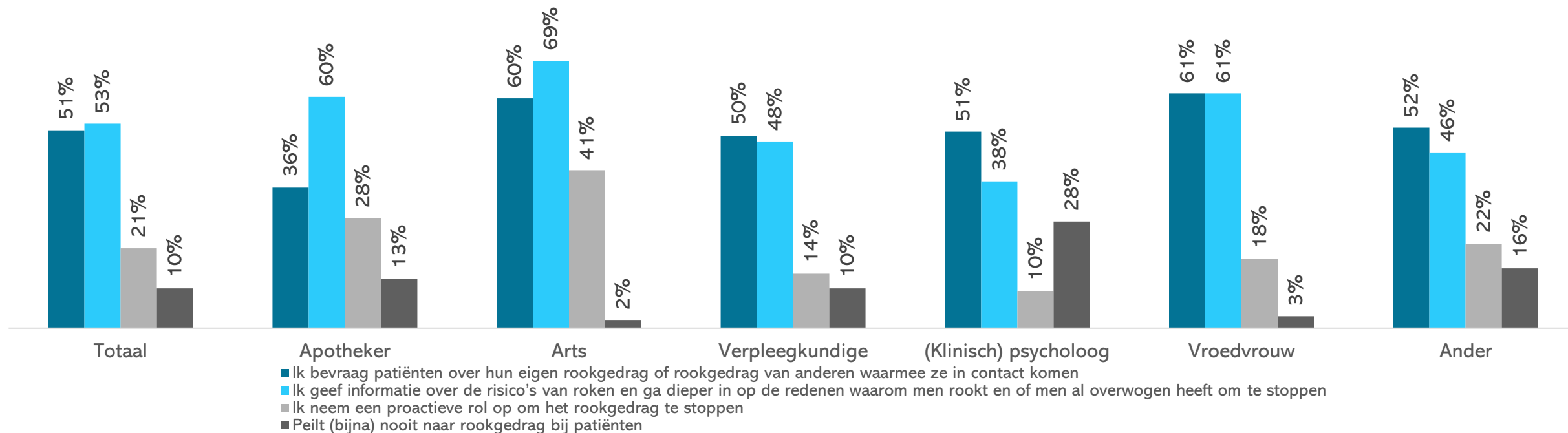


Zorgprofessionals geven aan dat zij vooral het gesprek aangaan over het rookgedrag van hun patiënten en de risico's van roken. Zo zegt 51% patiënten te bevroegen over hun eigen rookgedrag of dat van anderen in hun omgeving, en 53% geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom iemand rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen. Een proactieve rol om het rookgedrag actief te helpen stoppen wordt daarentegen veel minder vaak opgenomen: slechts 21% zegt dit te doen. Daarnaast geeft 10% aan (bijna) nooit naar rookgedrag te peilen.

Dit wijst erop dat gesprekken zich voornamelijk richten op het informeren en bevroegen van patiënten, terwijl actieve ondersteuning bij stoppen met roken veel minder gebruikelijk is.

Inhoud gesprek peilen naar rookgewoontes

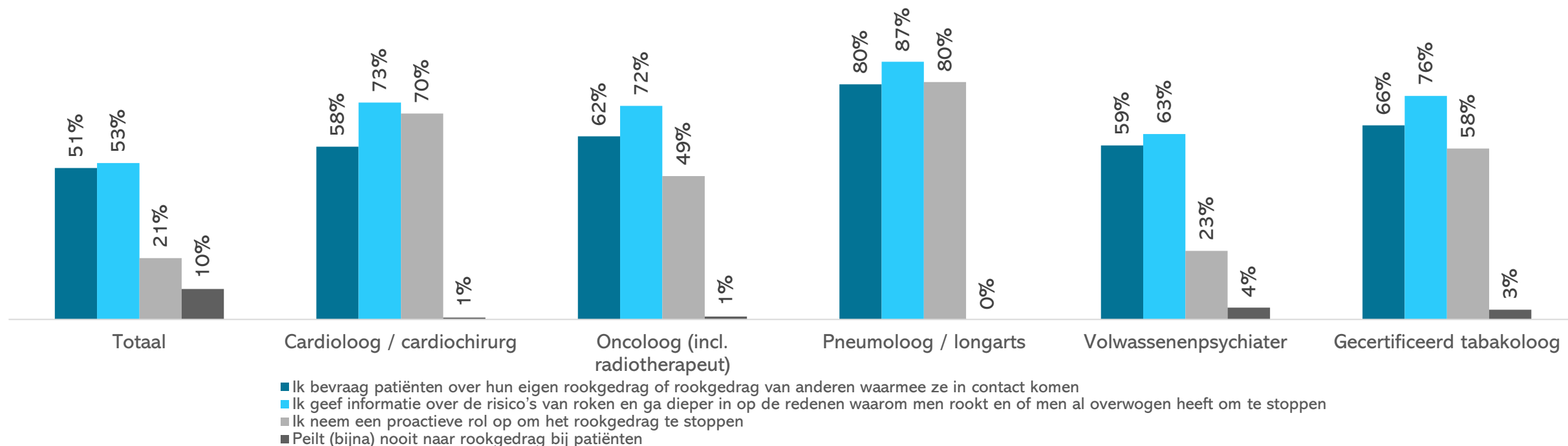
Welke zaken in verband met het rookgedrag bespreekt u dan met patiënten?



De arts neemt de meest proactieve rol op, gevolgd door de apotheker. Binnen alle verschillende beroepsgroepen geldt evenwel dat gesprekken zich voornamelijk richten op het informeren en bevrigen van patiënten, terwijl actieve ondersteuning bij stoppen met roken minder gebruikelijk is.

Inhoud gesprek peilen naar rookgewoontes

Welke zaken in verband met het rookgedrag bespreekt u dan met patiënten?



Binnen de meest relevante gespecialiseerde artsen nemen cardiologen en pneumologen de meest proactieve rol op. Al deze specialisaties praten en informeren meer en nemen ook meer een proactieve rol op dan het algemene gemiddelde. Dit geldt ook voor gecertificeerde tabakologen.

Inhoud gesprek eigen rookgedrag patiënt

U bevraagt patiënten over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen.

Ik bevrage patiënten over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen

51%

n=9269

Ik geef informatie over de risico's van roken en ga dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen

Ik neem een proactieve rol op om het rookgedrag te stoppen

Peilt (bijna) nooit naar rookgedrag bij patiënten

Ik stel vragen aan wie rookt/vapet over hun specifieke rook/vape gewoonten (hoe vaak en hoeveel rookt/vapet men, hoe lang rookt/vapet men al, waar en wanneer rookt/vapet men vooral ...)

Ik vraag of men rookt

Ik vraag of men vapet

Ik vraag wie niet rookt of men vroeger ooit rookte

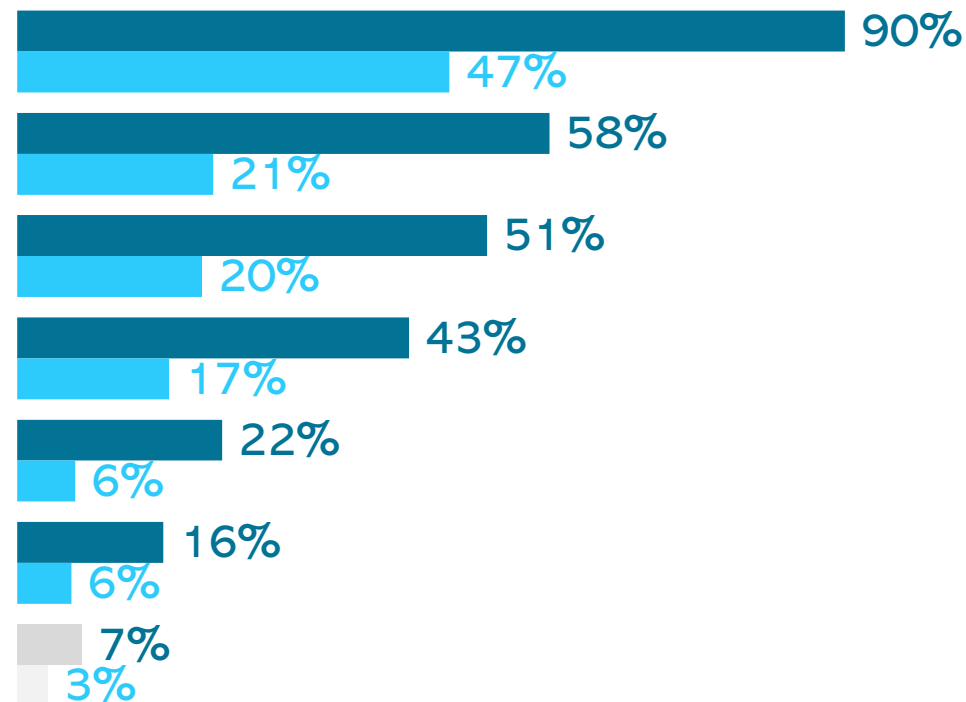
Ik vraag of en hoe vaak men in binnenruimtes wordt blootgesteld aan rook van anderen

Ik vraag aan wie niet vapet of men vroeger ooit vapete

Iets anders

Welke zaken in verband hiermee bespreekt u dan met uw patiënt?

Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?

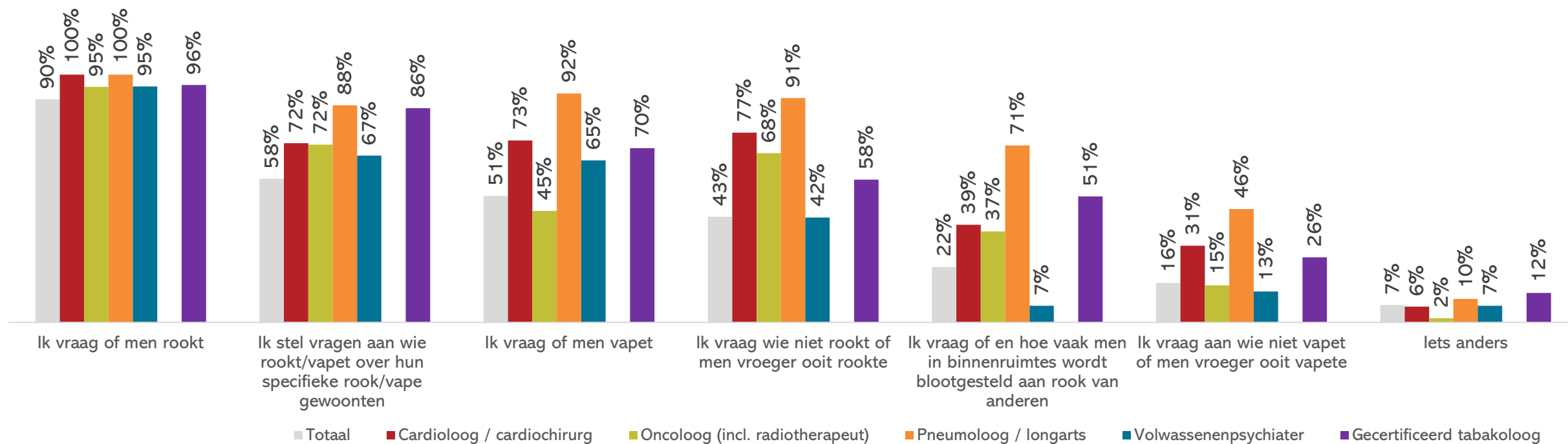


De grote meerderheid die hun patiënten bevrage, stelt de vraag of men rookt. Bij een aanzienlijk deel (14%), blijft het daarbij (bij artsen is dit 9%) beperkt tot vaststellen of men al dan niet rookt. Bij slechts 58% wordt dieper ingegaan op rookgedrag zelf. In tegenstelling tot roken peilt slechts de helft of men vapet.

In lijn met de eerdere bevindingen gebeurt het bevragen over rookgedrag veel minder systematisch. Artsen en vroedvrouwen doen dit systematischer voor ongeveer alle aspecten (bijv. vragen of men rookt: 57% bij artsen en 58% bij vroedvrouwen). 28% van de artsen vraagt systematisch wie niet rookte, of men vroeger heeft gerookt.

Inhoud gesprek peilen naar rookgewoontes

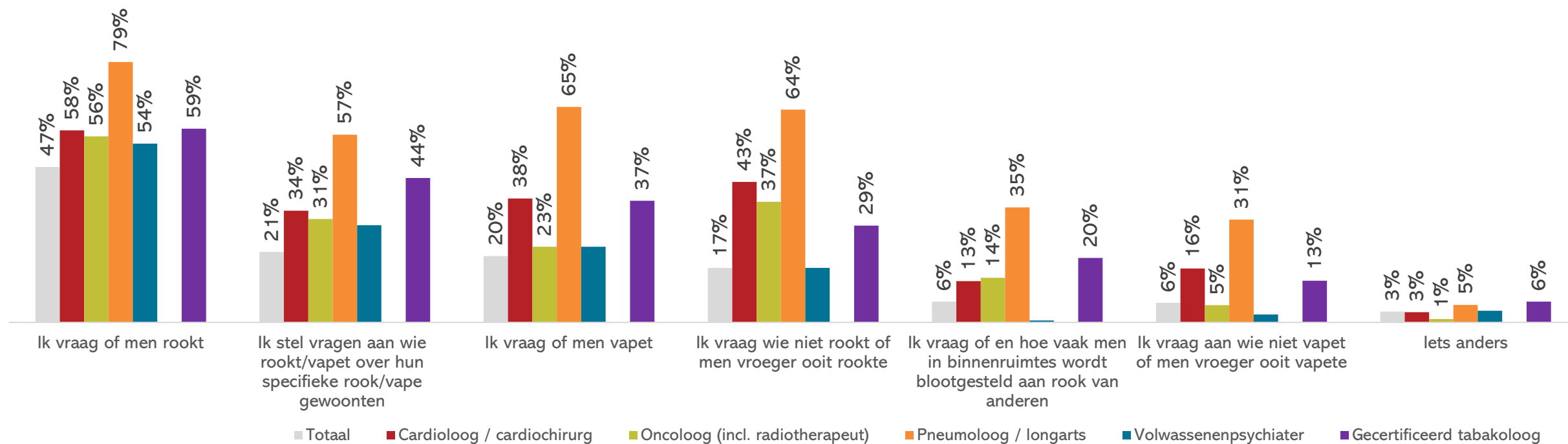
Welke zaken in verband hiermee bespreekt u dan met uw patiënt?



Pneumologen bespreken het meest van de gespecialiseerde artsen diverse aspecten van het rookgedrag van hun patiënten. De focus ligt daarbij nog altijd beduidend meer op roken dan op vaperen.

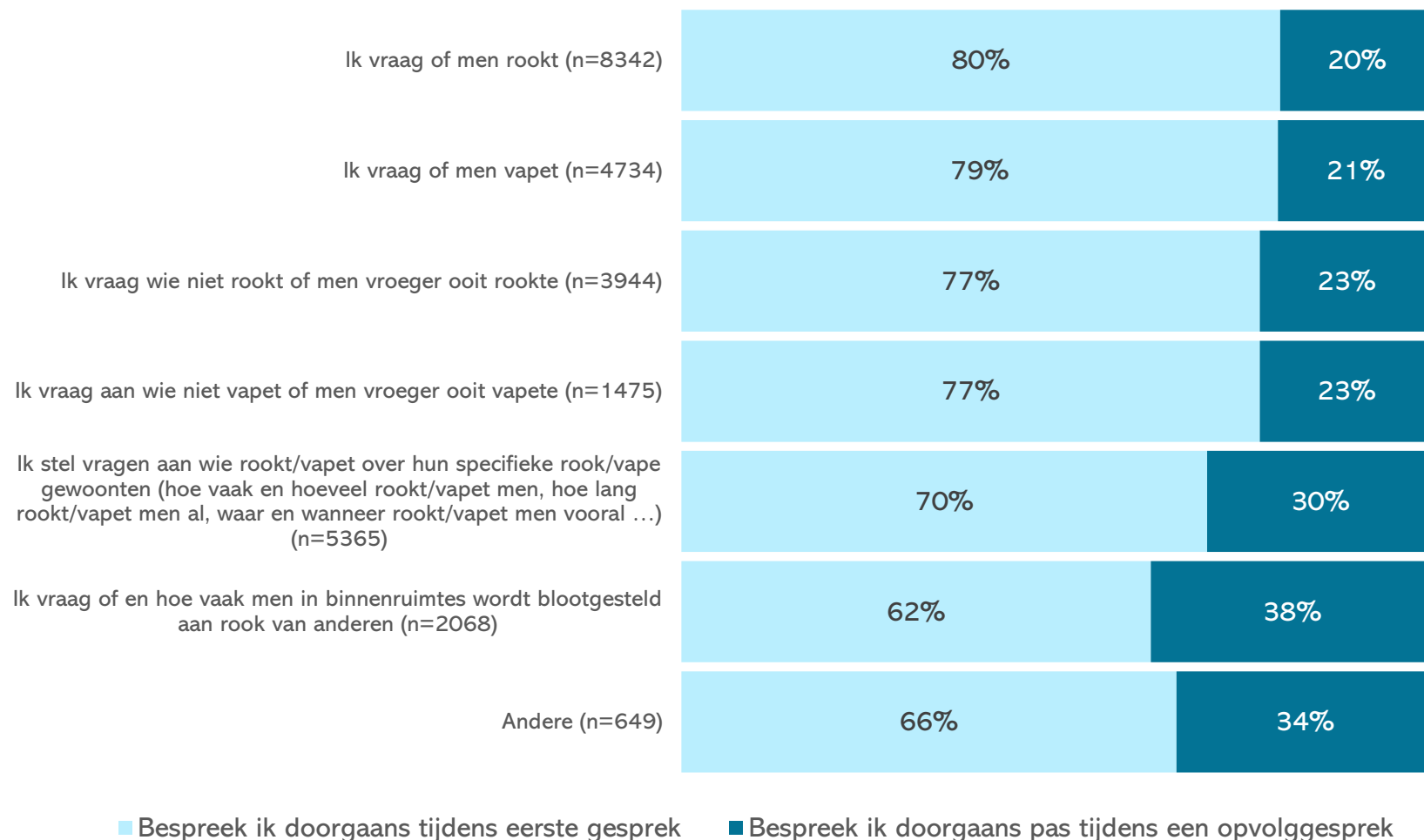
Inhoud gesprek peilen naar rookgewoontes

Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?



Nagenoeg dezelfde vaststellingen gelden voor het systematisch bevragen van rookgewoonten

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?



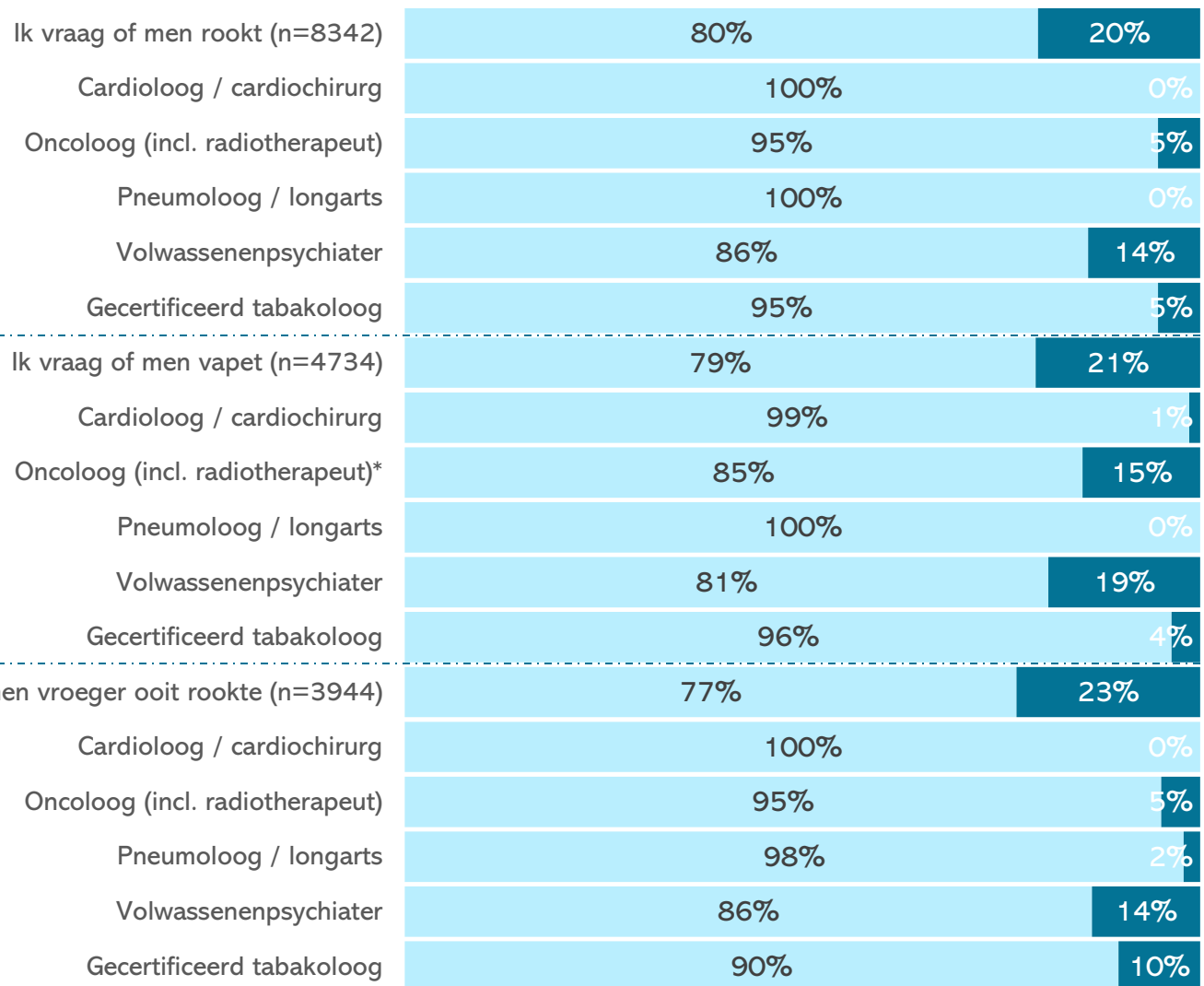
U bevraagt patiënten over onderstaande zaken over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen.

Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

In het algemeen geldt dat

- basisinformatie in een eerste gesprek gevraagd wordt
- naargelang de informatie meer gedetailleerd wordt, stijgt de kans dat deze pas in een opvolggesprek besproken wordt.

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?



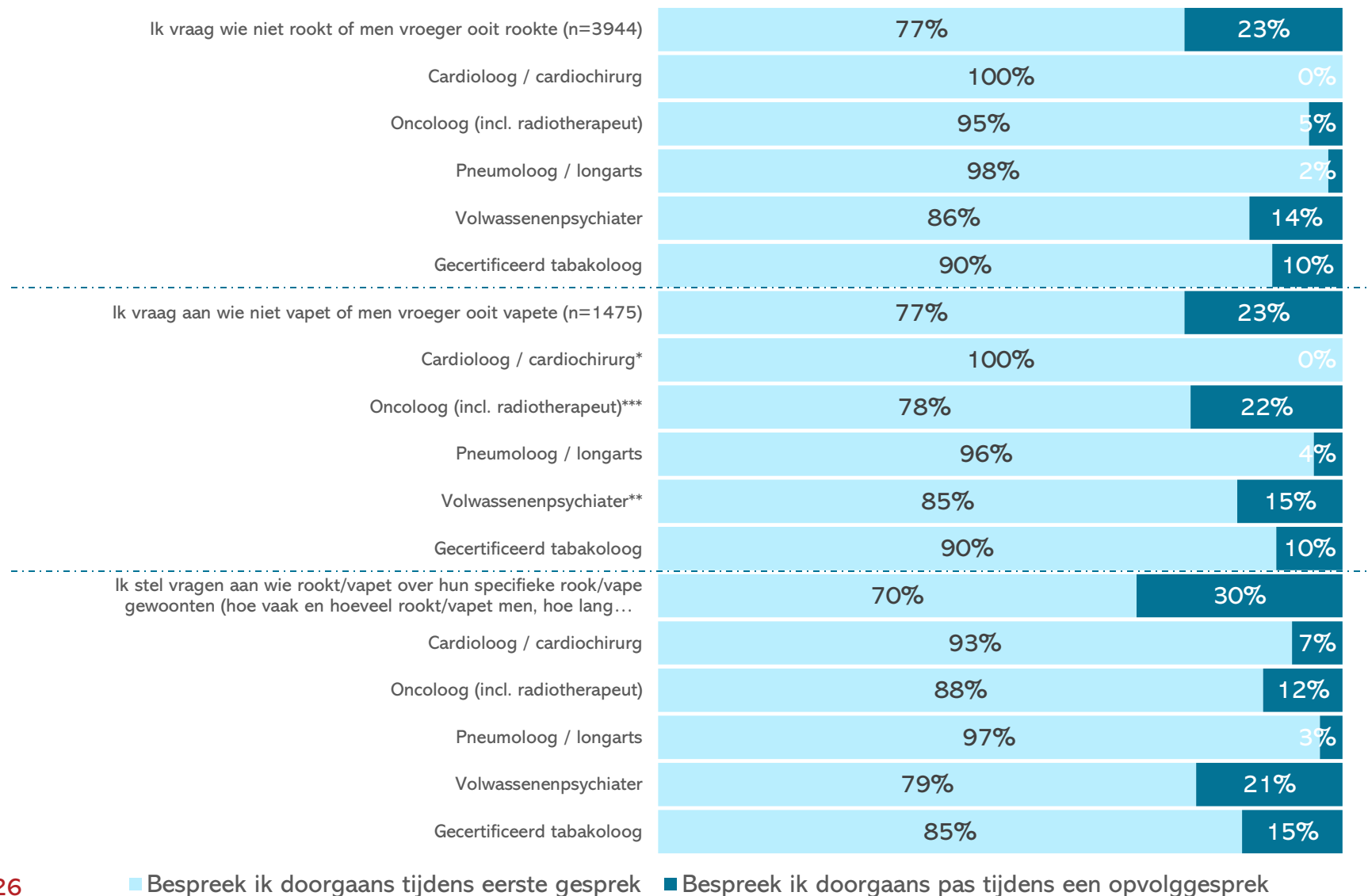
U bevraagt patiënten over onderstaande zaken over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen.

Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Pneumologen en cardiologen bespreken meer dan de andere specialisaties de diverse aspecten van rookgedrag al tijdens het eerste gesprek.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?



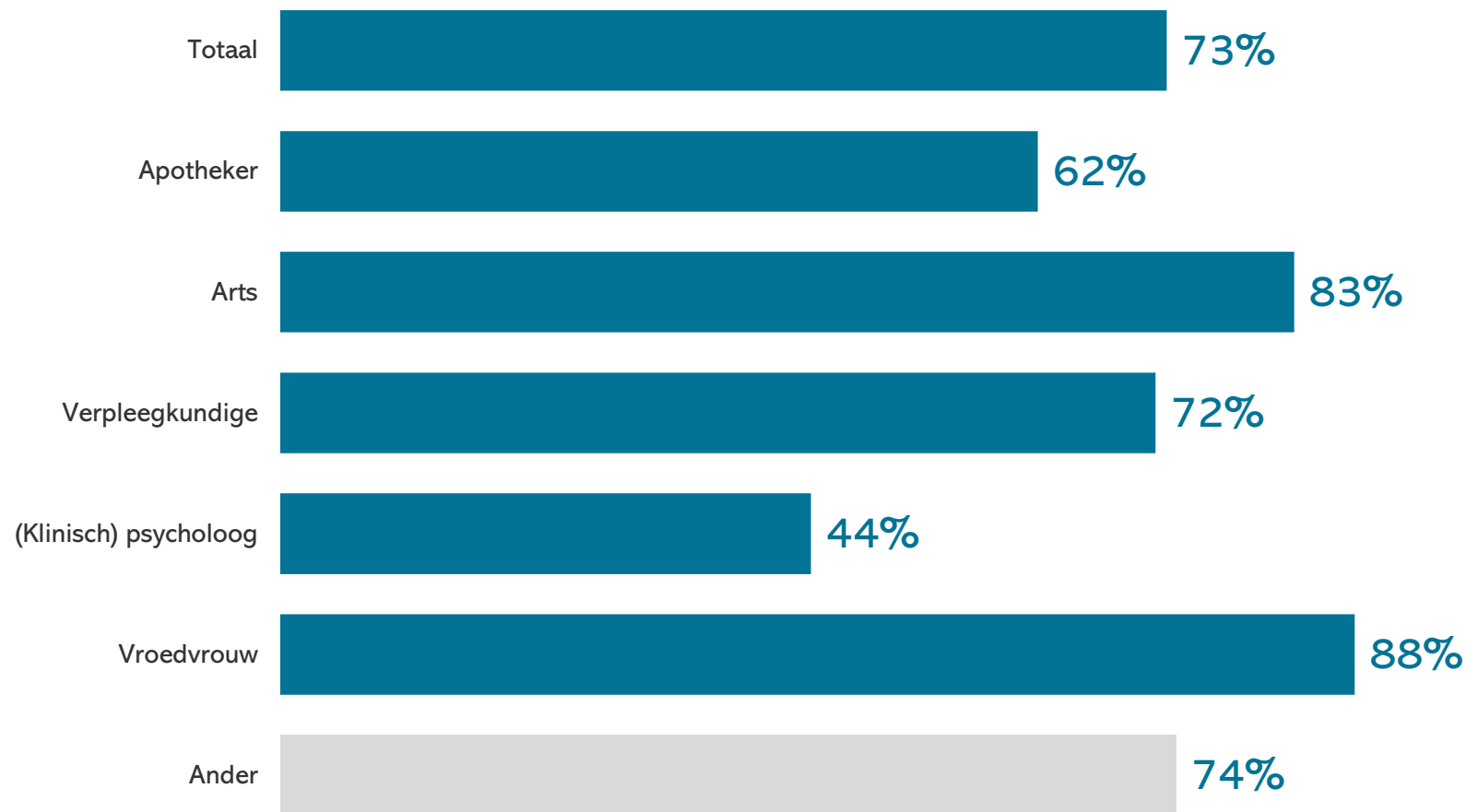
U bevraagt patiënten over onderstaande zaken over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen.

Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Pneumologen en cardiologen bespreken meer dan de andere specialisaties de diverse aspecten van rookgedrag al tijdens het eerste gesprek.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag? Ratio eerste gesprek



U bevraagt patiënten over onderstaande zaken over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen.

Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Bij wie patiënten bevraagt, worden alle aspecten gemiddeld door drie kwart in het eerste gesprek besproken.

Dit percentage ligt hoger bij artsen en vroedvrouwen en lager bij apothekers en psychologen.

Inhoud gesprek eigen rookgedrag patiënt

U geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen.

Ik bevroeg patiënten over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen



Ik geef informatie over de risico's van roken en ga dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen

53%

n=9590

Ik neem een proactieve rol op om het rookgedrag te stoppen



Peilt (bijna) nooit naar rookgedrag bij patiënten



Ik vraag aan wie rookt of men al probeerde te stoppen met roken

Wie rookt wijs ik op de negatieve gevolgen van roken of de voordelen van dit niet te doen

Bij wie rookt, peil ik naar de intentie om te stoppen met roken

Ik vraag aan wie vapet of men al probeerde te stoppen met vapen

Wie vapet wijs ik op de negatieve gevolgen van vapen of de voordelen van dit niet te doen

Ik verwijs rokers/vapers door naar informatie over (hulp bij) stoppen met roken (via brochures, flyers, apps ...)

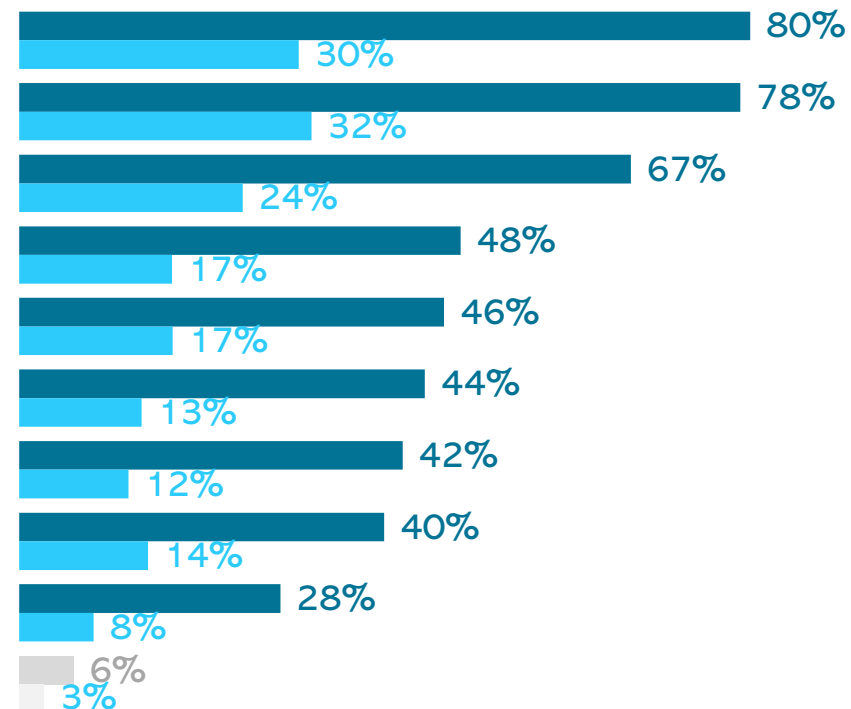
Met wie rookt ga ik in gesprek over de redenen waarom men rookt

Bij wie vapet, peil ik naar de intentie om te stoppen met vapen

Met wie vapet ga ik in gesprek over de redenen waarom men vapet

Iets anders

*Welke zaken in verband hiermee bespreekt u dan met uw patiënt?
Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?*



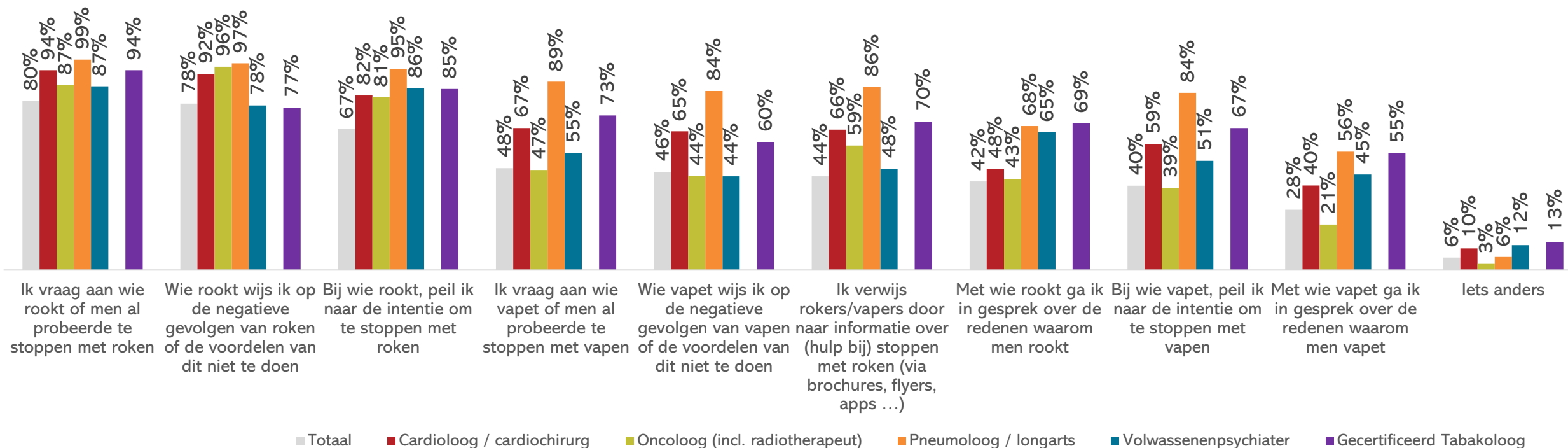
Er wordt voornamelijk gepeild naar pogingen/intentie om te stoppen met roken en wijzen op negatieve gevolgen. Het echt in gesprek gaan over de redenen van het rookgedrag wordt door twee op de vijf vermeld.

Er wordt meer op het rookgedrag ingespeeld dan het vapegedrag.

Deze informatie wordt niet systematisch gegeven, voor zowat alle categorieën doen artsen en vroedvrouwen dit meer systematisch. (bijv. Ik vraag aan wie rookt of men al probeerde te stoppen met roken (40% bij artsen); Wie rookt wijs ik op de negatieve gevolgen van roken of de voordelen van dit niet te doen (42% artsen; 44% vroedvrouwen).

Inhoud gesprek informatie over de risico's van roken

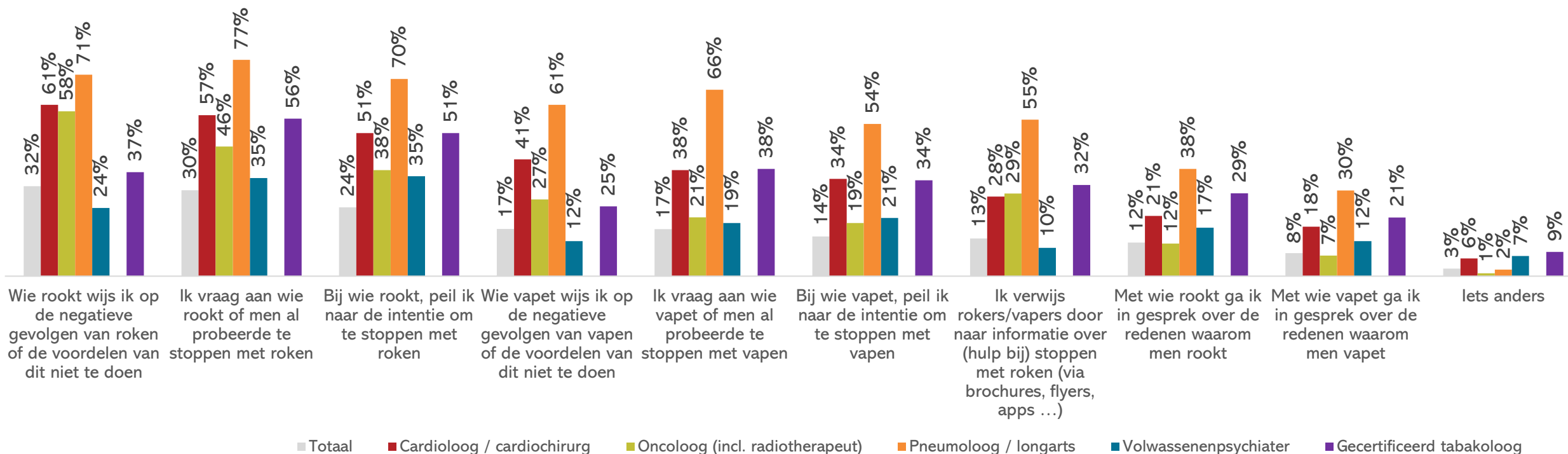
Welke zaken in verband hiermee bespreekt u dan met uw patiënt?



Pneumologen, gevolgd door cardiologen geven het meest van de gespecialiseerde artsen diverse informatie en gaan dieper in op aspecten van het rookgedrag van hun patiënten. De focus ligt daarbij nog altijd beduidend meer op roken dan op vapen.

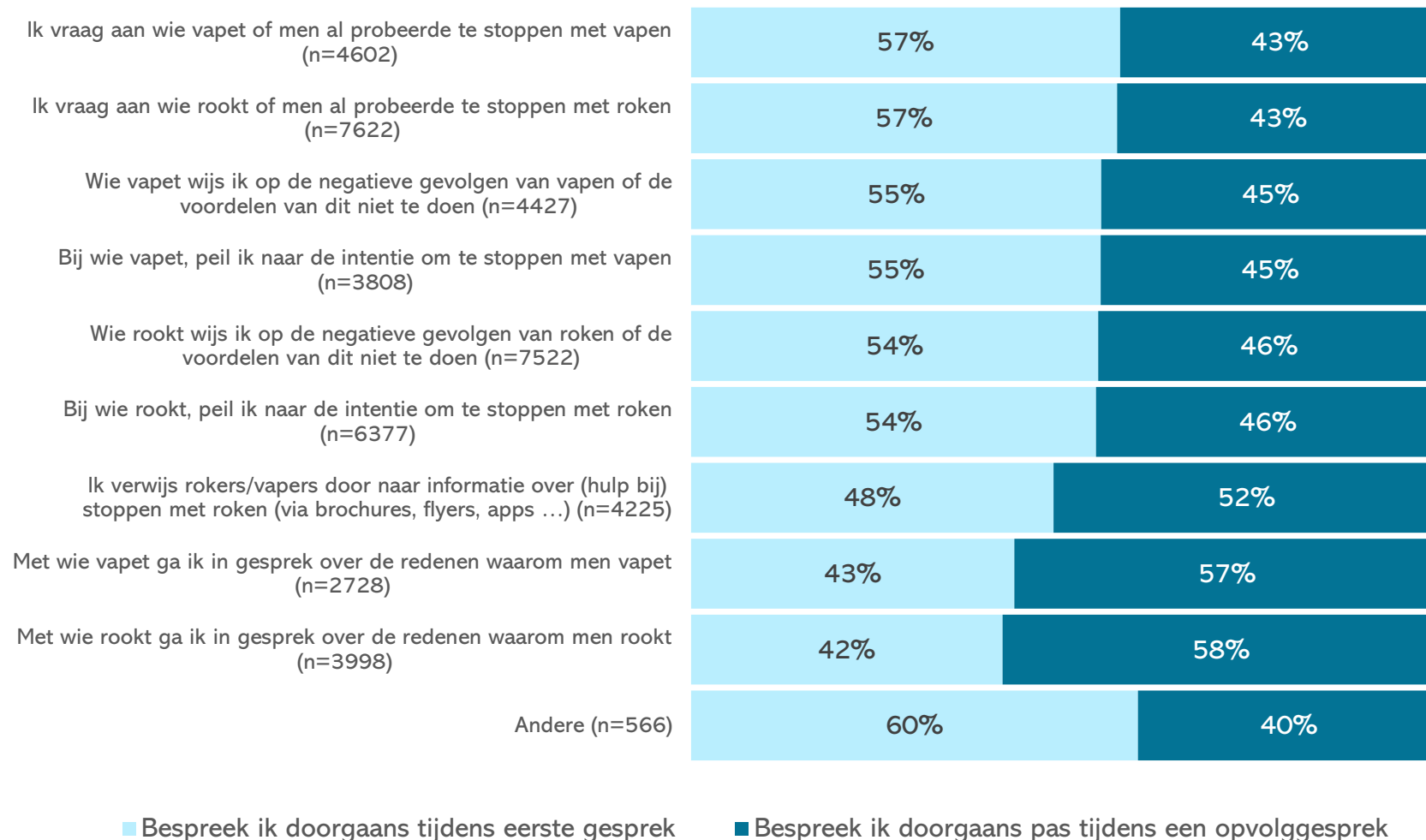
Inhoud gesprek informatie over de risico's van roken

Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?



Nagenoeg dezelfde vaststellingen gelden voor het systematisch bevragen van rookgewoonten

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?

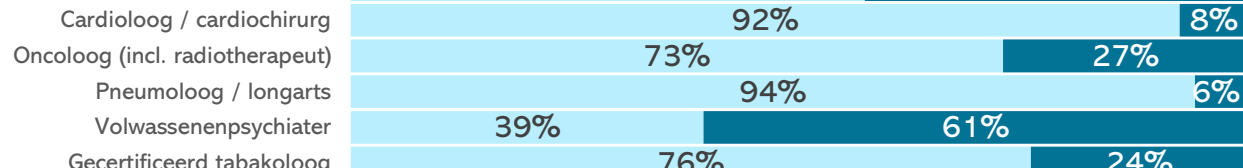


U geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen. Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

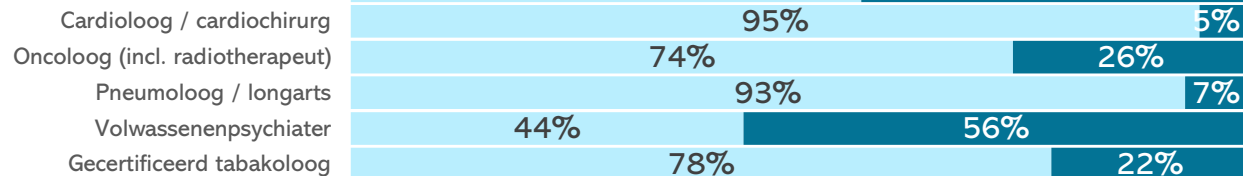
Aangezien deze informatie al iets dieper gaat dan of men rookt of niet, geldt de algemene regel hier dat basisinformatie vaker in een eerste gesprek gevraagd wordt en naargelang de informatie meer gedetailleerd wordt, de kans stijgt dat deze pas in een opvolggesprek aan bod komt.

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?

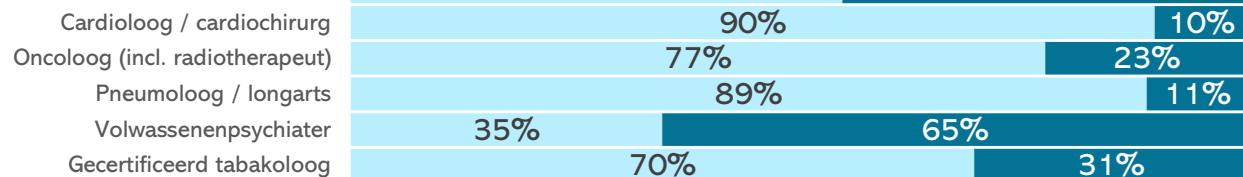
Ik vraag aan wie vapet of men al probeerde te stoppen met vaperen (n=4602)



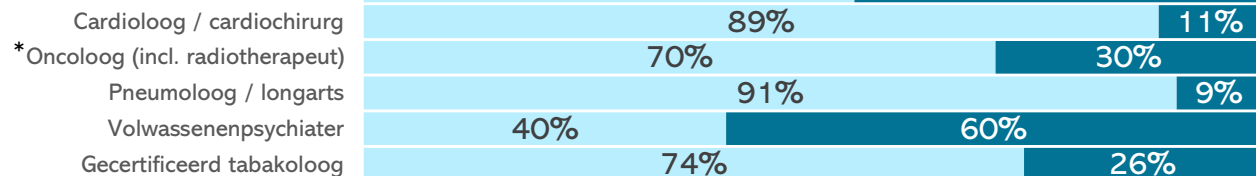
Ik vraag aan wie rookt of men al probeerde te stoppen met roken (n=7622)



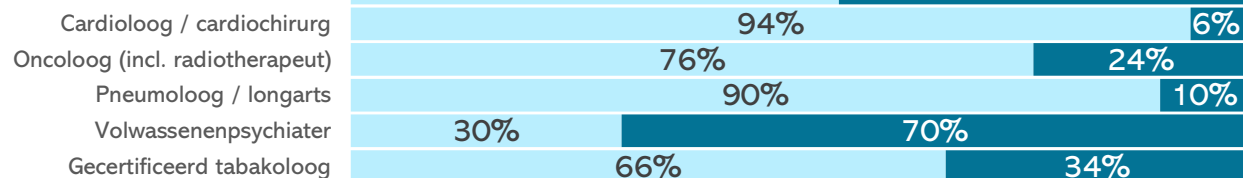
Wie vapet wijs ik op de negatieve gevolgen van vaperen of de voordelen van...



Bij wie vapet, peil ik naar de intentie om te stoppen met vaperen (n=3808)



Wie rookt wijs ik op de negatieve gevolgen van roken of de voordelen van...



■ Bespreek ik doorgaans tijdens eerste gesprek

■ Bespreek ik doorgaans pas tijdens een opvolgggesprek

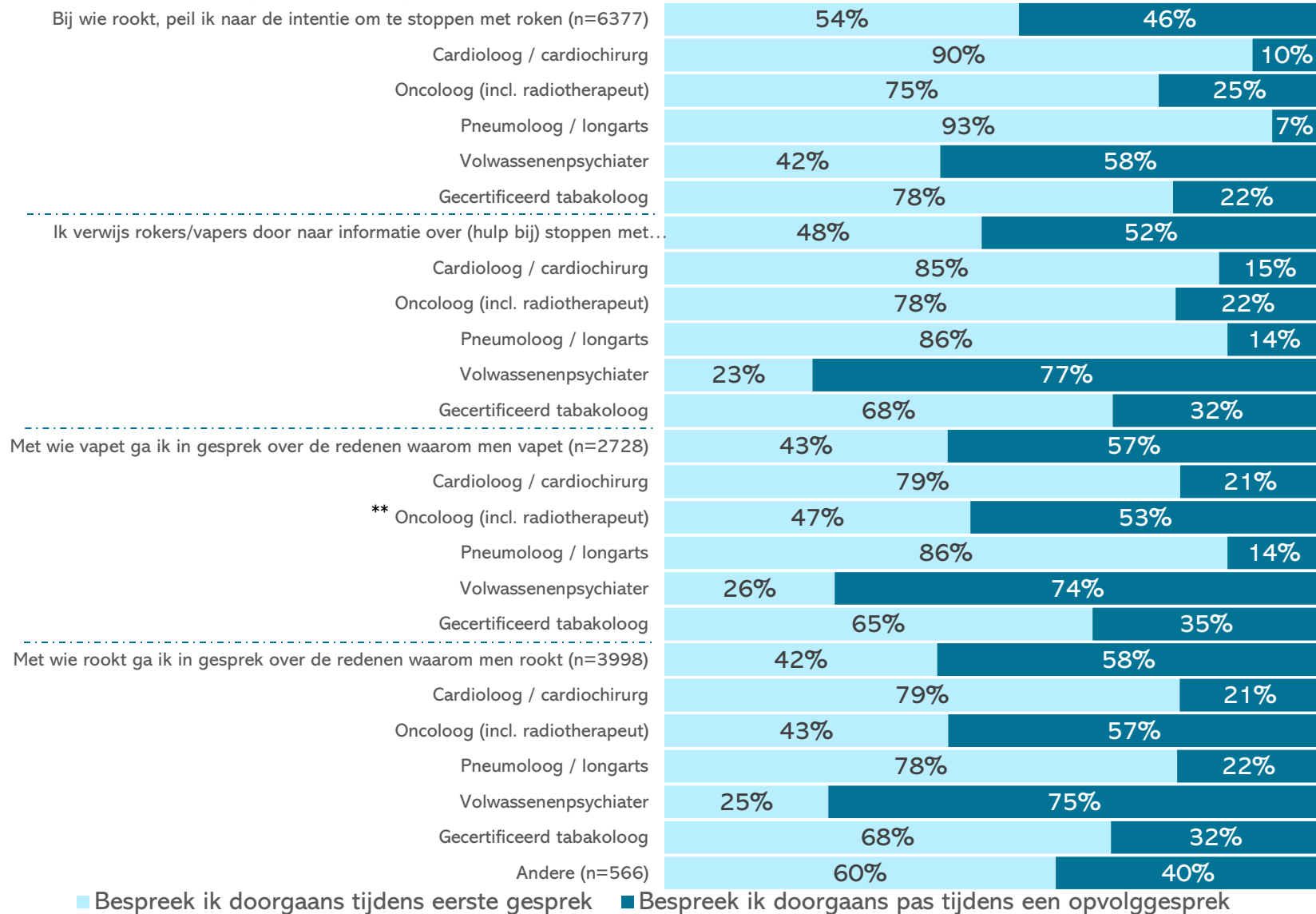
U geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen.

Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Aangezien deze informatie al iets dieper gaat dan of men rookt of niet, geldt de algemene regel hier dat basisinformatie vaker in een eerste gesprek gevraagd wordt en naargelang de informatie meer gedetailleerd wordt, de kans stijgt dat deze pas in een opvolgggesprek aan bod komt. Dit geldt ook, maar beduidend minder uitgesproken voor cardiologen en pneumologen.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?

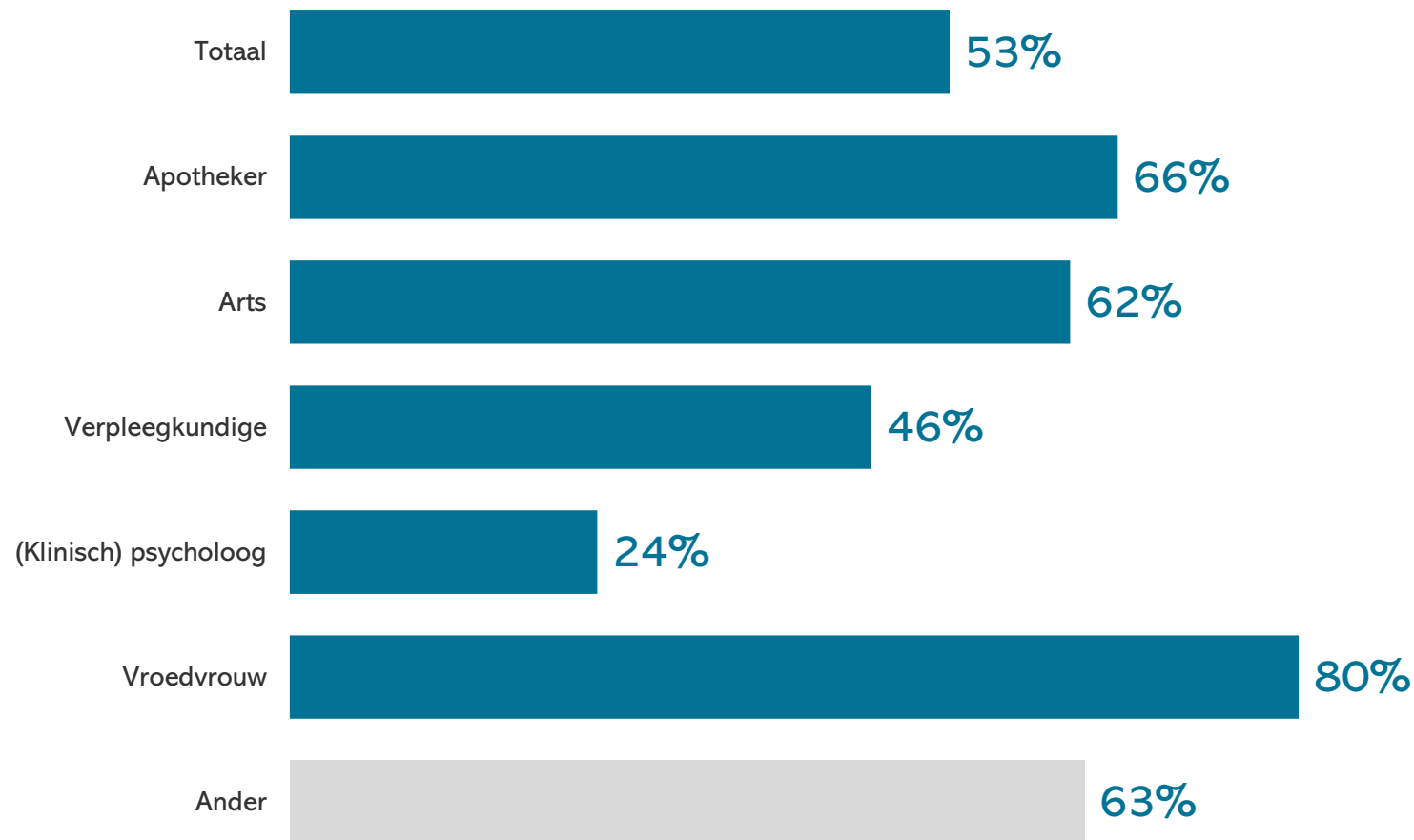


U geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen. Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Aangezien deze informatie al iets dieper gaat dan of men rookt of niet, geldt de algemene regel hier dat basisinformatie vaker in een eerste gesprek gevraagd wordt en naargelang de informatie meer gedetailleerd wordt, de kans stijgt dat deze pas in een opvolgggesprek aan bod komt. Dit geldt ook, maar beduidend minder uitgesproken voor cardiologen en pneumologen.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag? Ratio eerste gesprek



U geeft informatie over de risico's van roken en gaat dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen. Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Bij wie patiënten info geeft, wordt er in 53% van de gevallen dieper ingegaan op alle aspecten tijdens het eerste gesprek.

Dit percentage ligt hoger bij apothekers, artsen en vroedvrouwen en lager bij verpleegkundigen en psychologen.

Inhoud gesprek eigen rookgedrag patiënt

U neemt een proactieve rol op om het rookgedrag bij uw patiënten te stoppen.

Ik bevrraag patiënten over hun eigen rookgedrag of rookgedrag van anderen waarmee ze in contact komen



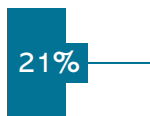
21%

n=3745

Ik geef informatie over de risico's van roken en ga dieper in op de redenen waarom men rookt en of men al overwogen heeft om te stoppen



Ik neem een proactieve rol op om het rookgedrag te stoppen

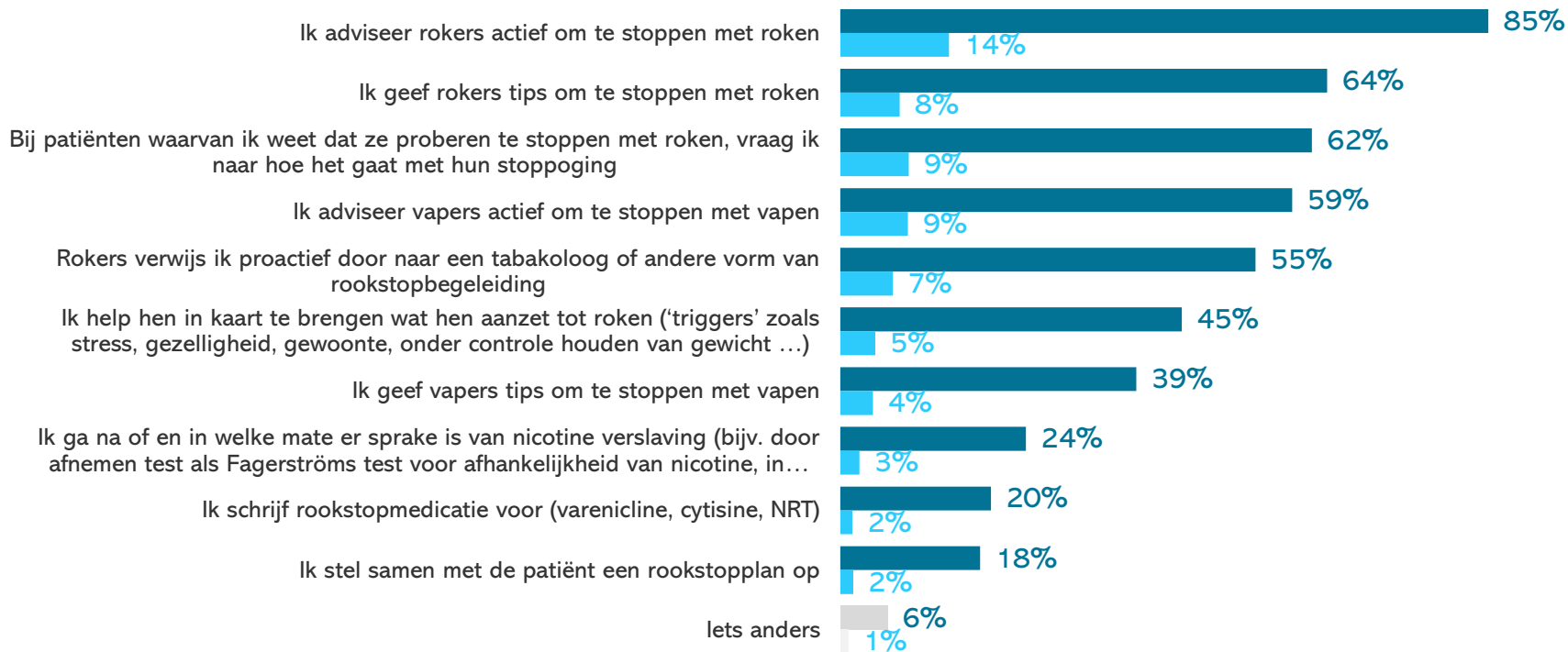


Peilt (bijna) nooit naar rookgedrag bij patiënten



Welke zaken in verband hiermee doet u dan?

Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?



Als zorgprofessionals een proactieve rol opnemen, is dit het adviseren om te stoppen met roken, geven ze tips of wordt de stoppoging opgevolgd.

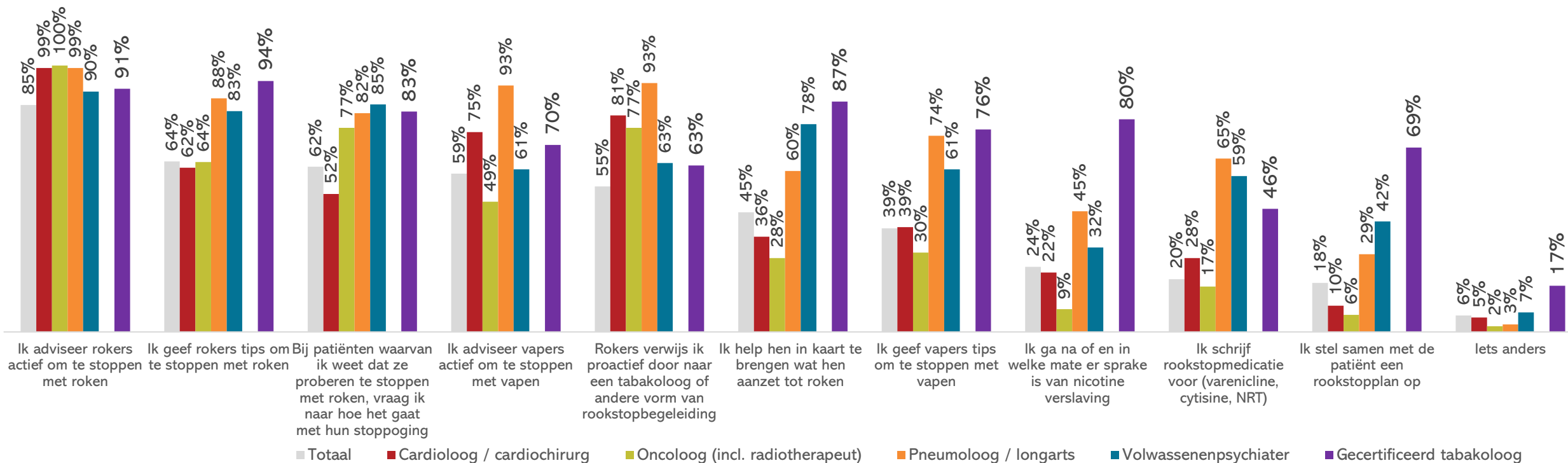
Mensen die roken worden beduidend meer aangezet om te stoppen dan mensen die vaperen.

Artsen adviseren meer om te stoppen met roken (96%), stoppen met vaperen (69%), verwijzen meer door naar een tabakoloog of ander (69%) of schrijven rookstopmedicatie voor (41%). Apothekers geven meer tips om te stoppen met roken (89%). Zowel apothekers als psychologen volgen meer op hoe het gaat met de stoppoging (83% en 78% respectievelijk).

Artsen adviseren meer systematisch om te stoppen met roken (31%) of vaperen (19%) en verwijzen meer systematisch door naar een tabakoloog of andere (14%).

Inhoud gesprek proactieve rol rookstop

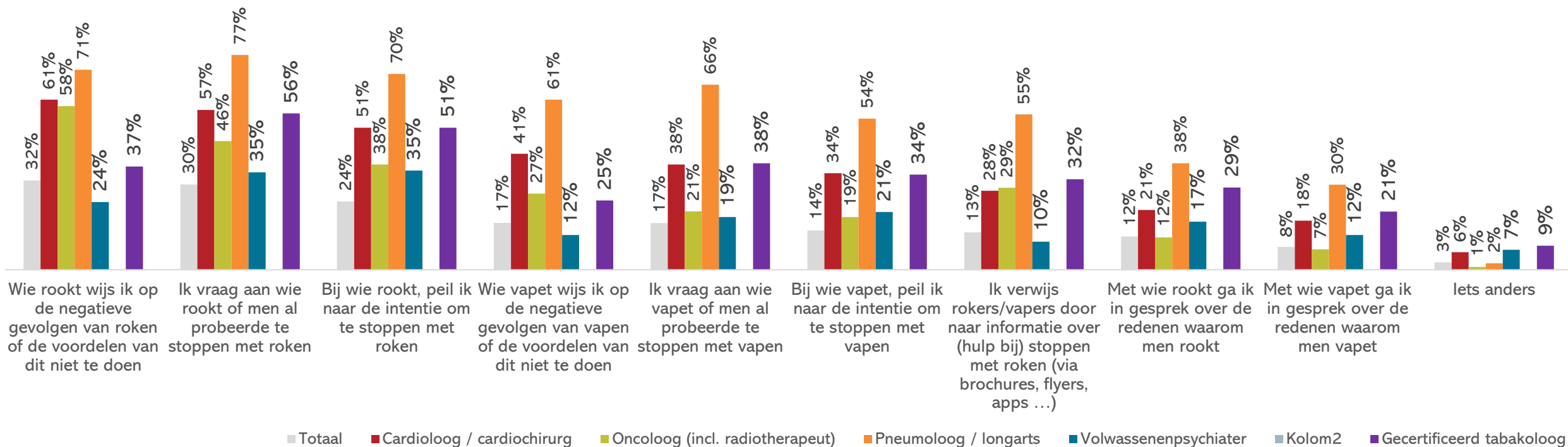
Welke zaken in verband hiermee bespreekt u dan met uw patiënt?



Een proactieve rol wordt uiteraard sterk opgenomen door gecertificeerde tabakologen. Psychiaters gaan meest van de specialisaties op zoek naar de drijfveren van het rookgedrag.

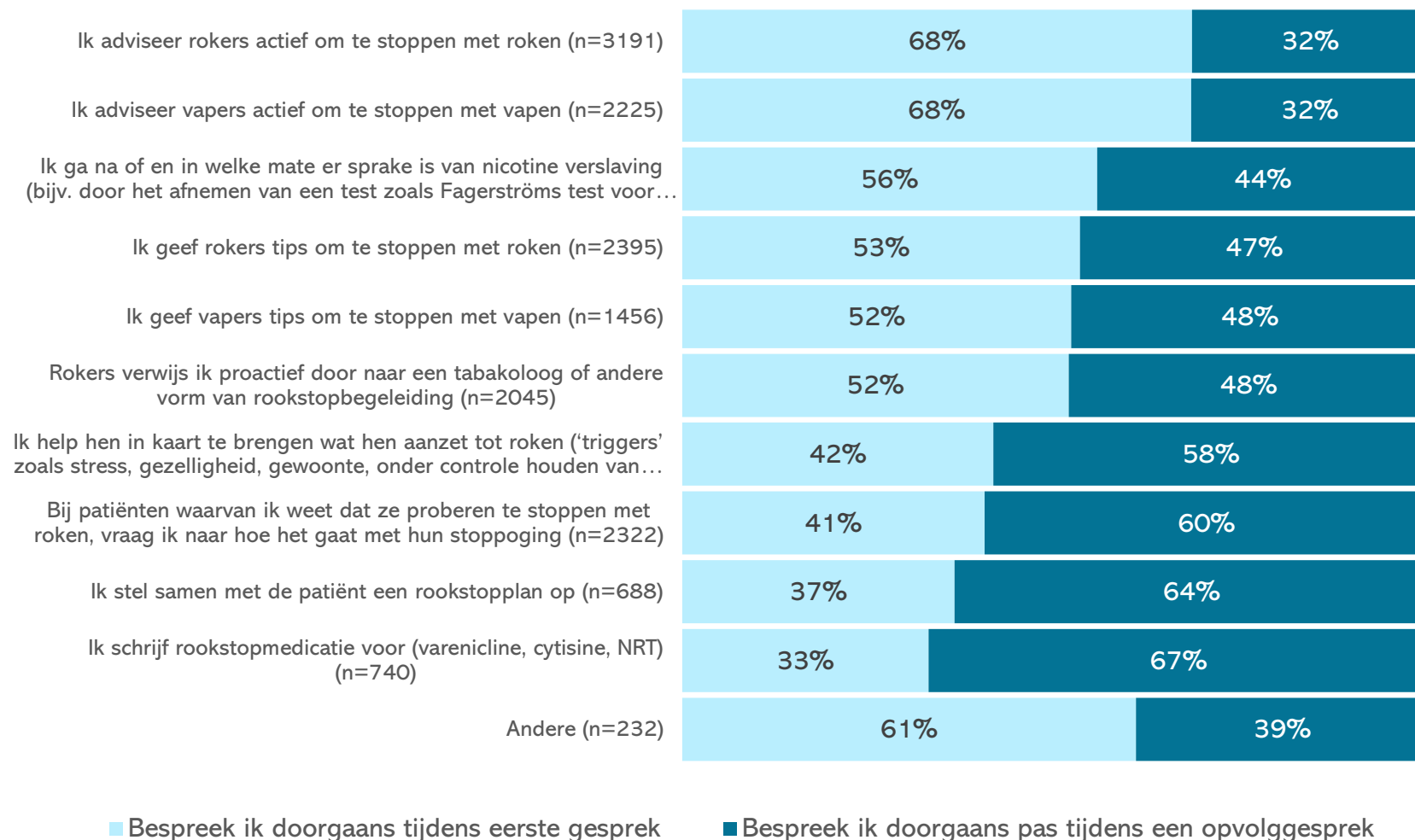
Inhoud gesprek proactieve rol rookstop

Welke van deze zaken bespreekt u systematisch met iedere patiënt?



Pneumologen spelen het meest systematisch hun proactieve rol, gevolgd door cardiologen.

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?

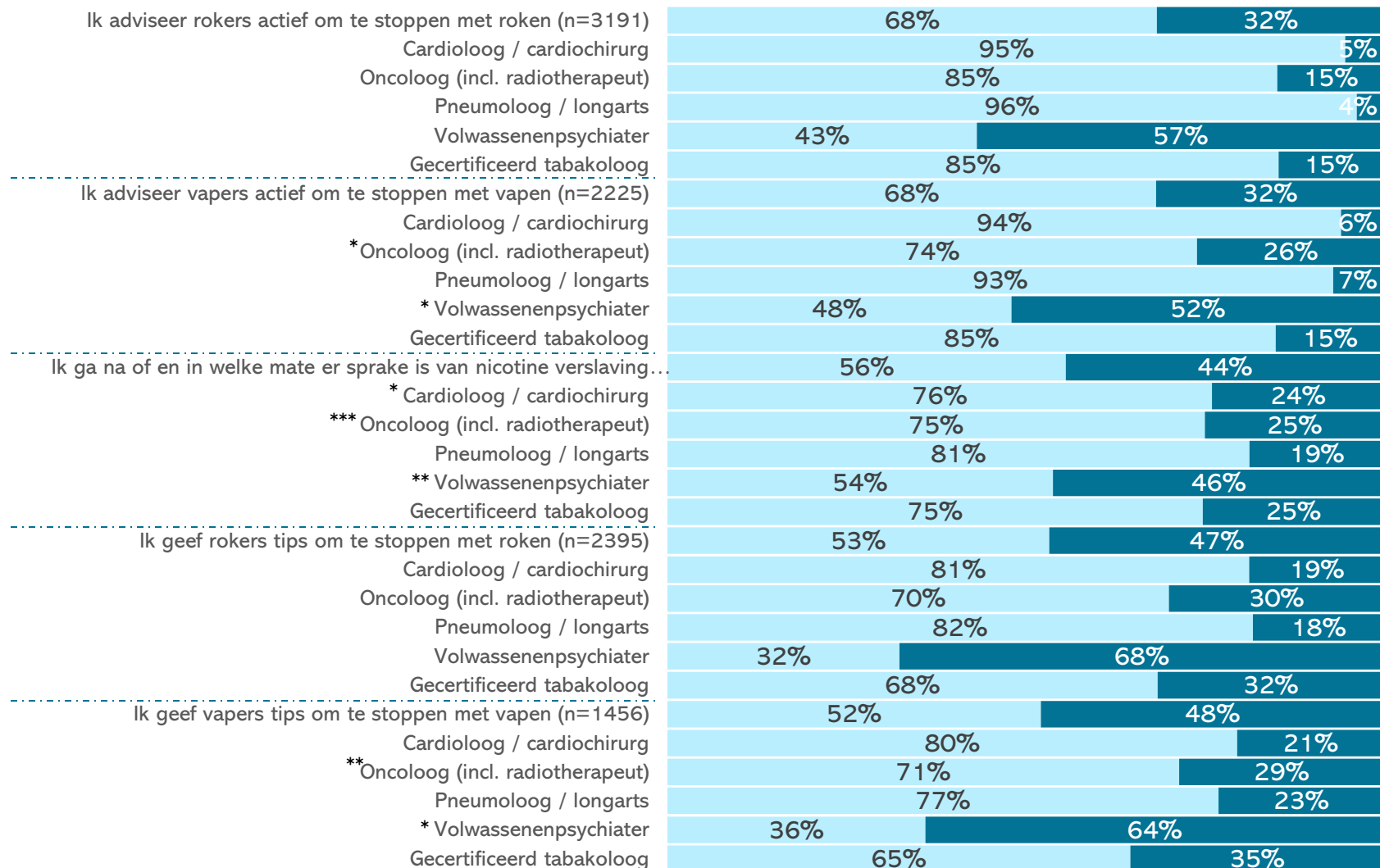


U neemt een proactieve rol op om het rookgedrag bij uw patiënten te stoppen. . Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Deze aspecten verlopen duidelijk in stappen:

1. Eerst advies;
2. pas later diagnose, tips en doorverwijzing;
3. het achterhalen van drijfveren, actieve plannen en medicatie komt pas later in de relatie.

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?



U neemt een proactieve rol op om het rookgedrag bij uw patiënten te stoppen. . Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

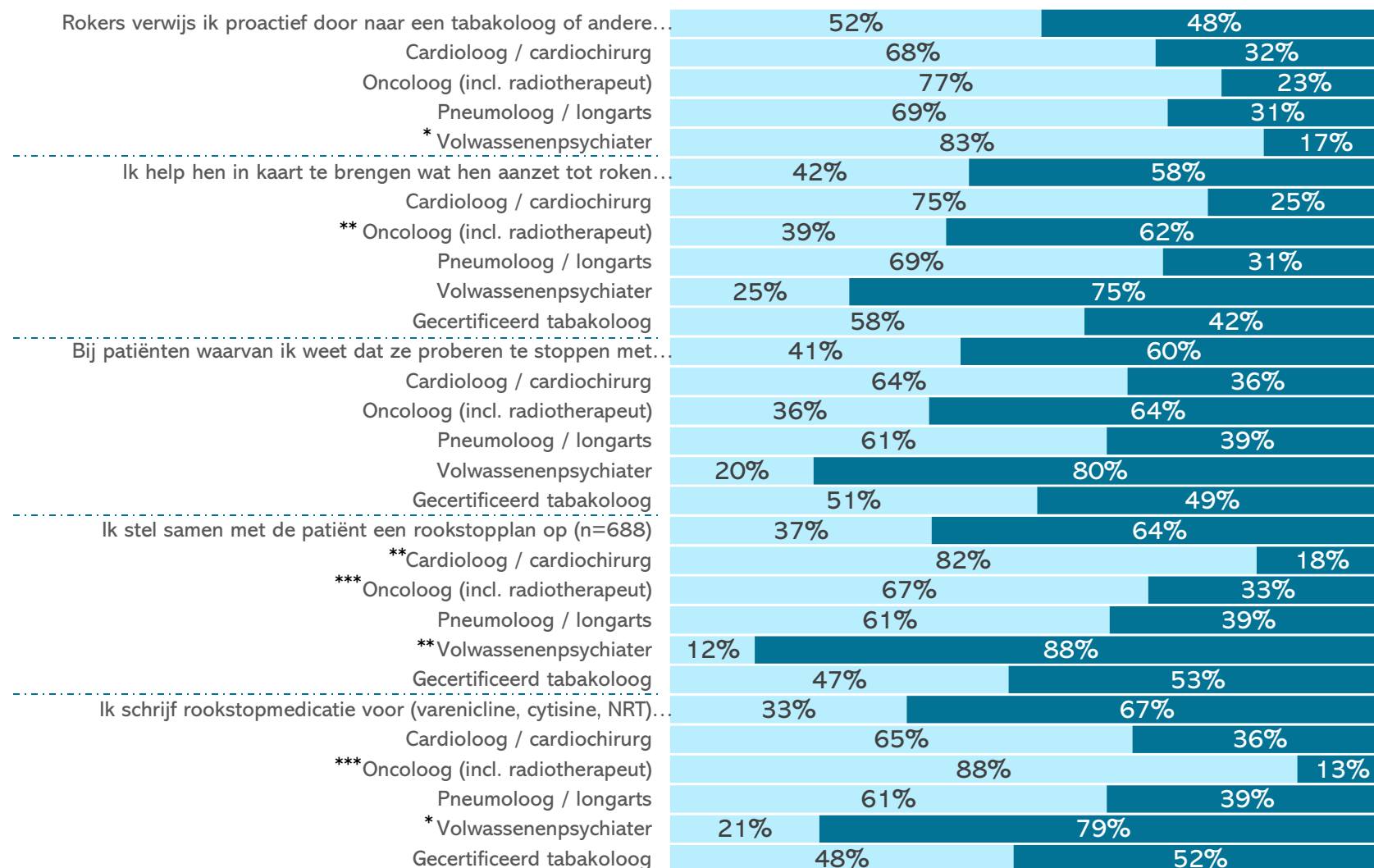
Deze aspecten verlopen duidelijk in stappen:

1. Eerst advies;
2. pas later diagnose, tips en doorverwijzing;
3. het achterhalen van drijfveren, actieve plannen en medicatie komt pas later in de relatie.

Dit geldt ook, maar beduidend minder uitgesproken voor cardiologen en pneumologen.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag?



U neemt een proactieve rol op om het rookgedrag bij uw patiënten te stoppen. . Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

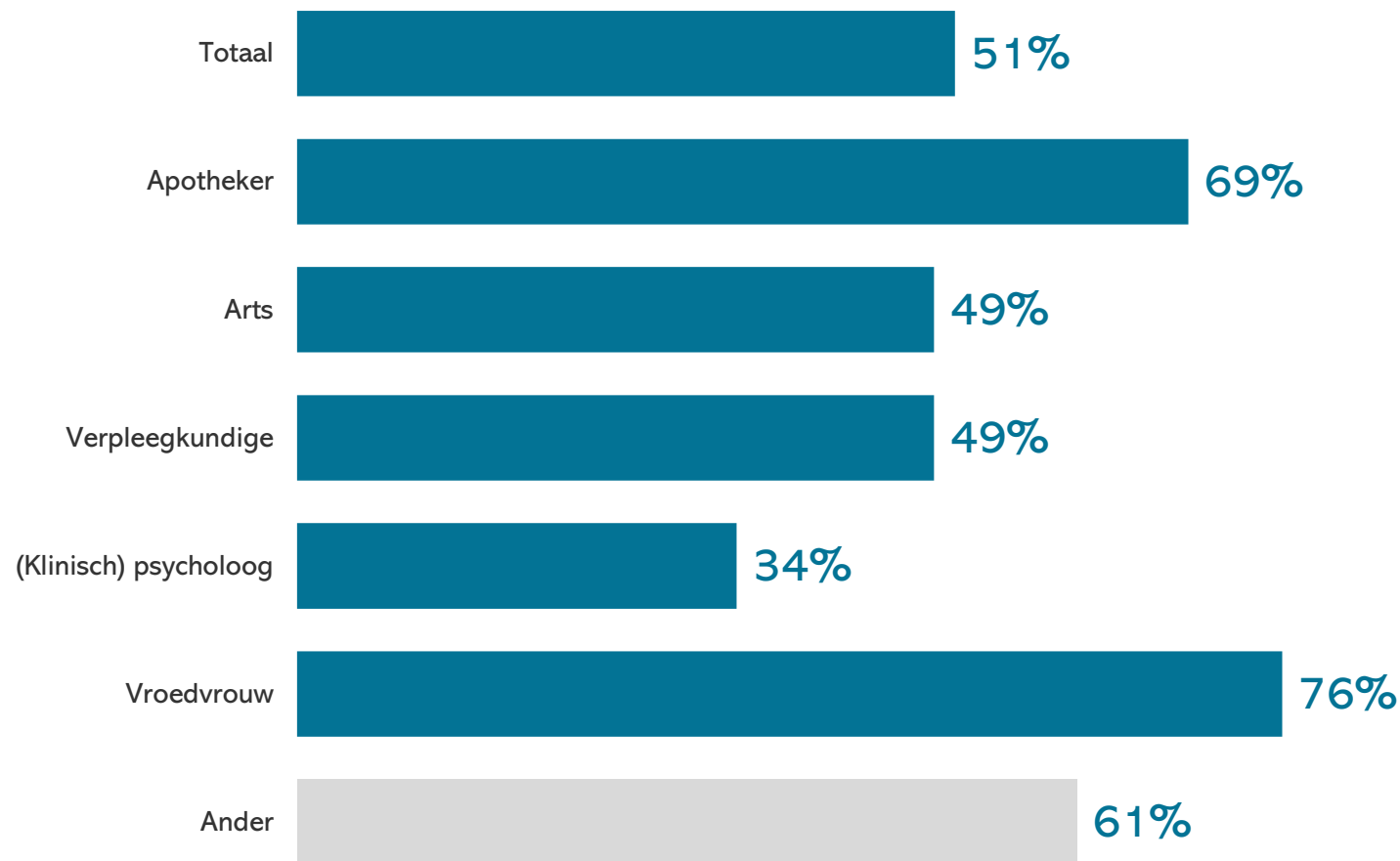
Deze aspecten verlopen duidelijk in stappen:

1. Eerst advies;
2. pas later diagnose, tips en doorverwijzing;
3. het achterhalen van drijfveren, actieve plannen en medicatie komt pas later in de relatie.

Dit geldt ook, maar beduidend minder uitgesproken voor cardiologen en pneumologen.

* n<30 ** n<20 ***n<10

Wanneer bespreekt men welke aspecten van het rookgedrag? Ratio eerste gesprek



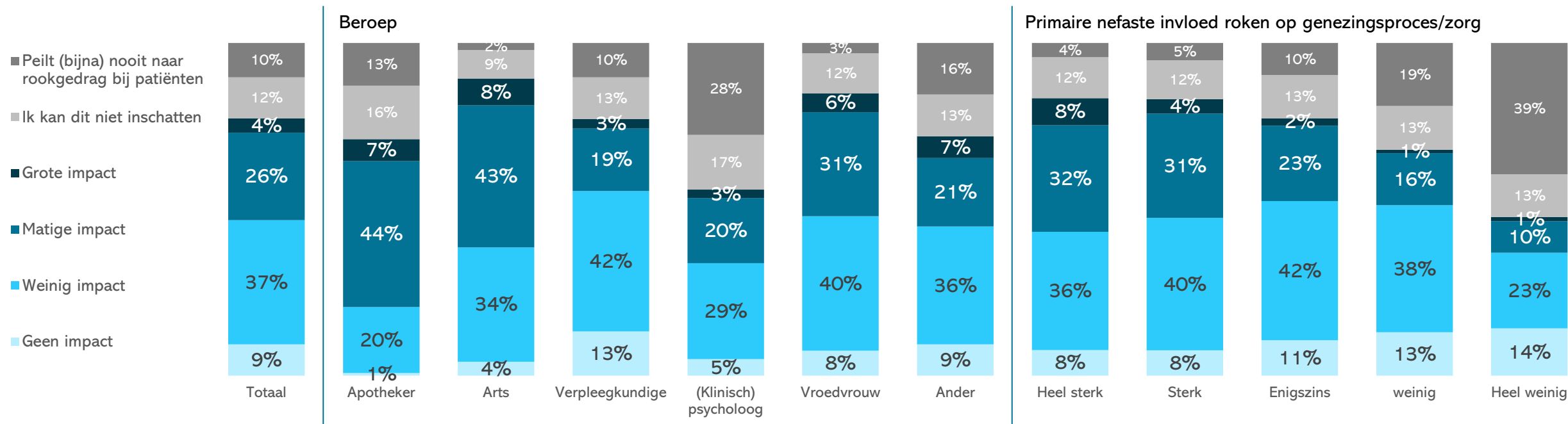
U neemt een proactieve rol op om het rookgedrag bij uw patiënten te stoppen. . Bespreekt u al deze zaken meteen bij het eerste gesprek of bespreekt u sommige zaken pas later met de patiënt? Geef voor ieder onderwerp aan wanneer u het doorgaans aansnijdt met een nieuwe patiënt.

Bij wie een proactieve rol opneemt, wordt er in 51% van de gevallen dieper ingegaan op alle aspecten tijdens het eerste gesprek.

Dit percentage ligt hoger bij apothekers en vroedvrouwen.

Perceptie impact praten met patiënten op rookgedrag

Naar uw aanvoelen, in welke mate heeft het feit dat u met uw patiënten praat over hun rookgewoonten impact op hun rookgedrag?

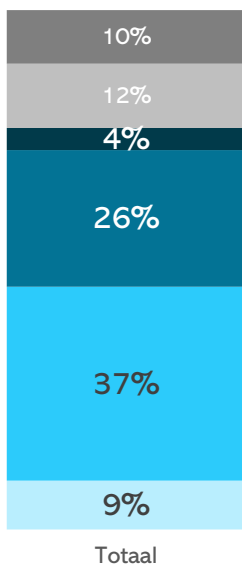


Nagenoeg de helft meent dat praten over roken weinig of geen impact heeft. Hoe sterker de negatieve invloed van roken op het genezingsproces is, hoe meer men vindt dat het praten over rookgedrag een impact heeft. Artsen, apothekers en vroedvrouwen schatten hun impact hoger in.

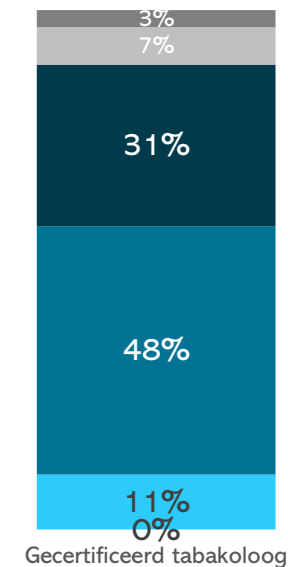
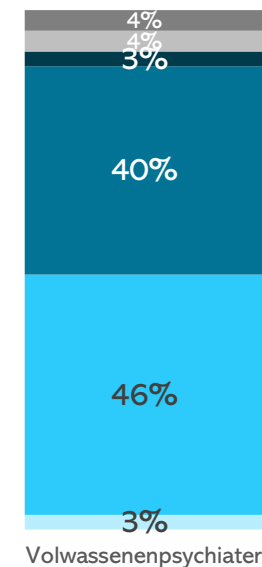
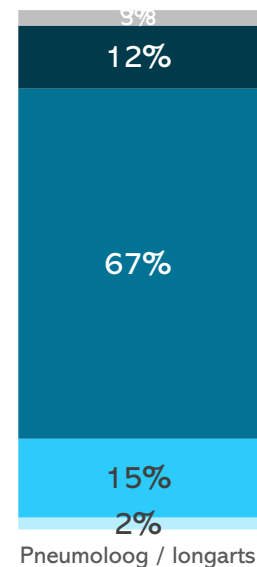
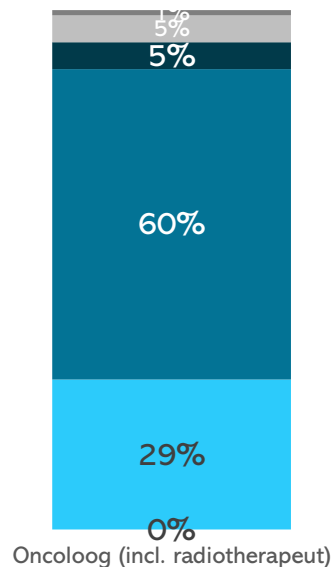
Perceptie impact praten met patiënten op rookgedrag

Naar uw aanvoelen, in welke mate heeft het feit dat u met uw patiënten praat over hun rookgewoonten impact op hun rookgedrag?

- Peilt (bijna) nooit naar rookgedrag bij patiënten
- Ik kan dit niet inschatten
- Grote impact
- Matige impact
- Weinig impact
- Geen impact



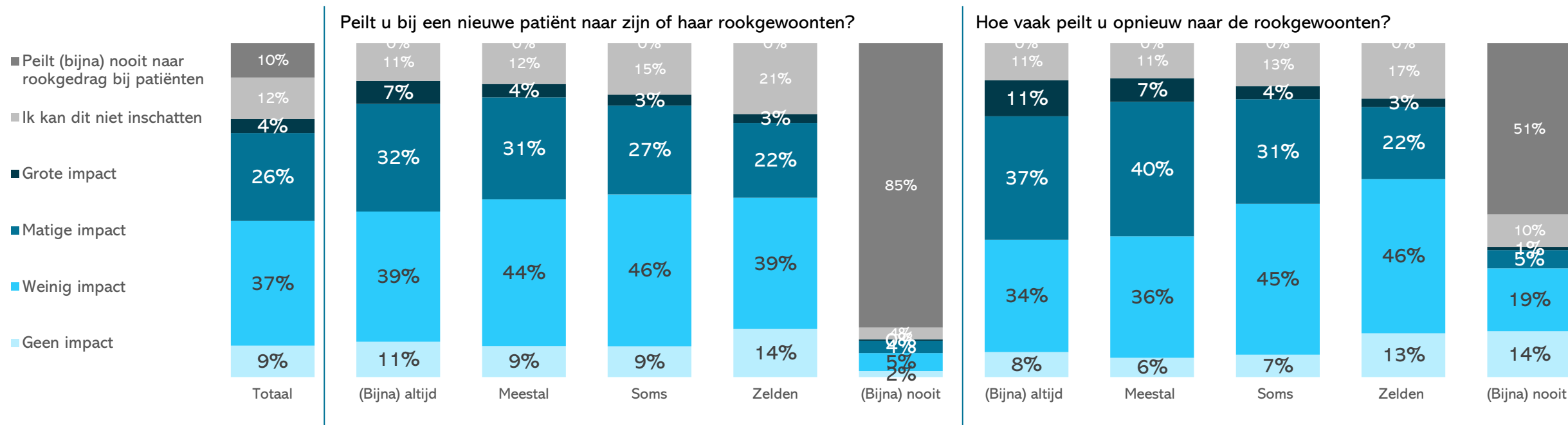
Specialisatie arts / gecertificeerd tabakoloog



Alle artsen met een sterk relevante specialisatie en zeker tabakologen schatten hun impact hoger in dan gemiddeld.

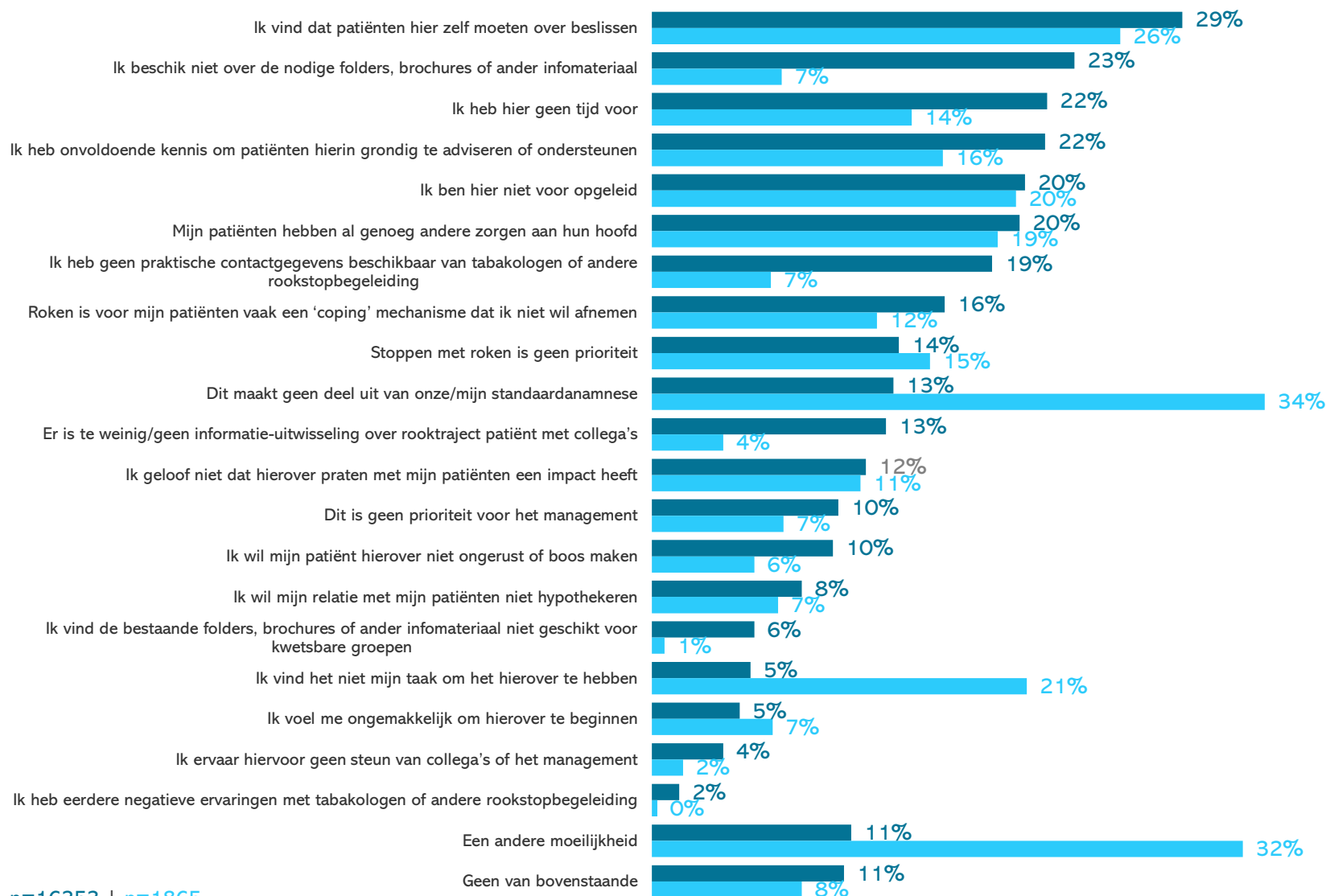
Perceptie impact praten met patiënten op rookgedrag

Naar uw aanvoelen, in welke mate heeft het feit dat u met uw patiënten praat over hun rookgewoonten impact op hun rookgedrag?



Wie frequent peilt naar het rookgedrag van hun patiënten en voornamelijk wie aangeeft frequent **opnieuw** te peilen naar het rookgedrag, rapporteert een grotere impact van gesprekken dan zorgprofessionals die minder frequent het gesprek (opnieuw) aangaan.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels



Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken? Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?

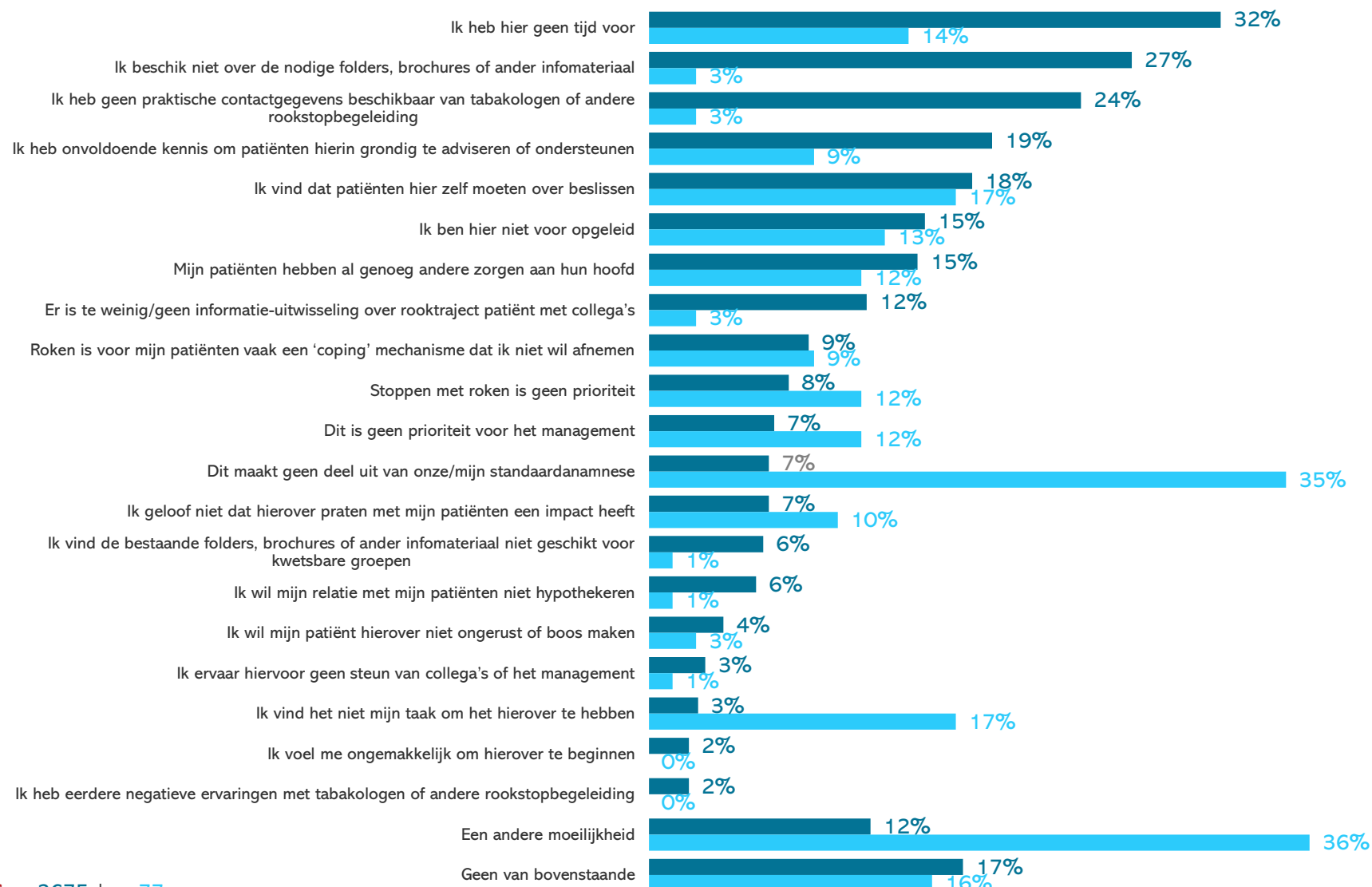
De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan zijn een gebrek aan kennis, tijd en materiaal. Daarenboven is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt de belangrijkste drempel.

Wie bijna nooit spreekt met patiënten over stoppen met roken, geeft aan dat dit niet tot de standaard anamnese behoort en/of vindt dat dit tot hun taken behoort.

De grote groep andere moeilijkheden gaan over:

- **Doelgroep:** veel respondenten werken met kinderen, jongeren, mensen met een verstandelijke beperking, hoogbejaarden of palliatieve patiënten, voor wie roken volgens hen niet of nauwelijks relevant is of niet meer veranderd kan worden.
- **Werkcontext of functie** die het gesprek bemoeilijkt: ze hebben slechts kort of eenmalig contact met patiënten (bv. in operatiekwartier, radiologie, ziekenhuisapotheek), of zien het bespreken van rookgedrag niet als hun taak maar als verantwoordelijkheid van artsen of tabakologen.
- **Persoonlijke factoren:** sommige zorgprofessionals voelen zich ongemakkelijk omdat ze zelf roken, of willen vermijden "moraliserend" of te belerend over te komen.
- **Andere prioriteiten:** patiënten komen vaak met acute of zwaardere problemen (zoals psychiatrische crisissen, trauma, oncologie of palliatieve zorg), waardoor stoppen met roken naar de achtergrond verschuift.
- **Het aanvoelen dat het weinig zin heeft** omdat patiënten al goed geïnformeerd zijn, weinig motivatie hebben of roken als hun laatste plezierje ervaren.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (arts)

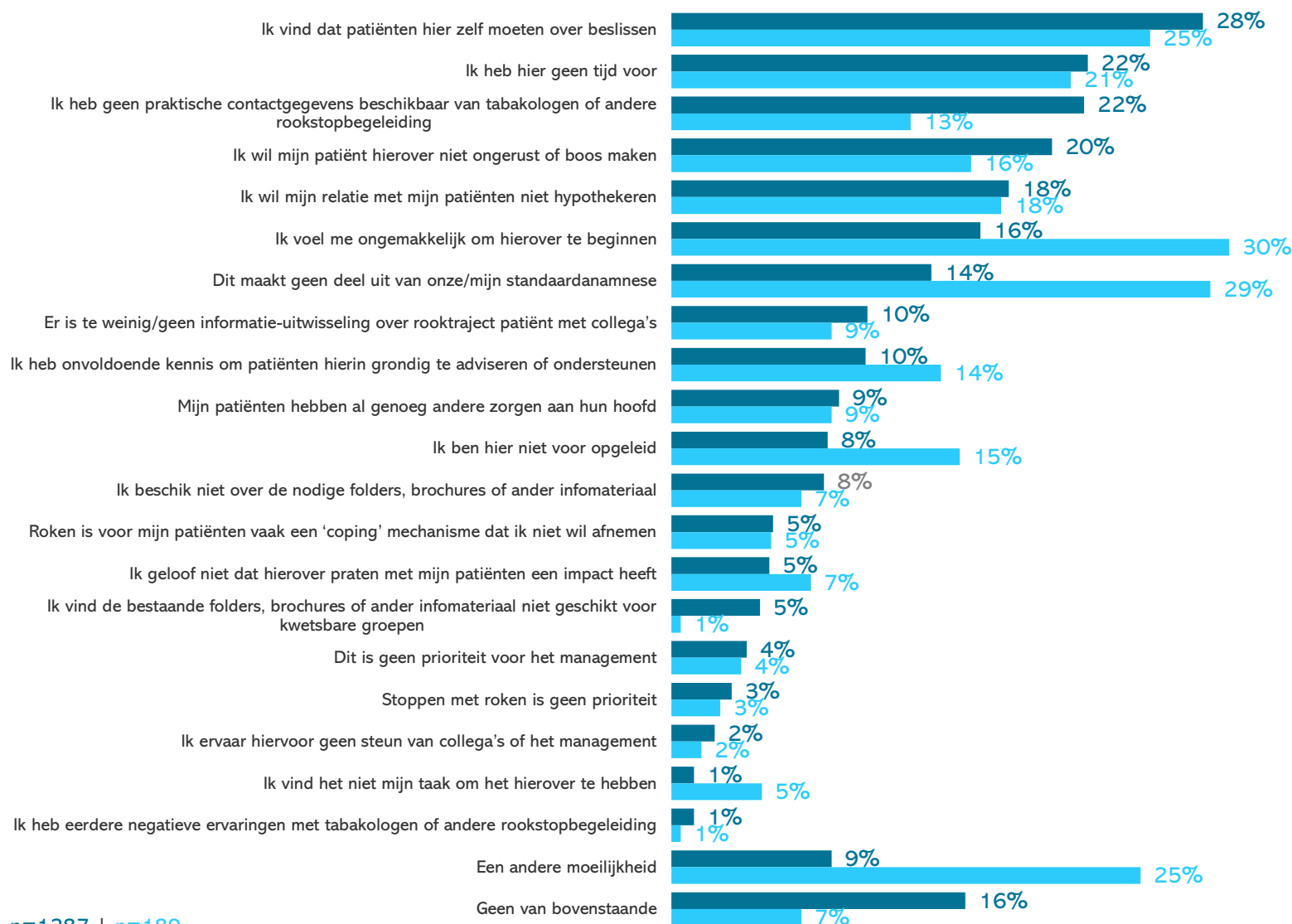


*Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?
Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?*

De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan als arts zijn een gebrek aan tijd, materiaal en kennis. Een kwart geeft aan geen contactgegevens te hebben van tabakologen of rookstopbegeleiding.

Opvallend (betreft een kleine groep artsen): 35% van de artsen die niet met patiënten praten over stoppen met roken geeft aan dat dit geen deel uitmaakt van de standaardanamnese, 17% geeft aan dat dit niet hun taak is.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Apotheker)

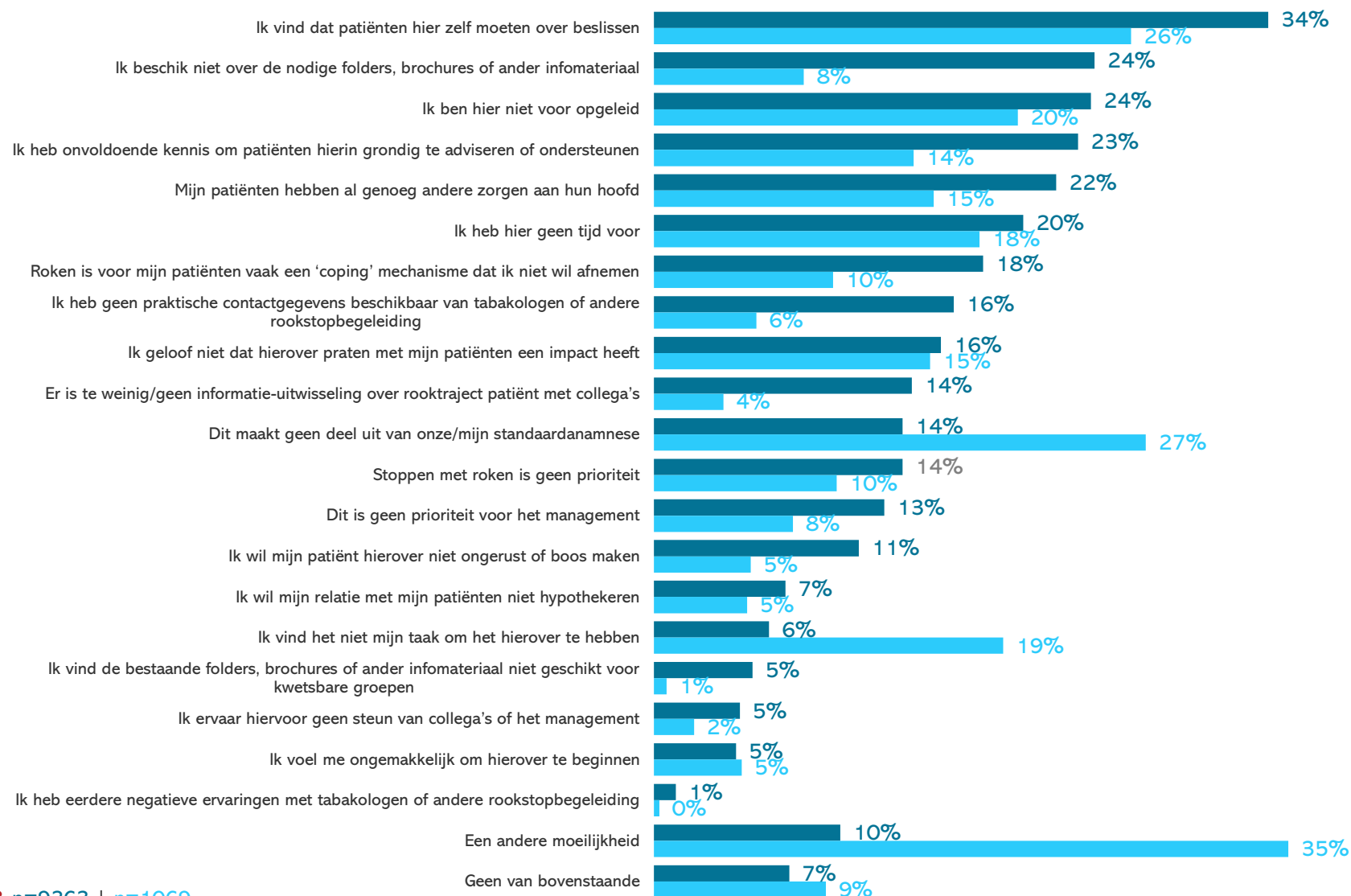


*Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?
Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?*

De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan als apotheker zijn een gebrek aan tijd en contactgegevens. Meer dan een kwart geeft aan dat patiënten daar zelf over moeten beslissen.

Bij de apothekers speelt de relatie veel meer. De patiënt is hier ook uiteraard een klant en men wil deze niet schofferen.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Verpleegkundige)

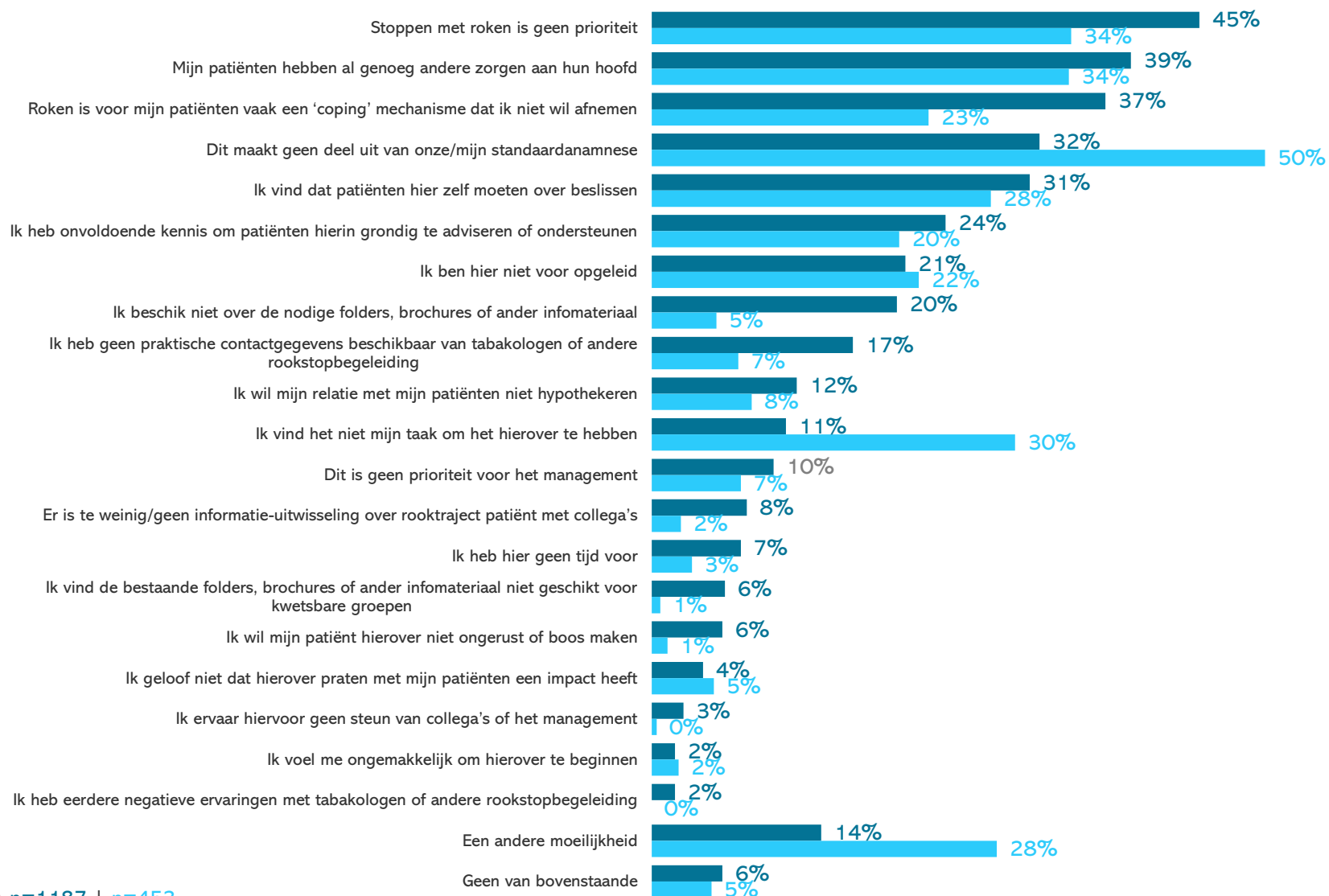


*Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?
Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?*

De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan als verpleegkundige zijn een gebrek aan informatie en een gebrek aan kennis/opleiding. Meer dan een derde geeft aan dat patiënten daar zelf over moeten beslissen.

Verpleegkundigen geven aan dat patiënten genoeg andere zorgen aan hun hoofd hebben. Uiteraard speelt de context waarin je een verpleegkundige als patiënt ontmoet een rol. Vaak is dit bij opname, onderzoeken, thuisbezoeken ...

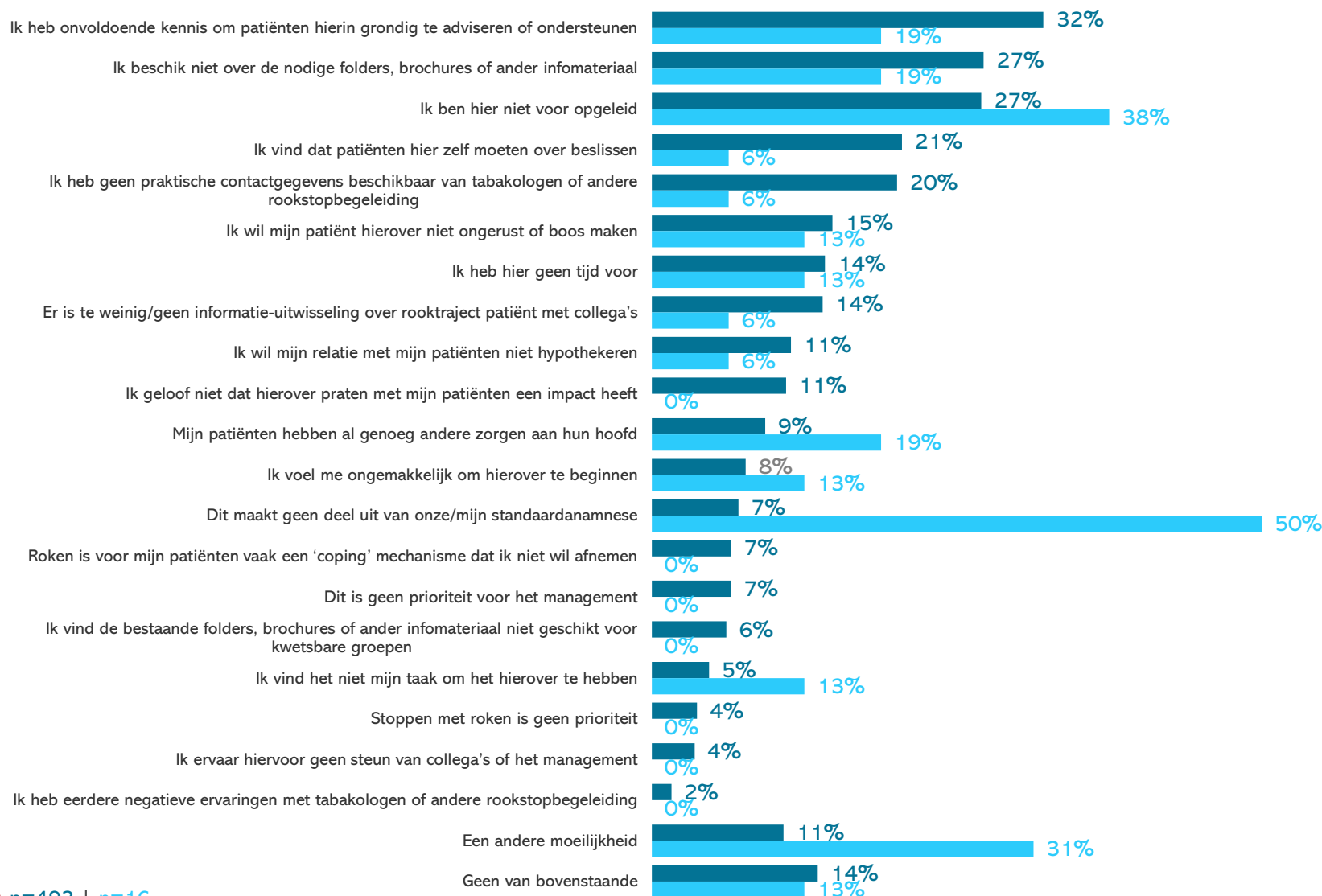
Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Psycholoog)



*Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?
Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?*

De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan als psycholoog zijn dat stoppen met roken geen prioriteit is voor hun cliënten en dat ze al genoeg andere zorgen hebben. Roken is dan ook vaak een coping mechanisme.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Vroedvrouw)

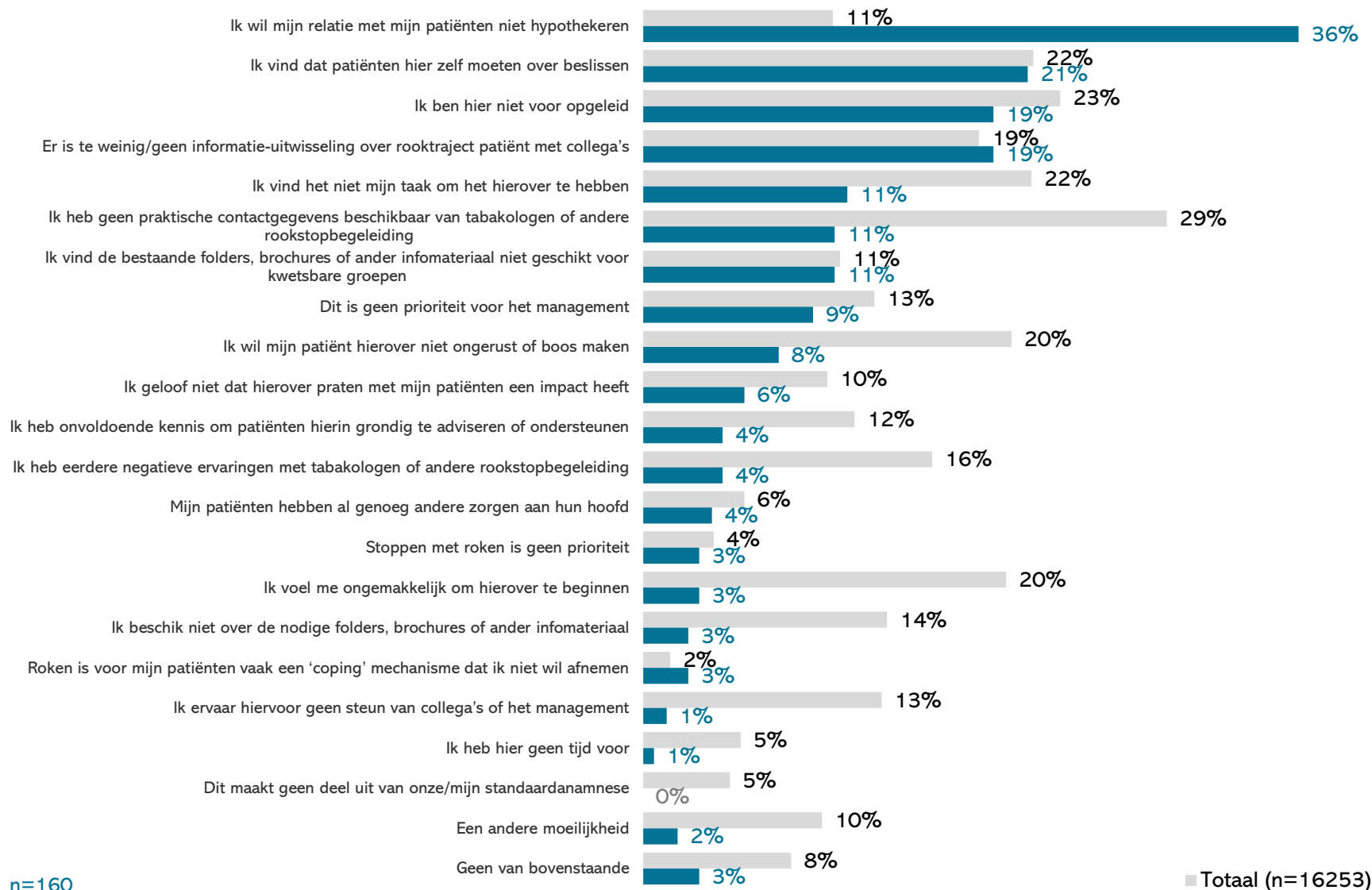


*Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?
Waarom praat u (bijna) nooit met patiënten over stoppen met roken?*

De grootste drempels om het gesprek niet aan te gaan als vroedvrouw zijn een gebrek aan kennis, opleiding en informatie. Een vijfde geeft aan dat patiënten daar zelf over moeten beslissen.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Cardioloog / cardiochirurg)

Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?

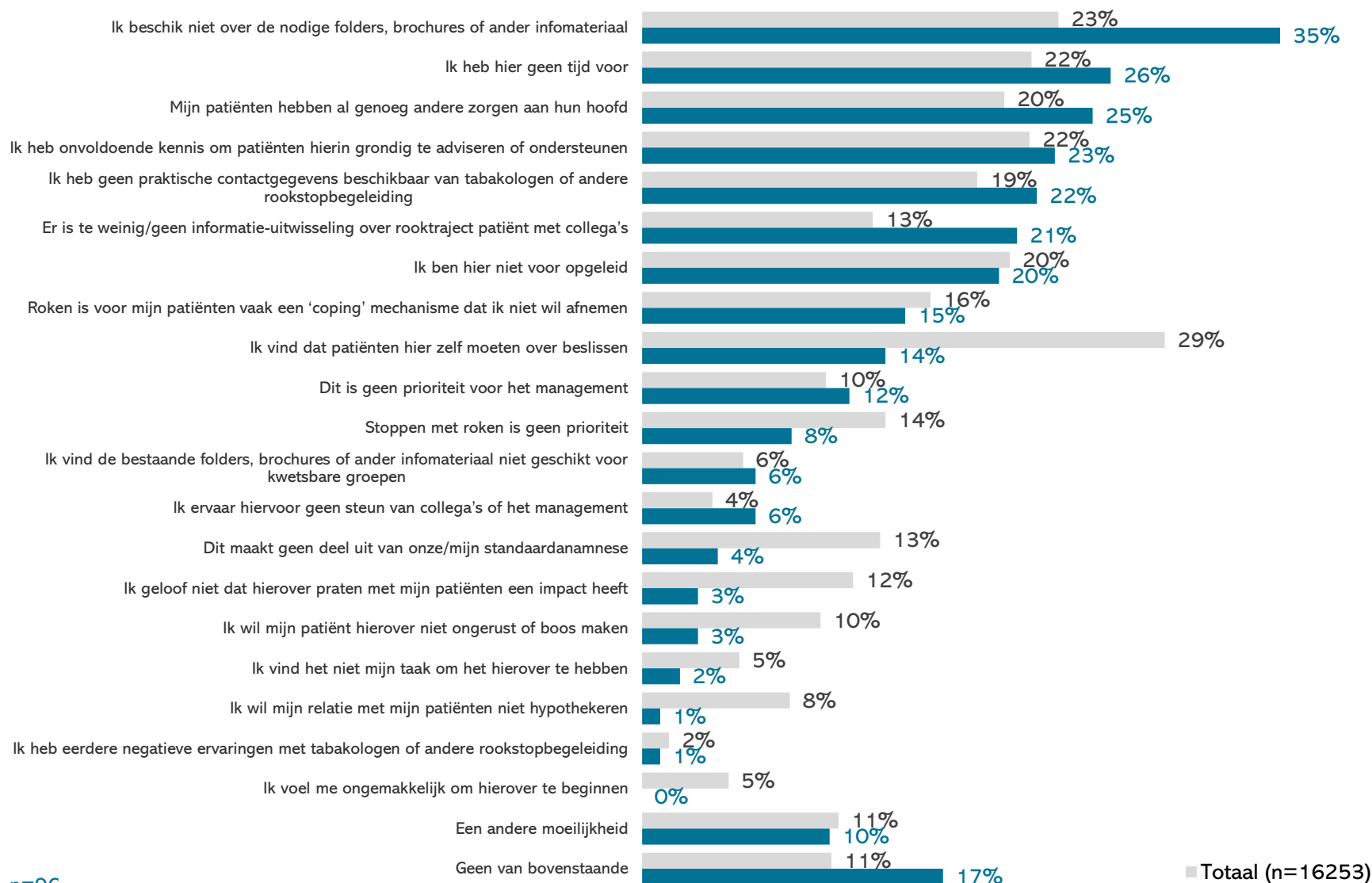


Cardiologen rapporteren één 'selectieve' (=beduidend groter dan algemeen totaal) moeilijkheid:

- Relatie met patiënt niet hypothekeken

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Oncoloog (incl. radiotherapeut))

Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?

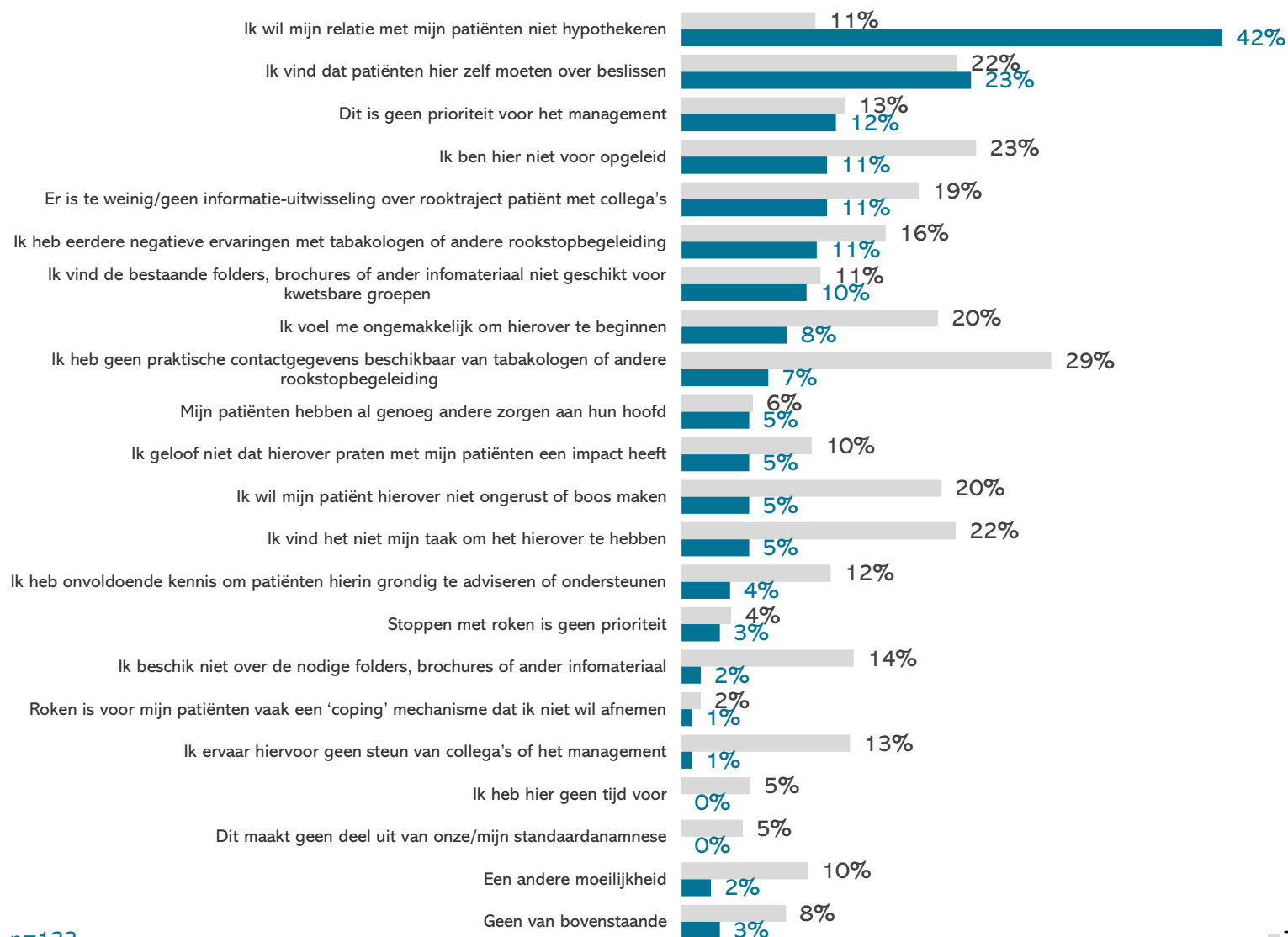


Oncologen rapporteren twee 'selectieve' (=beduidend groter dan algemeen totaal) moeilijkheid:

- Onbeschikbaarheid infomateriaal
- Gebrek aan informatie-uitwisseling over het rooktraject van de patiënt met collega's

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Pneumoloog / longarts)

Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?

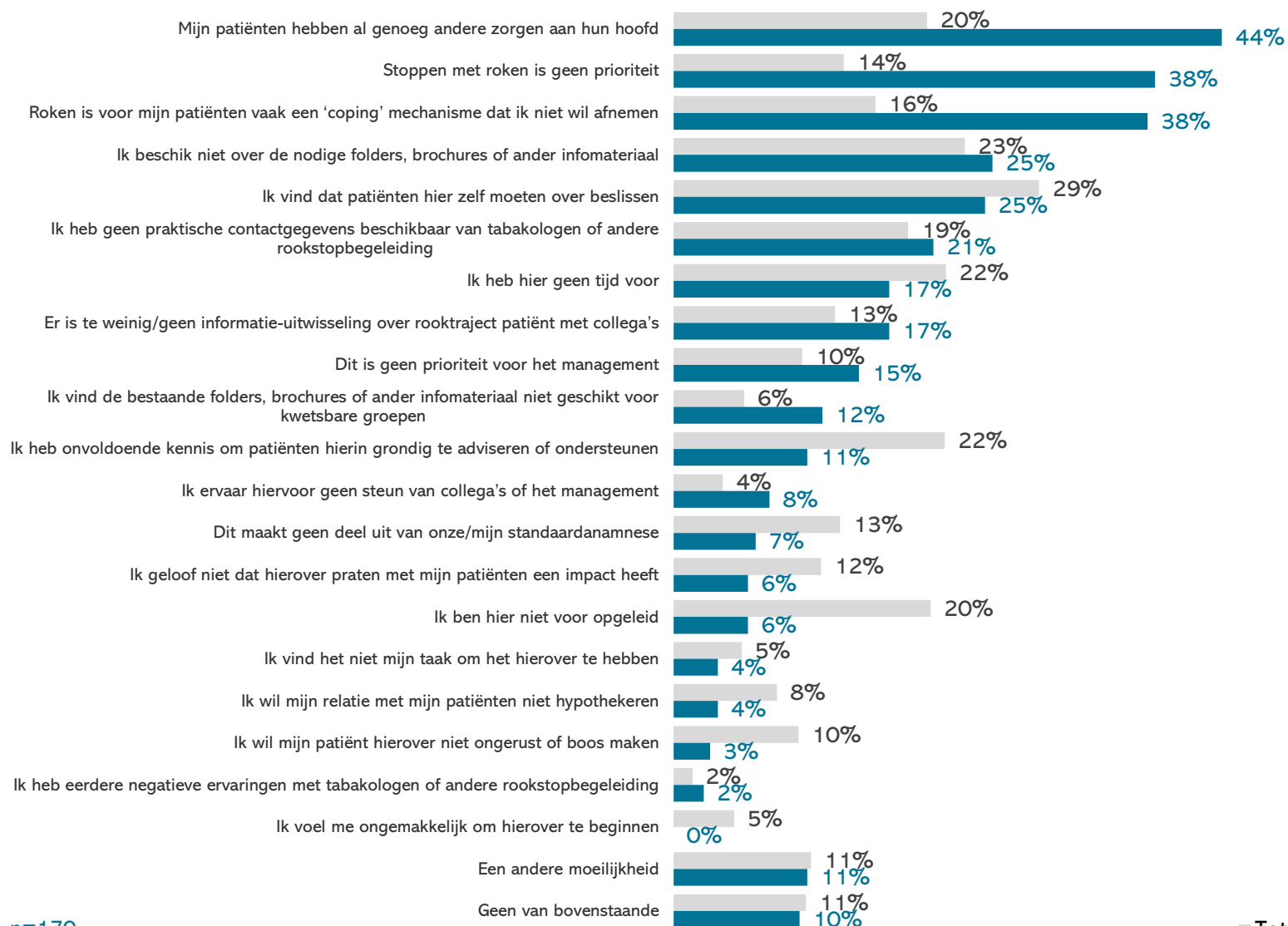


■ Totaal (n=16253)

Pneumologen rapporteren één 'selectieve' (=beduidend groter dan algemeen totaal) moeilijkheid:

- Relatie met patiënt niet hypothekeken

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Volwassenenpsychiater)



■ Totaal (n=16253)

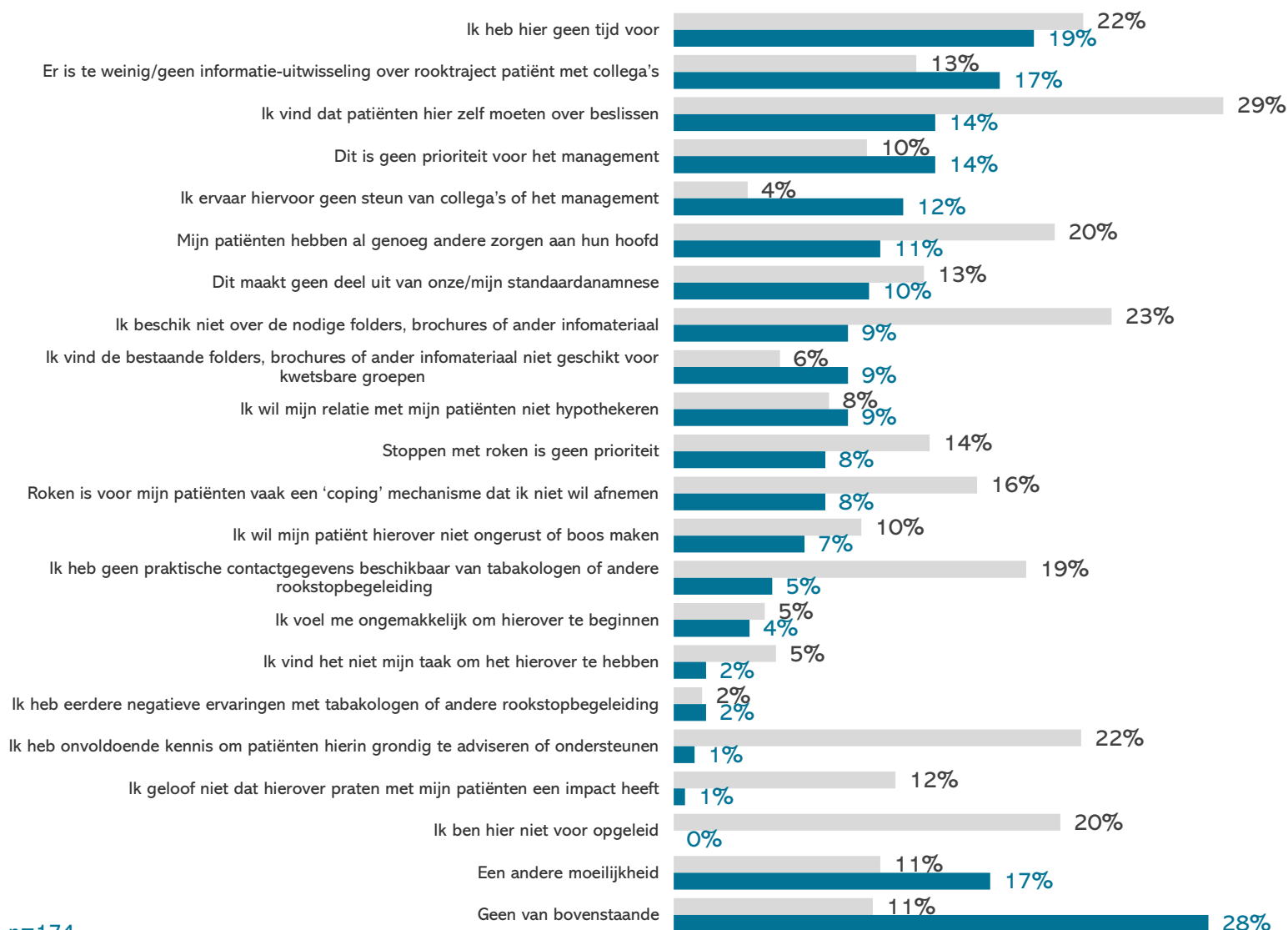
Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?

Volwassenenpsychiaters rapporteren drie 'selectieve' (=beduidend groter dan algemeen totaal) moeilijkheid:

- Patiënten hebben andere zorgen aan hun hoofd
- Stoppen met roken is geen prioriteit
- Roken als coping-mechanisme van patiënten dat men niet wil afnemen.

Gesprek over stoppen met roken – moeilijkheden & drempels (Gecertificeerd tabakoloog)

Welke van onderstaande moeilijkheden of drempels ervaart u wel eens wanneer u met patiënten praat over stoppen met roken?



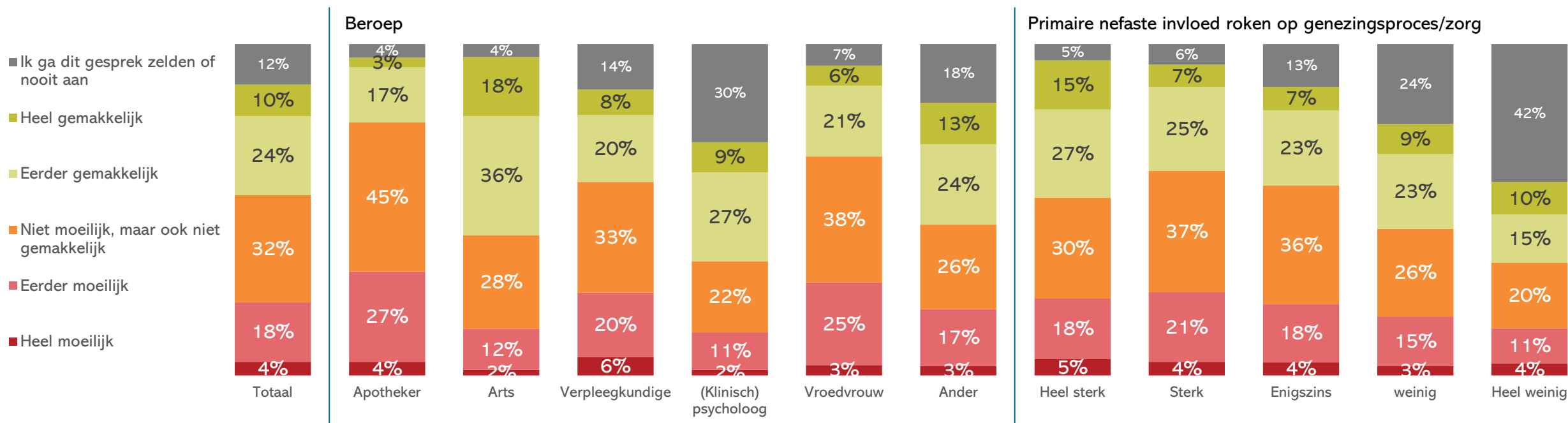
Totaal (n=16253)

Tabakologen rapporteren uiteraard meer dan gemiddeld geen van de genoemde moeilijkheden te ervaren.

Tijdsgebrek (tabakoloog zal allicht niet steeds hun hoofdbezigheid zijn) is de vaakst genoemde drempel, gevolgd door een gebrek aan informatie-uitwisseling met collega's over het rooktraject van de patiënt.

Moeite om het gesprek over stoppen met roken aan te gaan

Hoe moeilijk of gemakkelijk vindt u het om met patiënten die roken het gesprek aan te gaan over stoppen met roken?



Zorgprofessionals geven aan dat het niet voor iedereen vanzelfsprekend is om het gesprek over rookgedrag met patiënten aan te gaan. Slechts één op de drie vindt dit makkelijk; dit aandeel ligt bij artsen duidelijk hoger: meer dan de helft ervaart weinig moeite om dit onderwerp ter sprake te brengen. De negatieve invloed op het genezingsproces, heeft relatief gesproken weinig impact op de moeilijkheid of gemakkelijheid van dit gesprek (indien de categorie 'ik ga dit gesprek zelden of nooit aan' niet in beschouwing genomen wordt).

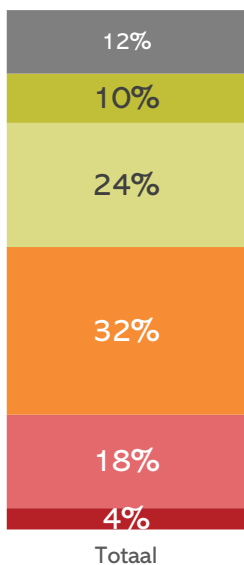
Opvallend is dat meer ervaring in het huidige beroep nauwelijks verschil maakt: of iemand nu lang of kort in het vak zit, het heeft geen noemenswaardige impact op hoe gemakkelijk of moeilijk men dit gesprek aangaat.

Opgelet= % gesprek zelden of nooit aangaan verschilt licht van vorige slide: vorige slide is berekening op basis van praten over rookgedrag; hier wordt rechtstreeks bevraagd naar praten over stoppen met roken.

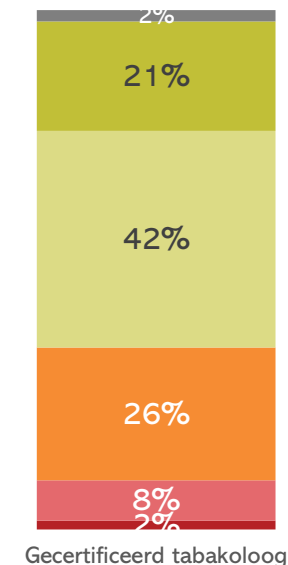
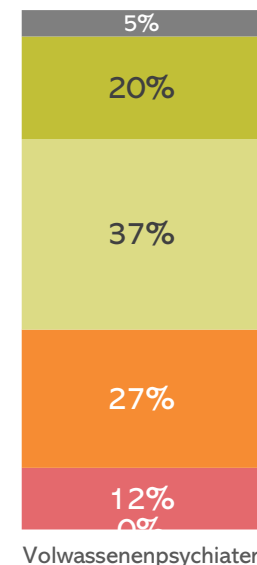
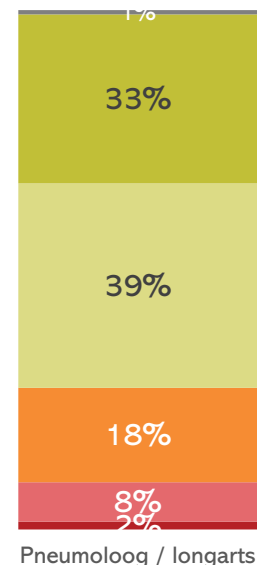
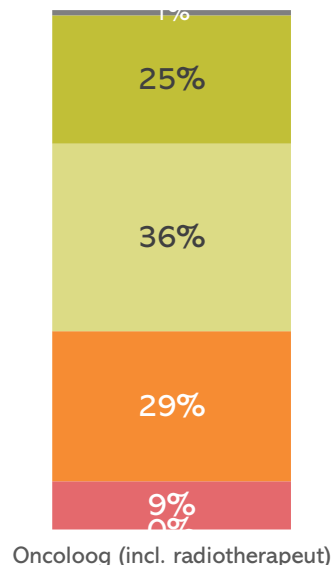
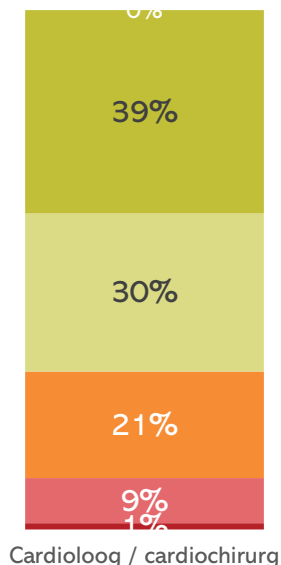
Moeite om het gesprek over stoppen met roken aan te gaan

Hoe moeilijk of gemakkelijk vindt u het om met patiënten die roken het gesprek aan te gaan over stoppen met roken?

- Ik ga dit gesprek zelden of nooit aan
- Heel gemakkelijk
- Eerder gemakkelijk
- Niet moeilijk, maar ook niet gemakkelijk
- Eerder moeilijk
- Heel moeilijk



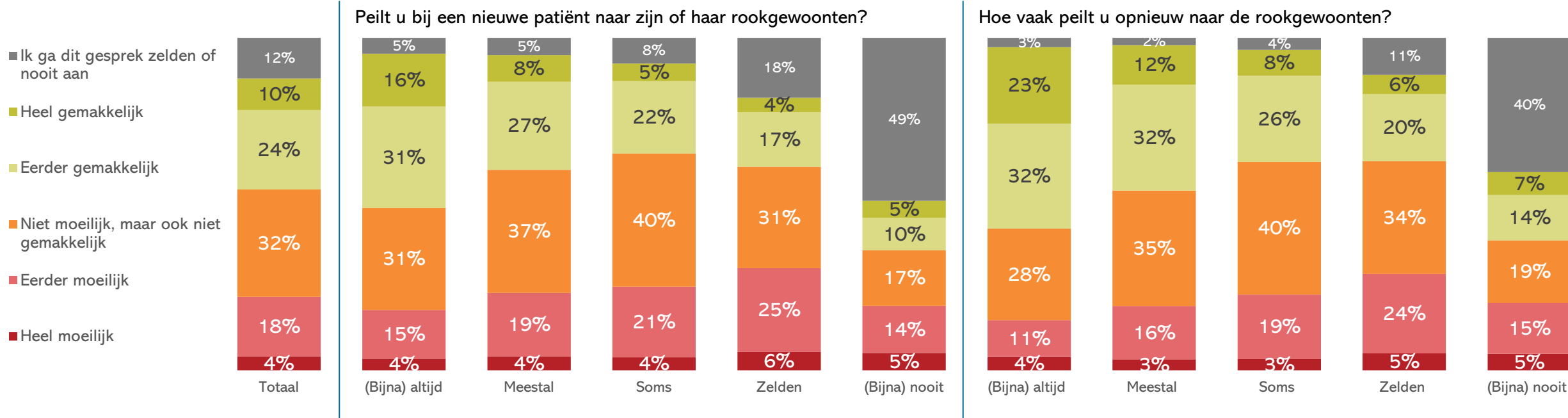
Specialisatie arts / gecertificeerd tabakoloog



Artsen met een sterk relevante specialisatie en tabakologen vinden het meer dan gemiddeld gemakkelijk om het gesprek over stoppen met roken aan te gaan met hun patiënten.

Moeite om het gesprek over stoppen met roken aan te gaan

Hoe moeilijk of gemakkelijk vindt u het om met patiënten die roken het gesprek aan te gaan over stoppen met roken?



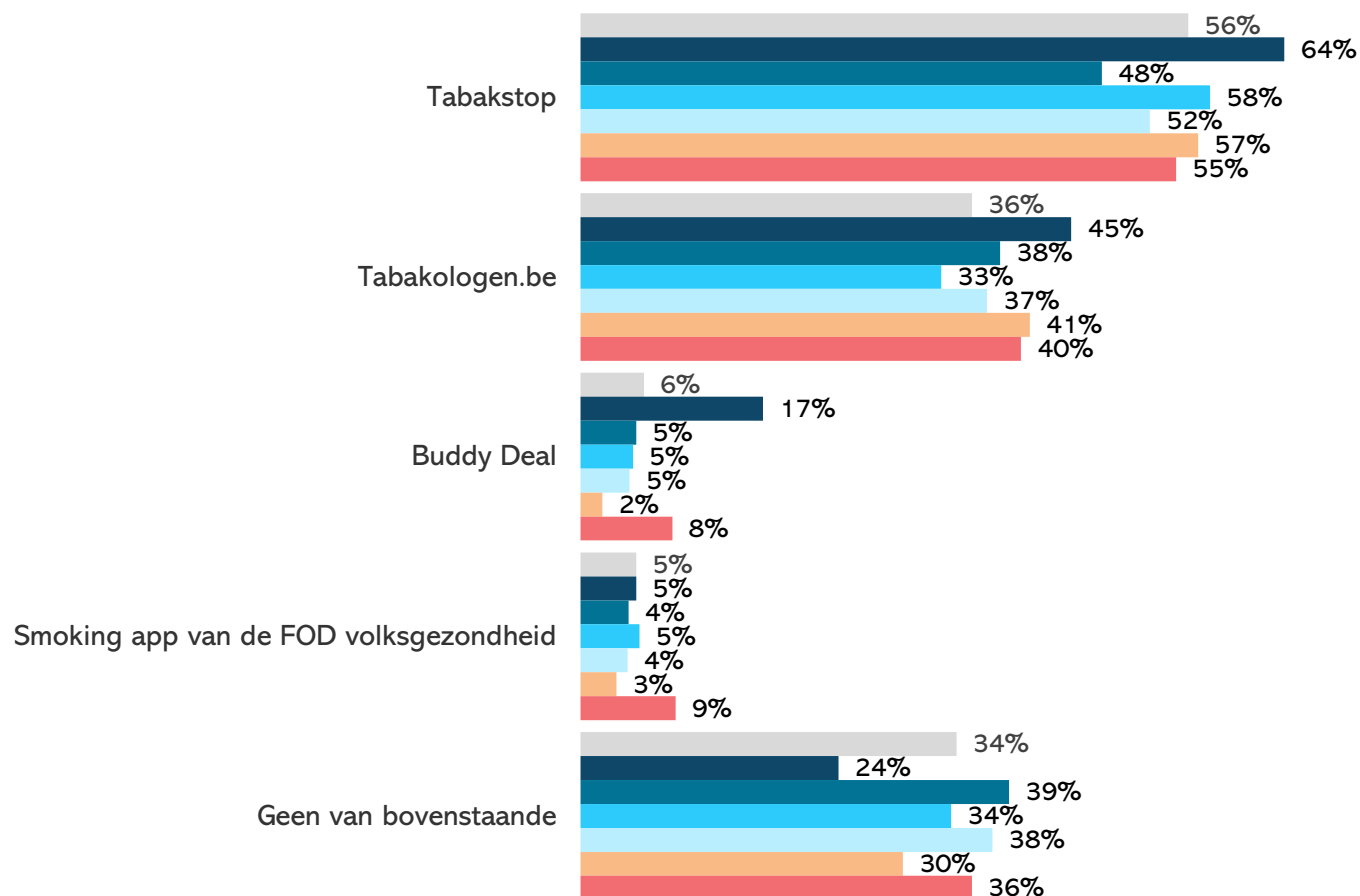
Wie frequenter naar rookgedrag peilt, vindt dit doorgaans ook gemakkelijker dan zorgprofessionals die dit minder frequent doen. We kunnen hier uiteraard geen richting van dit verband geven. Wellicht zijn beide richtingen juist:

- Wie het frequenter doet, ervaart dat het vlotter en vlotter gaat.
- Wie dit soort gesprekken gemakkelijk vindt, doet deze gesprekken ook frequenter.

Tools & beleid rond rookstop: kennis & attitudes

Kennis tools rookstop

Welke van onderstaande tools rond roken en rookstop kent u?



■ Totaal
■ Verpleegkundige
■ Ander

■ Apotheker
■ (Klinisch) psycholoog

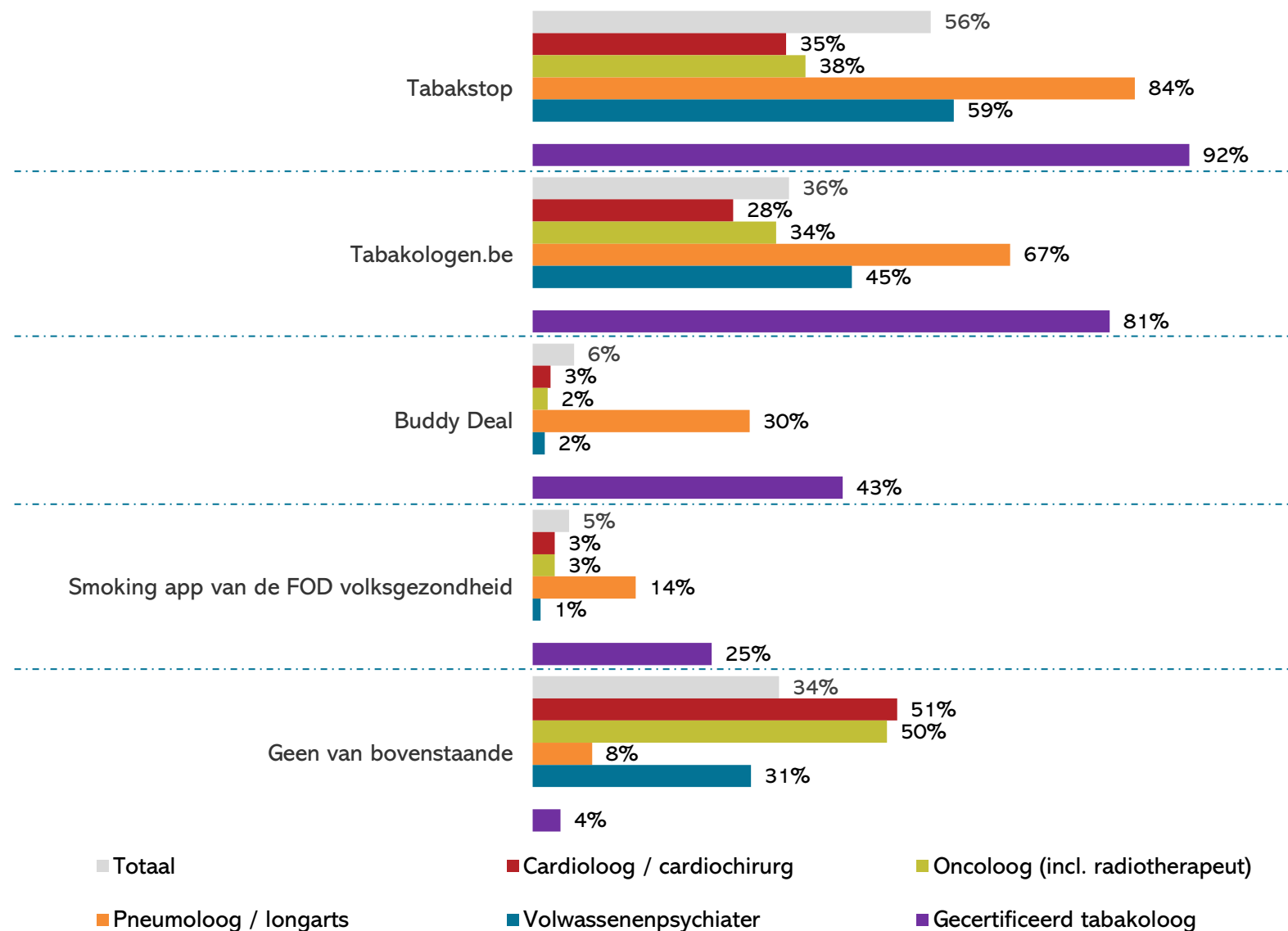
■ Arts
■ Vroedvrouw

Eén op drie kent geen enkele tool. Apothekers kennen meer tools dan andere beroepsgroepen.

Tabakstop is het meest bekend. Net iets meer dan de helft van de zorgprofessionals kent tabakstop.

Kennis tools rookstop

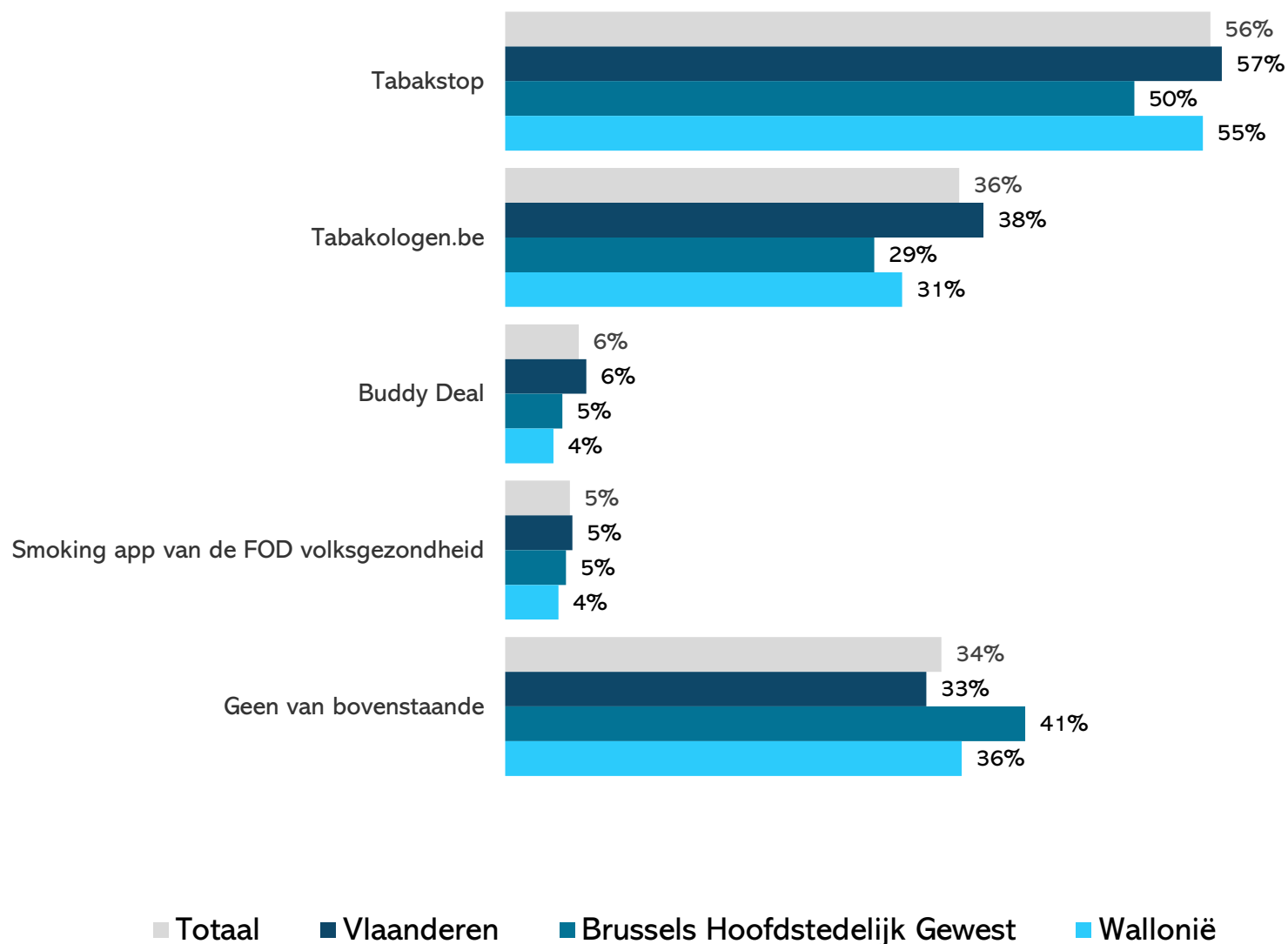
Welke van onderstaande tools rond roken en rookstop kent u?



Pneumologen en tabakologen kennen meer bronnen dan gemiddeld. Bij cardiologen en oncologen ligt de kennis lager dan gemiddeld.

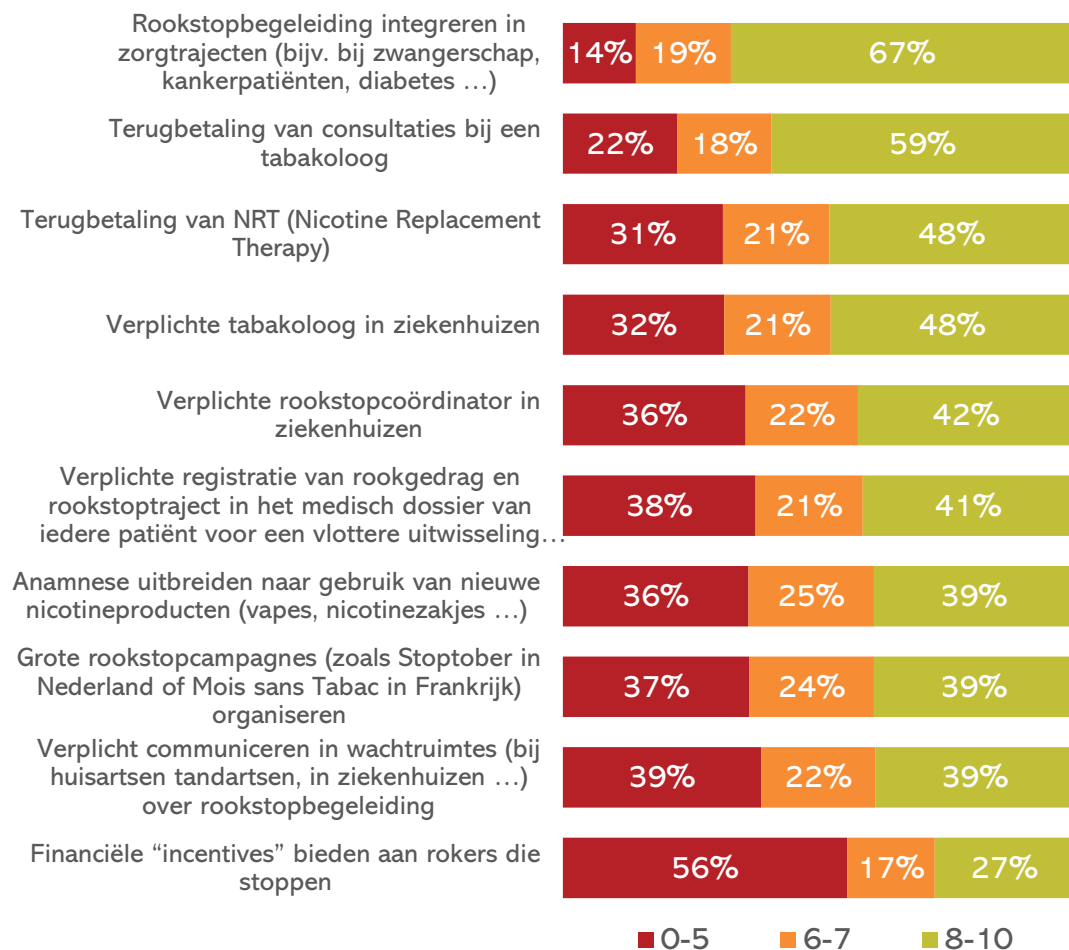
Kennis tools rookstop

Welke van onderstaande tools rond roken en rookstop kent u? – naar werkregio



De kennis van één of meer tools lijkt wat lager bij medische professionals die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werken.

Evaluatie impact mogelijke rookstopbeleidsmaatregelen



$\bar{x}$	Apo- theker	Arts	Ver- pleeg- kun- dige	(Klin.) psycho- loog	Vroed- vrouw	Ander
8,8	9,1	8,8	8,8	9,0	9,5	9,0
8,3	8,7	8,5	8,1	8,8	8,7	8,5
7,7	8,3	7,6	7,6	7,7	7,8	7,8
7,7	7,9	7,6	7,7	7,5	8,4	7,7
7,4	7,9	7,2	7,5	6,8	8,1	7,5
7,2	8,0	6,8	7,4	5,9	8,1	7,5
7,3	7,5	7,1	7,4	7,0	8,2	7,6
7,3	7,8	7,8	7,2	7,1	7,5	7,2
7,2	7,6	7,0	7,2	7,2	7,7	7,5
6,0	6,3	5,4	6,2	5,5	6,0	5,6

In welke mate zouden onderstaande zaken naar uw mening kunnen bijdragen aan een beter rookstopbeleid in België?
U kunt telkens antwoorden met een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent 'helemaal geen impact' en 10 'een heel sterke impact'.

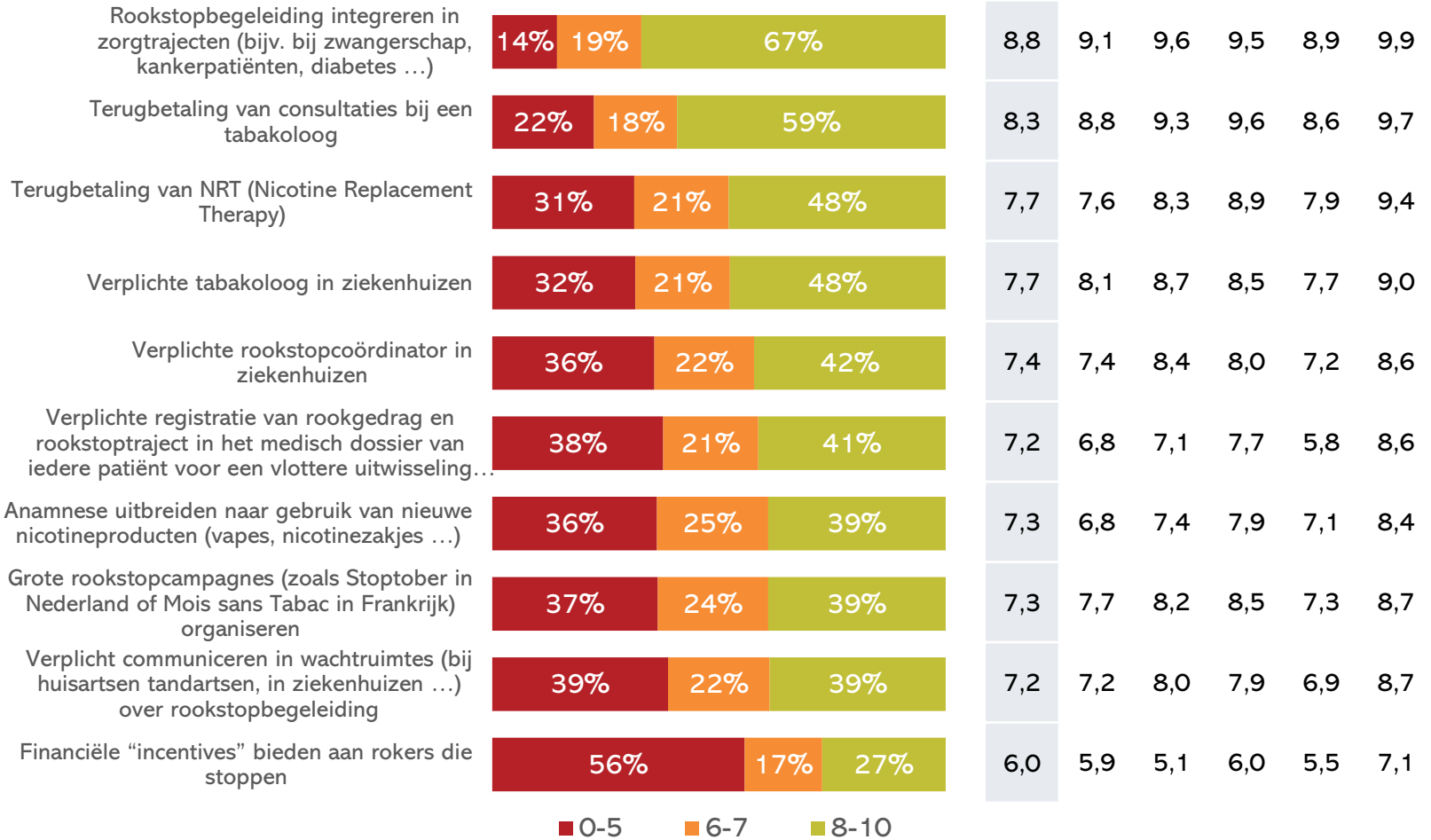
Zorgprofessionals geven aan dat bepaalde maatregelen volgens hen een grote bijdrage kunnen leveren aan een beter rookstopbeleid in België. Het meest positief wordt gekeken naar het integreren van rookstopbegeleiding in zorgtrajecten (bv. bij zwangerschap, kanker of diabetes): 67% scoort dit als sterk impactvol (8-10). Ook de terugbetaling van consultaties bij een tabakoloog (59% impactvol) en van nicotinevervangende therapieën (NRT) (48% impactvol) worden breed ondersteund. Daarnaast zien velen meerwaarde in een verplichte tabakoloog (48%) of rookstopcoördinator in ziekenhuizen (42%), net als in een verplichte registratie van rookgedrag in medische dossiers (41%). Voorstellen zoals het uitbreiden van de anamnese naar nieuwe nicotineproducten, het organiseren van grootschalige rookstopcampagnes en communicatie in wachtzalen worden door ongeveer vier op de tien als sterk impactvol beoordeeld. Het minst enthousiast zijn zorgprofessionals over financiële incentives voor mensen die roken en willen stoppen: hier ziet slechts 27% een grote impact, terwijl meer dan de helft (56%) dit nauwelijks relevant vindt. Samengevat verwachten zorgprofessionals de grootste winst van structurele inbedding van rookstopbegeleiding in de zorg en van financiële ondersteuning voor professionele begeleiding en medicatie, terwijl individuele beloningen voor mensen die roken het minst geloofwaardig worden geacht.

Over het algemeen vertonen alle beroepsgroepen een gelijkaardig beeld.

Vroedvrouwen geven net iets meer aan dat verplichte rookstopcoördinatoren, verplichte registratie van een rookstoptraject en anamnese van nieuwe nicotineproducten een sterke impact zouden kunnen hebben.

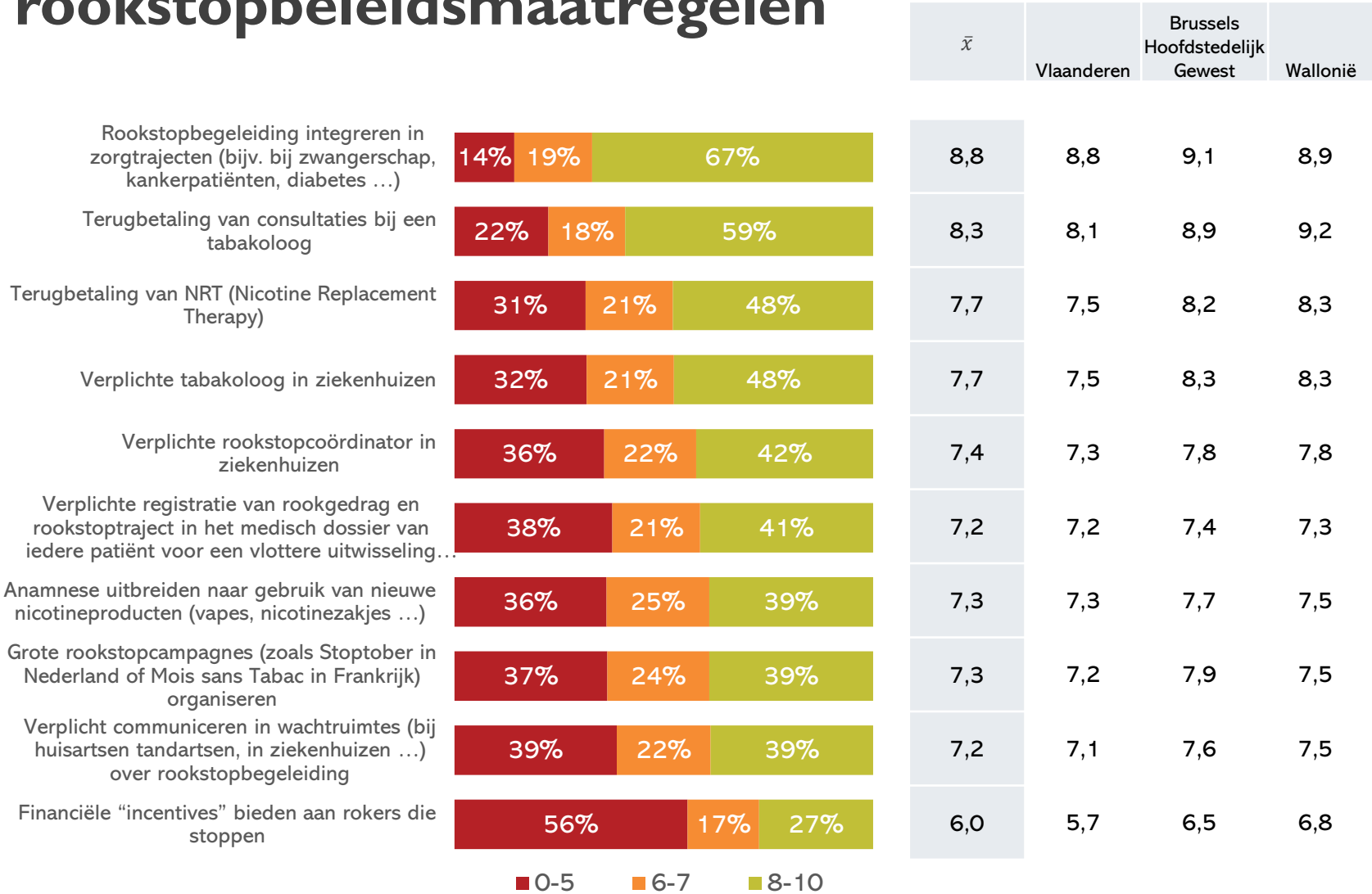
Evaluatie impact mogelijke rookstopbeleidsmaatregelen

In welke mate zouden onderstaande zaken naar uw mening kunnen bijdragen aan een beter rookstopbeleid in België?
U kunt telkens antwoorden met een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent 'helemaal geen impact' en 10 'een heel sterke impact'.



Evaluatie impact mogelijke rookstopbeleidsmaatregelen

In welke mate zouden onderstaande zaken naar uw mening kunnen bijdragen aan een beter rookstopbeleid in België?
U kunt telkens antwoorden met een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent 'helemaal geen impact' en 10 'een heel sterke impact'.



Open vraag

Heeft u zelf nog suggesties om in België te komen tot een beter rookstopbeleid?

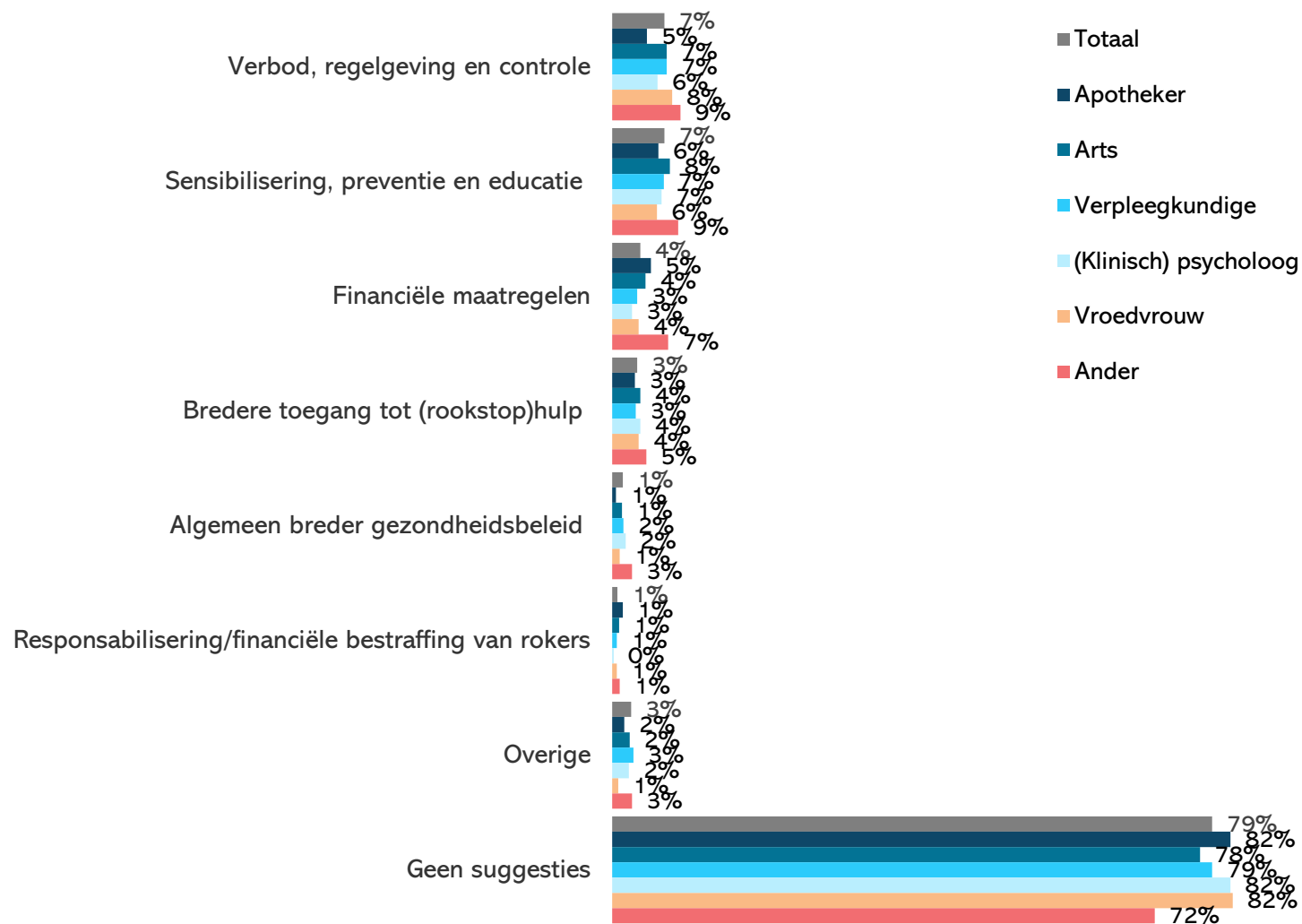
De suggesties zijn te groeperen in 7 thema's:

- **Verbod, regelgeving en controle:** uitbreiding en controle rookverboden naar terrassen, parken en publieke ruimtes, hogere minimumleeftijd, verbod op tabaksverkoop en -productie ...
- **Sensibilisering, preventie en educatie:** meer sensibilisering in scholen, ervaringsdeskundigen inzetten, campagnes met duidelijke beelden van gezondheidsschade, opleidingen voor/vergroten van kennis over rookstopmogelijkheden bij zorgprofessionals (o.m. over hoe zij op een niet-confronterende manier het gesprek met rokende patiënten kunnen aangaan) ...
- **Bredere toegang tot (rookstop)hulp:** bredere beschikbaarheid van tabakologen en rookstopbegeleiding, ook buiten ziekenhuizen en alternatieve behandelingen en therapieën
- **Financiële maatregelen:** accijnzen verhogen, uniformere prijzen in Europa, terugbetaling van rookstopmiddelen en therapieën
- **Algemeen breder gezondheidsbeleid:** focus op gezonde levensstijl (goedkoper gezond eten, fitness terugbetalen ...), verminderen van stress ...
- **Responsabilisering/financiële bestraffing van mensen die roken:** minder terugbetaling zorgkosten, verhoogde bijdragen mutualiteiten ...
- **Overige:** o.m. de uitwisseling van rookinformatie in medische dossiers, maar ook de zinloosheid van maatregelen zonder intrinsieke motivatie bij de mensen die roken, vaperen als rookstopmiddel ... Binnen deze categorie wordt ook verwezen naar het belang van de **patiëntencontext** bij het voorstellen van rookstopbegeleidingsmaatregelen

3771 (21%) respondenten gaven een suggestie.

Open vraag

Heeft u zelf nog suggesties om in België te komen tot een beter rookstopbeleid? – naar beroepsgroep

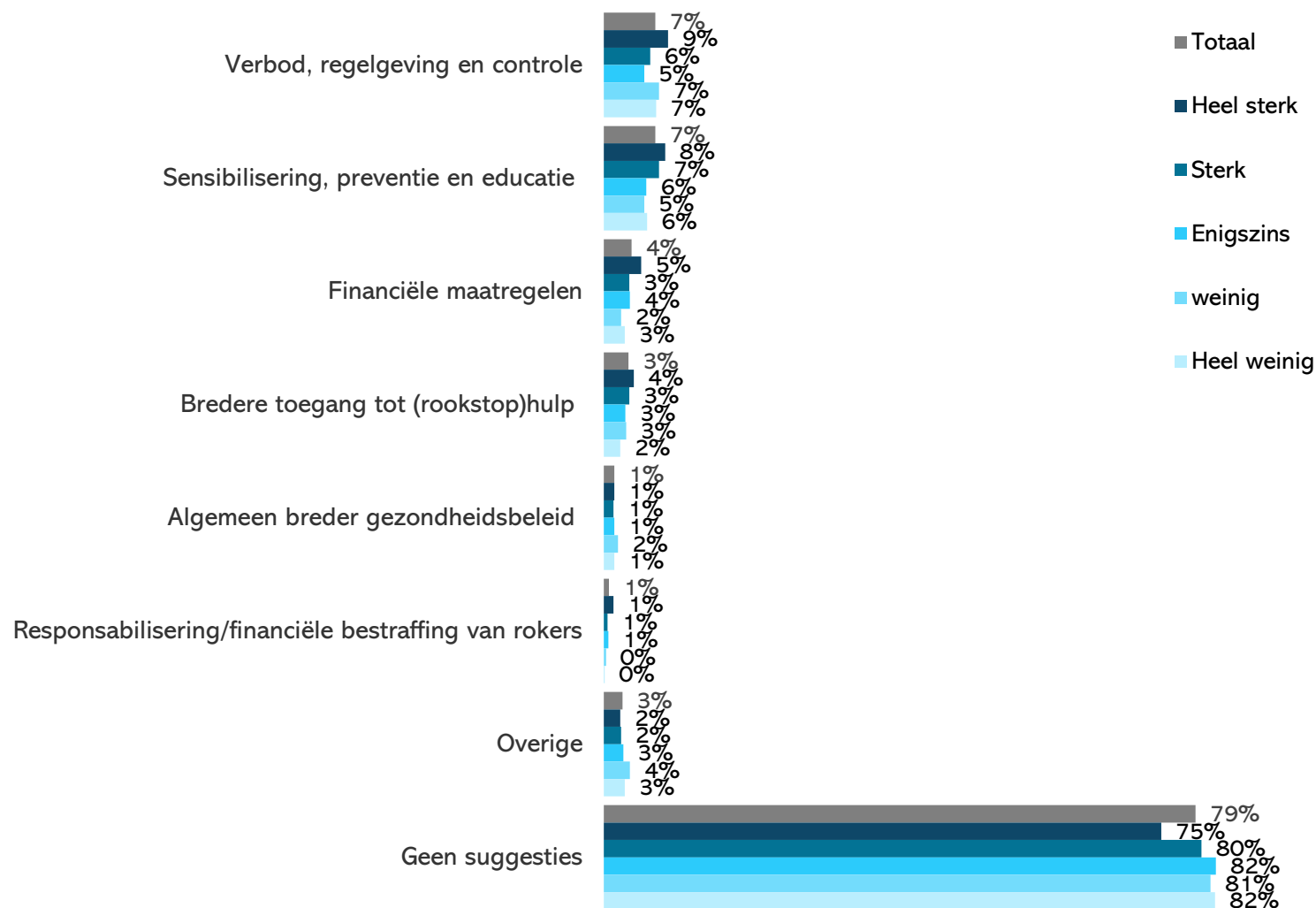


Algemeen genomen hebben de genoemde suggesties het meest betrekking op het voeren van strenger beleid en het inzetten op preventie en sensibilisering, vaak met de nadruk op jongeren.

Er zijn weinig uitgesproken verschillen tussen de grote beroepsgroepen.

Open vraag

Heeft u zelf nog suggesties om in België te komen tot een beter rookstopbeleid? – naar *Primaire nefaste invloed roken op genezingsproces/zorg*



Algemeen genomen hebben de genoemde suggesties het meest betrekking op het voeren van strenger beleid en het inzetten op preventie en sensibilisering, vaak met de nadruk op jongeren.

Vooraf respondenten die aangeven dat roken een heel sterke nefaste invloed heeft op het genezingsproces of de zorg waar zij als zorgprofessional bij betrokken zijn, geven meer (diverse) suggesties.

INDI ville

COLLECTIEF VOOR
ONDERZOEK EN
ADVIES OVER
MAATSCHAPPIJ,
POLITIEK EN MEDIA

*Anne Borgers | Colin Sanders | Wouter Samyn Jurgen
Minnebo | Jo Steyaert | Robin Lagrou Stéphanie
Busschaert | Jan Verbelen | An Katrien Sodermans |
Sarah Degrande | Denis Rochat | Adeliën Van den
Bossche | Marlies Lievens*

