

Matthijs Blankers, Renate Buisman, Wieke ter Weijde,  
Margriet van Laar

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Rookbeleid in de GGZ

Een verkenning van beleid en praktijk  
tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ-  
instellingen, verslavingszorginstellingen  
en RIBW's





# Rookbeleid in de GGZ

Een verkenning van beleid en praktijk  
tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ-  
instellingen, verslavingszorginstellingen  
en RIBW's

## Colofon

### *Financiering*

Ministerie van VWS

### *Projectleiding en eindredactie*

Dr. M. Blankers

### *Projectuitvoering*

Dr. M. Blankers

R. Buisman MSc

W. ter Weijde MSc

Dr. M. van Laar

### *Projectadvies*

Drs. Ronald van Gool MANP (GGZ inGeest)

Drs. Robert van de Graaf (DOK3/Verslavingszorg Noord Nederland)

Bertie Happel (Momentum Training & Coaching)

Drs. Heidi Heuvelman (Fonds Psychische Gezondheid)

Simone Königs (Momentum Training & Coaching)

Dr. Hans Kroon (Trimbos-instituut)

Dr. Karin Monshouwer (Trimbos-instituut)

Drs. Sonja van Rooijen (Trimbos-instituut)

Drs. Trudi Tromp-Beelen (Jellinek/Arkin)

### *Opmaak en druk*

Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) onder vermelding van artikelnummer **AF1385**.

U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2015 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Summary                                                                                                                       | 5   |
| Samenvatting                                                                                                                  | 9   |
| 1. Inleiding                                                                                                                  | 15  |
| 2. Stoppen met roken en rookbeleid in de geestelijke gezondheidszorg: een literatuuronderzoek                                 | 23  |
| 3. Rookbeleid in GGZ-instellingen: een kwalitatief onderzoek naar het formeel gevoerde beleid                                 | 39  |
| 4. De informele uitvoeringspraktijk van het rookbeleid in GGZ-instellingen: interviews met betrokkenen                        | 49  |
| 5. Ervaringen en attitudes van medewerkers rond stopondersteuning in de GGZ: een verkenning op basis van vragenlijstonderzoek | 59  |
| 6. Conclusies en aanbevelingen                                                                                                | 89  |
| Bijlage 1. Projectplan                                                                                                        | 97  |
| Bijlage 2. Instellingen benaderd voor rookbeleidsinventarisatie                                                               | 99  |
| Bijlage 3. Interviewvragen                                                                                                    | 101 |
| Bijlage 4. Wervingstekst respondenten internetvragenlijst                                                                     | 105 |
| Bijlage 5. Vragen internetvragenlijst                                                                                         | 107 |
| Bijlage 6. Methodologische verantwoording clustering vragenlijstitems                                                         | 109 |



# Summary

This report presents the results of a study on (formal) smoking policies, their practical implementation, and the extent to which smoking cessation support is offered in three types of mental health care organisations with residential facilities in the Netherlands. The three types of organisations are: integrated mental health care institutions (which usually offer both in- and outpatient mental health care and substance abuse treatment), substance abuse treatment centres, and regional institutions for sheltered housing. The aim of this report is to provide an overview of the state of art with regard to smoking cessation support and smoking policy in mental health care facilities in the Netherlands. The main research questions are:

1. Based on the scientific literature, what is internationally the state of the evidence regarding the implementation and enforcement of smoking policy in mental health care settings?
2. What are the contents of smoking policies that are implemented by mental health care facilities in the Netherlands?
3. What is the nature and extent of smoking cessation support currently offered to help mental health care patients quit smoking? What do treatment facility staff members think about their role in providing cessation support to patients?
4. What future steps are necessary to improve the quality and quantity of smoking cessation support provided to mental health care patients?

Below, the answers to these four research questions are formulated.

*1. Based on the scientific literature, what is internationally the state of the evidence regarding the implementation and enforcement of smoking policy in mental health care settings?*

International scientific literature indicates that staff members of mental health institutions hold mixed opinions regarding (total) smoking bans in mental health care. What is consistently reported however is that many of the anticipated negative side-effects of smoking bans, such as patient attrition, problems (such as fire) due to smoking secretly when this is prohibited, or aggression towards staff, do not seem to occur more often after the introduction of a smoking ban than before the introduction. Research also provides a number of indications for what is necessary to address in order to successfully implement a non-smoking policy in mental health care facilities. Those requirements include: training courses to increase knowledge on smoking (cessation) and to help staff stop smoking, the availability of cessation interventions for patients, informing patients and staff to prevent erroneous concerns regarding the (negative) effects of introducing

smoke-free policy in treatment facilities, and consistently monitoring smoking behaviour of patients. To do this successfully requires decisive leadership within the mental health care facility. The availability of smoking cessation interventions in facilities that introduce a smoke-free policy is an additional important precondition to achieve successful and prolonged smoking cessation among patients during and after treatment.

*2. What are the contents of smoking policies that are implemented by mental health care facilities in the Netherlands?*

A number of mental health care treatment facilities in the Netherlands (31%) did not have a formalized smoking policy document of which they could send us a copy. Therefore, it is not clear whether the smoking policy within each facility complies with various applicable laws in the Netherlands such as the tobacco act, the occupational health and safety legislation and the legislation for quality in health care. The remaining 69% of the facilities that did send us a copy of their smoking policy documents indicated that there is variation among the formal smoking policies enforced by the various treatment facilities. Topics frequently addressed in the formal smoking policies were: prevention of exposure of staff members to second-hand smoke, and the exemplary behaviour of facility staff members with regard to (non) smoking when they are among patients. Also the nature and extent to which cessation support should be made available to patients and staff members is a theme that is addressed in about a quarter of the smoking policy documents we have received.

Based on interviews in selected facilities, we have found indications that there are sometimes striking discrepancies between what formal smoking policies imply and what actually happens with regard to smoking in the facilities. For example, in practice it occasionally happens that patients and staff do smoke cigarettes together even when this is restricted based on the formal smoking policy.

*3. What is the nature and extent of smoking cessation support currently offered to help mental health care patients quit smoking? What do treatment facility staff members think about their role in providing cessation support to patients?*

In order to answer this question, survey data from 600 staff members of mental health care treatment facilities were collected and analyzed. Almost half of the surveyed treatment staff members have never supported a patient to quit smoking. In some cases, this was due to the fact that institutions did not have smoking cessation interventions which they could offer to patients, but more often the available interventions were not actually used by staff members. This last finding is remarkable because we have also found that staff members of mental health care facilities think that patients should be encouraged to quit smoking more strongly and more often, and also that it is a task for them as mental health workers to provide the necessary cessation support to patients.

In addition, it was found that the type of cessation support provided is often not the most effective form of care – based on scientific literature. Usually cessation support provided by treatment staff consists of brief advice or a psychosocial intervention. Cessation



medication such as bupropion is not often prescribed. Based on the literature, there are strong indications that the combination of psychosocial intervention and bupropion is an effective cessation intervention, particularly for mental health patients with a diagnosis of schizophrenia (Cochrane review by Tsoi et al., 2013). For those with a diagnosis of major depression for example, a combination of mood management and cessation support through brief psychosocial interventions or nicotine replacement therapy has been found to be particularly effective in a recent Cochrane review by van der Meer et al. (2013).

#### *4. What future steps are necessary to improve the quality and quantity of smoking cessation support provided to mental health care patients?*

The involvement of the mental health care institutions to help patients stop smoking is considered important by 73% of the surveyed mental health staff. Guided by the theory of planned behaviour, a number of factors which are particularly associated with the intention to help patients to stop smoking in the near future have been identified. The extent to which a treatment staff member has supported patients to quit smoking in the past, and the extent to which a staff member has the attitude that therapists and mental health care facilities have an obligation to help patients to quit smoking have been found to be associated with cessation support intentions. Also the attitude towards the negative health effects of smoking for patients is associated with future cessation support intentions. As a final factor, the perceived availability of smoking cessation interventions within the facility and the perceived feasibility to provide this support (perceived behavioural control) is associated with the intention to provide cessation support. In contrast, a treatment staff member's own smoking status, gender, and the (perceived) strictness of the smoking policy within the facility they work for were not found to be associated with future cessation support intentions. In order to facilitate the provision of cessation support by mental health workers to patients, their awareness to and the availability of interventions should be improved, and they should be informed about the role their colleagues think they have in helping mental health care patients stop smoking tobacco products.

## **Recommendations**

Based on the results of this report, the following nine recommendations were formulated:

1. A universal smoking policy for the mental health care sector in the Netherlands should be developed. This universal smoking policy may include clear guidelines regarding whether smoking is allowed for patients and staff members, what types of cessation support are available to patients and staff, and how exposure of patients and staff members to second-hand smoke is prevented in mental health care facilities.
2. It is very important to extend the knowledge and skills of staff members and patients with regard to smoking (cessation) for people with a mental illness. A tool kit which addresses the health effects of smoking, interactions between nicotine / tobacco smoke and psychotherapeutic medications, and which provides an overview of available evidence-based interventions and includes a cessation support treatment protocol would be a practical method of addressing this recommendation.

3. Mental health care patients should be provided with information on certain topics, such as the (extra) harm related to smoking in case of mental illness, the positive impact that quitting smoking may have on their mental and physical health and the feasibility of quitting. On the other hand they also need to be informed on possible side effects they can expect from quitting smoking (e.g. weight gain) and how to deal with these side effects.
4. Mental health treatment staff members should be empowered to take a stronger role in helping patients quit smoking. This could be achieved by training staff members in order to facilitate them while fulfilling the opportunities that are available to help patients stop smoking.
5. Awareness of available interventions should be increased by publishing the existing interventions in national intervention databases. More research is necessary to underpin the effectiveness of the available smoking cessation interventions for mental health care patients.
6. The number of (evidence-based) interventions to help mental health care patients quit smoking is low. New interventions should be developed. Existing evidence-based cessation interventions for the general public could be a starting point to base those new targeted interventions for this patient population on.
7. This report intends to place smoking cessation and smoking policy in mental health care on the national 'agenda', but it should not end there. It is important to involve patient organisations and governmental and non-governmental organisations to make change regarding smoking in mental health care facilities happen.
8. Although this report focuses on smoking policy and smoking cessation in inpatient treatment facilities, this does not mean that it's not just as important to focus on smoking cessation for mental health care outpatients as well. As the vast majority of mental health patients in the Netherlands are in outpatient treatment programmes, and the proportion of outpatients among the total number of mental health care patients will increase over the next years due to current health care reforms, much needs to be done to facilitate cessation support for outpatients as well in order to bring about change.
9. Ideally, the current report provides a baseline measurement and kick-off for monitoring smoking policy and smoking cessation in mental health care. Therefore, the progress on this theme should be evaluated about two years after this baseline report, to find out where improvements have been made in the mean time and to know where more work needs to be done to facilitate cessation support for mental health care patients in the Netherlands.

# Samenvatting

Dit rapport presenteert de resultaten van een onderzoek naar het formeel gevoerde rookbeleid, de praktische invulling daarvan en de mate waarin ondersteuning bij het stoppen met roken plaatsvindt in drie typen zorginstellingen met een verblijffunctie ('bedden') in Nederland. Dit zijn de geïntegreerde GGZ-instellingen die zowel ambulante als klinische geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg aanbieden, verslavingszorginstellingen (VZ-instellingen), en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Doel van dit rapport is een overzicht te bieden van wat er in Nederland, maar ook in het buitenland gebeurt in (intramurale) GGZ-instellingen op het gebied van (stoppen met) roken en rookbeleid. De onderstaande vragen stonden bij het creëren van dit overzicht centraal.

1. Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?
2. Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?
3. Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?
4. Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?

Hieronder worden de vier geformuleerde onderzoeksvragen beantwoord.

## *1. Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?*

Uit de internationale wetenschappelijke literatuur blijkt dat medewerkers van GGZ-instellingen doorgaans gemengd staan tegenover een algeheel rookverbod. Wel is het zo dat veel van de gevreesde negatieve gevolgen van een rookverbod, zoals afgebroken behandeltrajecten, brand wegens stiekem roken, of ruzie en agressie jegens medewerkers, zich na invoering van een rookverbod niet vaker voor lijken te doen dan ervoor. Internationaal onderzoek laat ook zien dat een aantal zaken van groot belang is om succesvol een rookvrij beleid in te voeren in GGZ-instellingen, zoals cursussen om kennis te verhogen en te stoppen met roken voor medewerkers, de beschikbaarheid van stopinterventies voor cliënten, voorlichting aan cliënten en medewerkers om onterechte bezorgdheid over de neveneffecten van het invoeren van rookvrij beleid weg te nemen, en het consequent monitoren van rookgedrag van cliënten. Dit vraagt om helder en daadkrachtig leiderschap binnen de instelling. Aandacht voor stoppen-

met-roken interventies in instellingen die een rookvrij beleid nastreven wordt genoemd als een belangrijke randvoorwaarde om stoppen met roken tijdens en na behandeling te bewerkstelligen.

*2. Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?*

Een aantal instellingen (31 %) heeft momenteel geen formeel rookbeleid op schrift staan. Hierdoor is niet overal duidelijk of het rookbeleid voldoet aan verschillende wetten zoals de Tabakswet, de Arbowetgeving en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bij de overige 69 % van de instellingen die wel een rookbeleid op schrift hebben valt de grote pluriformiteit in het formele rookbeleid van de verschillende instellingen op. Onderwerpen die vaak aan bod komen in het formele rookbeleid zijn blootstelling van medewerkers aan de rook van cliënten, en het voorbeeldgedrag van medewerkers ten aanzien van (niet) roken. Het bieden van stopondersteuning aan cliënten en aan medewerkers is een onderwerp dat in ongeveer een kwart van de gevallen terugkomt in het rookbeleid van instellingen. Verder lijken er soms ook discrepanties te zijn tussen het formele en het informele rookbeleid. Bijvoorbeeld het in de praktijk toch gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers alhoewel dit niet is toegestaan vanuit de voorbeeldfunctie die medewerkers zouden moeten vervullen volgens het formele rookbeleid.

*3. Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?*

Bijna de helft van de onderzochte zorgverleners in de GGZ heeft nog nooit cliënten ondersteund bij het stoppen met roken. Soms komt dit doordat instellingen geen stoppen-met-roken behandeling in hun behandelaanbod hebben, maar vaak wordt het beschikbare aanbod niet actief ingezet. Tegelijkertijd vinden medewerkers in de GGZ dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd te stoppen met roken, en dat er een taak voor de GGZ-sector ligt om cliënten beter en vaker de daarvoor benodigde ondersteuning te bieden. De geleverde stopondersteuning is bovendien niet altijd de meest effectieve vorm van zorg. Wanneer een zorgverlener ondersteuning biedt, bestaat deze meestal uit een eenmalig stopadvies of een psychosociale interventie (psychologische steun bij het stoppen). Medicatie zoals bupropion en varenicline worden nauwelijks tot niet toegepast. Dit laatste is opvallend aangezien met name voor de combinatie psychosociale interventie en bupropion sterke aanwijzingen zijn dat dit effectieve stopondersteuning is voor in ieder geval een deel van de klinische GGZ-populatie.

*4. Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?*

De betrokkenheid van de GGZ-instellingen bij het stoppen met roken wordt door 73 % van de ondervraagde GGZ-medewerkers als belangrijk gezien. Een aantal zaken zijn van belang voor de intentie om in de nabije toekomst cliënten te helpen bij het stoppen met roken: of een behandelaar in het verleden cliënten heeft ondersteund bij het

stoppen met roken en of men vindt dat de behandelaar en de instelling een belangrijke rol hebben om de cliënt te helpen bij het stoppen met roken (de attitude). Ook de attitude ten aanzien van de negatieve gezondheidseffecten van roken voor cliënten is bepalend voor het in de toekomst willen bieden van stopondersteuning. Ten slotte is de beschikbaarheid binnen de instelling van behandelingen om te helpen bij het stoppen belangrijk. Daarentegen zijn de eigen rookstatus van de behandelaar, geslacht, leeftijd en de ervaren strengheid van het rookbeleid binnen de instelling waar de respondent werkt niet significant van invloed op de intentie om in de toekomst stopondersteuning te bieden. Om ondersteuning meer te laten plaatsvinden zou er daarom gericht kunnen worden op het beïnvloeden van de eerdergenoemde attitudes, en zou de beschikbaarheid van behandelingen binnen de instellingen moeten worden vergroot.

## **Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten uit dit rapport zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

### *1. Universeel rookbeleid ondersteunen*

Het ontwikkelen van een universeel rookbeleid voor de GGZ-sector is onze eerste aanbeveling. Hierin kan onder meer worden vastgelegd welke voorzieningen er zijn voor cliënten en medewerkers die willen roken, welke ondersteuning er is voor cliënten maar ook voor medewerkers die willen stoppen met roken, hoe omgegaan wordt met de huidige praktijk dat het voorkomt dat cliënten en medewerkers gezamenlijk roken en hoe de blootstelling aan rook van een ander voor cliënten en medewerkers wordt voorkomen. Hiervoor zou een handreiking moeten worden opgesteld. Hierin zou ofwel GGZ Nederland ofwel het Trimbos-instituut het voortouw kunnen nemen. Het is van belang dat er een rookbeleid komt dat zo veel mogelijk door alle geledingen heen gesteund wordt.

### *2. Kennis en vaardigheden van medewerkers rond (stoppen met) roken door de GGZ-cliëntenpopulatie vergroten*

Het is van groot belang de kennis en vaardigheden van medewerkers over (stoppen met) roken door cliënten te verbeteren. Een tool kit zou een oplossing kunnen bieden. Concreet zouden minimaal de volgende vier thema's in deze tool kit aan bod moeten komen:

- Gezondheidseffecten roken (algemeen en specifiek voor GGZ-cliënten);
- Interactie-effecten tussen nicotine/tabaksrook en (psychoactieve) medicatie en gevolgen voor dosering, halfwaardetijden bloedspiegels en effecten op het beloop van de behandeling;
- Overzicht van beschikbare interventies, hoe hieraan deel te nemen, kosten van deelname en succespercentages;
- Protocol voor een behandeling (medicamenteus en/of psychosociaal) conform de multidisciplinaire Richtlijn Tabaksverslaving en in lijn met de richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA).

### *3. Cliënten actief voorlichten over schadelijkheid roken en gevolgen stoppen*

Nadat medewerkers beter dan nu het geval is zijn geïnformeerd over de (extra) schadelijkheid van roken voor GGZ-cliënten, dient deze kennis op de cliënten te worden overgebracht, om het besef aan te wakkeren dat stoppen met roken een positieve invloed kan hebben op hun geestelijke en lichamelijke gezondheid en dat het voor hen haalbaar is om te stoppen met roken. Ten aanzien van stoppen is het ook van belang een realistisch beeld te scheppen, ondermeer rond de gewichtstoename die mogelijkterwils samengaat met stoppen met roken – en wat hier aan te doen is.

### *4. Medewerkers motiveren hun rol meer invulling te geven*

Dit zou kunnen worden bereikt door medewerkers in de GGZ via training en/of werkafspraken te motiveren actiever invulling te geven aan de mogelijkheden die bestaan om GGZ-cliënten te helpen met stoppen. Het maken van werkafspraken over stopondersteuning aan cliënten zou kunnen worden opgenomen in een (universeel) rookbeleid of een plaats kunnen krijgen in een tool kit of in trainingen.

### *5. Bekendheid beschikbare interventies vergroten en effectiviteit beter onderbouwen*

Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden gedaan door de reeds beschikbare interventies aan te melden bij de interventiedatabase van het RIVM / Loket Gezond Leven ([loketgezondleven.nl](http://loketgezondleven.nl)) en via de Erkenningscommissie Langdurige GGZ. Momenteel is de enige bij Loket Gezond Leven aangemelde behandeling specifiek gericht op stopondersteuning in de GGZ de “Voel je Vrij! Stoppen met Roken & Leefstijltraining GGZ”. Deze behandeling is echter nog niet op effectiviteit onderzocht. Wanneer ook andere interventies (voor zover deze beschikbaar zijn) bij de interventiedatabase zouden worden aangemeld vergroot dit de kennis over het bestaande interventieaanbod en helpt dit bovendien om de aard en effectiviteit van de verschillende interventies op waarde te schatten.

### *6. (Door)ontwikkelen eenvoudig inzetbaar interventieaanbod*

Het aanbod aan bewezen effectieve stopinterventies voor GGZ-cliënten is op basis van internationaal onderzoek gering, in Nederland is geen (recent) onderzoek gedaan naar bewezen effectieve stopinterventies voor de GGZ-populatie. Het psychosociale interventieaanbod voor volwassenen is in Nederland wel relatief omvangrijk (zie bijvoorbeeld [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)), waardoor het voor de hand ligt om op basis van bestaand aanbod voor volwassenen psychosociale interventies te ontwikkelen die in het bijzonder geschikt zijn voor (volwassen) GGZ-cliënten.

### *7. Borgen thema bij patiëntenverenigingen en kennisnetwerken*

Dit rapport is mede bedoeld om het thema (stoppen met) roken en rookbeleid in de GGZ te ‘agenderen’, maar daar moet het niet bij blijven. Van belang is om in een vervolgtraject het thema te borgen bij GGZ-patiëntenverenigingen zoals het Landelijk Platform GGZ, Anoksis, de Depressie Vereniging, of Herstel, Empowerment en

Ervaringsdeskundigheid (HEE), evenals bij kennisnetwerken en -organisaties zoals Phrenos, het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD), en het Trimbos-instituut via het daar ondergebrachte Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging.

#### *8. Ook voor ambulante cliënten*

In dit rapport is gefocust op rookbeleid en roken in intramurale geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Dit is gedaan omdat met name in instellingen waar een cliënt langer verblijft het gevoerde rookbeleid een forse impact kan hebben op rokende maar ook op niet-rokende cliënten. Dit wil niet zeggen dat het niet net zo goed van belang is om in de ambulante zorg aandacht te hebben voor (met name) stopondersteuning. Aangezien de overgrote meerderheid van de GGZ-cliënten ambulant wordt behandeld en het aandeel ambulant behandelde cliënten vanwege de toenemende ambulantisering in de sector verder zal gaan toenemen, zal juist hier meer gedaan moeten worden op het gebied van stopondersteuning om een werkelijk verschil teweeg te kunnen brengen.

#### *9. Over twee jaar voortgang evalueren*

Idealiter vormt het huidige rapport een baselinemeting en de aftrap van een monitor rookbeleid in de GGZ. Minimaal is het raadzaam om over twee jaar de voortgang op dit thema vast te stellen door dan wederom een verkenning uit te voeren rond het gevoerde rookbeleid, de uitvoeringspraktijk daarvan, en een inventarisatie te maken van de ingezette interventies om GGZ-cliënten te helpen bij het stoppen met roken.





# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Dit rapport presenteert de resultaten van een onderzoek naar het formeel gevoerde rookbeleid, de praktische invulling daarvan en de mate waarin ondersteuning bij het stoppen met roken plaatsvindt in drie typen zorginstellingen met een verblijffunctie ('bedden') in Nederland. Dit zijn de geïntegreerde GGZ-instellingen die ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg aanbieden, verslavingszorginstellingen (VZ-instellingen), en Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Voor deze drie typen instellingen is gekozen omdat deze (a) zorg aanbieden voor volwassenen, (b) niet hoofdzakelijk zorg en verblijf aanbieden aan mensen die niet uit vrije wil bij deze instellingen verblijven, (c) door GGZ Nederland worden vertegenwoordigd<sup>1</sup> en (d) wel een verblijffunctie hebben waardoor (een deel van) de cliënten gedurende langere tijd te maken heeft met het binnen deze zorginstellingen geldende rookbeleid.

Op basis van internationaal literatuuronderzoek, een inventarisatie van het rookbeleid van bij GGZ Nederland aangesloten geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's, interviews met medewerkers en met enkele cliënten van deze instellingen en een vragenlijstonderzoek onder 600 medewerkers van geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's wordt een beeld geschetst van de uitvoeringspraktijk van het rookbeleid bij deze drie typen instellingen. Onder rookbeleid verstaan we in dit rapport alle regels en afspraken die gelden binnen een instelling om het roken, stoppen met roken en het bieden van ondersteuning daarvoor te beheersen.

Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek is uitgevoerd door het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) van het Trimbos-instituut en is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### 1.1.1 Roken en geestelijke gezondheid hangen sterk samen

Diverse onderzoeken hebben overtuigend aangetoond dat de prevalentie van het roken van tabak beduidend hoger is onder mensen met een psychische stoornis [1-6]. In Nederland bijvoorbeeld heeft, afgaand op de gegevens van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study 1 (NEMESIS-1), 53% van de volwassenen met een psychische stoornis het afgelopen jaar gerookt, vergeleken met 37% van de volwassenen zonder psychische stoornis [2]. Onderzoek uit het buitenland laat vergelijkbare of zelfs grotere verschillen in rookprevalentie zien tussen de algemene bevolking en mensen met psychische stoornissen [3]. Rokers met een psychische stoornis roken gemiddeld meer

---

1 GGZ Nederland vertegenwoordigt ruim 90% van de zorg en het personeel in de GGZ.

sigaretten per dag dan rokers uit de algemene bevolking [3,4] en ze lopen daarnaast een groter risico om nicotineafhankelijk te worden [6]. De prevalentie van dagelijks roken varieert per diagnostische categorie, met vooral hoge prevalenties onder personen met schizofrenie en onder personen met een alcohol- of drugsverslaving [2,3,7].

### **1.1.2 Negatieve consequenties van roken zijn groot**

Zoals bekend heeft roken grote negatieve consequenties voor de (lichamelijke) gezondheid. Hoge rookprevalenties zijn dan ook een belangrijke verklaring voor de kortere levensverwachting van mensen met een psychische stoornis [7]. Bij de psychische stoornis schizofrenie is het bijvoorbeeld zo dat mensen die aan deze ziekte lijden een 12-15 jaar kortere levensverwachting hebben dan de algemene bevolking [32]. Meer dan twee derde van de mensen met schizofrenie overlijdt aan coronaire hartziekten. Roken is hiervan een van de belangrijkste veroorzakers en daarmee een van de grote risicofactoren voor vroegtijdig overlijden [8]. Roken kan bovendien een ongunstig effect hebben op het beloop van psychische stoornissen [9] en daarnaast de werking van psychomedicatie zoals antipsychotica beïnvloeden [7]. Daarnaast blijken mensen met een (vroegere) psychische stoornis minder succesvol in hun pogingen om te stoppen met roken [4,10,11].

### **1.1.3 Onvoldoende aandacht voor stoppen met roken**

Effectieve interventies gericht op het voorkomen of terugdringen van roken en nicotineafhankelijkheid onder mensen met een psychische stoornis zouden in potentie tot belangrijke gezondheidswinst kunnen leiden. In de praktijk lijkt er echter nog relatief weinig aandacht te zijn voor stoppen-met-roken interventies voor deze populatie [12]. Hulpverleners in de GGZ geven vaak weinig prioriteit aan het motiveren en ondersteunen van cliënten bij het stoppen met roken. Ook is het aantal effectstudies naar stoppen-met-roken behandeling bij mensen met een psychische stoornis beperkt in vergelijking met het aantal effectstudies met de algemene bevolking als doelgroep [11,13]. Wel is de afgelopen jaren meer onderzoek verschenen naar de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor personen met een psychische stoornis en recent zijn enkele overzichtsstudies verschenen, onder meer naar effectieve interventies bij het stoppen met roken door mensen met schizofrenie [13] en bij mensen met een depressie [11,26].

### **1.1.4 Effectieve rookinterventies voor mensen met een psychische stoornis**

Met name voor mensen met een stemmingsstoornis, mensen met schizofrenie, en mensen met verslavingsproblemen is op basis van de wetenschappelijke literatuur een uitspraak te doen over welke interventies effectief zijn.

#### *Depressie*

In een recente Cochrane review is de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor mensen met een depressie onderzocht door de resultaten van eerdere kwalitatief hoogwaardige studies te combineren [26]. In de review werden studies meegenomen naar zowel psychosociale interventies als farmacologische interventies (zoals behandelingen met nicotinevervangers of antidepressiva). In totaal werden in deze review 49 studies

opgenomen. In 33 studies was een specifieke component voor de depressie toegevoegd (een zogenaamde 'mood-management' component), te weten antidepressiva (zoals bupropion of fluoxetine) of een psychosociale interventie waarbij deelnemers leren om met de depressieve symptomen om te gaan. Het sterkste bewijs werd gevonden voor het toevoegen van een psychosociale component voor depressie aan standaard stoppen-met-roken interventies (medicamenteus of psychosociaal). Dit was zowel het geval bij mensen met een huidige depressie (11 studies, 1844 deelnemers, RR=1,47; 95% BI: 1,13-1,92) als bij de rokers die in het verleden een depressie hebben gehad (13 studies; 1496 deelnemers; relatief risico (RR)=1,41; 95% BI: 1,13-1,77). De resultaten van het toevoegen van antidepressiva aan een standaardinterventie waren minder overtuigend. Voor het middel bupropion werd in vergelijking met een placebobehandeling een positief effect gevonden onder rokers met een huidige depressie, maar dit was statistisch niet significant (5 studies; 410 deelnemers, RR=1,37; 95% BI: 0,83-2,27). Voor rokers die in het verleden een depressie hebben gehad lijkt bupropion vergeleken met een placebobehandeling de kans te vergroten om tenminste 6 maanden na de behandeling nog gestopt te zijn met roken (4 studies; 404 deelnemers; RR: 2,04; 95% BI: 1,31-3,18). Het bewijs is echter niet sterk gezien het geringe aantal studies en methodologische tekortkomingen (in alle studies ging het om post-hoc analyses op subgroepen) [27].

### *Schizofrenie*

In een recente Cochrane review [13] is een breed palet aan stoppen-met-roken interventies voor mensen met schizofrenie onderzocht op effectiviteit. Er is onder meer gekeken naar psychosociale interventies en farmacologische interventies (bupropion en varenicline). In totaal werden 34 onderzoeken opgenomen in deze meta-analyse. Het sterkste bewijs werd gevonden voor het positieve effect van het medicijn bupropion bij het stoppen met roken door mensen met schizofrenie (7 onderzoeken; 340 deelnemers; RR= 3,0; gemeten aan het einde van de behandeling). Dit betekent dat rokers met schizofrenie die stoppen met roken met behulp van bupropion een drie keer zo grote kans hebben om aan het einde van de interventie nog gestopt te zijn met roken in vergelijking met de rokers die een placebo hebben gekregen. Ook op de langere termijn, (ten minste) zes maanden na beëindiging van de behandeling, blijven de resultaten met bupropion positief (5 onderzoeken; 214 deelnemers; RR= 2,8). Mensen met schizofrenie die met bupropion werden behandeld rapporteerden bovendien zelden ernstige (psychische) bijwerkingen van dit middel wanneer ze ook hun antipsychotica bleven slikken. De resultaten met het medicijn varenicline waren minder positief. Weliswaar werd op basis van twee studies gevonden dat direct na behandeling het aantal gestopte rokers met schizofrenie hoger lag in de vareniclinegroep dan in de placebogroep, maar dit effect verdween na 6 maanden of langer. Daarnaast werden er ernstige bijwerkingen gerapporteerd. Twee van de 144 met varenicline behandelde mensen met schizofrenie rapporteerden suïcidale gedachten en/of pogingen tot zelfdoding [13]. Een andere recente overzichtsstudie vindt echter geen ernstige bijwerkingen zoals suïcidale gedachten, maar ook geen meerwaarde van varenicline boven placebo [33].

## *Verslaving*

Rond verslaving en stoppen met roken is minder evidentie voorhanden, en geen Cochrane review beschikbaar hoewel hier wel aan wordt gewerkt [29]. Ook ontbreekt een recente meta-analyse om op terug te vallen. Een review van Baca en collega's [28] haalt aan dat verschillende verslavingen tegelijkertijd kunnen worden behandeld zonder dat dit noodzakelijkerwijs ten koste gaat van de effectiviteit van de verschillende behandelingen. Er zijn zelfs studies in deze review opgenomen die een positief effect op de behandeling van een middelverslaving laten zien wanneer gelijktijdig de tabaksverslaving wordt behandeld [28]. Diverse studies in deze review laten verder zien dat met motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie in combinatie met nicotinevervangende medicatie en met bupropion enkele positieve resultaten zijn behaald bij het behandelen van mensen met een gecombineerde tabaks- en middelverslaving – hoewel de grootte van de effecten bescheiden is [28]. Een andere review spreekt dit bemoedigende resultaat echter deels tegen door onderzoek aan te halen waaruit blijkt dat nicotinevervangende medicatie en bupropion waarschijnlijk minder goed werken bij mensen met een alcoholafhankelijkheid, of met een gecombineerde cocaïne-opiaatafhankelijkheid [31]. In beide groepen cliënten werden met varenicline wel bemoedigende resultaten behaald die het belang onderstrepen van meer onderzoek naar het inzetten van varenicline in de tabaksontmoediging bij mensen met een middelafhankelijkheid [31]. Een derde review laat zien dat stoppen-met-roken interventies voor mensen in methadonprogramma's tot op heden weinig tot niet succesvol zijn geweest, hoewel stoppen-met-roken interventies niet tot een toename van middelgebruik leidden [30]. Al met al zijn de resultaten met betrekking tot effectieve stoppen-met-roken interventies voor mensen met verslavingsproblemen allerm minst eenduidig – de hoeveelheid beschikbare literatuur is momenteel nog onvoldoende om hierover harde uitspraken te doen.

### **1.1.5 Rol GGZ bij stoppen met roken**

Internationaal lijkt er tot op heden in de GGZ slechts in beperkte mate aandacht voor het ondersteunen van de cliëntenpopulatie bij het stoppen met roken. Hiervoor worden in de literatuur verschillende oorzaken genoemd. Een belangrijke barrière om cliënten bij het stoppen met roken te helpen lijkt de (doorgaans onterechte) veronderstelling dat stoppen met roken een negatief effect zal hebben op het herstel [12,14] omdat roken de symptomen van de stoornis veelal lijkt te verlichten (roken als zelfmedicatie). Daarnaast wordt soms gedacht dat patiënten niet willen of niet kunnen stoppen [12]. Een overzichtsstudie laat echter geen verschillen zien tussen mensen met en zonder een psychische stoornis in het aantal stoppogingen dat ze in het verleden hebben ondernomen [15]. Dit impliceert dat mensen met psychische klachten net als mensen zonder psychische klachten vaak graag willen stoppen met roken. Daarnaast lijkt succesvol stoppen met roken het beloop van de psychische stoornis niet negatief te beïnvloeden [14,16] of juist te verbeteren [25]. Dit impliceert dat de mogelijkheden om het roken onder mensen met een psychische stoornis te verminderen onvoldoende worden benut.

Factoren die mogelijkwerwijs een rol spelen bij het aan de orde stellen van stoppen met roken door GGZ-medewerkers zijn (a) de attitude van de medewerkers ten aanzien van roken door cliënten [17,18]; (b) kennis over en ervaring met het bespreken van het rookgedrag met cliënten [17,19,20]; (c) de bekendheid van interventies die hulpverleners aan cliënten kunnen aanbieden [20]. Het wel of niet zelf roken van de hulpverleners zou van invloed kunnen op deze drie factoren [18, 19]. Het rookbeleid binnen een instelling is mogelijk ook van belang wanneer men het roken door cliënten wil ontmoedigen. Of rookbeleid op zichzelf voldoende is om het roken door cliënten te reduceren is echter de vraag. Er zijn voorbeelden van onderzoek waarin wordt gerapporteerd dat het invoeren van rookbeleid heeft geleid tot een reductie van roken binnen instellingen [21] maar er zijn ook onderzoeken die geen afname vonden [22,23].

In Nederland is de aandacht voor stoppen met roken door mensen met en/of in behandeling voor een psychische stoornis beperkt. In de in 2009 herziene Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) [24] is bijvoorbeeld amper aandacht voor mensen met een psychische stoornis. Daarnaast is onduidelijk in hoeverre GGZ-instellingen in Nederland een formeel rookbeleid hebben, wat hier precies instaat en hoe dit wordt nageleefd.

## **1.2 Doelstelling en opbouw rapport**

Doel van dit rapport is een overzicht te bieden van wat er in Nederland, maar ook in het buitenland gebeurt in (intramurale) GGZ-instellingen op het gebied van (stoppen met) roken en rookbeleid. De onderstaande vragen stonden bij het creëren van dit overzicht centraal.

### **1.2.1 Onderzoeksvragen**

1. Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?
2. Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?
3. Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?
4. Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?

### **1.2.2 Opbouw rapport**

Het rapport is opgebouwd uit vier deelrapportages die als hoofdstukken 2-5 volgen op dit inleidende hoofdstuk. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de wetenschappelijke literatuur over de gerapporteerde ervaringen uit binnen- en buitenland met het invoeren en handhaven van rookbeleid en tabaksontmoediging in de (intramurale) GGZ. Hoofdstuk 3 presenteert de uitkomsten van de inventarisatie van het formele

rookbeleid zoals dat door Nederlandse geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's (allemaal met intramurale capaciteit) wordt gevoerd. De belangrijkste overeenkomsten en verschillen alsmede de hiaten in het gevoerde formele rookbeleid worden in hoofdstuk 3 gepresenteerd. Omdat het formeel gevoerde rookbeleid en de daadwerkelijke uitvoeringspraktijk daarvan niet noodzakelijkerwijs hetzelfde zijn, wordt in hoofdstuk 4 op basis van interviews met verschillende zorgfunctionarissen het rookbeleid in de praktijk in beeld gebracht. In hoofdstuk 5 worden de ervaringen, attitudes en opvattingen ten aanzien van roken, stopondersteuning en rookbeleid van medewerkers van geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's weergegeven. Dit is gebeurd op basis van een online vragenlijstonderzoek waaraan (na opschoning) 600 medewerkers van deze drie typen instellingen in Nederland hebben deelgenomen. In hoofdstuk 6 tot slot worden de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken samengevat om te komen tot beantwoording van de onder 1.2.1 geformuleerde onderzoeksvragen en om op basis van de bevindingen enkele aanbevelingen te formuleren.

### 1.3 Referenties

- [1] Bowden JA, Miller CL, Hiller JE. Smoking and mental illness: a population study in South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Apr;45(4):325-31.
- [2] Cuijpers P, Smit F, ten Have M, de Graaf R. Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addiction*. 2007 Aug;102(8):1303-9.
- [3] Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009 Aug 7;9:285.
- [4] McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 2010 Dec;100(12):2464-72.
- [5] Michal M, Wiltink J, Reiner I, Kirschner Y, Wild PS, Schulz A, Zwiener I, Blettner M, Beutel ME. Association of mental distress with smoking status in the community: Results from the Gutenberg Health Study. *J Affect Disord*. 2013 Apr 25;146(3):355-60.
- [6] Pedersen W, von Soest T. Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction*. 2009 Jan;104(1):129-37.
- [7] Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, Breslau N, Brown RA, George TP, Williams J, Calhoun PS, Riley WT. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res*. 2008 Dec;10(12):1691-715.
- [8] Blankers M, Monshouwer K, Ketelaars T, van Laar M. Roken en schizofrenie. Utrecht: NET/Trimbos instituut, 2014.

- [9] Khaled SM, Bulloch AG, Williams JV, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence--evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res.* 2012 Apr;46(4):436-43.
- [10] Hemmingsson T, Kriebel D, Tynelius P, Rasmussen F, Lundberg I. Adolescent mental health predicts quitting smoking in adulthood: a longitudinal analysis. *Eur J Public Health.* 2008 Feb;18(1):66-70.
- [11] Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, McKee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res.* 2013 Jun;15(6):1014-31.
- [12] Kerr S, Woods C, Knussen C, Watson H, Hunter R. Breaking the habit: a qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health.* 2013 Mar 12;13:221.
- [13] Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;2:CD007253.
- [14] Prochaska JJ, Fromont SC, Leek D, Hudmon KS, Louie AK, Jacobs MH, Hall SM. Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Acad Psychiatry.* 2008 Nov-Dec;32(6):484-92.
- [15] Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction.* 2009 May;104(5):719-33.
- [16] Shahab L, Andrew S, West R. Changes in prevalence of depression and anxiety following smoking cessation: results from an international cohort study (ATTEMPT). *Psychol Med.* 2014 Jan;44(1):127-41.
- [17] Guydish J, Passalacqua E, Tajima B, Manser ST. Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: a review. *J Psychoactive Drugs.* 2007 Dec;39(4):423-33.
- [18] Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004 Aug;11(4):445-51.
- [19] Dwyer T, Bradshaw J, Happell B. Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behaviour. *Int J Ment Health Nurs.* 2009 Dec;18(6):424-33.
- [20] Price JH, Ambrosetti LM, Sidani JE, Price JA. Psychiatrists' smoking cessation activities with Ohio community mental health center patients. *Community Ment Health J.* 2007 Jun;43(3):251-66.
- [21] Lawn S, Campion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv.* 2010 Mar;61(3):300-5.
- [22] Etter M, Khan AN, Etter JF. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Prev Med.* 2008 Jun;46(6):572-8.
- [23] Ratschen E, Britton J, Doody G, McNeill A. Smoking attitudes, behaviour and nicotine dependence among mental health acute inpatients: an exploratory study. *Int J Soc Psychiatry.* 2010 Mar;56(2):107-18.

- [24] Partnership Stop met Roken. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving herziening 2009. Den Haag: Partnership Stop met Roken, 2009.
- [25] Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Feb 13;348:g1151.
- [26] van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21;8:CD006102.
- [27] Monshouwer K, Blankers M, Ketelaars T, van Laar M. Roken en depressie. Utrecht: NET/Trimbos instituut, in voorbereiding.
- [28] Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Mar;36(2):205-19.
- [29] Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. *Cochrane Libr*. 2012 Dec 1;12:1-10.
- [30] Okoli CT, Khara M, Procyshyn RM, Johnson JL, Barr AM, Greaves L. Smoking cessation interventions among individuals in methadone maintenance: a brief review. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Mar;38(2):191-9.
- [31] Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Oct;14(5):478-85.
- [32] van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):635-45.
- [33] Kishi T, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Apr;265(3):259-68.



## 2. Stoppen met roken en rookbeleid in de geestelijke gezondheidszorg: een literatuuronderzoek

### Hoofdbevindingen

- Internationaal onderzoek laat zien dat de kennis van zowel behandelaars als cliënten over de gezondheidsrisico's van roken onvoldoende is.
- Afgaand op het beschikbare onderzoek denken behandelaars dat de meerderheid van de rokende cliënten niet geïnteresseerd is om te stoppen met roken. Wel ziet de meerderheid van de behandelaars een rol voor zichzelf bij het ondersteunen van stoppogingen door cliënten.
- De beschikbaarheid van stoppen-met-roken interventies en aandacht daarvoor in de klinieken is van belang om behandelaars zich ondersteund te laten voelen om cliënten te helpen met stoppen.
- In vergelijking met medewerkers in de somatische zorg zijn medewerkers in de GGZ doorgaans minder positief over een rookvrije instelling, of vinden dit minder belangrijk. GGZ-medewerkers zijn verdeeld over de wenselijkheid van een rookvrije instelling; rokers vinden dit minder wenselijk dan niet-rokers.
- Er worden zowel positieve als negatieve gevolgen van het invoeren van een rookverbod binnen GGZ-instellingen gerapporteerd. Positief is dat het cliënten en medewerkers aanzet om stoppen met roken te overwegen en dat de werkomgeving er schoner van wordt, negatief is het gevoel dat de persoonlijke vrijheid van de rokende cliënt wordt aangetast, en dat bij cliënten het niet kunnen roken tot een toename van stress- en angstklachten kan leiden.
- Niet alleen tijdens maar ook na opname zijn de in de literatuur beschreven effecten van een rookvrije instelling op het rookgedrag van cliënten wisselend. Sommige studies rapporteren dat meer cliënten stoppen en gestopt blijven tijdens en na opname in een rookvrije instelling dan in een niet-rookvrije instelling, terwijl andere onderzoeken dit niet vinden. Wel draagt het actief onder de aandacht brengen van stopinterventies aantoonbaar bij aan het ondernemen van een stoppoging door cliënten.

## 2.1 Inleiding

Mensen met psychische stoornissen roken relatief vaak en veel. Geschat wordt dat mensen met psychische stoornissen twee tot vier keer zo vaak roken als de algemene bevolking [10]. Het percentage dat dagelijks rookt is bijzonder hoog voor mensen met schizofrenie (62%, [11]), maar ook bij mensen met bijvoorbeeld een bipolaire stoornis (33-70%) of depressie (40-60%) komt dagelijks roken veel voor [10,12]. Een gevolg hiervan is dat onder mensen met psychische stoornissen sterfte aan tabaksgerelateerde ziekten relatief vaak voorkomt. Schattingen op basis van patiëntendossiers van meer dan 500.000 cliënten die in de VS in een instelling verbleven vanwege schizofrenie, depressie of bipolaire stoornissen laten bijvoorbeeld zien dat ongeveer 50% van de cliënten met deze stoornissen overlijdt als gevolg van ziekten die samenhangen met roken, zoals hart- en vaatziekten, longaandoeningen en kanker [10].

Een groot deel van de vroegtijdige sterfte van deze cliëntenpopulatie is mogelijk te voorkomen wanneer het roken onder hen wordt teruggebracht. Stoppen met roken krijgt echter binnen de (intramurale) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nog niet voldoende aandacht om de cliënten tot stoppen aan te zetten [40]. Dit kan te maken hebben met de cultuur in de GGZ waar men mogelijk relatief tolerant is ten opzichte van tabaksgebruik, maar het zou ook kunnen liggen aan een gebrek aan training of andere ondersteuning van professionals [13]. Een andere mogelijke reden is dat het ligt aan veelvoorkomende, maar mogelijk onjuiste opvattingen van medewerkers in de GGZ, zoals dat cliënten niet kunnen of willen stoppen met roken [13].

Om meer te weten te komen over deze redenen worden in dit hoofdstuk de attitudes van cliënten en professionals in de GGZ ten aanzien van (stoppen met) roken in instellingen, en het rookbeleid binnen instellingen op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur op een rij gezet. De doelstelling is te achterhalen of er grote verschillen zijn in hoe men in de diverse onderzochte instellingen tegen roken in de GGZ aankijkt. Welke opvattingen deelt men ten aanzien van stoppen met roken, en waarover is men verdeeld? Wat is er nodig om succesvol rookbeleid in te voeren en te handhaven, en welke (gezondheids)effecten mogen hiervan worden verwacht? En hoe wordt er aangekeken tegen stopondersteuning voor cliënten door behandelaars? Aan de hand van dertien vragen wordt de belangrijkste literatuur besproken.

## 2.2 Overzicht van de besproken literatuur in dertien vragen en antwoorden

In totaal worden in dit literatuuroverzicht de resultaten van veertig wetenschappelijke artikelen besproken, waarbij de meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in Engeland, Australië, Nieuw-Zeeland, of in de Verenigde Staten. De literatuur is op systematische wijze verzameld. Met behulp van de zoekstring (*tobacco OR smoking OR cessation*

OR cigarette\*) AND (attitude\* OR opinion\* OR view\*) AND (hospital\* AND mental OR psychiatric\*) AND (survey OR questionnaire OR interview) werden in PubMed 150 artikelen gevonden die zijn gepubliceerd tussen 1 mei 2004 en 1 januari 2015. Van deze artikelen zijn eerst de abstracts en daarna de volledige artikelen op relevantie gecontroleerd: besproken deze artikelen inderdaad (vragenlijst)onderzoek naar roken of rookbeleid in de geestelijke gezondheidszorg? Van de relevante artikelen zijn de referenties en de artikelen die uit deze publicaties citeren nagelopen om aanvullende relevante artikelen te vinden. De resultaten van de in dit hoofdstuk besproken studies zijn verzameld met behulp van vragenlijsten, interviews, observaties, of combinaties daarvan. Ook zijn (systematische) literatuuroverzichten van deze typen onderzoeken geraadpleegd.

### *1. Welke functie heeft roken voor cliënten in de intramurale GGZ?*

Meerdere auteurs concluderen dat roken en in het bijzonder het gezamenlijk roken van een behandelaar en een cliënt, volgens behandelaars instrumenteel kan zijn in het versterken van de band met de cliënt. Connolly en collega's [1] beschrijven op basis van een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd in Nieuw-Zeeland dat 46% van de psychiatisch verpleegkundigen meent dat roken waardevol is voor de totstandkoming van de therapeutische relatie. Onder de rokende verpleegkundigen is dit percentage zelfs nog hoger: 70%. Ook Wye en collega's [3] rapporteren op basis van een cross-sectioneel onderzoek onder hoofdverpleegkundigen van psychiatische afdelingen van verschillende instellingen dat een derde van de respondenten het eens of helemaal eens is met de stelling dat het soms nuttig is voor een medewerker om samen met een cliënt te roken om zo een vertrouwensband te creëren. Een kwalitatieve studie van Lawn en collega's [2] waarbij gebruik is gemaakt van verdiepende interviews onder verpleegkundigen beaamt dit: roken en de mogelijkheid om sigaretten te verschaffen wordt door verpleegkundigen ervaren als iets dat ondersteunend is in de interactie met cliënten.

Sigaretten worden daarnaast soms ingezet om het gedrag van cliënten mee te beïnvloeden, door ze te belonen met sigaretten als ze zich gedragen volgens de gestelde normen (zoals rond persoonlijke hygiëne, opstaan, medicatie innemen). In een studie van McNally en collega's [5] had 84% van de respondenten hier ervaring mee. Overigens waren er ook andere beloningen die voor vergelijkbare doelen werden ingezet: bijvoorbeeld de kliniek uit kunnen, koffie of thee drinken, of TV kunnen kijken [5].

Een studie van Praveen en collega's [6] onder verschillende medewerkers (managers, verpleegkundigen en psychiaters) van psychiatische inrichtingen in Engeland toont echter dat de steun voor dergelijk instrumenteel gebruik van sigaretten beperkt is. Onder de medewerkers ziet slechts 17% [6] tot 28% [1] het als acceptabel om sigaretten aan cliënten te geven, bijvoorbeeld om het behalen van behandoelen te stimuleren. Een minderheid (39%) van de medewerkers denkt dat er voordeel kleeft aan het gezamenlijk roken van medewerkers en cliënten [6]. Van de door Connolly en collega's ondervraagde

professionals [1] meende 56% dat roken cliënten helpt hun symptomen te beheersen; een meerderheid van 83% zag roken als een bron van vermaak en plezier voor cliënten [1]. Dit laatste wordt beaamd door cliënten in ander onderzoek, waarin roken daarnaast gezien wordt als een manier om met stress en verveling om te gaan [7,34].

## *2. Welke voor- en nadelen van niet-roken zien behandelaars en cliënten in intramurale GGZ-instellingen?*

Connolly en collega's [1] rapporteren zowel voor- als nadelen van niet-roken. Van de psychiatrisch verpleegkundigen ziet 65% dat zonder sigaretten de cliënten minder kalm zijn. Tegelijkertijd ziet 35% dat de (geestelijke) conditie van cliënten achteruit gaat wanneer een cliënt om welke reden dan ook niet in de gelegenheid was om te roken. Andere verwachte nadelen van niet meer mogen roken in instellingen zijn onder meer dat cliënten vaker stiekem zullen gaan roken, dat ze sneller en/of vaker de kliniek zullen verlaten en dat ze meer (illegale) andere middelen zullen gebruiken [7] of in gebruik ervan zullen terugvallen [8]. In de studie van Praveen en collega's denkt 79% van de respondenten dat cliënten meer geagiteerd zullen raken, of meer psychische klachten zullen ervaren als ze niet meer kunnen roken [6].

Naast deze mogelijke nadelen worden er ook duidelijke voordelen van niet-roken gerapporteerd. Etter en collega's [9] rapporteren dat het invoeren van een (gedeeltelijk) rookverbod leidde tot een afname van irritaties door ongewenst meerroken onder zowel medewerkers als cliënten. Een volledig rookverbod leidde hier overigens niet tot een verdere gerapporteerde afname van irritaties boven wat al werd behaald met een gedeeltelijk rookverbod.

## *3. Is de kennis van behandelaars en cliënten over de gezondheidsrisico's van roken op een voldoende hoog niveau?*

Naar deze vraag is relatief weinig onderzoek gedaan. Het onderzoek dat is gedaan laat zien dat de kennis van zowel behandelaars als cliënten over gezondheidsrisico's van roken onvoldoende is. In een studie van Ratschen en collega's (2009) onder professionals van 25 GGZ-instellingen verspreid over Engeland geeft bijna de helft van de deelnemers aan dat ze geen training hebben gehad over stoppen met roken noch over het binnen de instelling geldende rookbeleid [7]. In dezelfde studie dacht 22% van de respondenten ten onrechte dat het percentage mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen dat rookt lager is dan het percentage rokers in de algemene bevolking. Ook ten aanzien van de schadelijkheid van nicotine, teer en koolstofmonoxide was de kennis van de meerderheid van de respondenten niet op peil [7]. Managers van psychiatrische instellingen in Spanje rapporteren daarnaast dat 47% van hun medewerkers naar hun indruk onvoldoende kennis hebben over (klinische) stoppen-met-roken interventies [17]. In een cross-sectionele studie van Ballbè en collega's onder 600 cliënten en 575 professionals in 65 intramurale psychiatrische instellingen in Spanje (Catalonië) [30] werd ook gevonden dat zowel cliënten als professionals de mate van blootstelling

aan rook (meeroken) en de schadelijkheid van hun werkomgeving als gevolg hiervan onderschatten. Volgens dit onderzoek is deze onwetendheid mogelijkwerwijs een oorzaak van de voorkeur van cliënten en professionals voor een gedeeltelijk rookverbod in plaats van een geheel rookverbod. Uit eerder onderzoek in Engeland bleek overigens op basis van semigestructureerde interviews met 25 patiënten van twee GGZ-instellingen dat cliënten daar wel op de hoogte waren van de belangrijkste gezondheidsrisico's van roken, waarbij met name de negatieve gevolgen voor de luchtwegen werden genoemd [15].

#### *4. Bespreken behandelaars op structurele wijze het rookgedrag van cliënten?*

Twee van de geïncludeerde onderzoeken verschaffen hierover informatie. Ashton en collega's vonden dat slechts 26% van de behandelaars het rookgedrag van cliënten op structurele wijze bespreekt, bijvoorbeeld door dit altijd tijdens de intake of als onderdeel van een tussentijdse test of meting mee te nemen [18]. Het beeld dat op basis van het onderzoek van Ballbè et al. [17] ontstaat is iets positiever. Zij rapporteren dat 53% van de ondervraagde managers aangeeft dat het rookgedrag van cliënten wordt opgenomen in het zorgplan en dat 75% aangeeft dat de rookstatus wordt geregistreerd in het cliëntendossier.

#### *5. Denken behandelaars dat cliënten willen en kunnen stoppen met roken?*

Vier van de geïncludeerde studies gaan hier op in. Op basis hiervan zijn de opvattingen over het willen en kunnen stoppen met roken door cliënten verdeeld. Ashton en collega's [18] rapporteren op basis van een vragenlijst afgenomen onder 324 behandelaars van diverse psychiatrische instellingen in Australië dat deze behandelaars meenden dat een derde (34%) van de cliënten zou willen stoppen of minderen met roken. Slechts 37% van de behandelaars dacht dat meer dan de helft van de cliënten zou kunnen stoppen of minderen, ook wanneer ze nicotinevervangers, informatie en support zouden ontvangen. Als belangrijkste barrières om te stoppen zien behandelaars in deze studie: sociale isolatie, gebrek aan ondersteuning bij het stoppen met roken, en de psychische stoornis zelf. De 34 behandelaars uit de VS die door Weinberger en collega's [8] zijn bevraagd meenden in doorsnee dat cliënten die wilden stoppen daartoe goed in staat waren. De belangrijkste determinant van succes is in hun ogen de motivatie van de cliënt om te stoppen. In de studie van Wye en collega's [3] gaf de meerderheid (69%) van de respondenten (hoofdverpleegkundigen van psychiatrische afdelingen) aan dat cliënten die roken naar hun idee niet geïnteresseerd zijn om te stoppen met roken. Sommigen hadden het idee dat cliënten tijdens de opname al te veel aan hun hoofd hadden om ook nog aan het rookgedrag te werken. Andere respondenten waren het hier echter niet mee eens. Keizer en collega's [31] vonden in hun studie onder 155 professionals werkzaam voor een psychiatrisch ziekenhuis in Zwitserland (Genève) dat 59% van hen dacht dat stoppen met roken mogelijk was voor cliënten. Slechts 30% van deze respondenten vond echter dat het hun taak was om cliënten te adviseren te stoppen met roken.

#### *6. Zien behandelaars in de intramurale GGZ een rol voor zichzelf in het ondersteunen van stoppen met roken door cliënten?*

Zeven van de geïncludeerde studies doen hierover een uitspraak. Afgaand op deze studies ziet de meerderheid van de behandelaars een rol voor zichzelf bij het ondersteunen van stoppogingen. Rokende behandelaars zien in deze studies een kleinere rol voor zichzelf bij het ondersteunen van stoppen met roken door cliënten dan niet-rokende behandelaars. Ashton en collega's [18] vonden dat ruim de helft van de GGZ-medewerkers in deze studie het belangrijk vindt om cliënten te helpen hun rookgedrag aan te pakken. Belangrijke genoemde redenen zijn de gezondheid van cliënten (66%), gevolgd door financiële redenen (39%). Van alle respondenten vindt 69% dat de GGZ als sector betrokken zou moeten zijn bij het ondersteunen van cliënten die willen stoppen met roken. Dit is in lijn met de resultaten van de studie van Connolly en collega's [1] waaruit blijkt dat 87% van de psychiatrisch verpleegkundigen het als hun taak ziet om cliënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Ook Wye en collega's [3] noemen een vergelijkbaar hoog percentage (72%), terwijl een andere studie [7] op een beduidend lagere schatting komt (43%). Wel was het in deze studie zo dat professionals die zelf niet rookten, en professionals die een training over roken en/of rookbeleid hadden gevolgd zich vaker verantwoordelijk voelden om de cliënt te helpen te stoppen of minderen, dan rokende en/of niet getrainde respondenten [7]. Dit is in lijn met een (statistische) trend uit een ander onderzoek [8] waarin rokende behandelaars aangaven minder snel geneigd te zijn hun cliënten aan te sporen te stoppen met roken dan niet-rokende behandelaars. McNally en collega's [4] concluderen op basis van een studie onder 2574 medewerkers van GGZ en somatische gezondheidszorginstellingen in Engeland dat medewerkers in de GGZ mogelijk minder positief zijn over stoppen-met-roken interventies als onderdeel van de zorg die ze bieden dan medewerkers in de somatische zorg. Daarnaast vonden ze dat de attitude ten aanzien van stoppen met roken als onderdeel van de zorg uiteenliep tussen de verschillende typen professionals in de GGZ: verpleegkundigen waren onafhankelijk van de setting waar ze in werkten positiever over het aanbieden van stoppen-met-roken interventies dan artsen of andere zorgprofessionals zoals psychologen. Wye en collega's [3] vonden echter wel dat vrijwel alle respondenten (94%) menen dat wanneer cliënten graag willen stoppen, ze hiervoor behandeld zouden moeten worden.

#### *7. Voelen behandelaars zich voldoende ondersteund om stoppen-met-roken interventies aan te bieden aan cliënten?*

Enkele onderzoeken vroegen naar de beschikbaarheid van stoppen-met-roken interventies in de klinieken – deze onderzoeken rapporteerden dat interventies beschikbaar waren en dat dit van belang is om behandelaars zich ondersteund te laten voelen. In de studie van Ratschen en collega's [16] gaf twee derde (64%) van de ondervraagde professionals aan dat nicotinevervangers en/of gedragsinterventies beschikbaar waren in de kliniek of op de afdeling waar ze werken. De helft van de respondenten gaf daarnaast aan dat er binnen de reguliere werkrouetine voldoende gelegenheid was om cliënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Uit de studie van Weinberger en

collega's [8] bleek dat medewerkers in ieder geval in voldoende mate wisten waar ze cliënten naartoe konden verwijzen wanneer ze wilden stoppen met roken. Onbekend is of dit een representatief beeld geeft van de situatie in behandelinstellingen. Dat de ondersteuning van medewerkers en de beschikbaarheid van stoppen-met-roken interventies op de afdeling van belang is blijkt uit het werk van Wye en collega's [3]: de beschikbaarheid van nicotinevervangende medicatie op de afdeling wordt door de respondenten ervaren als sterk positief van invloed op het aanbieden van stoppen-met-roken ondersteuning aan cliënten op de afdeling.

#### *8. Hoe denken behandelaars over een rookverbod in de intramurale GGZ en wat zijn hun ervaringen daarmee?*

Uit het onderzoek van Connolly en collega's [1] bleek dat 28% van de psychiatrisch verpleegkundigen vond dat cliënten niet zouden mogen roken in de kliniek. De rest vond dat alleen op aangewezen plekken roken zou moeten worden toegestaan. Rokende medewerkers waren wel vaker tolerant ten opzichte van roken door cliënten in de kliniek dan niet-rokende medewerkers. Ook waren rokende medewerkers toleranter ten aanzien van het gezamenlijk roken van bezoekers en medewerkers met cliënten in de kliniek en in de rookruimten dan niet-rokende medewerkers. Uit ander onderzoek bleek dat de helft [6] of zelfs de meerderheid [19] van de medewerkers positief staat tegenover een rookverbod in de instelling. In vergelijking met medewerkers in de somatische zorg zijn medewerkers in de GGZ doorgaans minder positief over een rookvrije instelling, of vinden dit minder belangrijk [4].

#### *9. Welke gevolgen verwachten behandelaars na invoering van een rookverbod?*

De meeste respondenten uit het onderzoek van Wye en collega's [3] zijn het oneens met de stelling dat meer rookverboden (en interventies) weinig effect zouden hebben op het rookgedrag van cliënten en medewerkers in hun unit. Voordelen die medewerkers verwachten van een rookverbod zijn vooral (64%) dat de lichamelijke gezondheid van cliënten vooruit zal gaan wanneer er een rookverbod wordt ingevoerd; 31% denkt dat zowel de geestelijke als de lichamelijke gezondheid zal verbeteren [6]. In het overzichtsartikel van Lawn en collega's [21] worden de resultaten van 26 onderzoeken naar het invoeren van een rookverbod in intramurale GGZ-instellingen uitgevoerd tussen 1970 en 2004 samengevat. Doorgaans bleken medewerkers voor het invoeren van een rookverbod meer geassocieerde problemen te verwachten dan uiteindelijk het geval was. Er werd geen systematische toename van agressie, het isoleren van cliënten, eenzijdig (door cliënten) beëindigde behandelingen, of medicatiegebruik gerapporteerd, iets waar men op voorhand wel op rekende. Ook een meer recente studie met een longitudinaal design van Hollen en collega's [20] concludeert dat hoewel medewerkers vreesden voor negatieve gevolgen van een rookverbod in psychiatrische ziekenhuizen, zoals afgebroken behandeltrajecten, brand wegens stiekem roken, of ruzie en agressie jegens medewerkers, deze negatieve gevolgen zich niet vaker voordoen dan voor invoering van het rookverbod.



*10. Welke ervaring is er internationaal opgedaan bij het invoeren van een rookverbod?*

De ervaringen rond het invoeren van een rookverbod in GGZ-instellingen zijn afgaand op de beschikbare literatuur wisselend. Ratschen en collega's [23] rapporteren dat hoewel in nagenoeg alle Britse GGZ-instellingen (98%) een algeheel rookverbod geldt, zoals voorgeschreven door de Health Act 2006, door directeurs personeelszaken wordt aangegeven dat ze veelal dagelijks met overtredingen van dit rookverbod worden geconfronteerd. Observaties door de onderzoekers ondersteunen dit: vaak wordt er toch gerookt waar dat officieel niet mag. Het blijkt in de praktijk lastig om een ingevoerd rookbeleid langdurig effectief te handhaven. Een latere studie bevestigde dit beeld [16]: de implementatie van een rookverbod binnen de intramurale GGZ in Engeland had ten tijde van dit onderzoek (uitgevoerd in 2007-2008) te lijden onder rookpauzes die de therapeutische bijeenkomsten verstoorden, te weinig investeringen in training van de medewerkers om stoppen met roken door cliënten te begeleiden en een gebrek aan faciliteiten om stoppen met roken door cliënten effectief te ondersteunen. Ook andere studies rapporteren negatieve ervaringen rond de implementatie van een rookverbod. Dit blijkt onder meer uit het gegeven dat medewerkers aangeven dat er toch gerookt werd op plaatsen waar een rookverbod van kracht was [19], of dat men ondanks een partieel rookverbod toch vaak of zelfs dagelijks aan rook van anderen werd blootgesteld [25]. Aan de andere kant zijn er succesverhalen: Voci en collega's [24] concluderen op basis van onderzoek in Canada dat het mogelijk is om met behoud van een hoge mate van support van de medewerkers en zonder ernstige negatieve gevolgen voor het gedrag van cliënten een rookverbod in te voeren in een groot intramuraal psychiatrisch ziekenhuis. Met deze informatie in het achterhoofd kijken we hieronder naar wat er precies nodig is om een rookbeleid succesvol in te voeren in de GGZ.

Allereerst is het van belang dat een ingevoerd rookverbod helder wordt gecommuniceerd met cliënten en medewerkers [9,17]. De twee geïnccludeerde studies die hiernaar hebben gekeken laten echter zien dat hier het probleem vermoedelijk niet zit: minimaal 93% van de ondervraagde managers communiceert over veranderingen in het rookbeleid met cliënten en medewerkers [17]. In een andere studie bleek minimaal 90% van de cliënten en medewerkers op de hoogte te zijn van het geldende rookbeleid, een jaar na de invoering van een geheel rookverbod voor de afdeling Psychiatrie van het Universiteitsziekenhuis Genève [9].

Wye en collega's [26] wijzen op basis van een onderzoek onder 300 medewerkers van een grote psychiatrische instelling in Australië vlak voor de implementatie van een algeheel rookverbod wel op tekortkomingen in de communicatie met medewerkers. Zo zou er onvoldoende gecommuniceerd worden dat uit ervaringen elders blijkt dat het invoeren van een rookverbod binnen de intramurale GGZ niet leidt tot (meer) agressie van cliënten. Tegelijkertijd zouden ook de voordelen van een rookverbod meer moeten worden benoemd, zoals dat het na invoering hiervan makkelijker is om stoppen-met-roken interventies aan te bieden aan cliënten. Lawn en collega's [21,22, 39] concludeerden op basis van literatuuronderzoek [21,39] en interviews met 60



professionals in 99 intramurale instellingen in Australië [22] dat het succesvol invoeren van een rookverbod binnen instellingen mogelijk is, maar dat de volgende factoren daarvoor essentieel zijn:

- Helder en daadkrachtig leiderschap (zie ook [36]) en ondersteuning van het management;
- Goede samenwerking van medewerkers;
- Opleidingsmogelijkheden voor behandelaars om stoppen met roken te ondersteunen en hun kennis over (stoppen met) roken op peil te houden/brengen;
- Zo min mogelijk rokende medewerkers – medewerkers zelf motiveren te stoppen;
- Gebruik maken van farmacologische en psychosociale interventies;
- Voorlichting aan zowel cliënten als medewerkers om eventuele onterechte bezorgdheid over neveneffecten van stoppen weg te nemen;
- Het registreren van de rookstatus van cliënten;
- Het rookgedrag van cliënten na ontslag uit de instelling blijven monitoren;
- Consistente handhaving van het rookbeleid.

Glover en collega's [35] hebben in Nieuw-Zeeland 61 medewerkers, stoppen-met-roken coördinatoren, en stoppen-met-roken experts werkzaam voor geïntegreerde GGZ- of verslavingszorginstellingen telefonisch ondervraagd. Op basis van de ervaringen van de respondenten concluderen ze dat de meeste instellingen zich in een overgangsfase tussen liberaal en restrictief rookbeleid bevonden. Een aantal factoren belemmert het invoeren van een rookvrij beleid: uitzonderingen op het beleid, rokende medewerkers, negatieve attitudes ten aanzien van een rookvrije instelling, beperkte kennis over nicotine en nicotineafhankelijkheid enerzijds en schade door roken en comorbiditeit anderzijds, en slechte kennis over en vaardigheden in het bieden van stopondersteuning [35].

#### *11. Welke gevolgen ervaren cliënten en behandelaars na invoering van een rookverbod?*

Zowel positieve als negatieve gevolgen worden gerapporteerd. Positief vinden cliënten dat ze minder roken, een enkele studie rapporteert bovendien een toename van het aantal stoppogingen. Negatief vinden cliënten onder meer de beperking van hun autonomie. Medewerkers noemen als positief punt dat de werkomgeving schoner wordt, maar vinden het niet kunnen roken vaak wel zwaar voor cliënten. Diverse studies gaan in op de ervaringen van cliënten en medewerkers na het invoeren van een rookverbod in de instelling en rapporteren uiteenlopende ervaringen, van afname van de rookprevalentie tot toename van gevoelens van onveiligheid (vanwege buiten moeten roken). Garg en collega's [19] gaven aan dat 50% van de professionals in een psychiatrische instelling in Engeland problemen rapporteerde bij het managen van de cliënten als gevolg van het invoeren van het rookverbod, onder meer wegens een toename van angstklachten onder cliënten. Van de professionals rapporteerde 10% een toename in het gebruik van medicatie door cliënten. Er waren geen verschillen tussen rokende en niet-rokende medewerkers in de mate waarin ze bovenstaande problemen rapporteerden. Positieve gevolgen van het invoeren van een rookverbod die genoemd werden zijn dat het cliënten en medewerkers aanzette om stoppen met roken te overwegen en dat de werkomgeving er schoner van werd.

In een Zwitserse studie geeft een kleine meerderheid (53%) van de respondenten (cliënten en medewerkers gecombineerd) aan tevreden te zijn met het rookverbod in de instelling [9]. Ook in een andere studie rapporteren rokende cliënten tevreden te zijn met het ingevoerde rookverbod. Wel was het van belang voor cliënten om buiten te kunnen roken [15]. Sommige respondenten vonden het rookverbod prettig omdat ze nu minder rookten dan voorheen. Andere cliënten stonden negatief tegenover het rookverbod, onder meer omdat ze zich onveilig voelden wanneer ze naar buiten moesten om te roken, maar ook omdat het rookverbod hun persoonlijke vrijheid aantastte. Sommige cliënten rapporteerden zelfs dat ze stiekem op het toilet hadden gerookt [15]. Ook in andere onderzoeken worden gemengde ervaringen gerapporteerd (o.a. [9]): zowel voor als na invoering van een rookverbod in de instelling vond een meerderheid (78%) van de respondenten (cliënten en medewerkers) in dit onderzoek dat het rookverbod zwaar is voor cliënten die in afgesloten kamers verblijven – omdat dit voor hen vaak betekent dat ze niet meer kunnen roken op het moment dat ze dit zelf willen. Ongeveer de helft (47%-62%) van de medewerkers rapporteert dat cliënten soms of zelfs vaak boos op hen waren vanwege het beperkende rookbeleid.

Het invoeren van een rookverbod binnen instellingen leidde in de studie van Etter en collega's [9] wel tot een toename van het aantal cliënten dat rapporteerde hulp van een medewerker te hebben ontvangen bij het stoppen met roken (3% vs. 20%, tijdsinterval van drie jaar [9], zie ook [27]). Ook werden er vaker nicotinevervangers verstrekt (zie ook [21]). Metingen onder de medewerkers bevestigen dit beeld [9]. Er zijn echter ook studies die geen toename van het aanbieden van stopondersteuning in de vorm van nicotinevervangers vinden na invoering van een rookverbod (o.a. [20]). Enkele studies concluderen dat cliënten na verblijf in een rookvrije instelling positiever denken over hun kansen om in de toekomst succesvol te stoppen met roken en minder problemen voorzien om rookvrij te blijven na een stoppoging [14,28]. Tegelijkertijd nam het aantal cliënten met het doel in de toekomst te minderen of te stoppen met roken toe [14].

#### *12. Welke effecten op het rookgedrag van cliënten en medewerkers zijn er te verwachten na invoering van een rookverbod?*

Tijdens opname in een rookvrije instelling zijn de effecten op roken door cliënten wisselend. Ratschen en collega's [15] concluderen, weliswaar op basis van een kleine studie, dat er ondanks een rookverbod geen indicaties waren dat cliënten minder rookten tijdens hun opname in vergelijking met wanneer ze niet opgenomen waren. Zeven cliënten gaven aan dat ze tijdens de opname minder rookten dan normaal gesproken, zes gaven aan dat ze meer rookten en twee gaven aan geen verschil te ervaren. Een andere studie [9] vond dat het invoeren van een totaal rookverbod niet leidde tot een afname van tabaksgebruik onder cliënten, noch onder medewerkers. Wel leidde het tot een forse toename van het aantal cliënten dat een stoppoging ondernam gedurende hun verblijf in de instelling (van 2% voor invoering van een rookverbod, naar 18% na invoering ervan, met een tijdsinterval van één jaar). Onduidelijk is of dit deels kwam doordat de implementatie van het totaal rookverbod mogelijkwerijs te wensen overliet.

Niet alleen tijdens maar ook na opname zijn de in de literatuur beschreven effecten van een rookvrije instelling op het rookgedrag van cliënten wisselend. Stockings en collega's [27] includeerden veertien onderzoeken uitgevoerd in Australië, Engeland, de VS, en Zwitserland tussen 1989 en 2012 in hun literatuuronderzoek naar de impact van verblijf in een rookvrije intramurale psychiatrische instelling op het rookgedrag, motivatie tot stoppen en opvattingen ten aanzien van stoppen. Twee recente onderzoeken rapporteerden over veranderingen in rookgedrag tussen opname en ontslag uit de (rookvrije) instelling [28,29]. Deze studies vonden dat de meerderheid van de cliënten weer begon met roken binnen vijf dagen na ontslag uit de instelling. Deze twee studies vonden wel een significante afname in het aantal gerookte sigaretten per dag, veertien dagen [29] en drie maanden [28] na ontslag uit de instelling. Een oudere longitudinale studie [27] vond dit resultaat overigens niet. Ook Lawn en collega's zijn in hun literatuuroverzicht niet al te positief over de kans dat cliënten na opname in een (gedeeltelijke) rookvrije kliniek rookvrij blijven: na opname bleken veel cliënten weer te roken, waardoor geconcludeerd werd dat het rookverbod niet effectief is om cliënten langdurig van het roken af te brengen [21]. Ook Shmueli en collega's [14] vonden dat 76% van de cliënten op dezelfde dag dat ze waren ontslagen uit de rookvrije instelling weer rookten, en dat geen van de cliënten langdurig bleek te zijn gestopt (langer dan 3 maanden) na ontslag uit de instelling.

### *13. Hoe kan stoppen met roken door cliënten extra worden gestimuleerd binnen instellingen?*

Tot slot zijn er aanwijzingen dat meer aandacht voor stoppen-met-roken interventies op de rookvrije afdeling een belangrijke randvoorwaarde zijn om stoppen met roken tijdens en na opname te bewerkstelligen. Het framen van stopondersteuning als een manier om de psychiatrische symptomen te verminderen en de algemene gezondheid te verbeteren wordt op basis van literatuuronderzoek beschouwd als een goede methode om meer prioriteit te geven aan stoppen met roken onder GGZ-clieñten [32]. Ratschen et al. [15] vonden dat de meeste van de 15 cliënten die voor dit onderzoek werden ondervraagd in het verleden stoppogingen hadden gedaan, bijvoorbeeld met behulp van nicotinepleisters, -kauwgom of -inhalers, of door professionele stopondersteuning in te schakelen. Ze gaven aan dat de stoppoging toen niet was geslaagd vanwege stressklachten, angstklachten, verveling of sociale druk. Ervaringen met nicotinevervangers zijn gemengd. Veelgenoemde klachten waren dat deze middelen niet hielpen, dat cliënten allergische reacties kregen, of dat ze geen medicatie wilden nemen bovenop de medicatie die ze al voor hun psychische klachten kregen. Een studie uit de Verenigde Staten onder 324 rokende cliënten concludeert dat het actief onder de aandacht brengen van nicotinevervangers tijdens opname in een rookvrije instelling kan bijdragen aan het stoppen met roken [33]. Een ander onderzoek stelt echter dat verveling op de afdeling kan worden gezien als een factor die stoppen met roken zou bemoeilijken tijdens een opname [15]. Tegelijkertijd gaven de respondenten aan dat wanneer er op de afdeling meer aandacht aan stoppen met roken zou worden besteed, ze hier zeker interesse in zouden hebben [15].

## 2.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is op basis van de internationale literatuur die is verschenen in de afgelopen tien jaar antwoord gegeven op een dertiental vragen die betrekking hebben op de attitudes, ervaringen en uitkomsten van het beschikbaar stellen van stopinterventies en het voeren van een (streng) rookbeleid in GGZ-instellingen met verblijffunctie. Ook al liepen de bevindingen op een aantal punten uiteen, toch zijn er sterke aanwijzingen dat medewerkers in de GGZ open staan voor het ondersteunen van stoppen met roken door cliënten, en dat wanneer dit door instellingen wordt ondersteund dit tot een toename van stoppogingen leidt. Ten aanzien van restrictief rookbeleid binnen instellingen zijn zowel positieve als negatieve ervaringen op te tekenen, waarbij de positieve vaak te maken hebben met een grotere bereidheid te stoppen met roken, terwijl de negatieve ervaringen vaak het gevolg lijken te zijn van beperkte draagkracht voor het gevoerde beleid onder cliënten en medewerkers.

Nagenoeg alle besproken onderzoeken zijn uitgevoerd buiten Nederland – en daarmee in zorgsystemen die afwijken van het Nederlandse model. Mede hierom zal in de komende hoofdstukken onderzoek worden besproken dat binnen de Nederlandse setting is uitgevoerd, om zodoende helder te krijgen of de lijnen die zich op basis van internationaal onderzoek laten optekenen ook gelden in de Nederlandse situatie.

## 2.4 Referenties

- [1] Connolly M, Floyd S, Forrest R, Marshall B. Mental health nurses' beliefs about smoking by mental health facility inpatients. *Int J Ment Health Nurs*. 2013 Aug;22(4):288-93.
- [2] Lawn S, Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *Int J Ment Health Nurs*. 2006 Jun;15(2):111-8.
- [3] Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Carr V, Terry M, Knight J, Clancy R. Providing nicotine dependence treatment to psychiatric inpatients: the views of Australian nurse managers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 May;17(4):319-27.
- [4] McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, Wain B, Andrews H, Grimmer M, Crisp A, Oyebode D, Ghodse AH. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health (Oxf)*. 2006 Sep;28(3):192-6.
- [5] Nash MJ, Romanos MT. An exploration of mental health nursing students' experiences and attitudes towards using cigarettes to change client's behaviour. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 Oct;17(8):683-91.
- [6] Praveen KT, Kudlur SNC, Hanabe RP, Egbewunmi AT. Staff attitudes to smoking and the smoking ban. *Psychiatr Bull* 2009; 33: 84–8.

- [7] Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;31(6):576-82.
- [8] Weinberger AH, Reutenauer EL, Vessicchio JC, George TP. Survey of clinician attitudes toward smoking cessation for psychiatric and substance abusing clients. *J Addict Dis*. 2008;27(1):55-63.
- [9] Etter M, Khan AN, Etter JF. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Prev Med*. 2008 Jun;46(6):572-8.
- [10] Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, Remington G, Gatley J. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*. 2014 Jan;48(1):102-10.
- [11] de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005 Jul 15;76(2-3):135-57.
- [12] Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. 2005 Mar-Apr;14(2):106-23.
- [13] Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:297-314.
- [14] Shmueli D, Fletcher L, Hall SE, Hall SM, Prochaska JJ. Changes in psychiatric patients' thoughts about quitting smoking during a smoke-free hospitalization. *Nicotine Tob Res*. 2008 May;10(5):875-81.
- [15] Ratschen E, Britton J, Doody G, McNeill A. Smoking attitudes, behaviour and nicotine dependence among mental health acute inpatients: an exploratory study. *Int J Soc Psychiatry*. 2010 Mar;56(2):107-18.
- [16] Ratschen E, Britton J, Doody GA, McNeill A. Smoke-free policy in acute mental health wards: avoiding the pitfalls. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Mar-Apr;31(2):131-6.
- [17] Ballbè M, Nieva G, Mondon S, Pinet C, Bruguera E, Saltó E, Fernández E, Gual A; Smoking and Mental Health Group. Smoke-free policies in psychiatric services: identification of unmet needs. *Tob Control*. 2012 Nov;21(6):549-54.
- [18] Ashton M, Lawn S, Hosking JR. Mental health workers' views on addressing tobacco use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Sep;44(9):846-51.
- [19] Garg S, Shenoy S, Badee M, Varghese J, Quinn P, Kent J. Survey of staff attitudes to the smoking ban in a medium secure unit. *J Forensic Leg Med*. 2009 Oct;16(7):378-80.
- [20] Hollen V, Ortiz G, Schacht L, Mojarrad MG, Lane GM Jr, Parks JJ. Effects of adopting a smoke-free policy in state psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv*. 2010 Sep;61(9):899-904.
- [21] Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Oct;39(10):866-85.

- [22] Lawn S, Campion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv*. 2010 Mar;61(3):300-5.
- [23] Ratschen E, Britton J, McNeill A. Smoke-free hospitals - the English experience: results from a survey, interviews, and site visits. *BMC Health Serv Res*. 2008 Feb 18;8:41.
- [24] Voci S, Bondy S, Zawertailo L, Walker L, George TP, Selby P. Impact of a smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Nov-Dec;32(6):623-30.
- [25] Willemsen MC, Görts CA, Van Soelen P, Jonkers R, Hilberink SR. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. *Tob Control*. 2004 Jun;13(2):180-5.
- [26] Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Knight J, Carr V, Terry M, Clancy R. Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. *BMC Public Health*. 2010 Jun 25;10:372.
- [27] Stockings EA, Bowman JA, Prochaska JJ, Baker AL, Clancy R, Knight J, Wye PM, Terry M, Wiggers JH. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May 12;48(7):617-33.
- [28] Prochaska JJ, Fletcher L, Hall SE, Hall SM. Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *Am J Addict*. 2006 Jan-Feb;15(1):15-22.
- [29] Siru R, Hulse GK, Khan RJ, Tait RJ. Motivation to quit smoking among hospitalised individuals with and without mental health disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Jul;44(7):640-7.
- [30] Ballbè M, Sureda X, Martínez-Sánchez JM, Fu M, Saltó E, Gual A, Fernández E. Secondhand smoke in psychiatric units: patient and staff misperceptions. *Tob Control*. 2014 Sep 19.
- [31] Keizer I, Gex-Fabry M, Bruegger A, Croquette P, Khan AN. Staff representations and tobacco-related practices in a psychiatric hospital with an indoor smoking ban. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 Apr;23(2):171-82.
- [32] Cerimele JM, Halperin AC, Saxon AJ. Tobacco use treatment in primary care patients with psychiatric illness. *J Am Board Fam Med*. 2014 May-Jun;27(3):399-410.
- [33] Leyro TM, Hall SM, Hickman N, Kim R, Hall SE, Prochaska JJ. Clinical management of tobacco dependence in inpatient psychiatry: provider practices and patient utilization. *Psychiatr Serv*. 2013 Nov 1;64(11):1161-5.
- [34] Dickens GL, Staniford J, Long CG. Smoking behaviour, motives, motivation to quit and self-efficacy among patients in a secure mental health service: comparison with staff controls. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Aug;21(6):483-90.
- [35] Glover M, Fraser T, Bullen C, Wallace-Bell M, McRobbie H, Hadwen G. Transition to a smoke-free culture within mental health and drug and alcohol services: A survey of key stakeholders. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 Apr;23(2):183-91.
- [36] Grant LG, Oliffe JL, Johnson JL, Bottorff JL. Health care professionals implementing a smoke-free policy at inpatient psychiatric units. *Qual Health Res*. 2014 Dec;24(12):1732-44.

- [37] Hehir AM, Indig D, Prosser S, Archer VA. Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility: staff survey to describe experience and attitudes. *BMC Public Health*. 2013 Apr 8;13:315.
- [38] Lawn S, Feng Y, Tsourtos G, Champion J. Mental health professionals' perspectives on the implementation of smoke-free policies in psychiatric units across England. *Int J Soc Psychiatry*. 2014 Oct 8.
- [39] Lawn S, Champion J. Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Sep 10;10(9):4224-44.
- [40] Kerr S, Woods C, Knussen C, Watson H, Hunter R. Breaking the habit: a qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health*. 2013 Mar 12;13(221):221-32.





### 3. Rookbeleid in GGZ-instellingen: een kwalitatief onderzoek naar het formeel gevoerde beleid

#### Hoofdbevindingen

- Van 63 GGZ-instellingen in Nederland die zijn benaderd en naar het rookbeleid zijn gevraagd hebben er 61 gereageerd (97%). Hiervan hadden 42 instellingen (69%) een formeel rookbeleid, 19 instellingen (31%) hadden dit niet.
- In de meeste instellingen met een formeel rookbeleid (81%) wordt een gedeeltelijk rookverbod gehanteerd. In deze instellingen is roken alleen toegestaan in de daarvoor aangewezen rookruimten. In een klein percentage instellingen (17%) geldt een compleet rookverbod binnen gemeenschappelijke ruimten in het gebouw, hier zijn dus ook geen rookruimten te vinden.
- In het formele rookbeleid van ongeveer de helft van de onderzochte instellingen is de blootstelling van medewerkers aan de rook van cliënten een belangrijk thema.
- Bij een aantal instellingen leeft de opvatting dat medewerkers een belangrijke functie hebben in het vertonen van voorbeeldgedrag. Daarom is het in een kwart van de instellingen met een formeel rookbeleid (26%) voor medewerkers verboden om te roken in het bijzijn van cliënten.
- Bijna een kwart van de instellingen met een formeel rookbeleid (24%) biedt stopondersteuning aan cliënten. Deze interventies maken vaak onderdeel uit van programma's om de gezonde leefstijl van cliënten te bespreken en bevorderen. Een wat kleiner percentage instellingen (17%) biedt ook interventies om te stoppen met roken aan voor medewerkers.
- De meeste van de 19 instellingen die geen rookbeleid op schrift hadden, voeren wel een informeel rookbeleid: zo kwam uit de contacten met deze instellingen naar voren dat 37% van de instellingen zonder formeel rookbeleid wel een algeheel rookverbod hanteerde in gemeenschappelijke ruimten van de instelling.
- Al met al valt op dat er een grote variatie is in het gevoerde rookbeleid door de verschillende (typen) instellingen. In het rookbeleid van RIBW's wordt vaker gesproken over rookverboden in de gemeenschappelijke woningen dan in het rookbeleid van geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen. Ook wordt in het rookbeleid van RIBW's de meeste aandacht geschonken aan de blootstelling van medewerkers aan rook. In het rookbeleid van geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen staat daarentegen vaker een behandelaanbod gericht op stoppen met roken voor zowel cliënten als medewerkers beschreven.

### 3.1 Achtergrond

In Nederland is de werkgever sinds 1 januari 2004 volgens de Tabakswet verplicht om een rookbeleid te voeren. De horeca was hiervan uitgezonderd en zou in de periode 2005 tot en met 2008 een stappenplan rookvrije horeca uitvoeren. Per 1 juli 2008 is ook binnen de horeca de rookvrije werkplek ingevoerd. Vanaf 2011 tot 1 januari 2014 waren cafés kleiner dan 70m<sup>2</sup> zonder personeel uitgezonderd van het rookverbod. Per 1 januari 2015 is die uitzondering opgeheven en geldt weer een algeheel rookverbod. De Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA) kan bij overtreding van het rookverbod een boete opleggen van 600 euro die bij herhaalde overtredingen kan oplopen tot 4500 euro [1]. In artikel 10 van de Tabakswet [2] zijn alle rookverboden opgenomen. Publiek toegankelijke ruimten moeten ook rookvrij zijn. Dit geldt voor alle openbare gebouwen van het Rijk, de Provincies en de gemeenten. Het rookverbod geldt tevens voor alle instellingen van maatschappelijke dienstverlening, gezondheidszorg en welzijn. In het besluit “rookverbod” staan enkele uitzonderingen op het rookverbod, waar roken wel is toegestaan:

- a. in ruimten waar geen inbreuk mag worden gemaakt op de persoonlijke levenssfeer (eigen woonvertrekken);
- b. in afsluitbare, voor het roken van tabaksproducten aangewezen en als zodanig aangeduide ruimten;
- c. in de open lucht.

In het Besluit beperking verkoop en gebruik tabaksproducten is opgenomen dat in wachtruimten, kantines, recreatie- of soortgelijke ruimten van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg of maatschappelijke opvang roken is toegestaan, indien in deze instellingen meer dan één van deze ruimten aanwezig is.

Het rookbeleid van GGZ-instellingen wordt ingegeven door de Tabakswet. Daarnaast is de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) van belang in relatie tot het rookbeleid van GGZ-instellingen. Artikel 3 van de Arbowet stelt dat de werkgever zorg moet dragen voor de veiligheid en de gezondheid van werknemers voor alle met het werk verbonden aspecten en verplicht is tot het voeren van een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid [3]. Omdat passief roken, ofwel meeroken, schadelijk is voor de gezondheid [4] dient de blootstelling aan rook van medewerkers tot het minimum beperkt te worden.

De werkrimte dient dus rookvrij te zijn. Voor medewerkers die vanwege hun werk in rookruimten moeten zijn, zoals huishoudelijk medewerkers en hulpverleners die hulpverlening bieden aan cliënten in hun privéruimten, geldt echter een uitzondering. In de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) [5] staat namelijk dat de cliënt het (grondwettelijk) recht op zelfbeschikking toekomt: cliënten hebben het recht om hun leven naar eigen wens in te richten. Het recht van cliënten om in de eigen woonvertrekken te roken valt hieronder. De werkgever is echter niet verplicht

om het roken in privéruimten toe te staan. Indien de werkgever hier wel voor kiest, geldt de verplichting om zorg te dragen voor zo min mogelijk hinder en overlast voor de medewerkers.

Er zijn verschillende type instellingen binnen de GGZ in Nederland. Voor dit hoofdstuk is onderzoek gedaan naar het formele rookbeleid van drie typen instellingen met opnamecapaciteit, die reeds eerder zijn beschreven: geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Een formeel rookbeleid is in dit rapport gedefinieerd als het hebben vastgelegd van rookbeleid in geschreven vorm. Momenteel is er geen overzicht in hoeverre deze instellingen een formeel rookbeleid hebben noch van wat hierin precies vermeld wordt. Om kennis te verkrijgen over het huidige rookbeleid binnen deze typen GGZ-instellingen zijn daarom de volgende twee onderzoeksvragen geformuleerd:

- a. *Welk deel van de instellingen heeft een rookbeleid uitgewerkt in beleidsdocumenten?*
- b. *Wat zijn de kenmerken van het in beleidsdocumenten uitgewerkte rookbeleid, in termen van rookverboden, sancties en beschikbaarheid stopinterventies?*

## 3.2 Methode

Om kennis te verkrijgen over het huidige rookbeleid binnen GGZ-instellingen zijn beleidsdocumenten waarin het rookbeleid wordt beschreven (het formele rookbeleid) opgevraagd van alle geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's die zijn aangesloten bij GGZ Nederland en die over opnamecapaciteit (bedden) beschikken. De dataverzameling vond plaats van 13 mei 2014 tot 3 augustus 2014. Per instelling is een email gestuurd naar de cliëntenraad (13 mei 2014) met de vraag of de instelling een rookbeleid op schrift heeft en zo ja, of dit aan de onderzoekers toegestuurd kon worden. Bij geen gehoor is twee weken later (28 mei 2014) eenzelfde mail gestuurd naar het algemene e-mailadres van de instelling. Tot slot zijn in juli 2014 instellingen die op beide mails nog niet gereageerd hadden telefonisch benaderd.

### 3.2.1 Analyse

Om de beleidsdocumenten van de GGZ-instellingen te analyseren is gebruik gemaakt van een kwalitatieve explorerende onderzoeksmethode met behulp van het softwareprogramma MAXQDA [6]. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de gefundeerde theoriebenadering [7]. De gefundeerde theoriebenadering<sup>2</sup> is een analysetechniek waarbij een theorie wordt opgebouwd aan de hand van empirische gegevens [8].

---

2 Binnen de gefundeerde theoriebenadering zijn drie typen codering te onderscheiden: open codering, axiale codering en selectieve codering. De data worden allereerst gecodeerd aan de hand van open codering, waarbij fragmenten tekst worden vergeleken met elkaar en bepaalde codes toegewezen krijgen. Vervolgens wordt door middel van axiale codering bepaald in hoeverre de codes de data voldoende dekken en worden nieuwe codes gecreëerd als de nieuw verzamelde data daartoe aanleiding geven. Tot slot wordt door middel van selectieve codering verdere structuur aangebracht in de hoofd- en subcodes.

## 3.3 Resultaten

### 3.3.1 Formeel rookbeleid versus informeel rookbeleid

Alle 64 GGZ-instellingen<sup>3</sup> die aan de gestelde criteria voldeden zijn benaderd. Het betroffen 35 geïntegreerde GGZ-instellingen (55%), 9 verslavingszorginstellingen<sup>4</sup> (14%), en 20 RIBW's (31%). Hiervan is kort voorafgaand aan de dataverzameling één verslavingszorginstelling failliet gegaan. Van de 63 resterende instellingen hebben er 61 gereageerd (97%). Hiervan hadden 42 instellingen (69%) een formeel rookbeleid, 19 instellingen (31%) hadden dit niet. 27 van de 35 geïntegreerde GGZ-instellingen (77%) en 13 van de 20 RIBW's (65%) stuurden ons een rookbeleid op schrift toe. Slechts twee van de acht verslavingszorginstellingen (25%) konden ons een formeel rookbeleid toesturen. Hierom, en omdat deze twee verslavingszorginstellingen veel dezelfde kenmerken delen met geïntegreerde GGZ-instellingen, zoals crisisinterventieafdelingen, ambulante afdelingen, open en gesloten afdelingen, verblijfsafdelingen en dagbehandelingscentra, zijn de verslavingszorginstellingen in deze analyses samengevoegd met geïntegreerde GGZ-instellingen.

### 3.3.2 Rookverbod binnen en rondom het gebouw

In tabel 3.1 staat het rookbeleid weergegeven voor alle instellingen en per type instelling afzonderlijk. In de meeste instellingen met een formeel rookbeleid (81%) wordt een gedeeltelijk rookverbod gehanteerd. In deze instellingen is roken alleen toegestaan in de daarvoor aangewezen rookruimten. In een klein percentage instellingen (17%) geldt een compleet rookverbod binnen gemeenschappelijke ruimten in het gebouw, hier zijn dus ook geen rookruimten te vinden. De overige instellingen leggen geen verslag van de mate waarin roken is toegestaan in gemeenschappelijke ruimtes van het gebouw (2%).

Naast gemeenschappelijke ruimten zijn er ook privéruimten en privéwoningen (in het kader van begeleid wonen) binnen instellingen. In 5% van de instellingen is het verboden te roken in privéwoningen. In 10% van de instellingen wordt een gedeeltelijk rookverbod gehanteerd, waarbij roken is toegestaan in sommige privé en/of gemeenschappelijke ruimten, maar niet in alle. Een derde (33%) van de instellingen heeft geen restricties met betrekking tot het roken in privéwoningen. In het rookbeleid van de overige instellingen (58%) wordt geen melding gemaakt van eventuele rookverboden in privéwoningen. In het rookbeleid van RIBW's wordt niet vaker gesproken over rookverboden in de privéwoning dan in het rookverbod van geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen. Volgens het rookbeleid van de meeste instellingen (55%) is het roken in gemeenschappelijke woningen in de meeste gevallen toegestaan in de privéruimten. Dit wordt met name beschreven in het rookbeleid van RIBW's (85%).

---

3 Oorspronkelijk waren dit 65 instellingen, maar in de looptijd van het onderzoek zijn RIBW groep Overijssel en RIBW Twente gefuseerd: RIBW Twente maakt nu deel uit van RIBW groep Overijssel en voert hetzelfde formele rookbeleid.

4 Er zijn in Nederland meer bij GGZ Nederland aangesloten instellingen die verslavingszorg aanbieden, echter maken die doorgaans deel uit van geïntegreerde GGZ-instellingen.

Hoewel roken in de privéruimten van een gemeenschappelijke woning is toegestaan (23 instellingen) sommige van deze 23 instellingen wel eisen aan deze ruimten in verband met de brandveiligheid. Vereisten zijn onder andere: de aanwezigheid van rookmelders (vier instellingen), brandveilig materiaal (drie instellingen), afsluitbare asbakken (twee instellingen) en speciale rooktijden (twee instellingen). Daarnaast wordt in 7 van de 23 van deze instellingen gemeld dat er afspraken worden gemaakt met individuele cliënten over het roken op de kamer, waarbij de diagnose het uitgangspunt vormt. Dit betekent bijvoorbeeld dat cliënten die ernstige impulsiviteitsproblemen of onvoldoende verantwoordelijkheidsbesef hebben in bepaalde gevallen niet mogen roken op de kamer (in verband met de brandveiligheid). Hoewel twee instellingen wel aparte rokers- en niet-rokers verblijven hebben, blijkt uit het rookbeleid van geen enkele instelling dat het roken in gemeenschappelijke woningen volledig is toegestaan.

**Tabel 3.1: Inhoud formeel rookbeleid instellingen**

|                                                | Geïntegreerde<br>GGZ & VZ<br>(n=29) | RIBW's<br>(n=13) | Totaal<br>(n=42) |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| <i>Rookverbod gemeenschappelijke ruimten</i>   |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 17%                                 | 15%              | 17%              |
| Gedeeltelijk (rookruimten)                     | 79%                                 | 85%              | 81%              |
| Nee                                            | 0%                                  | 0%               | 0%               |
| Niet genoemd                                   | 3%                                  | 0%               | 2%               |
| <i>Rookverbod privéwoning</i>                  |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 3%                                  | 8%               | 5%               |
| Gedeeltelijk                                   | 10%                                 | 8%               | 10%              |
| Nee                                            | 31%                                 | 39%              | 33%              |
| Niet genoemd                                   | 55%                                 | 53%              | 58%              |
| <i>Rookverbod gemeenschappelijke woning</i>    |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 7%                                  | 8%               | 7%               |
| Gedeeltelijk (mag in privéruimte)              | 41%                                 | 85%              | 55%              |
| Nee                                            | 0%                                  | 0%               | 0%               |
| Niet genoemd                                   | 51%                                 |                  | 38%              |
| <i>Rookverbod buiten</i>                       |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 0%                                  | 0%               | 0%               |
| Gedeeltelijk (rookvrije zones)                 | 38%                                 | 0%               | 26%              |
| Nee                                            | 31%                                 | 46%              | 36%              |
| Niet genoemd                                   | 31%                                 | 54%              | 38%              |
| <i>Rookverbod cliënt in bijzijn medewerker</i> |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 17%                                 | 15%              | 17%              |
| Alleen op verzoek medewerker                   | 14%                                 | 62%              | 29%              |
| Nee                                            | 7%                                  | 0%               | 5%               |
| Niet genoemd                                   | 62%                                 | 38%              | 49%              |
| <i>Verdeling werktaken t.a.v. meeroken</i>     |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 11%                                 | 31%              | 17%              |
| Nee                                            | 0%                                  | 0%               | 0%               |
| Niet genoemd                                   | 89%                                 | 69%              | 83%              |
| <i>Rookverbod medewerker in bijzijn cliënt</i> |                                     |                  |                  |
| Ja                                             | 31%                                 | 23%              | 26%              |
| Nee                                            | 7%                                  | 8%               | 7%               |
| Niet genoemd                                   | 62%                                 | 67%              | 67%              |
| <i>Sancties</i>                                |                                     |                  |                  |
| Cliënten                                       | 17%                                 | 15%              | 17%              |
| Medewerkers                                    | 17%                                 | 15%              | 17%              |
| Bezoekers                                      | 10%                                 | 8%               | 10%              |
| Niet genoemd                                   | 76%                                 | 85%              | 79%              |
| <i>Behandelaanbod</i>                          |                                     |                  |                  |
| Cliënten                                       | 28%                                 | 15%              | 24%              |
| Medewerkers                                    | 24%                                 | 8%               | 17%              |
| Niet genoemd                                   | 66%                                 | 85%              | 71%              |

Een aantal instellingen maakt ook melding van een gedeeltelijk rookverbod buiten: bij 26% is roken bijvoorbeeld alleen toegestaan in zogenaamde 'rookzones'. Bij 36% van de instellingen mag overal buiten gerookt worden. In RIBW's (46%) is roken buiten (overal op het terrein) wel iets vaker toegestaan (althans, expliciet genoemd in rookbeleid) dan bij geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen (31%). Deze twee typen instellingen vermelden verder in hun rookbeleid dat er specifieke rookvrije zones buiten zijn (38%). Verder valt op dat in het rookbeleid van meer dan de helft (54%) van de RIBW's geen aandacht wordt besteed aan eventuele rookverboden buiten tegenover een derde (31%) van de geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen.

### **3.3.3 Blootstelling medewerkers aan rook**

In het formele rookbeleid van ongeveer de helft van de onderzochte instellingen is de blootstelling van medewerkers aan de rook van cliënten ook een belangrijk thema. In minder dan een kwart van de instellingen (17%) is het verboden voor cliënten om te roken in het bijzijn van medewerkers, bijvoorbeeld wanneer de medewerker op bezoek komt in de woning van de cliënt. In 29% van de instellingen is het voor cliënten echter alleen verboden om te roken in het bijzijn van de medewerker indien de medewerker dit verzoekt. In sommige instellingen (5%) is er afgaand op het formele rookbeleid in het geheel geen verbod voor cliënten om te roken in het bijzijn van de medewerker. In het rookbeleid van de resterende instellingen (49%) komt blootstelling van medewerkers aan rook niet ter sprake.

Uitgesplitst naar type instelling blijkt dat vooral RIBW's in het rookbeleid aandacht besteden aan de blootstelling aan rook van medewerkers. In 62% van de RIBW's mag de cliënt niet roken indien de medewerker dit verzoekt tegenover 14% van de geïntegreerde GGZ- en de verslavingszorginstellingen. In de geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen (17%) is er nagenoeg even vaak een totaal verbod op het roken door cliënten bij de aanwezigheid van bijvoorbeeld een behandelaar of verpleegkundige als in RIBW's (15%). Verder zijn er instellingen die, bij de verdeling van de werktaken, rekening houden met medewerkers die om gezondheidsredenen niet willen of kunnen worden blootgesteld aan de rook van cliënten. In RIBW's wordt hier vaker rekening mee gehouden (31%) dan in de geïntegreerde- en verslavingszorginstellingen (11%). Desondanks wordt in elk type instelling relatief weinig aandacht besteed aan meer roken bij het verdelen van de werktaken: in 89% van de geïntegreerde- en verslavingszorginstellingen en in 69% van de RIBW's is dit niet beschreven in het rookbeleid.

### **3.3.4 Voorbeeldgedrag medewerkers: niet roken in bijzijn van cliënt**

Bij een aantal instellingen heerst de opvatting dat medewerkers een belangrijke functie hebben in het vertonen van voorbeeldgedrag. Daarom is het afgaand op het formele rookbeleid in een kwart van de instellingen (26%) voor medewerkers expliciet en overal verboden om te roken in het bijzijn van cliënten. In sommige instellingen (7%) wordt het medewerkers niet expliciet verboden om te roken in het bijzijn van cliënten. Dit

verschilt niet tussen de geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. In het rookbeleid van het merendeel van de instellingen (67%) wordt dit onderwerp overigens niet besproken.

### **3.3.5 Sancties bij niet-naleving**

In het rookbeleid van negen instellingen zijn sancties beschreven indien het rookverbod niet wordt nageleefd. Sancties voor cliënten en medewerkers (beiden 17%) worden het vaakst benoemd gevolgd door sancties voor bezoekers (10%). Voorbeelden van sancties zijn: geldboete, ontslag en/of ontzegging van het privilege om in de privéruimte te roken. In geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen wordt zowel voor medewerkers (17%), cliënten (17%) alsook voor bezoekers (10%) ongeveer in gelijke mate over sancties gesproken bij niet naleving van het rookbeleid als bij RIBW's (medewerkers en cliënten beide 15% en bezoekers 18%).

### **3.3.6 Stoppen-met-roken interventies**

Bij verschillende instellingen zijn er naast beperkingen in de delen van gebouwen en buitenruimtes waar gerookt mag worden nog andere maatregelen getroffen om het roken te ontmoedigen. Bijna een kwart van de instellingen (24%) biedt stoppen-met-roken interventies aan cliënten aan. Deze interventies maken vaak onderdeel uit van "Leefstijl": een methodiek waarbij een gezonde leefstijl van cliënten besproken en aangemoedigd wordt [9]. Een wat kleiner percentage instellingen (17%) biedt ook interventies om te stoppen met roken aan voor medewerkers. Geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen hebben vaker een behandelaanbod gericht op stoppen met roken voor cliënten (28%) en medewerkers (24%) dan RIBW's (respectievelijk 15% en 8%).

### **3.3.7 E-sigaret**

In drie instellingen (7%) kwam ook het gebruik van de e-sigaret aan bod in het formele rookbeleid. In twee instellingen wordt de e-sigaret als rookwaar beschouwd en daarom verboden in de instelling. In één instelling wordt de e-sigaret als een gezonder alternatief voor tabak beschouwd en wordt het gebruik ervan aangemoedigd onder rokers.

### **3.3.8 Instellingen zonder formeel rookbeleid**

De meeste van de 19 instellingen die geen rookbeleid op schrift hadden, voeren wel een informeel rookbeleid. Dit bleek uit de emailcontacten met de betreffende instellingen. Hieruit kwam naar voren dat 37% van de instellingen zonder formeel rookbeleid wel een algeheel rookverbod hanteerde in gemeenschappelijke ruimten van de instelling. Een even groot percentage instellingen zonder formeel rookbeleid hanteerde een gedeeltelijk rookverbod (37%), waarbij dus beperkingen zijn opgenomen ten aanzien van waar en wanneer wel en niet mag worden gerookt. In hoeverre binnen roken is toegestaan in de overige vijf instellingen zonder formeel rookbeleid is onbekend. Tot slot maakte 16% van de instellingen zonder formeel rookbeleid ook melding van een gedeeltelijk rookverbod buiten: hier mag alleen gerookt worden in de 'rookzones'.

### 3.4 Conclusie

Om zicht te krijgen op het huidige rookbeleid binnen GGZ-instellingen is geïnventariseerd in hoeverre GGZ-instellingen een formeel rookbeleid (op schrift) hebben. Vervolgens is de inhoud van dit formele rookbeleid onderzocht met behulp van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Hoewel instellingen een boete riskeren bij overtreding van de tabakswet [1], tonen de resultaten dat bijna een derde van de instellingen ons geen formeel rookbeleid op schrift heeft kunnen toesturen. Hierdoor is soms onduidelijk of het rookbeleid voldoet aan verschillende wetten zoals de Tabakswet [2], de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) [3] en de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) [5]. Een risico hierbij is verder dat afspraken rond roken onduidelijk zijn voor medewerkers en cliënten of dat afspraken na verloop van tijd verwateren. Vooral bij verslavingszorginstellingen lijkt een formeel rookbeleid relatief vaak te ontbreken, hoewel dit een bevinding op basis van kleine aantallen is.

De grote pluriformiteit in het formele rookbeleid van instellingen is opvallend. Er is veel variatie in de uitvoerigheid van het geformuleerde beleid. Ook krijgen per instelling verschillende aspecten aandacht in het formele rookbeleid. De instellingen met een formeel rookbeleid lijken wel allen te voldoen aan de Tabakswet. Zo is in alle instellingen roken in de gemeenschappelijke ruimten alleen toegestaan in de daartoe aangewezen rookruimten, of volledig verboden in het gebouw. Een totaal rookverbod komt aanzienlijk minder vaak voor dan een gedeeltelijk rookverbod. Hoewel de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak recent is verhoogd naar 18 jaar [10] is er nauwelijks aandacht voor regelgeving voor cliënten onder de 18 jaar in het rookbeleid, terwijl verschillende GGZ-instellingen ook jeugdafdelingen hebben. Daarnaast variëren instellingen in de mate waarin ze het roken van cliënten in de privévertrekken (woning of kamer) toestaan. In de meeste instellingen wordt echter het grondwettelijk recht op zelfbeschikking van de cliënt in acht genomen, zoals beschreven in de WGBO [5] en wordt geen rookverbod in privévertrekken gehanteerd. In het rookbeleid van een derde van de instellingen staat beschreven dat er afspraken worden gemaakt met individuele cliënten over het roken, waarbij de gestelde diagnose het uitgangspunt vormt. Slecht een klein gedeelte van de instellingen beschrijft gebruik te maken van onbrandbare of brandvertragende materialen. Op basis van het formele rookbeleid lijkt het belang van roken in relatie tot brandveiligheid dus vaker niet dan wel een rol te spelen. Mogelijk wordt dit thema echter niet in het rookbeleid beschreven, maar in andere documenten die de brandveiligheid van de organisatie beschrijven. Verder blijkt uit het rookbeleid van het merendeel van de instellingen dat de Arbowet wordt nageleefd en werknemers niet (ongewenst) worden blootgesteld aan rook van cliënten. Tot slot wordt in het rookbeleid van diverse instellingen beschreven dat medewerkers een belangrijke voorbeeldfunctie hebben in het vertonen van gezond gedrag. In deze instellingen is het roken door cliënten in het bijzijn van medewerkers verboden.

Er zijn een aantal verschillen tussen de verschillende typen instellingen. In het rookbeleid van RIBW's wordt vaker gesproken over rookverboden in de gemeenschappelijke



woningen dan in het rookbeleid van geïntegreerde- en verslavingszorginstellingen. Dit resultaat lijkt vanzelfsprekend omdat RIBW's hoofdzakelijk bestaan uit privé of gemeenschappelijke woningen. Ook wordt in het rookbeleid van RIBW's de meeste aandacht geschonken aan de blootstelling aan rook van medewerkers, waarbij in de verdeling van werktaken vaker rekening wordt gehouden met de overlast die werknemers kunnen ervaren van rokende cliënten. In het rookbeleid van geïntegreerde- en verslavingszorginstellingen staat daarentegen vaker een behandelaanbod gericht op stoppen met roken voor zowel cliënten als medewerkers beschreven.

Al met al is de aandacht voor stoppen-met-roken interventies in het rookbeleid van instellingen over het algemeen beperkt. Een strikt rookbeleid is mogelijk een manier om het roken binnen de GGZ terug te dringen. Een andere manier waarmee het roken in de GGZ zou kunnen worden teruggedrongen, is het aanbieden van interventies gericht op stoppen met roken [11,12]. Slechts een kwart van de instellingen maakt in het rookbeleid melding van de beschikbaarheid van rookinterventies.

### 3.5 Referenties

- [1] Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit. NVWA controles en boetes rookverbod. URL: <https://archive.is/E0src>. Verkregen op 08-02-2015.
- [2] Tabakswet, art. 11a: lid 3 Burgerlijk Wetboek. URL: <https://archive.is/GukjS>. Verkregen op 08-02-2015.
- [3] Arbeidsomstandighedenwet, artikel 3:lid 2. Burgerlijk Wetboek: URL: <https://archive.is/k97KV>. Verkregen op 18-02-2015.
- [4] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2006.
- [5] Wet op de geneeskundige Behandelovereenkomst, WGBO (Burgerlijk Wetboek (BW): boek 7, Artikel 446-468 BW, 1995). URL: <https://archive.is/OFm8H>. Verkregen op 17-11-2014.
- [6] MAXQDA Reference Manual, 2004. URL: [http://www.maxqda.com/download/manuals/max11\\_manual\\_eng.pdf](http://www.maxqda.com/download/manuals/max11_manual_eng.pdf). Verkregen op 12-10-2014.
- [7] Glaser BG, Strauss, AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine, 1967.
- [8] Boeije HR. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Amsterdam: Boom Onderwijs, 2005.
- [9] Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Maas L van der, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van, Hermens M (Wergroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: Trimbosinstituut/V&VN, 2014.

- [10] Tabakswet, art8: lid 1. Burgerlijk Wetboek. URL: <https://archive.is/W7lp9>. Verkregen op 18-02-2015.
- [11] Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, Breslau N, Brown RA, George TP, Williams J, Calhoun PS, Riley WT. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008 Dec;10(12):1691-715.
- [12] Kerr S, Woods C, Knussen C, Watson H, Hunter R. Breaking the habit: a qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health.* 2013 Mar 12;13:221.

## 4. De informele uitvoeringspraktijk van het rookbeleid in GGZ-instellingen: interviews met betrokkenen

### Hoofdbevindingen

Afgaand op de ervaringen van de tien betrokkenen die zijn geïnterviewd valt op dat:

- Het rookbeleid binnen instellingen in de dagelijkse informele uitvoeringspraktijk kan afwijken van wat er formeel op papier staat.
- Het gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers formeel over het algemeen niet lijkt te worden toegestaan vanuit de voorbeeldfunctie die medewerkers vervullen. Toch gebeurt het in de praktijk dat cliënten en medewerkers samen roken.
- Er beperkt aandacht lijkt te zijn voor stoppen met roken binnen de aangeboden behandelingen. Niettemin geven alle respondenten aan het belangrijk te vinden dat er aandacht is voor stoppen met roken bij cliënten vanwege de lichamelijke gevolgen en gevolgen voor de dosering van medicatie die roken met zich meebrengt.

### 4.1 Achtergrond

In het voorgaande hoofdstuk zijn beleidsdocumenten van GGZ-instellingen geanalyseerd om inzicht te krijgen in het formele rookbeleid. Opvallend was de grote pluriformiteit in het rookbeleid van instellingen en de bevinding dat slechts een kwart van de instellingen interventies aan cliënten aanbiedt gericht op stoppen met roken. Regelmatig blijkt er echter een discrepantie te zijn tussen wat *formeel* verlangd wordt en hoe het er in de *informele* uitvoeringspraktijk aan toe gaat. Hoewel de formele en informele organisatie inconsistenties kunnen vertonen zijn beiden van belang om het beleid in een organisatie te begrijpen en waar nodig te veranderen [1].

Het doel van het onderzoek dat wordt besproken in dit hoofdstuk was om op basis van 10 semigestructureerde interviews ervaringen op te tekenen met de informele uitvoeringspraktijk van het rookbeleid. Hiermee werd een kwalitatief beeld verkregen van praktijkervaringen met het rookbeleid en mogelijke motieven voor het (niet) aanbieden van interventies. Het vormt hiermee een aanvulling op wat in hoofdstuk 3 is opgetekend op basis van het formele rookbeleid en vormt het een aanzet tot hoofdstuk 5, waarin een uitgebreider vragenlijstonderzoek is gedaan onder medewerkers in de GGZ.

De volgende vragen zijn in het huidige hoofdstuk leidend:

- a. Hoe wordt het rookbeleid in de verschillende instellingen uitgevoerd?
- b. Hoe kijkt men aan tegen het verschijnsel dat cliënten en medewerkers soms samen roken?
- c. Op welke manier wordt er vanuit het rookbeleid ruimte gemaakt voor het aanbieden van stopondersteuning aan cliënten?

Het gaat hier nadrukkelijk niet om een kwantitatieve benadering, maar om een verdieping ter illustratie van de uitvoeringspraktijk van het rookbeleid zoals dat in de praktijk wordt gevoerd in de instellingen.

## 4.2 Methode

De onderzochte populatie bestond uit zorgfunctionarissen van geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Om een breed beeld te kunnen krijgen van het rookbeleid in de praktijk en percepties rondom stoppen met roken in de GGZ zijn verschillende typen zorgfunctionarissen geworven, waaronder psychiatisch verpleegkundigen, een psychiater in opleiding en een psycholoog. Deze medewerkers en instellingen zijn geselecteerd op grond van het door hen gevoerde (formele) rookbeleid en de behandelde cliëntenpopulatie, met als doel de diversiteit hierin terug te laten komen in de interviews. Het betrof geen random steekproef. In oktober en november 2014 zijn vier face-to-face interviews afgenomen en zes telefonische interviews. De interviewduur varieerde van 15 tot maximaal 50 minuten. In Bijlage 3 zijn de interviewvragen te vinden. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews. Vooraf is een aantal onderwerpen vastgesteld, maar in het gesprek is ruimte open gelaten voor de geïnterviewde om datgene in te brengen wat hij of zij relevant vond binnen de kaders van de vooraf vastgestelde onderwerpen. Interviewvragen waren gecentreerd rondom het heersende rookbeleid binnen de instelling, het belang van aandacht voor stoppen met roken bij cliënten in de GGZ en eventuele interventies gericht op stoppen met roken binnen de instelling.

### 4.2.1 Analyse

De interviews zijn -evenals het formele rookbeleid in hoofdstuk 3- geanalyseerd aan de hand van een kwalitatieve explorerende onderzoeksmethode, waarbij gebruik is gemaakt van het softwareprogramma MAXQDA [2]. De analyse stoelt op de gefundeerde theoriebenadering [3]. In hoofdstuk 3 van dit rapport is een beschrijving gegeven van de analysetechniek.

## 4.3 Resultaten

### 4.3.1 Demografische kenmerken

Tabel 4.1 geeft de demografische kenmerken van de respondenten weer. In totaal zijn negen zorgfunctionarissen geïnterviewd: zes van geïntegreerde GGZ-instellingen, twee van verslavingszorginstellingen en één van een RIBW. Het betroffen drie psychiatrisch verpleegkundigen, een teamleider/psychiatrisch verpleegkundige, een verslavingsarts, een psychiater in opleiding, een psycholoog, een ervaringsdeskundige (die ook vanuit het perspectief van de cliënt verhaal deed) en een beleidsmedewerker zorgontwikkeling. Daarnaast is een cliënt geïnterviewd. Het merendeel van de respondenten (7/10) was man en de leeftijd varieerde van 30 tot 50 jaar. Drie respondenten rookten wekelijks tot dagelijks ten tijde van het interview.

**Tabel 4.1: Demografische kenmerken respondenten**

| Type zorgfunctionaris                 | Type instelling | Geslacht | Leeftijd |
|---------------------------------------|-----------------|----------|----------|
| 1. Verslavingsarts                    | Verslavingszorg | Man      | 39       |
| 2. Psychiater in opleiding            | Geïntegreerd    | Man      | 36       |
| 3. Psycholoog                         | Geïntegreerd    | Man      | 34       |
| 4. Psychiatrisch Verpleegkundige      | Geïntegreerd    | Man      | 50       |
| 5. Psychiatrisch Verpleegkundige      | RIBW            | Vrouw    | 34       |
| 6. Psychiatrisch Verpleegkundige      | Geïntegreerd    | Man      | 49       |
| 7. Beleidsmedewerker zorgontwikkeling | Verslavingszorg | Vrouw    | 48       |
| 8. Teamleider verpleegkundigen        | Geïntegreerd    | Man      | 30       |
| 9. Ervaringsdeskundige                | Geïntegreerd    | Man      | 36       |
| 10. Cliënt                            | Geïntegreerd    | Vrouw    | 49       |

*Noot: In de lopende tekst zijn citaten opgenomen die genummerd zijn; de nummers corresponderen met het nummer van de respondent en in de tabel.*

### 4.3.2 Hoe wordt het rookbeleid in uw instelling uitgevoerd?

Uit de interviews komt net als in hoofdstuk 3 is gerapporteerd een pluriformiteit in het rookbeleid van diverse instellingen naar voren. De helft van de respondenten geeft aan dat er rookruimten aanwezig zijn op de klinische afdelingen van instellingen. De rookruimten zijn meestal bedoeld voor cliënten. Medewerkers en bezoekers worden vaak geacht om buiten te roken. Op afdelingen waar cliënten beschermd wonen mogen cliënten doorgaans in de persoonlijke woonruimte roken. De autonomie van cliënten staat hierbij voorop. In het kader van brandgevaar worden soms wel individuele afspraken hierover gemaakt. Zes respondenten vertellen dat er ook restricties zijn met betrekking tot het buiten roken, zoals een rookverbod voor de deur van de instelling. Deze restricties worden echter niet altijd nageleefd:

*4: "Er staat bij ons een bushokje buiten waar je geacht wordt te roken in plaats van voor de voordeur. Het gevolg is dat we nu meestal bij de zijdeur roken. Het is allemaal een beetje 'half' en de reglementen worden niet strikt nagestreefd. Er is*

*wel een soort van gedachte van hoe het eigenlijk zou moeten, maar dit wordt niet per definitie nagestreefd."*

Een verslavingsarts geeft aan dat de hele kliniek rookvrij is sinds 1 maart 2014; roken in de instelling en op het terrein van de instelling is verboden en beschrijft het proces als volgt:

*1: "In tegenstelling tot wat veel medewerkers en cliënten hadden verwacht, verliep het rookvrij worden van de kliniek voor cliënten rustig. Er waren niet meer incidenten dan normaliter en de incidenten die er waren, zijn niet direct gerelateerd aan het nieuwe rookbeleid. De weerstand van enkele medewerkers en cliënten werkte wel nog een tijd door, maar bleek vooral 'stille weerstand' te zijn. Zo bleken sommige cliënten stiekem op hun kamer te roken. Opvallend was de reactie van veel medewerkers en cliënten dat het allemaal wel mee viel achteraf gezien."*

Vier zorgfunctionarissen geven in het interview echter aan dat ze een compleet rookvrije instelling, zonder rookruimten of de mogelijkheid om in de privéruimte te roken, niet wenselijk vinden vanuit het recht op zelfbeschikking van cliënten. De cliënt geeft ook aan dat het waarschijnlijk heel lastig is om dit erdoor te krijgen, omdat hier veel protest op zou komen.

#### **4.3.3 Gezamenlijk roken van medewerkers en cliënten**

De meningen over de mate waarin medewerkers in het zicht van cliënten kunnen roken zijn verdeeld. Twee zorgfunctionarissen vertellen dat het gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers niet als onwenselijk wordt gezien, omdat het een therapeutische functie vervult. Twee andere zorgfunctionarissen geven juist aan dat niet roken de norm is. Medewerkers zouden een belangrijke voorbeeldfunctie vervullen en dus niet in het zicht van cliënten moeten roken. Zo geeft een psychiater in opleiding aan:

*2: "In principe is het not done dat medewerkers gezamenlijk met cliënten roken. Naar mijn idee gebeurt dit ook niet."*

Vier zorgfunctionarissen staan ambivalent tegenover het gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers. Zo vertelt een psycholoog:

*3: "Het is een middel waarmee je cliënten even kunt kalmeren; even samen naar buiten om te praten en een sigaret roken. Incidenteel kan het dus een goede interventie zijn. Anderzijds hebben medewerkers ook een voorbeeldfunctie naar cliënten toe. Ik vind dat het dus alleen moet plaatsvinden als het een bepaald doel dient."*

Uit het interview met de cliënt en de ervaringsdeskundige kwam ook naar voren dat roken een therapeutische functie vervult. Het gezamenlijk roken van cliënten en hulpverleners zou een informele situatie creëren waarin cliënten zaken bespreken, die

in formele besprekingen niet aan bod zouden komen. Mogelijk ook doordat cliënten zo meer het ‘menselijke aspect’ van de verpleegkundigen te zien krijgen.

#### 4.3.4 E-sigaret

In sommige interviews was de e-sigaret ook onderwerp van gesprek, hoewel deze gezien de inventarisatie in hoofdstuk 3 nauwelijks een rol speelt in het formele rookbeleid van de instellingen. Vijf zorgfunctionarissen vermelden dat de e-sigaret verboden is in de instelling, althans op dezelfde wijze wordt gereguleerd als een conventionele sigaret. Argumenten die hiervoor worden ingebracht zijn de mogelijkheid om andere middelen via de e-sigaret de kliniek in te brengen en de schadelijkheid van de e-sigaret voor de gezondheid. Eén van deze vijf zorgfunctionarissen geeft wel aan dat de e-sigaret wordt aanbevolen als stoppen-met-roken hulpmiddel (weliswaar als laatste optie) naast de Voel je Vrij! Stoppen met Roken & leefstijltraining GGZ. Twee zorgfunctionarissen zeggen niet precies te weten wat het beleid is rondom de e-sigaret, maar denken dat de e-sigaret potentie heeft als stoppen-met-roken hulpmiddel bij cliënten.

#### 4.3.5 Minderjarigen

Twee zorgfunctionarissen wisten ook iets te vertellen over het rookbeleid voor jongeren onder de 18 jaar. Een beleidsmedewerker zorgontwikkeling vertelde dat jongeren onder de 18 jaar in principe niet mogen roken en ook geen sigaretten mogen kopen tenzij dit is overlegd met de ouders. Medewerkers mogen niet roken in het bijzijn van jongeren. Een teamleider van verpleegkundigen geeft aan dat dit met die woorden ook in hun officiële beleid staat beschreven, maar dat er in de praktijk een gedoogbeleid heerst. Vanaf 2016 zal hier verandering in komen en mag er door jongeren en medewerkers in de instelling en op het terrein van de instelling niet meer gerookt worden.

#### 4.3.6 Stopondersteuning

De mate waarin behandeling gericht op stoppen met roken wordt aangeboden varieert tussen de instellingen waar de respondenten voor werken. Vijf zorgfunctionarissen geven aan dat er binnen de instelling behandeling wordt aangeboden voor stoppen met roken in de vorm van gedragstherapie. Twee zorgfunctionarissen (weliswaar uit dezelfde instelling) vertellen dat de Voel je Vrij! Stoppen met Roken & leefstijltraining GGZ wordt uitgevoerd, een beleidsmedewerker zorgontwikkeling vermeldt een internetinterventie om stoppen met roken te ondersteunen en een psychiatrisch verpleegkundige vermeldt individuele behandeling in de vorm van gesprekken. De mate waarin behoefte is om deel te nemen aan de genoemde gedragstherapieën lijkt inconsistent. Twee zorgfunctionarissen geven aan dat er veel vraag is, terwijl een andere zorgfunctionaris juist merkt dat cliënten onvoldoende gestimuleerd worden om deel te nemen:

*7: “We hebben wel een eigen stoppen met roken interventie via internet. Deze online behandeling, die ook face-to-face gegeven kan worden, is ontwikkeld voor mensen vanaf zestien jaar die willen stoppen met roken. Momenteel loopt er een pilot naar deze interventie [NB. bij deze doelgroep]. De eerste resultaten lijken*

*te wijzen op een positief effect. Desondanks is er nog te weinig aandacht voor deze behandeling. Onder veel medewerkers die met cliënten werken heerst toch de opvatting dat het 'zielig' is om deze mensen van hun sigaret af te helpen, omdat ze het al zwaar hebben met het afkicken van hun andere verslaving(en)."*

Vier zorgfunctionarissen en de cliënt geven aan dat er nauwelijks aandacht is voor stoppen met roken in de behandeling; er wordt in elk geval geen gedragstherapie aangeboden. Cliënten die willen stoppen met roken kunnen nicotinepleisters of bupropion voorgeschreven krijgen. Nu en dan wordt voorlichting gegeven, maar lang niet bij alle instellingen. Twee zorgfunctionarissen geven aan dat er bij het intakegesprek gevraagd wordt naar tabaksverslaving met als doel het aanbieden van een behandelaanbod. Dit zou echter nauwelijks van de grond komen. Zo vertelt een psychiater in opleiding:

*2: "Er zijn wel cliënten die een hulpvraag hebben om te stoppen met roken, maar vaak wordt toch geadviseerd om dit in een later stadium aan te pakken en allereerst te werken aan andere klachten."*

Aan respondenten is vervolgens gevraagd in hoeverre zij het belangrijk vinden dat er aandacht is voor stoppen met roken binnen de GGZ. Allen geven aan de aandacht voor stoppen met roken binnen de GGZ belangrijk te vinden. Verschillende redenen worden genoemd. Vijf zorgfunctionarissen geven aan dat veel cliënten zware rokers zijn en getroffen worden door lichamelijke gevolgen van de tabaksverslaving:

*7: "Ik vind het heel belangrijk dat er aandacht is voor stoppen met roken voor cliënten in de GGZ en vooral ook in de verslavingszorg. Roken is de meest dodelijke verslaving. Het is hypocriet dat we mensen nu van een verslaving aan bijvoorbeeld heroïne of alcohol afhelpen, terwijl ze dan 15 jaar later sterven aan de gevolgen van tabak."*

Ook zou het roken interfereren met verschillende psychofarmaca; cliënten die roken hebben in sommige gevallen een hogere dosis medicatie nodig. Het is dan lastig de goede dosis te bepalen. Een psychiater in opleiding zou het wenselijk vinden als hier meer toegankelijke informatie over beschikbaar was. Drie zorgfunctionarissen (waaronder de ervaringsdeskundige) geven aan dat de aandacht voor stoppen met roken zeer wenselijk is omdat cliënten vaak meer gaan roken tijdens hun opname dan daarvoor. Zo vertelt de ervaringsdeskundige:

*9: "Ik was ook veel bezig met roken; wanneer kan ik weer roken? Hoe kom ik vandaag aan mijn sigaretten? Ik rookte op een gegeven moment zoveel dat ik soms 's ochtends misselijk wakker werd en moest overgeven."*

Vier zorgfunctionarissen geven daarnaast aan dat er binnen de instelling of vlakbij de instelling een verkooppunt is waar tabak wordt verkocht. Hierdoor kunnen cliënten



gemakkelijk aan hun rookwaren komen. De ervaringsdeskundige is van mening dat het nuttig had kunnen zijn als het roken tijdens zijn opname onder de aandacht was gebracht. Wellicht niet om te stoppen, maar wel om te minderen met roken. Een andere reden voor het belang van aandacht voor stoppen met roken die door twee zorgfunctionarissen genoemd wordt, zijn de kosten die roken met zich meebrengt:

3: *"De meeste cliënten hebben weinig te besteden en geven al hun geld uit aan sigaretten."*

Twee zorgfunctionarissen geven nog een ander argument: in de maatschappij wordt roken steeds minder als normaal, of sociaal geaccepteerd gezien, als GGZ-instelling zou je voorop in plaats van achterop moeten lopen in deze maatschappelijke ontwikkeling.

4: *"Als instituut zou je wel een beetje voorop moeten lopen in de maatschappelijke ontwikkelingen. We zouden het net iets beter moeten doen dan wat er buiten de instelling in de maatschappij gebeurt. Ik heb wel eens gedacht dat als we een nieuwe collega aannemen, dat we dan een advertentie moeten plaatsen met de tekst: 'Gezien de samenstelling van ons team zijn we op zoek naar een geheelonthouder.'"*

De cliënt tot slot, zou het ook wenselijk vinden als er meer aandacht voor stoppen met roken komt in de behandeling:

10: *"Zeker als je zicht krijgt op de reden waarom je drinkt en de functie daarvan dan zou je dat zo kunnen overhevelen naar roken. Ik zou wel meedoen als er een behandeling was. Ik denk dat er wel een stuk of vier mensen in mijn groep (bestaande uit 12 mensen) zitten die ook wel zouden willen stoppen."*

Niettemin blijkt uit gesprekken met vijf zorgfunctionarissen dat de heersende opvatting in de GGZ is dat eerst alle andere problemen aangepakt moeten worden. Roken zou soms als de minst erge problematiek gezien worden en binnen een opname van een bepaalde tijd zou het nu eenmaal niet haalbaar zijn om alle problematiek aan te pakken. Een teamleider zegt:

8: *"Roken wordt gezien als de minst erge problematiek die ze hebben. Veel jongeren blowen bijvoorbeeld of hebben allerlei andere problematiek. Als we ze dan ook nog eens van het roken af moeten helpen dan wordt dat te veel."*

Tot slot zijn vier zorgfunctionarissen (waaronder de ervaringsdeskundige) van mening dat stoppen met roken van cliënten niet altijd positief hoeft te zijn omdat roken mogelijk een belangrijke functie vervult. Roken zou een copingstrategie zijn gericht op het verminderen van de emotionele gevolgen van stress die de psychische problematiek met zich meebrengt. Ook zou het roken een belangrijke rol spelen in het doorkomen van de 'lege dagen'. Zo vertelt de ervaringsdeskundige:

9: *"Ik gebruikte het roken als een vorm van zelfmedicatie, ik was angstig en in de war destijds. Van roken werd ik rustig en het gaf me een fijn gevoel."*

## 4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is het rookbeleid van GGZ-instellingen en de aandacht voor stoppen met roken beschreven zoals gezondheidsfunctionarissen dit ervaren in de dagelijkse uitvoeringspraktijk. Er zijn 10 interviews afgenomen die vervolgens kwalitatief zijn gecodeerd. Drie onderzoeksvragen waren hierbij leidend:

- a. Hoe wordt het rookbeleid in de verschillende instellingen uitgevoerd?
- b. Hoe kijkt men aan tegen het verschijnsel dat cliënten en medewerkers soms samen roken?
- c. Op welke manier wordt er vanuit het rookbeleid ruimte gemaakt voor het aanbieden van stopondersteuning aan cliënten?

Het betreft uiteraard een zeer beperkte sample waardoor we geen harde conclusies kunnen trekken. Wel tekenen zich duidelijke 'indrukken' af rond de drie geformuleerde vragen. De indruk die volgt uit de eerste onderzoeksvraag "Hoe wordt het rookbeleid in de verschillende instellingen uitgevoerd?" is dat het rookbeleid zoals dit ervaren wordt in de dagelijkse informele uitvoeringspraktijk regelmatig afwijkt van wat er formeel op papier staat. Ook krijgen bij verschillende instellingen heel verschillende aspecten van het rookbeleid aandacht. Dit komt overeen met de bevindingen aangaande het formele rookbeleid (rookbeleid op schrift), zoals besproken in hoofdstuk 3 van dit rapport. Er lijken soms verschillen te bestaan tussen het formele en het informele beleid. Dit bleek bijvoorbeeld ook tijdens het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag "Hoe kijkt men aan tegen het verschijnsel dat cliënten en medewerkers soms samen roken?". Het gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers wordt formeel over het algemeen niet toegestaan vanuit de voorbeeldfunctie die medewerkers zouden moeten vervullen. Toch gebeurt dit afgaand op de indrukken die zijn opgedaan middels de interviews nog regelmatig. In de praktijk heerst mogelijk ook een gedoogbeleid ten aanzien van het roken door minderjarigen.

Op basis van de interviews is de indruk rond de derde onderzoeksvraag "Op welke manier wordt er vanuit het rookbeleid ruimte gemaakt voor het aanbieden van stopondersteuning aan cliënten?" dat er mogelijk weinig aandacht voor stoppen met roken is in de behandeling. Niettemin geven alle respondenten aan het belangrijk te vinden dat er aandacht is voor stoppen met roken door cliënten vanwege de lichamelijke gevolgen, financiële gevolgen en gevolgen voor de dosering medicatie die roken met zich meebrengt. De instellingen van sommige respondenten hebben een stoppen-met-roken behandeling in het behandelpakket.

Stoppen met roken wordt niet altijd als positief gezien. Verschillende van de ondervraagde zorgfunctionarissen zijn van mening dat roken ook een positieve functie kan vervullen: het zou een copingstrategie voor cliënten kunnen zijn. In het volgende hoofdstuk wordt op basis van een uitgebreider vragenlijstonderzoek dieper ingegaan op de opvattingen van medewerkers in de GGZ ten aanzien van roken en stoppen door cliënten.

## 4.5 Referenties

- [1] Gulati R, Puranam P. Renewal through reorganization: the value of inconsistencies between formal and informal organization. *Organizational Science* 2009;20(2):422-440.
- [2] MAXQDA Reference Manual, 2004. URL: [http://www.maxqda.com/download/manuals/max11\\_manual\\_eng.pdf](http://www.maxqda.com/download/manuals/max11_manual_eng.pdf). Verkregen op 12-10-2014.
- [3] Glaser BG, Strauss, AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine, 1967.



## 5. Ervaringen en attitudes van medewerkers rond stopondersteuning in de GGZ: een verkenning op basis van vragenlijstonderzoek

### Hoofdbevindingen

- Onder de ondervraagde medewerkers van GGZ-instellingen is relatief veel steun voor de stellingen (a) dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken, (b) dat medewerkers meer en beter zouden moeten worden getraind op het gebied van stopondersteuning, en (c) dat medewerkers niet zouden moeten roken in het bijzijn van cliënten.
- Van de zorginhoudelijke medewerkers in dit onderzoek gaf 55% aan in het verleden minimaal één cliënt te hebben geholpen te stoppen met roken. Ongeveer de helft van hen (24% van de ondervraagde zorginhoudelijke medewerkers) gaf aan dit in het afgelopen jaar nog te hebben gedaan.
- 47% van de rokende respondenten geeft aan ooit stopondersteuning te hebben geboden, tegenover 58% voor de niet-rokende zorginhoudelijke medewerkers.
- Zorginhoudelijke medewerkers schatten gemiddeld in dat 20%-25% van de cliënten behoefte heeft aan ondersteuning bij het stoppen met roken, terwijl men gemiddeld slechts rond 15% van de cliënten deze ondersteuning biedt.
- Wanneer een behandelaar een cliënt helpt te stoppen wordt meestal een eenmalig advies, of psychosociale interventie ingezet. Minder dan 10% van de behandelaars heeft gebruik gemaakt van medicatie zoals bupropion, terwijl uit onderzoek blijkt dat bupropion de meest effectieve interventie is om bijvoorbeeld de cliënten met schizofrenie van het roken af te krijgen.
- Zorginhoudelijke medewerkers zijn gematigd positief over de ondersteuning die ze van de instellingen krijgen om cliënten te helpen te stoppen. Voor 52% van de respondenten is het mogelijk om binnen de werkroutine tijd vrij te maken om iets aan de nicotineverslaving van cliënten te doen. 46% geeft aan hiervoor voldoende vaardigheden te hebben.
- Een minderheid (43%) van de respondenten is van mening dat binnen hun instelling een streng rookbeleid wordt gevoerd. Een derde van de respondenten (34%) vindt dat het rookbeleid binnen de instelling voldoende duidelijk gecommuniceerd wordt.
- 35% van de zorginhoudelijke medewerkers is van plan het komende jaar één of meer cliënten te helpen met stoppen.

- Wanneer een respondent eerder stoppen-met-roken ondersteuning heeft geboden, van mening is dat stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener én instelling is en wanneer er in de werksetting voldoende stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn, dan is de kans groot dat hij of zij de komende tijd stoppen-met-roken ondersteuning wil gaan bieden aan cliënten.
- Andere factoren, zoals of de behandelaar zelf wel of niet rookt, of er een streng rookbeleid wordt gevoerd binnen de instelling waar de behandelaar werkt, en zijn of haar geslacht of leeftijd blijken minder sterk met deze intentie samen te hangen.

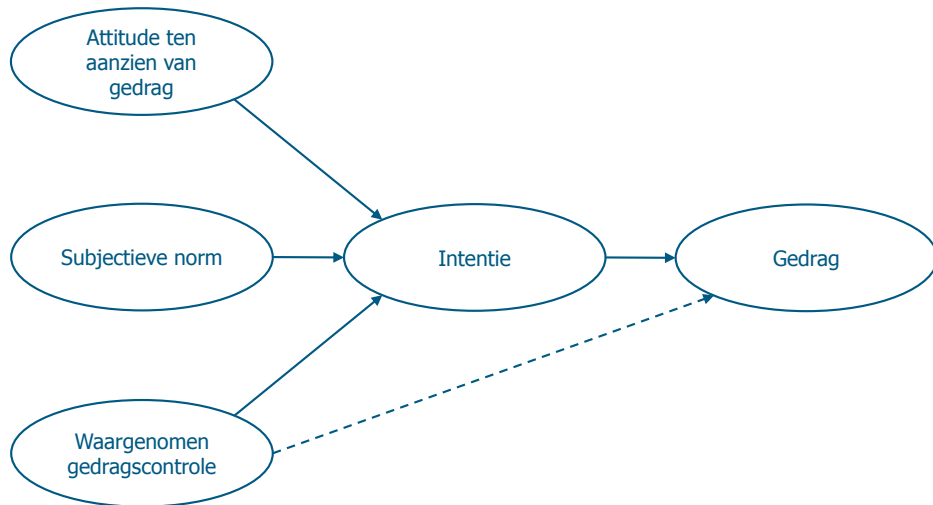
## 5.1 Inleiding

Op basis van de internationale literatuur die is besproken in hoofdstuk 2 van dit rapport weten we al het een en ander over hoe medewerkers van GGZ-instellingen in het buitenland aankijken tegen roken door medewerkers en door cliënten. Ook is op basis van wetenschappelijke literatuur al besproken of medewerkers vinden dat er voor behandelaars in de GGZ een rol is weggelegd om bij cliënten stoppen met roken meer onder de aandacht te brengen. Daarnaast is besproken hoe men in het buitenland aankijkt tegen strenger rookbeleid in de GGZ, en of medewerkers zich voldoende ondersteund voelen om stoppen met roken bij cliënten onder de aandacht te brengen. De Nederlandse situatie is in de hoofdstukken 3 en 4 deels in kaart gebracht op basis van het heersende rookbeleid en de uitvoeringspraktijk daarvan.

In dit hoofdstuk wordt empirisch onderzoek gepresenteerd om de bovenstaande thema's in de Nederlandse context nader te belichten. De Nederlandse context bestaat in dit geval uit de drie typen GGZ-instellingen die in dit rapport centraal staan, namelijk de geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Feitelijk hebben we het dan dus over intramurale niet-forensische geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.

In dit hoofdstuk richten we ons specifiek op de attitudes, de subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole, intenties en het gedrag van medewerkers die in instellingen werken waar (een deel van) de cliënten intramuraal verblijven. Vanuit de theorie van gepland gedrag (theory of planned behaviour) van Ajzen [18] wordt verondersteld dat de attitudes ten aanzien van een bepaald gedrag, de subjectieve norm ten aanzien van dat gedrag, en de waargenomen gedragscontrole gezamenlijk de intenties tot een bepaald gedrag vormgeven (figuur 5.1). Deze theorie is met 4450 citaties in wetenschappelijke artikelen tot en met 2010 een van de meest invloedrijke en vaakst toegepaste theorieën om gezondheidsgerelateerd gedrag te beschrijven en voorspellen (zie bijvoorbeeld [19,20,21]). De theorie van gepland gedrag leidt tot sterke voorspellingen van intentie en gedrag binnen diverse gezondheidsthema's. Op basis van een overzichtsstudie waarin 237 analyses zijn samengevat waarin de theorie van gepland gedrag is toegepast kan worden geconcludeerd dat gemiddeld 19% van de variantie in gedrag en 44% van de variantie in intentie met dit model wordt verklaard [20]. Een eerdere overzichtsstudie kwam tot vergelijkbare percentages [19].

Figuur 5.1: De theorie van gepland gedrag



Het gedrag en de intentie waar we in dit hoofdstuk aandacht aan zullen besteden is het bieden van stopondersteuning aan cliënten door medewerkers in de GGZ. De attitudes waar we in het kader van de theorie van gepland gedrag naar zullen kijken zijn de attitudes ten aanzien van het bieden van stopondersteuning en de rol van behandelaars en de GGZ-instelling daarin. De subjectieve norm meten we door medewerkers te vragen naar hun ervaringen en opvattingen over het rookbeleid binnen de instelling waar ze werken. De waargenomen gedragscontrole trachten we te meten door vragen te stellen over de beschikbaarheid van interventies om cliënten te helpen te stoppen met roken, het door behandelaars zelf ervaren niveau van vaardigheden om deze interventies aan te bieden en of er door de instelling voldoende tijd beschikbaar wordt gesteld en aan andere randvoorwaarden om deze interventies aan te bieden wordt voldaan.

### 5.1.1 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen liggen ten grondslag aan de vragenlijst die door ons is samengesteld en afgenomen. De integrale vragenlijst is als Bijlage 5 opgenomen in dit rapport. De resultatensectie van dit hoofdstuk is een uitwerking van twee onderzoeksvragen die zijn vermeld in het eerste hoofdstuk van dit rapport, namelijk 3. "Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol daarin?" en 4. "Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?".

1. Hoe denken medewerkers over roken door cliënten?
  - a. Hoe denken medewerkers in het algemeen over roken en rokende cliënten?
  - b. Hoe zien ze hun eigen rol en verantwoordelijkheid met betrekking tot het ondersteunen van stoppen met roken door cliënten?
  - c. Hoe denken ze over de mogelijke interacties tussen roken, stoppen met roken en de stoornis van hun cliënten?
  - d. Welke rol en verantwoordelijkheid hebben volgens hen GGZ-instellingen<sup>5</sup> jegens cliënten in het kader van stoppen met roken?
2. In hoeverre hebben (zorginhoudelijke) medewerkers in het verleden cliënten ondersteund bij het stoppen met roken?
  - a. Sloot deze ondersteuning voldoende aan bij de door hen ingeschatte behoefte aan ondersteuning bij cliënten?
3. Voelen medewerkers zich hierin voldoende ondersteund door de instellingen waar ze werken?
  - a. Is aan randvoorwaarden (tijd en beschikbaarheid interventies) voldaan om ondersteuning bij stoppen met roken te kunnen bieden?
  - b. Ervaren ze een werkklimaat waarin uitvoering geven aan het rookbeleid wordt gefaciliteerd?
4. Hoe hangen de antwoorden op vraag 1. tot 3. met elkaar samen?
  - a. Welke factoren spelen een rol bij de intentie om cliënten te helpen met stoppen?
  - b. Is dit in lijn met de theorie van gepland gedrag?
  - c. Verschillen deze factoren tussen medewerkers?

## 5.2 Methode

### 5.2.1 Opstellen vragenlijst

Voor dit onderzoek is een vragenlijst samengesteld waarin vragen zijn opgenomen die zijn afgeleid van vragen uit de onderzoeken van Ashton et al. (2010), McNally et al. (2006), Ratchen et al. (2009), Weinberger et al. (2008) en Wye et al. (2010) [1-5] die in hoofdstuk 2 van dit rapport reeds zijn besproken. Daarnaast zijn er vragen opgenomen die ingaan op het ervaren rookbeleid binnen de instellingen waar de respondenten werkzaam zijn, en die ingaan op hun eigen gedrag richting rokende cliënten: bieden

---

5 Onder GGZ-instellingen verstaan we hier wederom geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's.



medewerkers hun cliënten wel eens ondersteuning bij het stoppen met roken en zo ja, waar lopen ze dan tegenaan?

### **5.2.2 Steekproef en werving van respondenten**

De te onderzoeken populatie bestond uit zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke medewerkers van GGZ-instellingen. Onder zorginhoudelijke medewerkers worden alle medewerkers verstaan die een uitvoerende functie hebben in het behandelproces van een GGZ-instelling. Respondenten werden geworven via nieuwsberichten op de website van het Trimbos-instituut, Nieuwsflitsen en de Nieuwsbrief Tabak van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET), onderdeel van het Trimbos-instituut. Ook zijn respondenten geworven door GGZ-instellingen zelf. De contacten die in een eerder stadium van dit project zijn gelegd om te weten te komen of instellingen rookbeleid voeren - en zo ja om te bespreken of we een kopie van dit rookbeleid konden ontvangen (zie hoofdstuk 3) - werden opnieuw ingezet. De contactpersonen bij de 64 instellingen werden benaderd met de vraag of ze via intranet of interne nieuwsbrieven medewerkers van hun instelling wilden informeren over de huidige vragenlijst over rookbeleid in de GGZ. Een standaardtekst werd aan de contactpersonen aangeboden als blauwdruk om de medewerkers op het bestaan van deze vragenlijst te attenderen (zie Bijlage 4).

Om deelname aan deze vragenlijst te stimuleren werden drie iPads verloot onder de respondenten. Geïnteresseerden konden tussen 28 augustus 2014 en 19 november 2014 deelnemen aan dit onderzoek. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst diende de respondent digitaal informed consent te geven. Deze werkwijze is gekozen na contact daarover te hebben gehad met de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek.

### **5.2.3 Respons opschonen en wegen**

In totaal hebben 1222 respondenten de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld. Van deze 1222 hebben 770 respondenten de vragenlijst tot aan de laatste pagina ingevuld en ingestuurd.

Omdat respondenten zichzelf aanmeldde hadden de onderzoekers slechts in beperkte mate controle over wie de vragenlijst invulden. Daarom is op voorhand een protocol opgesteld hoe niet-passende respondenten uit de gegevensset zouden worden verwijderd. Ook is hierin opgenomen hoe met verschillende vormen van non-respons onder respondenten zou worden omgegaan. Ten slotte is van tevoren bepaald dat een poging zou worden gedaan om de representativiteit van de verzamelde gegevens voor de gehele onderzochte populatie te verbeteren door middel van weging. De werkwijze was als volgt:

1. De respons filteren op basis van inhoudelijke criteria,
2. Non-respons analyse en op basis daarvan een passende non-respons strategie volgen,
3. Multivariate uitbijters langs statistische weg inventariseren en verwijderen,
4. Weging van de netto respons.

Hieronder worden deze vier stappen in meer detail besproken. Alle analysestappen zijn uitgevoerd in het statistische programma R versie 3.0.3 [6].

### **5.2.3.1 Respons filteren**

Bij het filteren van de respons zijn alleen de gegevens van respondenten behouden gebleven die alle pagina's van de vragenlijst gezien hebben (dat wil zeggen getoond hebben gekregen op hun scherm) en die besloten hebben de vragenlijst in te sturen. Alleen gegevens van respondenten die expliciet informed consent hebben gegeven zijn behouden gebleven. Ook zijn alleen gegevens van respondenten in de analyses opgenomen die aangaven te werken bij een geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstelling of RIBW; als gevolg hiervan werden van 132 respondenten de gegevens buiten de analyses gehouden. Omdat de vragenlijst vrij toegankelijk was en er GGZ-breed aankondigingen rond het uitzetten van deze vragenlijst zijn verspreid kon deze ook worden ingevuld door medewerkers van andere typen instellingen.

Alleen gegevens van respondenten die aangaven tussen 1969 en 2014 begonnen te zijn met werken bij een GGZ-instelling zijn behouden voor de analyses. Ook zijn de antwoorden van respondenten die korter dan zeven minuten of langer dan vijf uur hebben gedaan over het invullen van de vragenlijst voor de analyses verwijderd – deze bovengrens werd echter slechts in twee gevallen overschreden. Vijf uur als maximale invulduur is weliswaar lang, maar het was goed mogelijk dat een respondent is begonnen met het beantwoorden van de vragen, tussendoor iets anders is gaan doen, om vervolgens verder te gaan met het invullen van de vragenlijst.

### **5.2.3.2 Non-respons analyse en strategie**

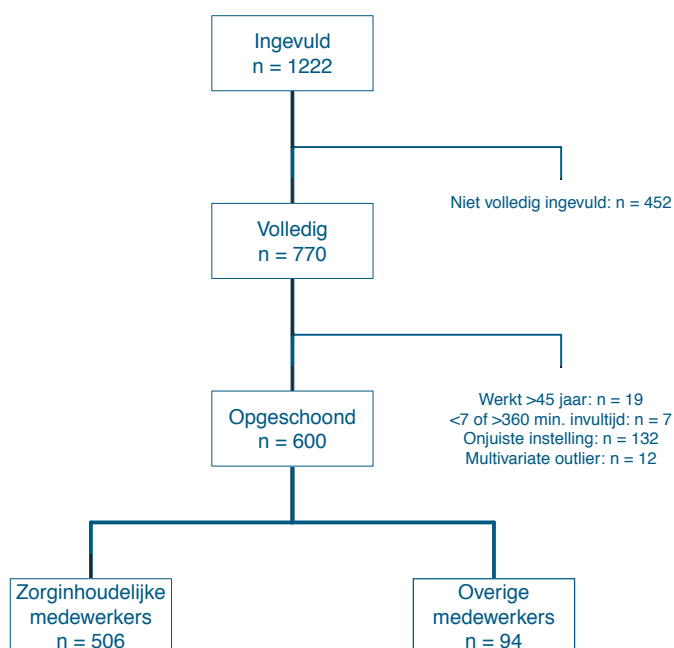
Nadat de gegevensset is opgeschoond is een (item) non-respons analyse uitgevoerd om de compleetheid van de resterende gegevens te beoordelen en een passende strategie te bepalen om met de resterende item non-respons zo goed mogelijk rekening te kunnen houden in de uit te voeren analyses. Tijdens de item non-respons analyse bleek dat gemiddeld 3% van alle vragen (variërend tussen 0% en 18%) niet of niet valide werd beantwoord. Omdat dit percentage non-respons betrekkelijk laag is, is het onwaarschijnlijk is dat dit tot grote vertekeningen op individuele vragen zal leiden. Mogelijkerwijs zou het echter toch tot ongewenste vertekeningen kunnen leiden wanneer gebruik gemaakt wordt van multivariate statistiek (waarin meerdere variabelen tegelijkertijd worden betrokken). Mede hierom is besloten om op basis van de bekende gegevens een zo goed mogelijke schatting maken van de ontbrekende gegevens, oftewel te imputeren. Hiervoor is gebruik gemaakt van aan Harvard ontwikkelde software, genaamd Amelia II [7] om een enkele imputatie van de ontbrekende gegevens te maken. Imputatietechnieken om met ontbrekende waarnemingen in vragenlijstonderzoek om te gaan worden in de wetenschappelijke literatuur gezien als een valide methodologie [8-10]. Belangrijk is te benadrukken dat het bepalen van maximaal waarschijnlijke schattingen van de ontbrekende gegevens volledig geautomatiseerd en a-priori gespecificeerd verloopt waardoor de onderzoeker geen invloed heeft op de uitkomst van dit proces.

### 5.2.3.3 Multivariate uitbijters verwijderen

In de derde voorbereidingsstap voorafgaand aan de daadwerkelijke analyses van de vragenlijstgegevens is bekeken of er in de gegevensset multivariate uitbijters (outliers) voorkwamen. Uitbijters zijn antwoorden van respondenten die sterk afwijkend zijn van de antwoorden van de andere respondenten op dezelfde vraag. Multivariate uitbijters zijn sterk afwijkende combinaties van antwoorden op verschillende vragen van een respondent. Het inventariseren van multivariate uitbijters in deze gegevensset is gedaan door Mahalanobisafstanden [11] te berekenen.

De resulterende, uiteindelijke gegevensset waar in het vervolg van dit hoofdstuk over zal worden gerapporteerd heeft een grootte van  $n=600$  respondenten, waarvan 506 respondenten zorginhoudelijke (dit zijn medewerkers die cliënten behandelen) en 94 respondenten niet-zorginhoudelijke medewerkers zijn. Zie ook de onderstaande flowchart (figuur 5.2).

Figuur 5.2: Flowchart van de respondenten



NB. Volledig betekent in dit geval: de volledige vragenlijst doorlopen, tot aan het einde. Het was voor respondenten mogelijk om vragen die ze niet wilden of konden beantwoorden over te slaan.

#### 5.2.3.4 Weging

Als laatste stap in het voorbereiden van de gegevensset voor de analyse wordt een weging van de gegevensset uitgevoerd. Het doel hiervan is om de representativiteit van de gegevens die in dit onderzoek zijn verzameld te verbeteren. Middels deze weging kan een resultaat worden gepresenteerd dat een zo optimaal mogelijke weergave geeft van de attitudes in de Nederlandse GGZ ten aanzien van rookbeleid en roken door cliënten. Als referentiekader voor de weging is gekozen voor de resultaten van het onderzoek *medewerkers@ggz 2009* van GGZ Nederland [12]. In dit onderzoek is de stand van zaken van de GGZ-arbeidsmarkt weergegeven. Voor de inventarisatie van huidige werknemers in de GGZ is in dat onderzoek een getrapte onderzoeksmethode gehanteerd, bestaande uit een instellingsenquête en een personeelsenquête. In het bestand dat op basis van de instellingsenquête is samengesteld is 78% van alle werknemers vertegenwoordigd. De personeelsenquête van GGZ Nederland is door ruim negenduizend medewerkers ingevuld, zo'n 11% van het totale personeelsbestand. Om het totaal aantal medewerkers in de GGZ te berekenen zijn de resultaten uit de instellingsenquête vergeleken met informatie uit andere gegevensbronnen, zoals het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (DigiMV) en de Loonkostengegevens (LKG). Aan de hand van deze vergelijking zijn de aantallen medewerkers van niet-deelnemende instellingen geschat [12].

In de vragenlijst die voor het huidige onderzoek is opgesteld is een aantal demografische vragen letterlijk overgenomen uit het rapport van GGZ Nederland. Op basis van de antwoorden op deze vragen is een weegfactor berekend. Deze weegfactor wordt toegepast in alle analyses die in dit hoofdstuk worden gerapporteerd. De weegfactor minimaliseert zo veel mogelijk de verschillen in geslacht, leeftijd, type instelling, het aantal uur per week dat een medewerker is aangesteld en of iemand een zorginhoudelijke functie heeft of niet. Daarnaast is rekening gehouden met de landelijke spreiding van de respondenten. Omdat het rapport van GGZ Nederland geen informatie geeft over het aantal medewerkers per provincie, is hiervoor gebruik gemaakt van gegevens over het aantal inwoners (15-65 jaar) per provincie van het CBS [13].

In vergelijking met de resultaten van GGZ Nederland, waar men vond dat 70% van de werkenden in de GGZ vrouw is, zien we dat aan het door ons uitgevoerde onderzoek relatief minder vrouwen hebben deelgenomen (63%). In vergelijking met de beschikbare cijfers van GGZ Nederland ten aanzien van leeftijd en aantal uren per week (gemiddelde leeftijd 42,5 jaar, deeltijdfactor gemiddeld 0,8, wat overeenkomt met een gemiddelde aanstelling voor 29 uur per week) zien we in de huidige steekproef (gemiddelde leeftijd 41,5 jaar, een aanstelling voor 31 uur per week) slechts kleine afwijkingen van de referentiecijfers van GGZ Nederland [12].

Grotere afwijkingen zien we wanneer we kijken naar het type instelling waar respondenten werken. Met name verslavingszorginstellingen zijn sterk oververtegenwoordigd in onze steekproef ten opzichte van het aandeel arbeidsplaatsen van de verslavingszorg

binnen de gehele GGZ (7,6% volgens GGZ Nederland en 29% in onze steekproef). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in het huidige onderzoek specifiek is gericht op werknemers van geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Dit is er mede debet aan dat het percentage verslavingszorginstellingen hoger uitvalt dan in het rapport van GGZ Nederland, waarin ook forensische instellingen, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en RIAGG/ambulante instellingen zijn meegenomen. Bij de weging wordt er overigens rekening mee gehouden dat onze populatie slechts bestaat uit medewerkers van de eerdergenoemde drie typen instellingen. Ook het percentage zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke medewerkers vertoont een zekere afwijking in de steekproef in vergelijking met de verdeling dit wordt beschreven door GGZ Nederland. Circa 72% van de arbeidsplaatsen in de GGZ betreft een zorginhoudelijke functie, de overige 28% zijn niet-patiëntgebonden functies [12]. In de huidige steekproef geeft 84% van de respondenten aan een zorginhoudelijke functie te hebben. In vergelijking met het aantal inwoners per provincie volgens het CBS zijn de provincies Flevoland, Friesland, Zuid-Holland en Groningen ondervertegenwoordigd, en de provincies Noord-Brabant, Overijssel en Zeeland oververtegenwoordigd. Ook hiervoor is middels weging een correctie uitgevoerd voorafgaand aan de analyses op basis waarvan de gepresenteerde resultaten zijn verkregen (tenzij anders vermeld). Na weging zijn deze afwijkingen tussen de gegevens uit de huidige vragenlijst en de referentiegegevens van GGZ Nederland [12] en CBS [13] geminimaliseerd<sup>6</sup>. Wel is van belang bij de interpretatie van de resultaten in ogenschouw te nemen dat het hier een zelfgeselecteerde sample betreft waarvan de representativiteit ten aanzien van de gehele populatie medewerkers in de drie typen instellingen waar het onderzoek zich op richt niet kon worden vastgesteld, behalve op basis van de referentiegegevens van GGZ Nederland [12].

## 5.3 Resultaten

### 5.3.1 Demografie

Hieronder worden de demografische kenmerken van de steekproef gepresenteerd, nadat de eerder besproken weging is toegepast. Te zien is dat na weging de verdeling mannen – vrouwen, gemiddelde leeftijd en het aantal uren per week dat medewerkers bij een instelling werken goed overeenkomt met het populatiegemiddelde (tabel 5.1, 5.2).

Tabel 5.1: Demografie

|                         | n   | Gemiddelde | SD   | Min | Max | Ongewogen | Referentie GGZ NL |
|-------------------------|-----|------------|------|-----|-----|-----------|-------------------|
| Leeftijd (jaren)        | 600 | 42,5       | 12,0 | 19  | 66  | 41,5      | 42,5              |
| Jaar bij GGZ-instelling | 600 | 12,7       | 10,4 | 0   | 45  | 11,8      | 12,5              |
| Werkt uur per week      | 600 | 28,8       | 7,7  | 0   | 45  | 31,0      | 29,0              |

6 Meer informatie over de uitgevoerde wegingsprocedure is op te vragen bij de auteurs.

**Tabel 5.2: Geslacht**

|       | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL |
|-------|-----|------------|-----------|-------------------|
| Vrouw | 420 | 70%        | 63%       | 70%               |
| Man   | 180 | 30%        | 37%       | 30%               |

Gemiddeld werken medewerkers bijna 13 jaar onafgebroken bij een GGZ-instelling. Zowel medewerkers die pas sinds kort bij een instelling werken als medewerkers die al hun hele loopbaan in de sector achter zich hebben zijn in dit onderzoek vertegenwoordigd. Respondenten werkzaam bij instellingen door het hele land zijn vertegenwoordigd (tabel 5.3), waarbij ten opzichte van de inwonersaantallen per provincie [13] de provincies Flevoland ( $X^2(1)=10,4$ ,  $p=0,001$ ) en Gelderland ( $X^2(1)=14,4$ ,  $p<0,001$ ) significant zijn ondervertegenwoordigd en Noord-Holland ( $X^2(1)=8,7$ ,  $p=0,003$ ) significant is oververtegenwoordigd. De uitgevoerde weging heeft de verschillen hier wel verkleind maar niet helemaal weg kunnen nemen.

**Tabel 5.3: Werkzaam in provincie**

|               | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie CBS |
|---------------|-----|------------|-----------|----------------|
| Groningen     | 24  | 3,9%       | 3,2%      | 3,5%           |
| Friesland     | 37  | 6,2%       | 2,0%      | 3,7%           |
| Drenthe       | 13  | 2,1%       | 2,2%      | 2,8%           |
| Overijssel    | 48  | 7,9%       | 20,3%     | 6,7%           |
| Gelderland    | 33  | 5,5%       | 7,3%      | 11,8%          |
| Flevoland     | 1   | 0,2%       | 0,3%      | 2,5%           |
| Utrecht       | 30  | 4,9%       | 5,7%      | 7,5%           |
| Noord-Holland | 141 | 23,5%      | 17,3%     | 16,5%          |
| Zuid-Holland  | 125 | 20,8%      | 7,5%      | 21,5%          |
| Zeeland       | 23  | 3,8%       | 5,3%      | 2,2%           |
| Noord-Brabant | 71  | 11,8%      | 21,0%     | 14,7%          |
| Limburg       | 55  | 9,2%       | 7,8%      | 6,7%           |

In dit onderzoek richten we ons op medewerkers van drie typen instellingen. Na weging komt de verhouding in het aantal medewerkers over deze typen instellingen (tabel 5.4) netjes overeen met de verhouding die is gevonden door GGZ Nederland [12]. Ditzelfde kan gezegd worden over de verdeling tussen medewerkers met en zonder een cliëntgebonden functie (tabel 5.5).

**Tabel 5.4: Type instelling**

|              | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL <sup>7</sup> |
|--------------|-----|------------|-----------|--------------------------------|
| Geïntegreerd | 503 | 83,9%      | 50,2%     | 83,9%                          |
| RIBW         | 51  | 8,6%       | 21,2%     | 8,6%                           |
| VZ           | 45  | 7,6%       | 28,7%     | 7,6%                           |

7 Percentages uitgaand van alleen deze drie typen instellingen.

**Tabel 5.5: Cliëntgebonden functie**

|     | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL |
|-----|-----|------------|-----------|-------------------|
| Ja  | 432 | 72,0%      | 84,3%     | 72,0%             |
| Nee | 168 | 28,0%      | 15,7%     | 28,0%             |

Ten aanzien van de hoogst voltooide opleiding valt op te maken dat op HBO niveau opgeleide medewerkers het meest zijn vertegenwoordigd, gevolgd door WO en MBO niveau 2-4 (tabel 5.6). Referentiegegevens van GGZ Nederland hiervoor zijn niet beschikbaar. Kijkend naar de zorginhoudelijke beroepenclusters valt op dat in vergelijking met de gegevens van GGZ Nederland verpleegkundigen zijn oververtegenwoordigd (38% in dit onderzoek tegenover 27% in het onderzoek van GGZ Nederland), waarbij moet worden aangemerkt dat medewerkers in opleiding in het huidige onderzoek niet separaat van de reeds opgeleide medewerkers zijn geregistreerd, in tegenstelling tot hoe dit in het rapport van GGZ Nederland [12] is gedaan (tabel 5.7). Binnen de niet-zorginhoudelijke functiegroepen zijn de administratieve en facilitaire functies in vergelijking met [12] ondervertegenwoordigd (tabel 5.8). Het aandeel vaste dienstverbanden (dienstverbanden voor onbepaalde tijd) ligt in het huidige onderzoek hoger dan het gewogen gemiddelde uit [12] over de drie typen instellingen waarbij de respondenten van de vragenlijst werkzaam zijn (88% in dit onderzoek tegenover 81% in het onderzoek van GGZ Nederland) (tabel 5.9).

**Tabel 5.6: Hoogst voltooide opleiding**

|                                        | n   | Percentage |
|----------------------------------------|-----|------------|
| LBO/VBO/VMBO/ MAVO                     | 10  | 1,6%       |
| eerste 3 jaar HAVO of VWO/MBO niveau 1 | 3   | 0,5%       |
| MBO niveau 2-4                         | 94  | 15,7%      |
| HAVO of VWO bovenbouw                  | 38  | 6,4%       |
| HBO                                    | 327 | 54,5%      |
| WO                                     | 121 | 20,1%      |
| Weet ik niet/ zeg ik liever niet       | 7   | 1,2%       |

**Tabel 5.7: Respondenten per beroepencluster**

|                                | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL <sup>8</sup> |
|--------------------------------|-----|------------|-----------|--------------------------------|
| Agogische beroepen             | 93  | 15,6%      | 23,2%     | 21,3%                          |
| Medische beroepen              | 37  | 6,1%       | 6,3%      | 4,5%                           |
| Psychologische beroepen        | 43  | 7,2%       | 8,5%      | 6,7%                           |
| Psychotherapeutische beroepen  | 5   | 0,8%       | 2,0%      | 2,2%                           |
| Vaktherapeutische beroepen     | 15  | 2,4%       | 2,2%      | 3,4%                           |
| Verpleegkundige beroepen       | 229 | 38,2%      | 36,0%     | 27,0%                          |
| Geen van deze beroepenclusters | 178 | 29,7%      | 21,8%     | 31,5%                          |

8 Medewerkers in opleiding zijn buiten beschouwing gelaten.

**Tabel 5.8: Niet zorginhoudelijke functies**

|                        | n   | Percentage | Netto Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL |
|------------------------|-----|------------|------------------|-----------|-------------------|
| Management/Staf        | 75  | 12,6%      | 44,6%            | 44,7%     | 37%               |
| ICT                    | 13  | 2,1%       | 7,7%             | 4,3%      | 4%                |
| Administratief         | 25  | 4,1%       | 14,9%            | 10,6%     | 30%               |
| Onderzoek              | 9   | 1,5%       | 5,4%             | 5,3%      | 2%                |
| Facilitair             | 5   | 0,8%       | 3,0%             | 6,4%      | 11%               |
| P&O                    | 13  | 2,2%       | 7,7%             | 6,4%      | 10%               |
| Overig                 | 28  | 4,7%       | 16,7%            | 22,3%     | 6%                |
| Subtotaal              | 168 | 28,0%      | 100,0%           | 100,0%    | 100%              |
| Zorginhoudelijk beroep | 432 | 72,0%      | -                | -         | -                 |
| Totaal                 | 600 | 100,0%     | -                | -         | -                 |

**Tabel 5.9: Type contract**

|                 | n   | Percentage | Ongewogen | Referentie GGZ NL |
|-----------------|-----|------------|-----------|-------------------|
| Bepaalde tijd   | 72  | 11,9%      | 14,8%     | 18,9%             |
| Onbepaalde tijd | 528 | 88,1%      | 85,2%     | 81,1%             |

Respondenten van de volgende instellingen in Nederland hebben deelgenomen aan dit onderzoek<sup>9</sup>.

Altrecht, Amarant, Novadic-Kentron, Antes, Arkin, Kwintes, Bouman GGZ, GGZ Breburg, Eleos, Pluyn, De Hoop GGZ, De Koriander, Delta Psychiatrisch Centrum, Dimence, DOK3, Elker, Emergis, Fier, RIBW Fonteyenburg, GGNet, Lister, GGZ Noord-Holland Noord, GGZ Centraal, GGZ Delfland, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, Rivierduinen, GGZ Oost-Brabant, GGZ Overijssel, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Verslavingszorg Noord Nederland, GGZ Eindhoven, Iriszorg, Kwintes, Lievegoed, Mediant, Mondriaan, RIBW Brabant, Orbis GGZ, Parnassia, Perspektief, Pro Persona, Promens care, Reinier van Arkel groep, RIBW Brabant, Riwis, RIBW Groep Overijssel, RIBW Heuvelland en Maasvallei, RIBW Midden Brabant, RIBW Zaanstreek, Waterland, West-Friesland (ZWWF), Tactus, Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o., Stichting Anton Constandse, Ypsilon, Vincent van Gogh, Victas, Yulius.

### 5.3.2 Rookgedrag en stopintentie

Behalve vragen die betrekking hebben op de demografie en de arbeidssituatie van de respondenten zijn er ook vragen gesteld die betrekking hebben op het rookgedrag. De tabellen hieronder schetsen een beeld hiervan. De getallen die hier gevonden worden kunnen worden afgezet tegen de getallen uit het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR) 2014. Het COR 2014 is uitgevoerd door TNS-NIPO in opdracht van het Trimbos-instituut. De studie vond plaats onder een aselechte steekproef van Nederlanders vanaf 15 jaar. De steekproef is representatief voor geslacht, leeftijd, opleiding, huishoudgrootte, provincie, regio-indeling en sociale klasse. Voor de steekproef werd de TNS-NIPO database gebruikt, een panel van 200.000 Nederlanders. Per week werden daarvan

<sup>9</sup> Mogelijk zijn er ook respondenten die bij andere instellingen werkten, omdat de respondenten niet verplicht waren aan te geven voor welke instelling ze werkten.



netto ongeveer 350 personen ondervraagd via een digitale vragenlijst. Aan het COR 2013 namen 18.264 respondenten deel [14].

Tabellen 5.10 geeft inzicht in de rookstatus en –prevalenties van de respondenten van het vragenlijstonderzoek. Van de respondenten geeft 26% aan wel eens te roken, 19% rookt dagelijks. 34% van de respondenten heeft nooit gerookt.

**Tabel 5.10: Rookt u wel eens?**

|                                                | n   | Percentage |
|------------------------------------------------|-----|------------|
| Ik rook wel eens                               | 157 | 26,2%      |
| ...waarvan dagelijks                           | 113 | 18,9%      |
| Ik rook niet meer maar heb vroeger wel gerookt | 237 | 39,6%      |
| Weet ik niet                                   | 2   | 0,3%       |
| Ik heb nooit gerookt                           | 204 | 34,0%      |

In het COR 2014 werd gevonden dat 42% van de Nederlanders nooit heeft gerookt, dat 35% vroeger wel heeft gerookt maar dat nu niet meer doet, en dat 23% wel eens rookt, (17% dagelijks). Onder vrouwen is het percentage dat nooit heeft gerookt hoger dan onder mannen (45% bij vrouwen tegenover 38% bij mannen), en het percentage dat vroeger wel heeft gerookt maar dat nu niet meer doet lager (33% bij vrouwen tegenover 38% bij mannen). De andere twee percentages zijn nagenoeg gelijk. Bij hoger opgeleiden is met name het percentage dagelijkse rokers lager dan bij laag- en middelbaar opgeleide Nederlanders (10% onder hoogopgeleiden, 20% onder middelbaar opgeleiden en 22% onder laagopgeleiden).

Wat opvalt aan de resultaten van het COR 2014 in vergelijking met de huidige steekproef van GGZ-medewerkers is dat het percentage rokers (26%) en het percentage dagelijkse rokers (19%) in de GGZ-steekproef iets boven het landelijk gemiddelde ligt (tabel 5.10). Ook het percentage ex-rokers ligt in de GGZ-steekproef hoger en het percentage dat nooit heeft gerookt ligt beduidend lager dan het landelijk gemiddelde op basis van het COR 2014.

Nemen we bovendien in aanmerking dat de GGZ-steekproef (en populatie) ten opzichte van het landelijk gemiddelde relatief veel vrouwen en veel hoogopgeleiden bevat – waarvan bekend is op basis van het COR 2014 dat deze groep minder vaak rookt dan het landelijk gemiddelde, dan kunnen we stellen dat de respondenten die de GGZ-vragenlijst hebben ingevuld bovengemiddeld vaak dagelijks roken, en bovengemiddeld vaak ooit gerookt hebben. Daarnaast hebben ze in vergelijking met de respondenten uit het COR 2014 vaker (wel eens) een e-sigaret gebruikt (6% in deze steekproef tegenover 4% landelijk op basis van het COR 2014) (tabel 5.11).

**Tabel 5.11: Gebruikt u wel eens een e-sigaret?**

|     | n   | Percentage |
|-----|-----|------------|
| Ja  | 39  | 6,4 %      |
| Nee | 561 | 93,6 %     |

Van alle respondenten die (wel eens) roken zegt meer dan de helft (81/158 oftewel 51%) het komende jaar van plan te zijn te gaan stoppen met roken. Vrijwel niemand zegt nooit te zullen stoppen (tabel 5.12).

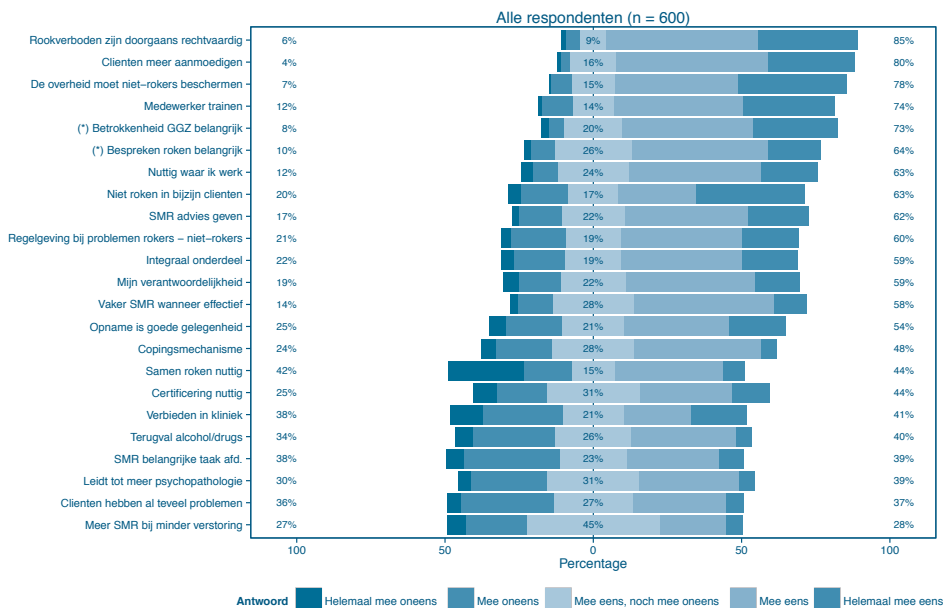
**Tabel 5.12: Bent u van plan in de toekomst te stoppen?**

|                                 | n   | Percentage | Netto percentage |
|---------------------------------|-----|------------|------------------|
| Nee, nooit                      | 2   | 0,3 %      | 1,3 %            |
| Ja, maar niet binnen 1 jaar     | 29  | 4,9 %      | 18,4 %           |
| Ja, binnen 6 maanden tot 1 jaar | 24  | 3,9 %      | 15,2 %           |
| Ja, binnen de 1 en 6 maanden    | 42  | 7,0 %      | 26,6 %           |
| Ja, binnen nu en 1 maand        | 15  | 2,5 %      | 9,5 %            |
| Weet ik niet                    | 46  | 7,7 %      | 29,1 %           |
| Subtotaal                       | 158 | 26,4 %     | 100,0 %          |
| Rookt niet (meer)               | 442 | 73,6 %     | -                |
| Totaal                          | 600 | 100,0 %    | -                |

### 5.3.3. Attitudes van medewerkers ten aanzien van roken

Aan de respondenten is in dit onderzoek een aantal stellingen voorgelegd om attitudes ten aanzien van roken door cliënten en rookbeleid bij instellingen vast te stellen. Op de meeste van deze items kon men reageren door op een 5-puntsschaal aan te geven of men het (helemaal) (on)eens was met de voorgelegde stelling. Hieronder staan van deze items de verdeling van de scores over de 5-puntsschaal weergegeven (figuur 5.3a-c) ook is een uitsplitsing gemaakt naar rokers en niet-rokers.

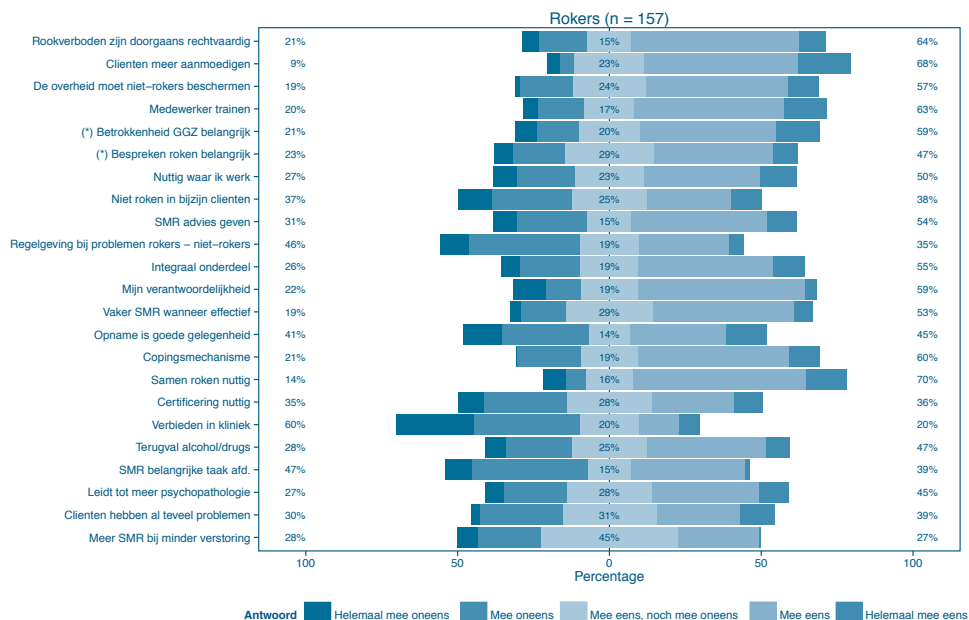
**Figuur 5.3a: Attitudes van medewerkers in de GGZ**



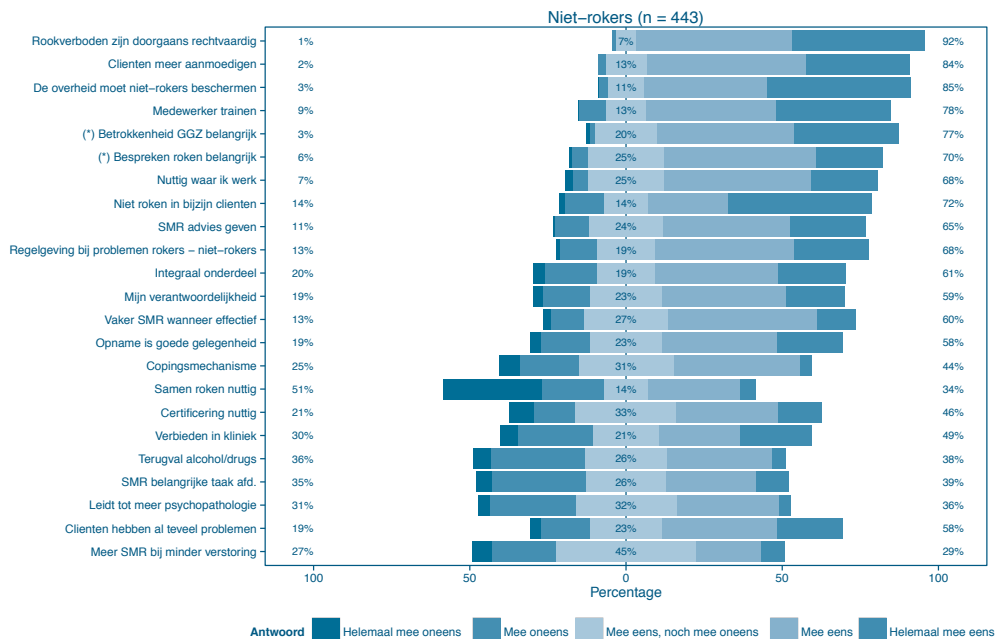
In figuur 5.3a staan aan de linkerkant alle attitude-items weergegeven. De items zijn zo gerangschikt dat de items waar de meeste respondenten het mee eens of helemaal mee eens waren bovenaan staan. De items waar de minste respondenten het (helemaal) mee eens waren staan onderaan. Zo is 85% van de respondenten het eens of helemaal eens met de stelling dat rookverboden doorgaans rechtvaardig zijn terwijl slechts 6% het (helemaal) oneens is met deze stelling. Twee items zijn met een (\*) gemarkeerd, hier is de oorspronkelijke 10-puntsschaal teruggebracht tot een 5-puntsschaal.

Het meeste support van alle voorgelegde stellingen die direct betrekking hebben op de GGZ is er onder de respondenten voor het meer aanmoedigen van cliënten om te stoppen met roken (80% (helemaal) mee eens) en voor het trainen van medewerkers om beter stoppen-met-roken (afgekort tot SMR in tabellen en figuren) interventies te kunnen aanbieden (74% (helemaal) mee eens). Ook is een meerderheid het eens met de stelling dat de betrokkenheid van de GGZ als sector bij het stoppen met roken door de cliënten belangrijk is (73%) en dat het bespreken van roken met de cliënt belangrijk is (64%). Ook vindt een meerderheid (63%) dat medewerkers niet zouden moeten roken in het bijzijn van cliënten. Slechts weinig support is er voor de stelling dat stoppen met roken nu al een belangrijke taak van de afdeling is (39% (helemaal) mee eens), dat stoppen met roken zal leiden tot meer psychopathologie onder de cliënten (39%) en dat cliënten al te veel problemen hebben om ook nog te stoppen met roken (37%). De precieze formulering van de vragen zijn terug te lezen in de vragenlijst die is opgenomen in dit rapport (Bijlage 5).

Figuur 5.3b: Attitudes van rokende medewerkers in de GGZ



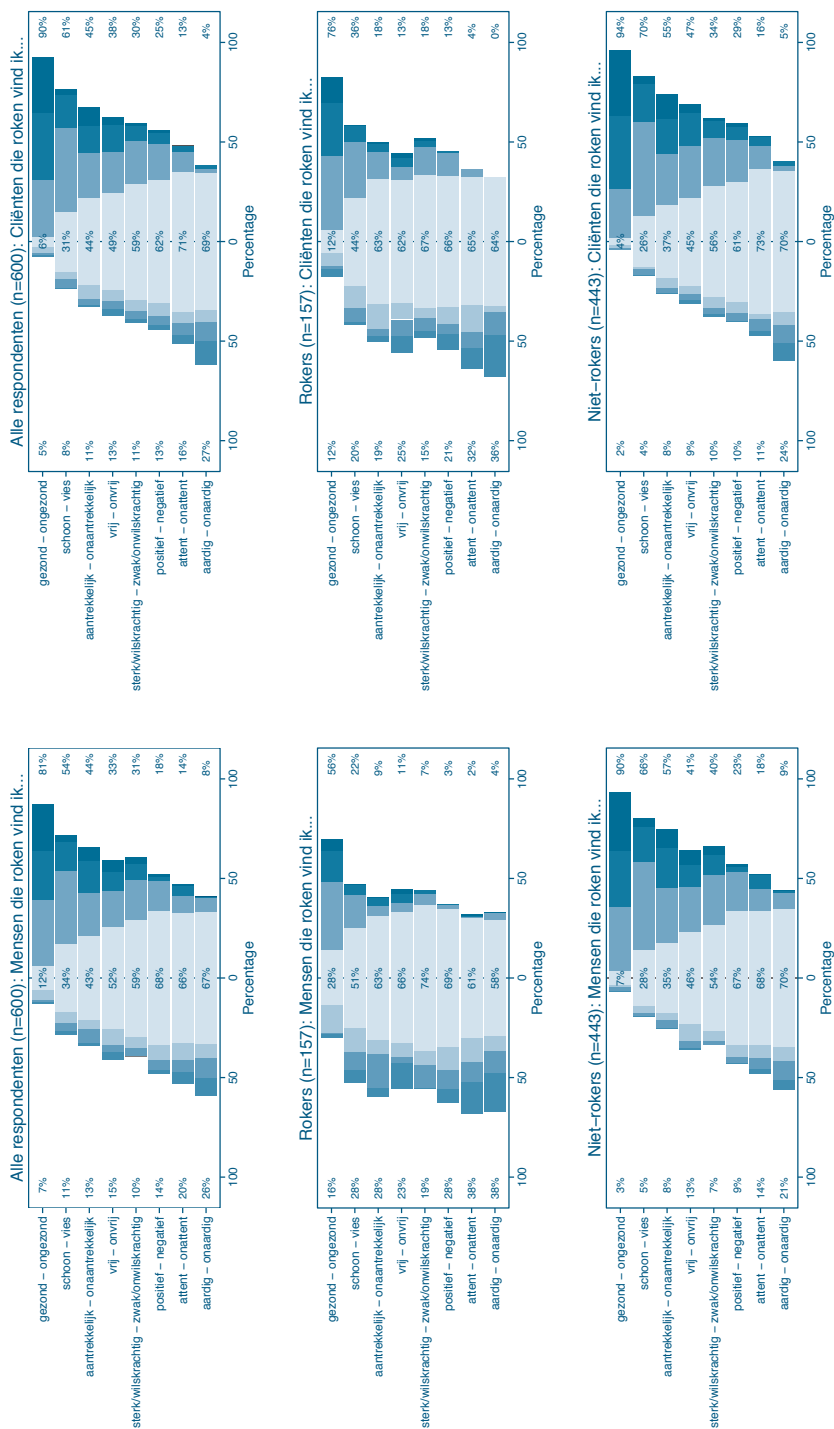
Figuur 5.3c: Attitudes van niet-rokende medewerkers in de GGZ



In figuur 5.3b en 5.3c zijn dezelfde gegevens weergegeven als in figuur 5.3a, echter nu zijn de antwoorden van rokende en niet-rokende medewerkers afzonderlijk van elkaar getoond. Te zien valt dat voor de meeste vragen geldt dat rokende en niet-rokende medewerkers een vergelijkbare mening hebben ten opzichte van de voorgelegde stellingen, hoewel de niet-rokende medewerkers het vaker (helemaal) eens zijn met de stellingen die meer tabaksontmoediging in de GGZ voorstaan. Twee items laten de meest opvallende verschillen tussen rokers en niet-rokers zien: rokers zijn het overwegend eens met de stelling dat samen roken (dat wil zeggen cliënt en behandelaar samen) nuttig is (70%) terwijl slechts een minderheid van de niet-rokende medewerkers deze stelling steunt (34%),  $p < 0,05$ . Ook bij de stelling dat roken verboden zou moeten worden in de kliniek zijn grote verschillen te zien tussen de rokers (20% is voor het verbieden) en niet-rokers (49% is voorstander van een rookverbod)  $p < 0,05$ .

Ook is aan de respondenten een serie semantische differentialen voorgelegd waarin hen werd gevraagd aan te geven hoe men dacht over mensen uit de algemene bevolking die roken, en over cliënten die roken. Een semantische differentiaal is een meetschaal met op de twee uitersten tegenovergestelde begrippen [15]. De resultaten zijn weergegeven in figuur 5.4. In deze figuur geven de linker balkjes aan dat men (enigszins) vond dat het positieve woord uit de semantische differentiaal van toepassing was op rokende mensen (algemene bevolking, linker kolom) of rokende cliënten (rechter kolom). De rechter balkjes geven aan dat de respondent (enigszins) vond dat het negatieve woord toepasselijk was. De antwoorden zijn gerangschikt zodat de meest naar de negatieve kant neigende antwoorden bovenaan in de tabel staan. Te zien is dat men het meest negatief is over de gezondheid van rokers, en het meest positief over hoe aardig rokers zijn. Verder valt op dat men over rokende cliënten niet noemenswaardig anders denkt dan over rokende mensen uit de algemene bevolking, en dat rokende respondenten doorgaans positiever denken over rokers dan niet-rokende respondenten.

**Figuur 5.4: Attitudes van medewerkers in de GGZ ten aanzien van rokende mensen / cliënten  
uitgesplitst naar rookstatus**



Er is geen verschil in hoe negatief men gemiddeld over de acht semantische differentialen oordeelt over rokende cliënten (38% negatief) en rokers uit de algemene bevolking (35% negatief),  $p = 0,33$ . Ook de ordening van de differentialen op basis van de percentages antwoorden aan de negatieve kant van de differentialen (rechter blokjes) is hetzelfde voor de twee groepen (cliënten en algemene bevolking), wat doet vermoeden dat GGZ-medewerkers ten aanzien van de voorgelegde thema's niet verschillend denken over rokende cliënten en rokers uit de algemene bevolking. Men vindt rokers vooral ongezond (81% / 90%) en vies (54% / 61%), maar slechts zelden onaardig (8% / 4%).

Wanneer we binnen de respondenten de rokers ( $n=157$ ) en niet-rokers ( $n=443$ ) met elkaar vergelijken dan valt op dat rokende GGZ-medewerkers gemiddeld over de acht differentialen een stuk minder negatief over rokers in de algemene bevolking en rokende cliënten denken dan niet-rokende GGZ-medewerkers: algemene bevolking 14% tegenover 43% met een negatief oordeel,  $p < 0,05$ ; over cliënten 22% tegenover 44% met een negatief oordeel,  $p < 0,05$ . Wel vindt ook de meerderheid van de rokende GGZ-medewerkers rokende cliënten ongezond (76%).

#### **5.3.4 Thematische clustering van de vragenlijstitems**

De in paragraaf 5.3.3 besproken attitude-items zijn vervolgens thematisch geclusterd tot meetschalen. Dit met als doel om in paragraaf 5.3.6 de onderlinge relatie tussen de attitudes, waargenomen gedragscontrole, subjectieve norm (rookbeleid) en demografische kenmerken van de medewerker te onderzoeken. Ook wordt dan besproken hoe deze factoren samenhangen met de intentie om stoppen met roken in de komende tijd meer onder de aandacht te brengen bij cliënten. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de clustering van items succesvol is, dat wil zeggen dat de items die thematisch bij elkaar horen een voldoende onderlinge samenhang laten zien.

Allereerst zijn de attitude-items te verdelen in items die betrekking hebben op:

1. De rol van de medewerker rond roken of stoppen met roken,
2. De gezondheid van de rokende cliënt,
3. De rol die de instelling speelt bij het onder de aandacht brengen van het rookgedrag van cliënten,
4. De attitude van medewerkers ten aanzien van rokende cliënten.

Daarnaast is een clustering gemaakt van vragen die betrekking hebben op de waargenomen gedragscontrole, de subjectieve norm ten aanzien van (stoppen met) roken, en de intentie om meer ondersteuning aan cliënten te bieden om hen te helpen te stoppen met roken.

Sommige items die in de geclusterde meetschalen worden opgenomen zijn alleen voorgelegd aan zorginhoudelijke medewerkers, omdat de items betrekking hadden op hun ervaring in de omgang met (rokende) cliënten. In dat geval is de geclusterde meetschaal berekend over de 506 zorginhoudelijke respondenten. Wanneer de items

konden worden beantwoord door alle GGZ-medewerkers zijn de meetschalen steeds berekend op basis van de gegevens van alle 600 respondenten. In Bijlage 6 wordt nader op de onderverdeling van de vragenlijstitems in de verschillende geclusterde meetschalen en de samenhang tussen de items in de meetschalen ingegaan.

### 5.3.5 Stoppen-met-roken ondersteuning door de zorginhoudelijke medewerker bekeken

De tot nu toe besproken concepten beïnvloeden naar verwachting de mate waarin de inhoudelijke medewerkers daadwerkelijk ondersteuning bieden aan cliënten om hen te helpen te stoppen met roken. Hieronder wordt besproken in welke mate inhoudelijke<sup>10</sup> medewerkers (n=506) in het verleden cliënten hierbij hebben geholpen, en welke interventies ze daarbij hebben ingezet. Allereerst werd aan medewerkers gevraagd of ze wel eens een cliënt hadden geholpen om te stoppen met roken. De medewerkers die aangaven dit in het verleden te hebben gedaan werd gevraagd of ze dit ook in het afgelopen jaar hebben gedaan. De resultaten staan weergegeven in tabel 5.13.

**Tabel 5.13: Heeft u ooit een cliënt geholpen te stoppen met roken (n=506)?**

|                                 | n   | Percentage |
|---------------------------------|-----|------------|
| Nee                             | 229 | 45,3       |
| Ja, maar niet in afgelopen jaar | 155 | 30,6       |
| Ja, en in afgelopen jaar        | 122 | 24,1       |

Te zien is dat een kleine meerderheid (54,7%) van de medewerkers in het verleden cliënten bij het stoppen met roken heeft ondersteund. De mate waarin ze dat doen varieert sterk. 24,1% (n=122) deed dit in elk geval nog in het afgelopen jaar. Gemiddeld ondersteunden deze 122 medewerkers vier cliënten in het afgelopen jaar. Dit aantal varieerde tussen één en vijftig cliënten.

#### 5.3.5.1 Interventies

Interessant is vervolgens om te bekijken welke interventies men hiervoor inzet. Hiervoor is aan alle behandelaars die ooit cliënten hebben geholpen met stoppen (n=277) gevraagd welke interventies ze wel eens hebben ingezet (tabel 5.14a). Daarna is aan de behandelaars die in het laatste jaar cliënten met stoppen hebben geholpen (n=122) gevraagd welke interventies zij toen hebben ingezet (tabel 5.14b).

<sup>10</sup> Het kwam voor dat niet-inhoudelijke medewerkers in het verleden wel zorginhoudelijk werk hebben verricht, waardoor sommige niet-inhoudelijke medewerkers aangaven in het verleden cliënten te hebben ondersteund bij het stoppen met roken. Deze gegevens zijn in de gepresenteerde tabellen echter buiten beschouwing gelaten.



**Tabel 5.14a: Welke interventies heeft u ooit ingezet (n=277)?**

|                           | n   | Percentage |
|---------------------------|-----|------------|
| Eenmalig advies           | 163 | 58,8       |
| Psychosociale interventie | 118 | 42,6       |
| Nicotinevervangers        | 99  | 35,7       |
| E-sigaret                 | 38  | 13,7       |
| Bupropion                 | 19  | 6,9        |
| Varenicline               | 21  | 7,6        |
| Andere interventie        | 68  | 24,5       |

**Tabel 5.14b: Welke interventies heeft u in het laatste jaar ingezet (n=122)?**

|                           | n  | Percentage |
|---------------------------|----|------------|
| Eenmalig advies           | 55 | 45,1       |
| Psychosociale interventie | 66 | 54,0       |
| Nicotinevervangers        | 36 | 30,0       |
| E-sigaret                 | 20 | 16,4       |
| Bupropion                 | 6  | 4,9        |
| Varenicline               | 10 | 8,2        |
| Andere interventie        | 30 | 24,6       |

Te zien is dat men hoofdzakelijk eenmalig advies en psychosociale interventies aanbiedt. Medicatie zoals bupropion en varenicline wordt nauwelijks toegepast. Een middencategorie wordt gevormd door nicotinevervangers en de e-sigaret, feitelijk ook een nicotinevervangend product. Respondenten konden meerdere interventies opgeven waardoor de percentages niet tot 100% optellen.

### 5.3.5.2 Behoeftte bij cliënten aan ondersteuning

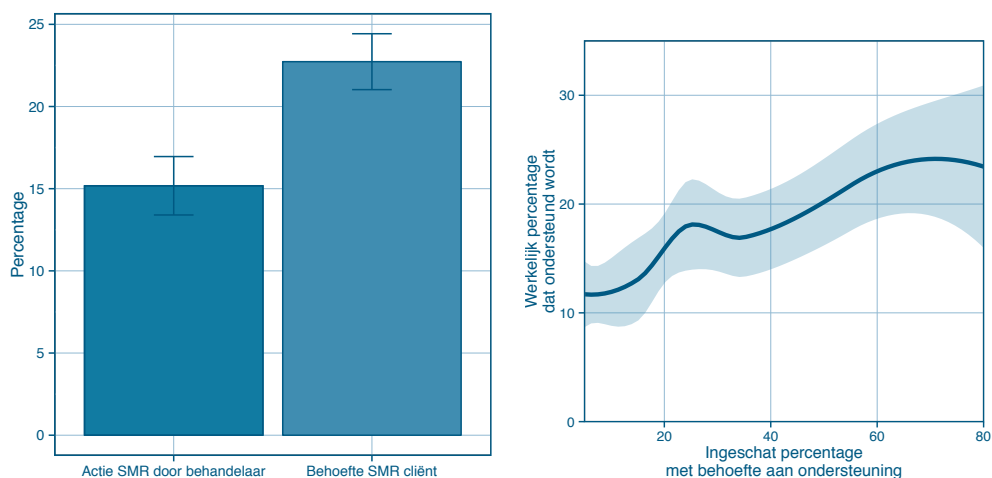
Hoewel deze vraag niet aan cliënten zelf is gesteld, valt op dat er slechts een zeer beperkte samenhang is tussen het percentage cliënten dat een behandelaar stopondersteuning geeft en het percentage cliënten dat volgens de behandelaar behoefte zou hebben aan zulke ondersteuning (zie tabel 5.15 en figuur 5.5). Het merendeel van de behandelaars (74%) geeft aan minder dan één op de tien cliënten die ze behandelen enige vorm van stopondersteuning te bieden. Tegelijkertijd schat bijna net zo'n groot aandeel van de behandelaars (68%) in dat meer dan één op de tien cliënten behoefte heeft aan ondersteuning bij het stoppen.

**Tabel 5.15: Inschatting: cliënten met behoefte aan stopondersteuning en behandelaars die dit bieden (n=506)**

|                | Cliënt heeft<br>behoefte aan SMR<br>n | Percentage | Behandelaar<br>biedt SMR<br>n | Percentage |
|----------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------|------------|
| minder dan 10% | 161                                   | 31,9       | 373                           | 73,7       |
| 10-20%         | 128                                   | 25,3       | 43                            | 8,6        |
| 20-30%         | 79                                    | 15,7       | 36                            | 7,2        |
| 30-40%         | 48                                    | 9,5        | 19                            | 3,7        |
| 40-50%         | 44                                    | 8,6        | 10                            | 1,9        |
| 60-70%         | 14                                    | 2,8        | 7                             | 1,4        |
| 50-60%         | 13                                    | 2,6        | 6                             | 1,1        |
| 70-80%         | 11                                    | 2,1        | 4                             | 0,8        |
| 80-90%         | 5                                     | 0,9        | 1                             | 0,2        |
| meer dan 90%   | 2                                     | 0,5        | 8                             | 1,6        |

Ook wordt er een lage correlatie tussen de antwoorden op deze twee vragen gevonden van  $r=0,18$ . Zelfs wanneer een behandelaar inschat dat meer dan de helft van zijn cliënten behoefte aan stopondersteuning zou hebben, dan nog is de kans bescheiden dat meer dan 20% van zijn of haar cliënten deze ondersteuning krijgt (zie figuur 5.5 rechts). Kort samengevat: de behoefte aan stopondersteuning bij de cliënt is hoger dan wat er door behandelaars wordt geboden (figuur 5.5 links).

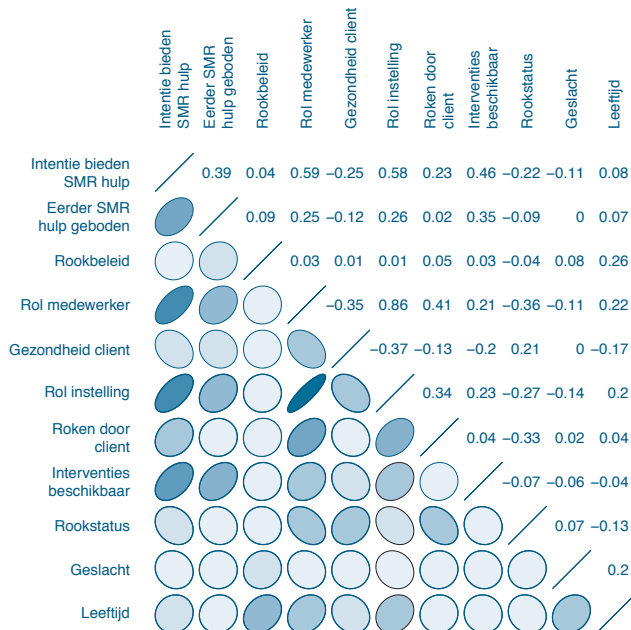
**Figuur 5.5: Relatie tussen behoefte cliënt en actie behandelaar (n=506)**



### 5.3.6 Intentie tot Stoppen-met-roken ondersteuning van cliënten door zorginhoudelijke medewerkers

Hoe hangen attitudes, subjectieve norm, waargenomen gedragscontrole, intentie en eerder gedrag met elkaar samen? Allereerst zijn daarvoor de correlaties tussen de gecreëerde factoren uit de voorgaande paragrafen, de rookstatus, de leeftijd en het geslacht van de respondent bepaald. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in figuur 5.6.

Figuur 5.6: Samenhang tussen voorspellers van de intentie om stopondersteuning te bieden (n=506)



Deze figuur toont langs de assen de attitudeschalen die eerder zijn samengesteld uit de losse vragenlijstitems: rol medewerker, gezondheid cliënt, rol instelling en roken door cliënt (zie eventueel paragraaf 5.3.4). Ook is langs de as opgenomen of de behandelaar eerder stoppen-met-roken ondersteuning heeft geboden en zo ja hoe vaak, en in welke mate er naar de inschatting van de behandelaar bij de instelling waar hij of zij werkt stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn. Tot slot zijn drie kenmerken van de behandelaar langs de as geplaatst: of de behandelaar zelf rookt (*Rookstatus*), het geslacht, en de leeftijd. Helemaal bovenaan staat de intentie om in de komende tijd stoppen-met-roken interventies aan te bieden aan cliënten. De ovalen in de figuur geven de grootte en de richting van de samenhang tussen elk van de kenmerken weer en komen daarmee overeen met de getallen die rechtsboven de diagonaal in de figuur staan; deze getallen geven de (Pearson r) correlaties weer.

Te zien is dat enkele factoren wel, en andere factoren niet of nauwelijks samenhangen met de intentie om in de komende tijd stoppen-met-roken ondersteuning te gaan bieden (*Intentie bieden SMR hulp*). Met name of een respondent eerder stoppen-met-roken ondersteuning heeft geboden (*Eerder SMR hulp geboden*), of hij/zij van mening is dat stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener is (*Rol medewerker*) en voor de instelling (*Rol instelling*), en of er in zijn/haar werksetting voldoende stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn (*Interventies beschikbaar*) is op de intentie van invloed. Ook of hij/zij denkt dat stoppen met roken schadelijk kan zijn voor de gezondheid van de cliënt (*Gezondheid cliënt*) is van invloed op de intentie om hulp te bieden: hoe groter deze zorgen hoe lager de intentie. De striktheid/duidelijkheid van het gevoerde rookbeleid binnen de instelling waar iemand werkt (*Rookbeleid*) lijkt niet of nauwelijks van invloed. Wat ook opvalt is dat de factoren *Rol medewerker* en *Rol instelling* sterk correleren. Om problemen met multicollineariteit te voorkomen worden in de hierna volgende multiële regressieanalyses deze twee factoren samengevoegd.

In een volgende stap is gekeken welke van deze factoren gezamenlijk ‘voorspellend’ (dat wil zeggen, sterk geassocieerd) zijn voor de intentie om in de komende tijd stoppen-met-roken ondersteuning te gaan bieden. Hiervoor is gebruik gemaakt van de gewogen gegevens uit de eerder besproken geclusterde schalen.

**Tabel 5.16: Multiële regressie van voorspellers die sterk correleren met de intentie om stoppen-met-roken ondersteuning te bieden**

| Voorspeller                           | Intentie tot bieden stopondersteuning   |                                     |                                          |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
|                                       | Alle resp. (n=506)<br>B (Standaardfout) | Rokend (n=151)<br>B (Standaardfout) | Niet-rokend (n=355)<br>B (Standaardfout) |
| Eerder SMR hulp geboden               | 0,301 (0,116)***                        | 0,384 (0,240)                       | 0,283 (0,131)**                          |
| Attitude rol instelling en medewerker | 0,275 (0,035)***                        | 0,297 (0,056)***                    | 0,268 (0,044)***                         |
| Attitude gezondheidsgevolgen cliënt   | 0,115 (0,058)**                         | 0,198 (0,105)*                      | 0,083 (0,070)                            |
| Interventies beschikbaar              | 0,224 (0,055)***                        | 0,146 (0,113)                       | 0,251 (0,059)***                         |
| Rookstatus respondent                 | -0,025 (0,176)                          | -                                   | -                                        |
| Intercept                             | -0,166 (0,087)*                         | -0,239 (0,166)                      | -0,157 (0,092)*                          |
| D <sup>2</sup> (gecorrigeerd)         | 0,44                                    | 0,40                                | 0,44                                     |

*Bijschrift: \*p<0,1; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01; B is de regressiecoëfficiënt, die aangeeft hoeveel en in welke richting de intentie tot het bieden van stopondersteuning verandert, wanneer de voorspeller één schaalpunt toeneemt.*

Wat blijkt uit tabel 5.16 is dat over de gehele groep gezien vooral wanneer een respondent eerder stoppen-met-roken ondersteuning heeft geboden (*Eerder SMR hulp geboden*), hij/zij van mening is dat stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener en instelling is (*Attitude rol instelling en medewerker*), en wanneer er in zijn/haar werksetting voldoende stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn (*Interventies beschikbaar*) de kans groot is dat hij/zij van plan is om in de komende tijd stoppen-met-roken ondersteuning te gaan bieden (*Intentie tot bieden*

*stopondersteuning*). Er wordt daarnaast een klein effect gevonden van de attitude ten aanzien van de mogelijke negatieve gevolgen van stoppen met roken voor de gezondheid van de cliënt (*Attitude gezondheidsgevolgen cliënt*), maar dit effect wordt gevonden in de omgekeerde richting als zou worden verwacht op basis van figuur 5.6 en op basis van univariate regressiemodellen.

Wanneer wordt gekeken naar de intentie tot het ondersteunen van stoppen door rokende zorginhoudelijke medewerkers, dan blijkt dat voor hen met name de attitude of stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener en instelling is (*Attitude rol instelling en medewerker*) van belang. Het eerdere gedrag en of interventies in voldoende mate beschikbaar zijn is voor rokende medewerkers minder bepalend. Tegelijkertijd is ook dit een groep die stopondersteuning biedt aan cliënten: 47% geeft aan ooit stopondersteuning te hebben geboden (tegenover 58% voor de niet-rokende zorginhoudelijke medewerkers). De modellen verklaren telkens tussen de 40% (rokende medewerkers) en 44% (niet-rokende medewerkers en totaal) van de variantie in intentie tot stopondersteuning.

## 5.4 Conclusie

### 5.4.1 Hoe denken medewerkers over roken door cliënten?

Wanneer gekeken wordt naar de opvattingen van medewerkers ten aanzien van roken in de GGZ-setting, dan is men het gemiddeld het sterkst eens met de stellingen (a) dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken, (b) dat medewerkers meer en beter zouden moeten worden getraind op het gebied van stopondersteuning, en (c) dat medewerkers niet zouden moeten roken in het bijzijn van cliënten. Ook ziet men de betrokkenheid van de GGZ-sector bij het helpen te stoppen met roken van cliënten als een belangrijke taak en staat men overwegend positief tegenover de stelling dat stoppen-met-roken ondersteuning de verantwoordelijkheid is van de (zorginhoudelijke) medewerker. Gemiddeld is men het enigszins eens met de stelling dat het stoppen met roken zal leiden tot een verergering van de psychopathologie onder cliënten, of tot een terugval in alcohol of drugsgebruik. Wanneer naar de voorgelegde stellingen wordt gekeken dan is er het minste steun voor de stelling dat het samen roken van medewerkers en cliënten nuttig is.

### 5.4.2 In hoeverre hebben (zorginhoudelijke) medewerkers in het verleden cliënten ondersteund bij het stoppen met roken?

Hoewel de resultaten aangeven dat stopondersteuning een plek heeft binnen het zorgaanbod van intramurale GGZ-instellingen, zijn er verbeteringen te boeken wat betreft het aantal cliënten dat dergelijke ondersteuning krijgt aangeboden en ook in het soort interventies dat wordt aangeboden. Van de zorginhoudelijke medewerkers in dit onderzoek gaf 55% aan in het verleden minimaal één cliënt te hebben geholpen te stoppen met roken. Ongeveer de helft van hen (24% van de ondervraagde

zorginhoudelijke medewerkers) gaf aan dit in het afgelopen jaar nog te hebben gedaan. Zorginhoudelijke medewerkers schatten gemiddeld in dat 20%-25% van de cliënten behoefte heeft aan ondersteuning bij het stoppen met roken, terwijl men gemiddeld slechts rond 15% van de cliënten deze ondersteuning biedt. Wanneer een behandelaar een cliënt deze ondersteuning biedt behelst de ondersteuning in veel gevallen een eenmalig advies, of psychosociale interventie. Minder dan 10% van de respondenten die aangeven ooit een interventie om te stoppen met roken te hebben ingezet, hebben hierbij gebruik gemaakt van medicatie zoals bupropion. Dit terwijl uit onderzoek naar de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij mensen met schizofrenie [16] blijkt dat bupropion de meest effectieve interventie is om deze mensen van het roken af te krijgen, zonder dat er aanwijzingen zijn voor negatieve bijwerkingen van de medicatie. Ook uit onderzoek naar de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor mensen met een depressie in remissie blijkt bupropion effectief [17], hoewel het aantal beschikbare studies bescheiden is.

#### **5.4.3 Voelen medewerkers zich voldoende ondersteund door de instellingen waar ze werken om stoppen-met-roken interventies te bieden?**

Zorginhoudelijke medewerkers zijn gematigd positief over de ondersteuning die ze vanuit de instellingen krijgen. 52% van de respondenten is het eens of helemaal eens met de stelling dat het voor hem/haar mogelijk is om binnen de werkrouetine tijd vrij te maken om iets aan de nicotineverslaving van cliënten te doen. 46% geeft aan hiervoor voldoende vaardigheden te hebben. Tegelijkertijd geeft 24% aan niet de vaardigheden te hebben om een cliënt te helpen bij het stoppen met roken. En 25% van de zorginhoudelijke respondenten is het (helemaal) eens met de stelling “Al zou ik willen, dan nog is er waar ik werk geen ruimte, tijd of geld om cliënten te helpen te stoppen met roken”.

Ook rond het gevoerde rookbeleid binnen in de instelling en de communicatie daarover zien de respondenten nog ruimte voor verbetering. Een minderheid (43%) van de respondenten is het (helemaal) eens met de stelling dat binnen hun instelling een streng rookbeleid wordt gevoerd. Slechts een derde van de respondenten (34%) geeft aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat het rookbeleid binnen de instelling voldoende duidelijk kenbaar wordt gemaakt, bijvoorbeeld middels posters, folders, digiboards of andere vormen van communicatie. Wel is men het doorgaans (helemaal) eens met de stelling dat “een belangrijk doel van het rookbeleid binnen de instelling is om cliënten en medewerkers tegen meerroken te beschermen” (65%), en dat “het huidige rookbeleid bij de instelling waar ze werken heeft geleid tot een afname van de mate van blootstelling aan andermans rook” (63%). Al met al lijkt het er hiermee op dat stoppen met roken langzaamaan een positie krijgt binnen het aanbod van geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's, maar dat meer aandacht en meer training medewerkers grotere vaardigheden en meer vertrouwen zouden geven bij het helpen stoppen van GGZ-clieënten. Het duidelijker communiceren van het rookbeleid zou hier ook bij kunnen helpen.

#### 5.4.4 Hoe hangen de antwoorden op de voorgaande vragen met elkaar en met de intentie samen om cliënten te ondersteunen bij het stoppen met roken?

Tot slot is in dit hoofdstuk onderzocht welke van de eerder besproken factoren het meest belangrijk is voor de intentie om in de nabije toekomst cliënten te zullen ondersteunen bij het stoppen met roken. 35% van de zorginhoudelijke medewerkers is van plan deze ondersteuning te gaan bieden in het komende jaar; 19% is dit in de komende maand al van plan. Wanneer gekeken wordt naar de individuele correlaties tussen mogelijke voorspellers van de intentie van zorginhoudelijke medewerkers om stopondersteuning te bieden, en de intentie om dit te doen, dan valt op dat de attitude ten aanzien van de rol van de medewerker ( $r=0,59$ ) respectievelijk de instelling ( $r=0,58$ ) sterk samenhangen met de intentie stopondersteuning te gaan bieden in de nabije toekomst. Ook of er in de werksetting voldoende stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn ( $r=0,46$ ), en of een medewerker in het verleden stopondersteuning heeft geboden ( $r=0,39$ ) hangen in relevante mate samen met de intentie stopondersteuning in de toekomst te bieden. Andere factoren, zoals of de respondent zelf wel of niet rookt, en zijn of haar geslacht en leeftijd blijken minder sterk met de intentie samen te hangen.

Kijken we gelijktijdig naar de relatie van deze variabelen met de intentie ondersteuning te bieden dan blijkt dat vooral wanneer een respondent eerder stoppen-met-roken ondersteuning heeft geboden (*Eerder SMR hulp geboden*), hij/zij van mening is dat stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener en instelling is (*Attitude rol instelling en medewerker*) en wanneer er in zijn/haar werksetting voldoende stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn (*Interventies beschikbaar*) de kans groot is dat hij/zij van plan is om in de komende tijd stoppen-met-roken ondersteuning te gaan bieden (*Intentie tot bieden stopondersteuning*). Dit komt deels overeen met wat op basis van de theorie van gepland gedrag zou worden verwacht dat de meest belangrijke factoren zijn. Op basis van deze theorie zou de verwachting zijn dat de attitude ten aanzien van het gedrag (in dit geval: *Attitude rol instelling en medewerker*), de subjectieve norm (in dit geval: *Ervaren rookbeleid*), en de waargenomen gedragscontrole (in dit geval: *Interventies beschikbaar*) belangrijke voorspellers zouden zijn van de intentie tot het bieden van stopondersteuning. Opvallend is kortom dat het rookbeleid en de ervaringen daarmee binnen de instelling op de wijze die wij dat hebben gemeten een minder belangrijke rol lijkt te spelen dan op basis van de theorie van gepland gedrag zou worden verwacht. Dit kan te maken hebben met het belang van ervaren rookbeleid voor de intentie om stopondersteuning te bieden, maar ook met de wijze waarop subjectieve norm / ervaren rookbeleid in dit onderzoek is geoperationaliseerd.

Bij rokende zorginhoudelijke medewerkers blijkt dat voor hen met name de attitude of stoppen-met-roken ondersteuning een taak voor de hulpverlener en instelling is (*Attitude rol instelling en medewerker*) van belang is voor de intentie stopondersteuning te bieden. Het eerdere gedrag, en of interventies in voldoende mate beschikbaar zijn is voor rokende medewerkers minder bepalend. Tegelijkertijd is ook dit een groep die

stopondersteuning biedt aan cliënten: 47% van de rokende respondenten geeft aan ooit stopondersteuning te hebben geboden, tegenover 58% voor de niet-rokende zorginhoudelijke medewerkers.

## 5.5 Referenties

- [1] Ashton M, Lawn S, Hosking JR. Mental health workers' views on addressing tobacco use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Sep;44(9):846-51.
- [2] McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, Wain B, Andrews H, Grimmer M, Crisp A, Oyebode D, Ghodse AH. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health (Oxf)*. 2006 Sep;28(3):192-6.
- [3] Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;31(6):576-82.
- [4] Weinberger AH, Reutenauer EL, Vessicchio JC, George TP. Survey of clinician attitudes toward smoking cessation for psychiatric and substance abusing clients. *J Addict Dis*. 2008;27(1):55-63.
- [5] Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Carr V, Terry M, Knight J, Clancy R. Providing nicotine dependence treatment to psychiatric inpatients: the views of Australian nurse managers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 May;17(4):319-27.
- [6] R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2013. URL: <http://www.R-project.org/>.
- [7] Honaker J, King G, Blackwell M. Amelia II: A Program for Missing Data. *J Stat Software*. 2011;45(7):1-47. <http://www.jstatsoft.org/v45/i07>. Verkregen op 04-02-2015.
- [8] Schafer JL, Graham JW. Missing data: our view of the state of the art. *Psychol Methods*. 2002;7(2):147-77.
- [9] Rubin DB. Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. New York: J. Wiley & Sons;1987.
- [10] Blankers M, Koeter MW, Schippers GM. Missing data approaches in eHealth research: simulation study and a tutorial for nonmathematically inclined researchers. *J Med Internet Res*. 2010;12(5):e54.
- [11] Mahalanobis, PC. On the generalised distance in statistics. *Proceedings of the National Institute of Sciences of India*, 1936; 2(1): 49–55.
- [12] GGZ Nederland. Medewerkers @ GGZ 2009 - Inventarisatie van personeel in ggz. Amersfoort: GGZ Nederland, 2010.
- [13] CBS Statline, 2014. Beroepsbevolking; kerncijfers provincie, 14 november 2014. URL: <https://archive.today/eOd2i>.
- [14] Verdurmen J, Monshouwer K, van Laar, M. Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.



- [15] Van der Pligt J, Blankers M. *Surveyonderzoek: De Meting van Attitudes en Gedrag* [Survey Research: Measuring Attitudes and Behaviour]. Amsterdam: Boom-Lemma, 2013.
- [16] Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;2:CD007253.
- [17] van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21;8:CD006102.
- [18] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991; 50(2):179–211.
- [19] Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*. 2001 Dec;40(Pt 4):471-99.
- [20] McEachan RRC, Conner M, Taylor N, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviors with the Theory of Planned Behavior: A meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2011;5:97-144.
- [21] Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011 Sep;26(9):1113-27.



# 6. Conclusies en aanbevelingen

## 6.1 Conclusies

Leidend voor dit rapport waren de onderzoeksvragen die geformuleerd zijn onder 1.2.1:

1. Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?
2. Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?
3. Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?
4. Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?

Hieronder worden met behulp van de belangrijkste conclusies uit dit rapport de vier geformuleerde onderzoeksvragen beantwoord. De conclusies komen voort uit de bevindingen zoals besproken in de hoofdstukken 2-5.

### 6.1.1 Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?

- Onder mensen met psychische stoornissen komt sterfte aan tabaksgerelateerde ziekten veel vaker voor dan in de algemene populatie.
- Het gezamenlijk roken door cliënten en GGZ-medewerkers wordt regelmatig gezien als nuttig om de onderlinge band te versterken, maar toch vindt slechts een minderheid van de medewerkers het gezamenlijk roken acceptabel.
- Training en daarmee de kennis van zowel behandelaars als cliënten over gezondheidsrisico's van roken is onvoldoende. Dit geldt in het bijzonder voor de kennis over gezondheidsrisico's die specifiek gelden voor cliënten in de GGZ. Ook bestaan er vaak misvattingen over de negatieve gevolgen van stoppen met roken.
- Medewerkers hebben soms de indruk dat cliënten niet willen stoppen met roken en zijn dan verdeeld over de vraag of het bieden van ondersteuning bij het stoppen met roken hun taak is.
- Volgens medewerkers heeft de beschikbaarheid van stoppen-met-roken interventies, zoals nicotinevervangende medicatie op de afdeling, een sterk positieve invloed op het aanbieden van stopondersteuning aan cliënten.
- Medewerkers staan gemengd tegenover een algeheel rookverbod in instellingen. Wel is het zo dat veel van de gevreesde negatieve gevolgen van een rookverbod, zoals afgebroken behandeltrajecten, brand wegens stiekem roken, of ruzie en

agressie jegens medewerkers, zich na invoering van een rookverbod niet vaker voor doen dan ervoor.

- Internationaal onderzoek laat zien dat een aantal zaken van groot belang is om succesvol een rookvrij beleid in te voeren in GGZ-instellingen, zoals cursussen om kennis te verhogen en te stoppen met roken voor medewerkers, de beschikbaarheid van stopinterventies voor cliënten, voorlichting aan cliënten en medewerkers om onterechte bezorgdheid over de neveneffecten van het invoeren van rookvrij beleid weg te nemen en het consequent monitoren van rookgedrag van cliënten. Dit vraagt om helder en daadkrachtig leiderschap.
- Aandacht voor stoppen-met-roken interventies in instellingen die een rookvrij beleid nastreven is een belangrijke randvoorwaarde om stoppen met roken tijdens en na behandeling te bewerkstelligen.

### **6.1.2 Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?**

*Formeel rookbeleid op schrift:*

- Een derde van de instellingen heeft momenteel geen formeel rookbeleid op schrift staan. Hierdoor is niet overal duidelijk of het rookbeleid voldoet aan verschillende wetten zoals de Tabakswet, de Arbowetgeving en de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- De grote pluriformiteit in het formele rookbeleid van instellingen is opvallend. Er is met name variatie in het beleid ten aanzien van het roken door minderjarige cliënten, rookbeleid in privévertrekken van cliënten en de nadruk op de brandveiligheid.
- In het gevoerde schriftelijke rookbeleid van de onderzochte instellingen is slechts in beperkte mate aandacht voor stoppen-met-roken interventies.

*Rookbeleid in de praktijk:*

- Interviews met 10 respondenten suggereren dat er in de praktijk een beperkt ontmoedigingsbeleid is ten aanzien van stoppen met roken.
- Er lijken soms discrepanties te zijn tussen het formele en het informele rookbeleid. Bijvoorbeeld het in de praktijk toch gezamenlijk roken door cliënten en medewerkers alhoewel dit niet is toegestaan vanuit de voorbeeldfunctie die medewerkers zouden moeten vervullen volgens het formele rookbeleid.

### **6.1.3 Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?**

- Een aanzienlijk deel (op basis van het vragenlijstonderzoek bijna de helft) van de onderzochte zorgverleners in de GGZ heeft nog nooit cliënten ondersteund bij het stoppen met roken. De frequentie waarmee stoppen-met-roken ondersteuning wordt aangeboden binnen de groep die in het verleden wel cliënten heeft geholpen met stoppen varieert sterk. Een minderheid ondersteunde in het afgelopen jaar nog cliënten.

- Het binnen instellingen beschikbare behandelaanbod aan stopondersteuning wordt vaak slechts beperkt ingezet.
- Medewerkers in de GGZ vinden dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd te stoppen met roken en dat er een taak voor de GGZ-sector ligt om cliënten beter en vaker de daarvoor benodigde ondersteuning te bieden.
- Al met al blijkt er door instellingen geen consequent beleid te worden gevoerd ten aanzien van stopondersteuning en is de cliënt hierdoor afhankelijk van het initiatief van de individuele zorgverlener.
- De geleverde zorg is niet altijd de meest effectieve vorm van zorg. Wanneer een zorgverlener ondersteuning biedt, bestaat deze het vaakst uit een eenmalig stopadvies of een psychosociale interventie. Een middencategorie wordt gevormd door nicotinevervangers en de e-sigaret, wat feitelijk ook een nicotinevervanger is. Medicatie zoals bupropion en varenicline wordt nauwelijks toegepast. Dit laatste is opvallend aangezien met name voor de combinatie psychosociale interventie en bupropion sterke aanwijzingen zijn dat dit effectieve stopondersteuning is voor in ieder geval een deel van de GGZ-clientspopulatie [1].
- Afgaand op wat behandelaars zelf rapporteren is er slechts een zeer beperkte samenhang tussen de ingeschatte behoefte aan stopondersteuning bij een cliënt, en de kans dat een behandelaar deze cliënt stopondersteuning biedt.

#### **6.1.4 Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?**

- Een aantal zaken zijn van belang voor de intentie om in de nabije toekomst cliënten te zullen helpen bij het stoppen met roken: of een behandelaar in het verleden cliënten heeft ondersteund bij het stoppen met roken en of men vindt dat de behandelaar en de instelling een belangrijke rol hebben om de cliënt te helpen bij het stoppen met roken (de attitude). Ook de attitude ten aanzien van de negatieve gezondheidseffecten van roken voor cliënten is bepalend voor het in de toekomst willen bieden van stopondersteuning. Ten slotte is de beschikbaarheid binnen de instelling van behandelingen om te helpen bij het stoppen belangrijk.
- De eigen rookstatus van de behandelaar, geslacht, leeftijd en de ervaren strengheid van het rookbeleid binnen de instelling waar de respondent werkt, zijn niet significant van belang voor het aanbieden van stopondersteuning.
- Voor rokende behandelaars zijn vooral de attitude ten aanzien van de rol die de behandelaar en de instelling hebben bij het stoppen met roken door de cliënt en de attitude van de behandelaar ten aanzien van de gezondheidseffecten van roken voor cliënten van belang voor de intentie stopondersteuning te bieden. Voor een nog rokende behandelaar zou dus met nadruk op het veranderen van deze attitudes moeten worden ingezet om hem of haar meer stopondersteuning te laten bieden.
- GGZ-medewerkers zijn het over het algemeen sterk eens met de stelling dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken en dat medewerkers beter getraind zouden moeten worden om deze ondersteuning te bieden. De betrokkenheid van de GGZ-instellingen bij het stoppen met roken wordt

door 73% van de ondervraagde 600 GGZ-medewerkers als belangrijk gezien. Dus er lijkt draagvlak te zijn.

- De wetenschappelijke literatuur die in hoofdstuk 2 is samengevat ondersteunt deze resultaten en voegt hieraan toe dat het belangrijk is om interventies af te stemmen op de populatie. De ervaring is dat tijdens opname in een rookvrije instelling het actief onder de aandacht brengen van nicotinevervangers en andere vormen van stopondersteuning het stoppen met roken door cliënten kan bevorderen en hun interesse in stoppen kan aanwakkeren.

## **6.2 Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten zoals besproken in de voorgaande hoofdstukken zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd. Centraal hierbij staat dat roken een leefstijlaspect is dat binnen de GGZ meer aandacht zou moeten krijgen dan momenteel het geval is, gezien de negatieve gevolgen die roken heeft voor de gezondheid en de levensverwachting van mensen die in behandeling zijn voor psychische problematiek. Van groot belang is dat het onderzoek laat zien dat er draagvlak is voor stoppen met roken in de GGZ.

### **6.2.1 Universeel rookbeleid ondersteunen**

Op basis van de bevindingen zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3 en de daaraan verbonden conclusie dat er sprake is van een sterke mate van pluriformiteit in het gevoerde rookbeleid van instellingen kan worden gesteld dat het ontwikkelen van een universeel rookbeleid voor de GGZ-sector wenselijk is. Hier zou zowel GGZ Nederland als het Trimbos-instituut mogelijk het voortouw in kunnen nemen. In zo'n universeel rookbeleid kan onder meer worden vastgelegd welke voorzieningen er zijn voor cliënten en medewerkers die willen roken, welke ondersteuning er is voor cliënten maar ook voor medewerkers die willen stoppen met roken, hoe omgegaan wordt met de huidige praktijk dat het voorkomt dat cliënten en medewerkers gezamenlijk roken en hoe de blootstelling aan rook van een ander voor cliënten en medewerkers wordt voorkomen. De exacte inhoudelijke invulling van het universele GGZ-rookbeleid dient te worden gedaan in nauwe samenspraak met de instellingen, tegen de achtergrond van de wettelijke kaders: de Tabakswet, de kwaliteitswet Zorginstellingen en artikel 3 van de Arbowet.

### **6.2.2 Kennis en vaardigheden van medewerkers rond (stoppen met) roken door de GGZ-cliëntenpopulatie vergroten**

Zowel uit het literatuuronderzoek gepresenteerd in hoofdstuk 2 als uit het vragenlijstonderzoek uit hoofdstuk 5 blijkt dat kennis en vaardigheden van medewerkers in de GGZ om hun cliënten te ondersteunen bij het stoppen met roken, of adequaat te informeren over de (extra) gezondheidsrisico's die er gezien de gezondheidssituatie en eventueel medicijngebruik kleven aan het roken onvoldoende zijn. Het is van groot

belang deze kennis en vaardigheden te verbeteren. Een tool kit zou een oplossing kunnen bieden. Idealiter wordt een dergelijke tool kit in combinatie met training aan medewerkers in de GGZ aangeboden. Concreet zouden minimaal de volgende vier thema's in deze tool kit aan bod moeten komen:

- Gezondheidseffecten roken (algemeen en specifiek voor GGZ-cliënten).
- Interactie-effecten tussen nicotine/tabaksrook en (psychoactieve) medicatie, en gevolgen voor dosering en halfwaardetijden bloedspiegels.
- Overzicht van beschikbare interventies, hoe hieraan deel te nemen, kosten van deelname en succespercentages.
- Protocol korte interventie conform de Multidisciplinaire Richtlijn Tabaksverslaving [2], en in lijn met de richtlijn Leefstijl bij Patiënten met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) [3].

### **6.2.3 Cliënten actief voorlichten over schadelijkheid roken en gevolgen stoppen**

Nadat medewerkers beter dan nu het geval is zijn geïnformeerd over de (extra) schadelijkheid van roken voor GGZ-cliënten, dient deze kennis op de cliënten te worden overgebracht, om het besef aan te wakkeren dat stoppen met roken een positieve invloed zal hebben op hun geestelijke en lichamelijke gezondheid en dat het voor hen haalbaar is om te stoppen met roken. Dit kan bijvoorbeeld worden ondersteund door foldermateriaal of een website te ontwikkelen met voor cliënten toegankelijke informatie. Ten aanzien van stoppen is het ook van belang een realistisch beeld te scheppen, onder meer rond gewichtstoename die mogelijkwjs samengaat met stoppen met roken – en wat hier aan te doen is. Stoppen met roken kan – zeker op de korte termijn – een verhoging van gewicht en body mass index (BMI) geven.

### **6.2.4 Medewerkers motiveren hun rol meer invulling te geven**

Momenteel valt onder meer op basis van de resultaten zoals gepresenteerd in hoofdstuk 5 een aanzienlijke variatie te bespeuren in de mate waarin GGZ-medewerkers stoppen met roken bij hun cliënten ondersteunen of onder de aandacht brengen. Daarnaast bleek er nauwelijks tot geen relatie te bestaan tussen de ingeschatte behoefte van cliënten aan stopondersteuning, en de mate waarin deze ondersteuning wordt geboden. Deze praktijkvariatie is onwenselijk en bovendien onnodig, wanneer medewerkers in de GGZ via training en/of werkafspraken zouden worden gemotiveerd om actiever invulling te geven aan de mogelijkheden die bestaan om GGZ-cliënten actief te ondersteunen bij het stoppen met roken. Het maken van werkafspraken over stopondersteuning aan cliënten zou kunnen worden opgenomen in het universele rookbeleid (zie 6.2.1) of een plaats kunnen krijgen in de tool kit en/of trainingen die onder 6.2.2 zijn voorgesteld.

### **6.2.5 Bekendheid beschikbare interventies vergroten en effectiviteit beter onderbouwen**

Hoewel het aanbod aan beschikbare interventies om specifiek stoppen-met-roken ondersteuning te bieden aan cliënten in de GGZ bescheiden is, zou door optimaal gebruik te maken van deze beschikbare interventies het gebruik hiervan met relatief beperkte inzet verder kunnen worden geoptimaliseerd. Hiervoor moet de bekendheid en de vraag naar deze interventies worden vergroot. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden gedaan door de reeds beschikbare interventies aan te melden bij de interventiedatabase van het RIVM / Loket gezond leven ([loketgezondleven.nl](http://loketgezondleven.nl)) en via de Erkenningscommissie Langdurige GGZ. Momenteel is de enige interventie specifiek gericht op stopondersteuning in de interventiedatabase van het RIVM de GGZ de Voel je Vrij! Stoppen met Roken & leefstijltraining GGZ. Wanneer ook de andere beschikbare interventies bij de interventiedatabase zouden worden aangemeld vergroot dit de beschikbaarheid van informatie over het bestaande interventieaanbod en helpt dit bovendien om de aard, waarde en effectiviteit van de verschillende interventies op waarde te schatten. Ook kan dan directer de relatie worden gelegd met leefstijlinterventies die in de interventiedatabase zijn ondergebracht of bij de erkenningscommissie bekend zijn. Denk bijvoorbeeld aan interventies tegen overgewicht, of om (meer) bewegen te stimuleren, aangezien stoppen met roken tot gewichtstoename kan leiden. Over de effectiviteit van stopinterventies voor de GGZ is helaas nog erg weinig bekend. Het zou daarom zeer wenselijk zijn om hiernaar nader onderzoek te doen, waarvan de resultaten vervolgens met professionals kunnen worden gedeeld via bijvoorbeeld de Erkenningscommissie Langdurige GGZ, of de interventiedatabase van het RIVM / Loket gezond leven.

### **6.2.6 (Door)ontwikkelen eenvoudig inzetbaar interventieaanbod**

Ook aan de aanbodkant van stoppen-met-roken interventies voor de GGZ valt winst te behalen. Zoals reeds opgemerkt is het aanbod aan bewezen effectieve interventies voor deze doelgroep gering. Op basis van de wetenschappelijke literatuur [1] is bekend dat ondersteuning bij stoppen met roken met het medicijn bupropion tot positieve resultaten leidt bij mensen met schizofrenie. Over de effectiviteit van ondersteuning met psychosociale interventies of nicotinevervangers is nog weinig bekend. Bij depressie weten we dat de combinatie van een psychosociale interventie om stemming te verbeteren in combinatie met medicamenteuze of psychosociale ondersteuning bij het stoppen met roken tot de beste resultaten leidt [4]. Rond stoppen met roken in geval van comorbide verslavingsproblemen is thans minder evidentie voorhanden ten aanzien van wat dan de meest effectieve interventies zijn. Het psychosociale interventieaanbod voor volwassenen in de algemene bevolking is uitgebreid in Nederland (zie bijvoorbeeld [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)), waardoor het voor de hand ligt om op basis van bestaand aanbod voor volwassenen psychosociale interventies te ontwikkelen die in het bijzonder geschikt zijn voor (volwassen) GGZ-cliënten. De uitwerking hiervan zou in nauwe samenwerking met de patiënten(verenigingen) en professionals moeten plaatsvinden.



### **6.2.7 Borgen thema bij patiëntenverenigingen en kennisnetwerken**

Dit rapport is mede bedoeld om het thema (stoppen met) roken en rookbeleid in de GGZ te 'agenderen', maar daar moet het niet bij blijven. Van belang is om in een vervolgtraject het thema te borgen bij GGZ-patiëntenverenigingen zoals Anoiksis, het Landelijk Platform GGZ, de Depressie Vereniging, of Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE), evenals bij kennisnetwerken en -organisaties zoals Phrenos, het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD), en het Trimbos-instituut. Het risico bestaat anders dat veel van de bevindingen en aanbevelingen die in dit rapport naar voren worden gehaald even zo gemakkelijk weer naar de achtergrond verdwijnen zonder dat daadwerkelijk stappen kunnen worden genomen in het adresseren van roken en het versterken en uniformeren van het gevoerde rookbeleid in de GGZ.

### **6.2.8 Ook voor ambulante cliënten**

In dit rapport is gefocust op rookbeleid en roken in intramurale geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Dit is gedaan omdat met name in instellingen waar een cliënt langer verblijft, het gevoerde rookbeleid een forse impact kan hebben op rokende maar ook op niet-rokende cliënten. Dit wil niet zeggen dat het niet net zo goed van groot belang is om ook in de ambulante zorg aandacht te hebben voor (met name) stopondersteuning. Aangezien de overgrote meerderheid van de GGZ-clients ambulant wordt behandeld en vanwege de toenemende ambulantisering in de sector het aandeel ambulant behandelde cliënten verder zal toenemen, zal juist hier meer gedaan moeten worden op het gebied van stopondersteuning om een werkelijk verschil teweeg te kunnen brengen. De aanbevelingen zoals hier gedaan rond het aanmoedigen van cliënten om stoppogingen te ondernemen en dit te ondersteunen met passende effectieve interventies, het voeren van een duidelijk, liefst uniform rookbeleid en het aanbieden van voorlichting en training op het gebied van stopondersteuning aan medewerkers zouden ook toegepast kunnen worden op instellingen in de GGZ met een ambulante behandel functie.

### **6.2.9 Over twee jaar voortgang evalueren**

Idealiter vormt het huidige rapport een baselinemeting en de aftrap van een monitor rookbeleid in de GGZ. Minimaal is het raadzaam om over twee jaar de voortgang op dit thema vast te stellen door dan wederom een verkenning uit te voeren rond het gevoerde rookbeleid, de uitvoeringspraktijk daarvan en een inventarisatie van de ingezette interventies om GGZ-clients te helpen met roken te stoppen.

## **6.3 Slotwoord**

In dit rapport stonden de resultaten van onderzoek naar het formeel gevoerde rookbeleid, de praktische invulling daarvan en de mate waarin ondersteuning wordt geboden bij het stoppen met roken in drie typen zorginstellingen (geïntegreerde GGZ-,

verslavingszorginstellingen, RIBW's) met een verblijffunctie centraal. Al met al hebben het afgelopen jaar de prettige samenwerking met en grote betrokkenheid van de professionals die zich met dit thema bezig houden een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. Gelukkig staat dit project niet op zichzelf en zijn er veel initiatieven in de GGZ die zich met dit thema bezighouden, ofwel vanuit de invalshoek van leefstijl, ofwel vanuit de hoek van verslavingszorg. Daarnaast zijn er enkele interventies specifiek gericht op het ondersteunen van stoppen met roken die vaak nog geen grote bekendheid of wetenschappelijk onderbouwde status hebben, maar wel gezien de ervaringen levensvatbaar zijn en het zouden verdienen gedegeen te worden geëvalueerd. De hoop is dat dit rapport een positieve bijdrage kan leveren aan deze inspanningen om het roken in de GGZ de komende jaren verder dan nu reeds gebeurt te ontmoedigen. Op een wijze die wordt gedragen door de professionals en liefst waarin afstemming wordt gezocht door instellingen onderling in hoe de ontmoediging van roken door medewerkers en cliënten gezamenlijk kan worden ingevuld. Van samen roken naar samen stoppen.

## 6.4 Referenties

- [1] Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;2:CD007253.
- [2] Partnership Stop met Roken. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving herziening 2009. Den Haag: Partnership Stop met Roken, 2009.
- [3] Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Maas L van der, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: Trimbos-instituut/V&VN, 2014.
- [4] van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 21;8:CD006102.

# Bijlage 1: Projectplan

## 1. Afspraak met VWS

1. Literatuuronderzoek: ter ondersteuning ontwikkeling/keuze vragenlijst en onderliggend theoretisch model
2. Bij GGZ Nederland en intramurale GGZ/VZ/RIBW instellingen opvragen rookbeleid voor medewerkers en cliënten
3. Kwalitatieve analyses op rookbeleid intramurale GGZ/VZ/RIBW instellingen
4. Interview/vragenlijst afnemen bij:
  - a. medewerkers GGZ/VZ/RIBW instellingen (behandelaars, zorginhoudelijk management)
  - b. cliëntenraden instellingen (ov)

*Te meten in interview / vragenlijst:*

- bekendheid met rookbeleid instelling / werkomgeving
  - eigen rookgedrag
  - ervaring uitvoering/aandacht/bekendheid rookbeleid
  - attitude t.o.v. roken door medewerkers
  - attitude t.o.v. roken door cliënten
  - attitude t.o.v. rookinterventies meer onder de aandacht brengen bij rokende cliënten
  - beschikbaarheid/bekendheid rookinterventies binnen / naast zorg
  - belemmerende / bevorderende factoren cliënten motiveren te stoppen met roken
  - hoe vaak / hoe groot kans dat rookgedrag wordt aangekaart en cliënt wordt gemotiveerd te stoppen/minderen
5. Analyseren gegevens, naast beschrijvend kijken naar relatie tussen rookbeleid instelling, eigen rookgedrag, attitudes tov roken door medewerkers en collega's, bekendheid interventies, en hoe vaak roken wordt aangekaart bij cliënt.
  6. Rapportage en/of paper.
  7. Symposium of invitational conference over de bevindingen (opmaat voor richtlijnontwikkeling, beleid, implementatie/doorbraaktraject). Het idee is om hier de resultaten van het 'instellingsonderzoek' terug te koppelen, informatie over effectiviteit van interventies te belichten en mooie praktijkvoorbeelden te presenteren. Doel is het nader op de agenda zetten van het thema als opmaat voor een nader uit te werken implementatie/doorbraaktraject.

### *Organisatie:*

Voor dit traject wordt een adviesgroep ingesteld, met vertegenwoordigers en deskundigen uit het veld, en nader te benoemen wetenschappers en praktijkvertegenwoordigers (verpleegkundig specialisten e.a.), en huisartsen (GGZ-aandachtsfunctionarissen, leefstijldeskundigen).

## **2. Producten**

1. Literatuuronderzoek attitudes stoppen met roken en rookbeleid in de GGZ
  - a. Uitbrengen als hoofdstuk rapportage
2. Dossier met rookbeleid van GGZ Nederland en deelnemende intramurale GGZ-instellingen
  - a. Samenvatting / inventarisatie / analyse van overeenkomsten en verschillen tussen instellingen
3. Digitale vragenlijst, interviews, af te nemen bij medewerkers in de intramurale GGZ
  - a. Thema's behandeld zoals vermeld in opdracht (te meten in interview)
4. Eindrapportage onderzoek
5. Symposium Roken in de GGZ

## Bijlage 2: Instellingen benaderd voor rookbeleidsinventarisatie

De lijst met instellingen is samengesteld op basis van het ledenbestand van GGZ Nederland (voorjaar 2014).

Altrecht  
Arkin  
GGZ Breburg  
De Viersprong  
Delta Psychiatrisch Centrum  
Dimence  
Eleos  
Emergis  
Stichting Fier Fryslân  
GGNet  
GGZ Centraal  
GGZ Delfland  
GGZ Drenthe  
GGZ Friesland  
GGZ inGeest  
GGZ Noord-Holland-Noord  
GGZ Westelijk Noord Brabant  
GGZ Oost Brabant  
GGZ Eindhoven en de Kempen  
Lentis  
Lievegoed Zorggroep  
Mediant  
Mondriaan  
Orbis  
Parnassia Bavo Groep  
Pro Persona  
GGMD voor Doven en Slechthorenden  
Stichting Centrum '45  
Reinier van Arkel Groep  
Pluryn  
Rivierduinen  
Sinai Centrum

Leger des Heils Gelderland  
Vincent van Gogh  
Yulius  
Cordaan  
Stichting Wonen en Psychiatrie Zeeuwse Gronden  
RIBW Fonteynenburg  
RIBW Groep Overijssel  
HVO/Querido  
Kwintes  
Mensana  
Stichting Pameijer  
Stichting PerspeKTief  
Promens Care  
RIBW Arnhem en Veluwevallei  
RIBW Brabant  
RIBW Twente  
RIBW Gooi en Vechtstreek  
RIBW Heuvelland en Maasvallei  
RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden  
RIBW Nijmegen & Rivierenland  
RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland  
Stichting Riwis Zorg & Welzijn  
SBWU  
Bouwman GGZ  
Stichting Anton Constandse  
IrisZorg  
Stichting De Hoop  
Tactus Verslavingszorg  
Verslavingszorg Noord Nederland  
Victas  
Novadic Kentron  
Castle Craig Nederland

# Bijlage 3: Interviewvragen

## 1. Algemene vragen

- Wat is uw leeftijd?
- Sinds welk maand/jaar werkt u (onafgebroken) bij deze GGZ-instelling?
- Hoeveel uur in de week heeft u een contract?
- Heeft u een patiëntgebonden functie, waarin u zorginhoudelijk contact met cliënten heeft?
- Als 4 = Ja → Onder welk beroepencluster valt uw functie?
  - Antwoorden: Agogische beroepen - Medische beroepen - Psychologische beroepen - Psychotherapeutische beroepen - Vaktherapeutische beroepen - Verpleegkundige beroepen. (Indeling volgens beroepenschema CONO/VWS)
- Als 4 = Nee → Onder welke functiegroep valt uw functie?
  - Antwoorden: Management/Staf - ICT - Administratief - Onderzoek - Facilitair - P&O – Overig.
- Wat is uw hoogst voltooide opleidingsniveau?
- Rookt u?

## 2. Vragen rookbeleid

- Kunt u iets vertellen over het rookbeleid binnen uw instelling? (rookruimten, buiten roken, mogen medewerkers roken in bijzijn cliënten etc.)
- Hoe wordt er omgegaan met jongeren onder de 18 jaar die roken?
- Wat vindt u van het rookbeleid binnen uw instelling?
- Als u iets zou kunnen veranderen aan het rookbeleid binnen uw instelling, wat zou dat dan zijn?
- Op welke wijze vindt voorlichting aan cliënten en medewerkers plaats over het geldende rookverbod binnen de instelling?
- In hoeverre is het toegestaan dat cliënten in hun privéruimte mogen roken? (uitzonderingen voor bepaalde cliënten, bepaalde tijden, etc.)
- Hoe staat men binnen uw instelling tegenover het gezamenlijk roken van cliënten en medewerkers?
- In hoeverre houden medewerkers zich aan het bestaande rookbeleid?
- In hoeverre houden bewoners/cliënten zich aan het bestaande rookbeleid?
- Hoe ziet u het belang voor aandacht voor stoppen met roken bij GGZ-cliënten?
- Welke rol ziet u voor zichzelf hierin?

- Worden er stoppen-met-roken interventies aangeboden voor cliënten en/of medewerkers binnen uw instelling? Zo ja:
  - Welke?
  - Hoe vaak wordt hier gebruik van gemaakt?
  - Wat vindt u daarvan? (vb. nuttig, tijdrovend etc.)
- Zo Nee:
  - Wat vindt u daarvan? (vb. gemiste kans, prima etc. )
- Verwacht u belangrijke wijzigingen in het rookbeleid van uw instelling in de toekomst? Zo ja, waar zouden deze wijzigingen uit bestaan?

### *3. Extra vragen*

Deze werden gesteld bij vooraf bepaalde instellingen afhankelijk van geïnterviewde functionaris of betrokken instelling. Bij sommige instellingen zijn geen extra vragen gesteld.

#### *Instelling A*

- In 2013 is de eerste cursus Stoppen met roken voor cliënten en medewerkers die willen stoppen of minderen met roken gegeven. Kunt u mij iets vertellen over deze cursus? (doorvragen naar duur, inhoud, hoe vaak aangeboden en ingeschatte effecten).
- Zijn er nog andere interventies op het gebied van stoppen-met-roken die binnen uw instelling worden aangeboden?
- In november is er een jaarlijkse leefstijlweek. Op welke manier (en in hoeverre) wordt er dan aandacht besteed aan roken?
- Wat is het beleid rondom de e-sigaret in uw instelling?

#### *Instelling B*

Volgens het formele rookbeleid van uw instelling kunnen afspraken worden gemaakt met de cliënten om het werken in ruimten waar wel gerookt mag worden veilig te laten geschieden. Voorbeelden hiervan zijn:

- Voorafgaande aan een gesprek de ruimte minimaal 15 minuten ventileren en niet meer in deze ruimte te roken.
- Tijdens (begeleiding)gesprekken niet roken.
- Rookpauze inlassen.
- Buiten roken.
- Begeleiders waar mogelijk indelen bij (niet)rokende cliënten.
- Indien mogelijk woonruimte voor rokende/niet rokende cliënten indelen.

Welke afspraken worden zoal gemaakt en hoe vaak komt dit voor?

#### *Instelling C*

- In het rookbeleid van uw instelling staat aangegeven dat cliënt een elektronische sigaret mag gebruiken. In hoeverre komt het voor dat cliënten een e-sigaret gebruiken? (ook gebruik buiten de rookruimtes?)



#### *Instelling D*

- In het rookbeleid van uw instelling staat aangegeven dat elektronische sigaretten beschikbaar kunnen worden gesteld om het niet-rookbeleid te ondersteunen. Kunt u daar iets meer over vertellen?

#### *Instelling E*

- Hoe wordt er omgegaan met jongeren onder de 18 jaar die roken?

#### *Instelling F*

- Hoe wordt er omgegaan met jongeren onder de 18 jaar die roken?
- Wat is het beleid rondom de e-sigaret in uw instelling?

#### *Instelling G*

- In het rookbeleid van uw instelling staat aangegeven dat de cliënt een elektronische sigaret mag gebruiken. In hoeverre komt het voor dat cliënten een e-sigaret gebruiken? (ook gebruik buiten de rookruimtes?)



# Bijlage 4: Wervingstekst respondenten internetvragenlijst

## Professional: neem deel aan onderzoek naar rookgedrag in de GGZ!

Mensen met een psychische stoornis roken beduidend meer en vaker dan mensen zonder stoornis. Roken vormt ook een mogelijke verklaring voor de kortere levensverwachting in deze groep. Onduidelijk is in hoeverre cliënten in de GGZ momenteel worden gestimuleerd om te stoppen met roken. Dit is dan ook een van de vragen in het onderzoek naar roken in de GGZ van het Trimbos-instituut, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS.

In het kader van dit onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld om de mening van medewerkers in de GGZ ten aanzien van roken in kaart te brengen. Het project bestaat uit een achtergrondstudie, een onderzoek naar het rookbeleid van GGZ-instellingen en de houding van medewerkers in de GGZ ten aanzien van roken door cliënten.

### *Vragenlijst en iPads*

Werkt u voor een geïntegreerde GGZ-instelling, RIBW, of verslavingszorginstelling? Vult u dan deze vragenlijst in! Het invullen duurt ongeveer 11 minuten. Onder de deelnemers die na het insturen van de vragenlijst een emailadres achterlaten worden 3 iPads verloot. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en zullen nooit naar personen te herleiden zijn.

Klik op deze link om naar de vragenlijst te gaan: <link naar de vragenlijst>



## Bijlage 5: Vragen internetvragenlijst

De integrale vragenlijst waarvan de resultaten zijn besproken in hoofdstuk 5 kan worden opgehaald via deze link: <https://trimbosnet.nl/pdf/roken-ggz-2014-vragenlijst.pdf>.



## Bijlage 6: Methodologische verantwoording clustering vragenlijstitems

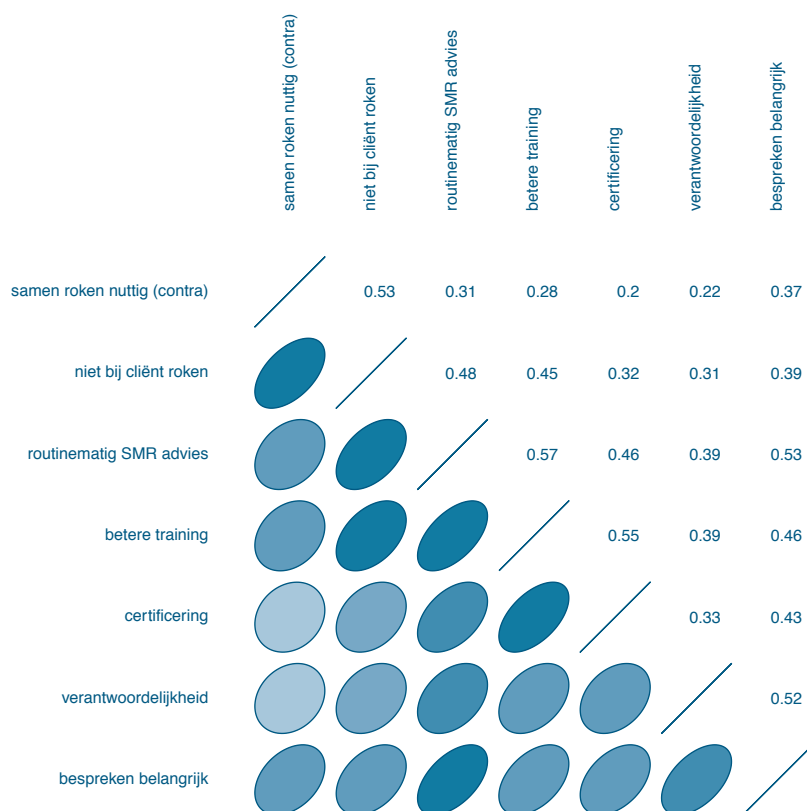
### *Interactie/rol medewerker*

Allereerst is er een selectie gemaakt van attitude-items die betrekking hebben op de rol van de medewerker in het ondersteunen van een cliënt bij het stoppen met roken. Deze vragen zijn alleen relevant voor de zorginhoudelijke medewerkers uit dit onderzoek (n=506). In de schaal zijn zeven attitude-items opgenomen:

- Soms is het nuttig voor een medewerker samen te roken met een cliënt, bijvoorbeeld om de vertrouwensband te versterken.
- Medewerkers zouden niet moeten roken in de aanwezigheid van cliënten.
- Medewerkers zouden routinematig stoppen-met-roken advies moeten geven.
- Medewerkers zouden moeten worden getraind om advies en ondersteuning bij stoppen met roken te bieden.
- Een kwalificatie/certificering op het gebied van stoppen-met-roken ondersteuning zou nuttig voor me zijn.
- Het is mijn verantwoordelijkheid als medewerker om het rookgedrag van cliënten te bespreken.
- Hoe belangrijk vindt u het om tabaksverslaving met cliënten te bespreken?

De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,81$ ). Er werden drie factoren met een eigenwaarde  $> 1$  gevonden. De factor met de grootste eigenwaarde (5,90) zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor *Attitude rol van de medewerker*. Figuur B1 hieronder geeft een overzicht van de bivariate correlaties (Pearson  $r$ ) tussen de afzonderlijke variabelen.

**Figuur B1: Correlaties tussen variabelen attitude rol van de medewerker (n = 506)**



### *Gezondheid cliënt*

Vervolgens is er een selectie gemaakt van attitude-items die betrekking hebben op de gezondheidsgevolgen van het roken voor de cliënt. Deze selectie omvat vier attitudevragen. De vragen die in deze schaal zijn opgenomen zijn:

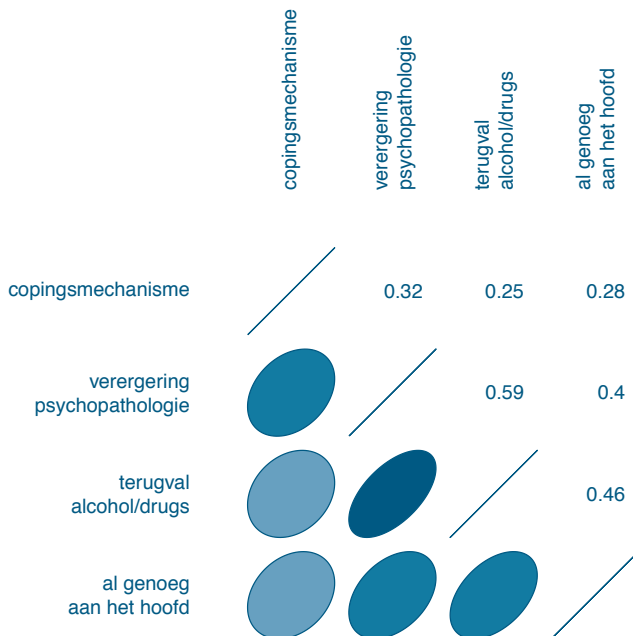
- Roken is een belangrijke manier voor cliënten om om te gaan met hun psychische stoornis (copingsmechanisme).
- Ik ben bezorgd dat stoppen met roken bij cliënten kan leiden tot een verergering van de psychiatrische symptomen.
- Ik ben bezorgd dat stoppen met roken bij cliënten kan leiden tot een terugval in misbruik van alcohol of drugs.
- Cliënten hebben doorgaans al teveel problemen om ook nog aan stoppen met roken te denken.

De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,71$ ). Er werd één factor met een eigenwaarde  $> 1$  gevonden. Deze factor met eigenwaarde 2,25 zal in de verdere



analyses worden gebruikt als de factor *Attitude ten aanzien van gezondheid rokende cliënt*. Figuur B2 geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

**Figuur B2: Correlaties variabelen attitude rol gezondheid cliënt (n=600)**



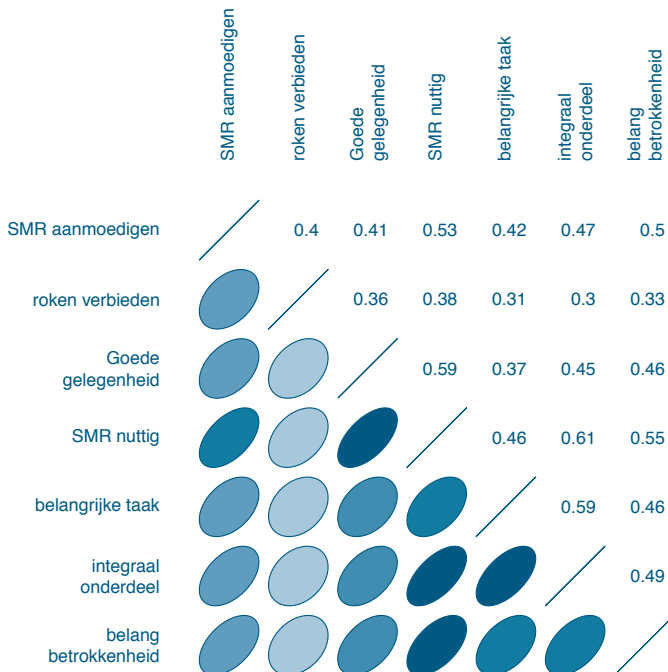
#### *Rookbeleid in de instelling en rol van de instelling*

Ook is een selectie gemaakt van attitude-items die betrekking hebben op het rookbeleid in de instelling, en de rol die de instelling speelt bij het onder de aandacht brengen van het rookgedrag van cliënten. Deze vragen zijn aan alle respondenten voorgelegd (n=600). Deze selectie omvat de volgende zeven attitudevragen:

- Cliënten zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken,
- Roken zou verboden moeten worden op de afdeling of in de kliniek,
- Opname in een instelling is een goede gelegenheid om een stoppen-met-roken interventie aan te bieden,
- Een stoppen-met-roken interventie voor cliënten zou nuttig zijn waar ik werk,
- De taak om advies te geven rondom stoppen met roken is net zo'n belangrijke taak van mijn afdeling als alle andere taken,
- Het aanbieden van stoppen-met-roken interventies zou een integraal onderdeel moeten zijn van mijn afdeling, en
- Hoe belangrijk vindt u het dat GGZ-instellingen betrokken zijn bij het ondersteunen van stoppen met roken door cliënten?

De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,83$ ). Er werden drie factoren met een eigenwaarde  $> 1$  gevonden. De factor met de grootste eigenwaarde (6,02) zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor Rookbeleid in de instelling en rol van de instelling. Figuur B3 geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

**Figuur B3: Correlaties variabelen attitude rol van de instelling (n=600)**



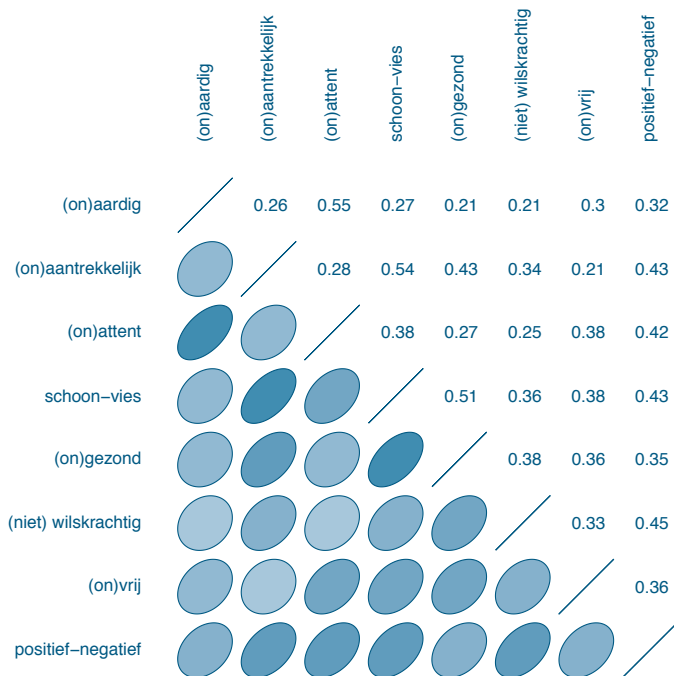
#### *Attitude ten aanzien van rokende cliënt*

Vervolgens is er een selectie gemaakt van attitude-items die betrekking hebben op de attitude van medewerkers ten aanzien van rokende cliënten. Deze vragen zijn aan alle respondenten voorgelegd (n=600). Deze schaal omvat acht attitudevragen:

- aardig/onaardig
- aantrekkelijk/onaantrekkelijk
- attent/onattent
- schoon/vies
- gezond/ongezond
- sterk (wilskrachtig)/zwak (niet wilskrachtig)
- vrij/onvrij
- positief/negatief

De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,81$ ). Er werden drie factoren met een eigenwaarde  $> 1$  gevonden. De factor met de grootste eigenwaarde (3,89) zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor *Attitude ten aanzien van de rokende cliënt*. Figuur B4 hieronder geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

**Figuur B4: Correlaties variabelen attitude ten aanzien van rokende cliënt (n=600)**

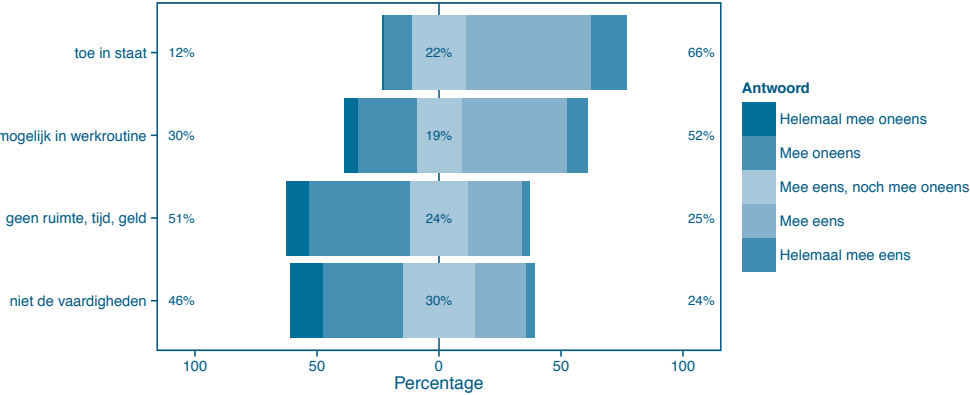


### *Waargenomen gedragscontrole*

Vervolgens is er een selectie gemaakt van items die betrekking hebben op de waargenomen gedragscontrole van medewerkers om rokende cliënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Deze vragen zijn alleen relevant voor de zorginhoudelijke medewerkers uit dit onderzoek (n=506). Deze schaal bestaat uit vier attitudevragen:

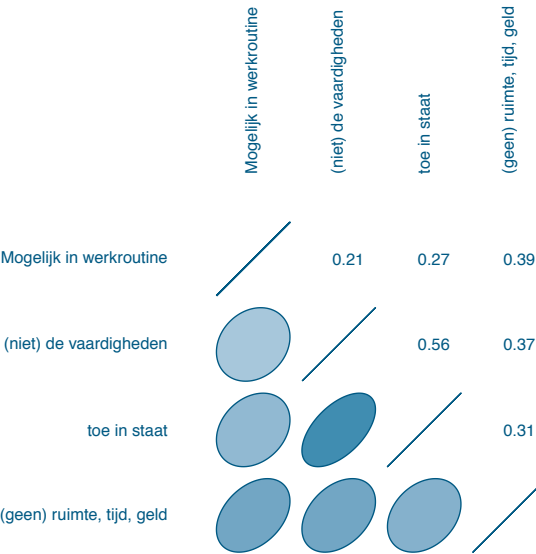
- Het is voor mij mogelijk om binnen mijn werkroutine tijd vrij te maken om iets aan de nicotineverslaving van cliënten te doen, door ze te helpen te stoppen of minderen met roken als ze dat zouden willen.
- Ik kan een cliënt met zijn/haar psychische problemen helpen, maar ik heb niet de vaardigheden om hem/haar te helpen bij het stoppen met roken.
- Als ik dat wil, ben ik in staat om een cliënt te ondersteunen bij het stoppen met roken.
- Al zou ik willen, dan nog is er waar ik werk geen ruimte, tijd of geld om cliënten te helpen te stoppen met roken.

Figuur B5: Waargenomen gedragscontrole ondersteunen stoppen-met-roken cliënt (n=506)



Figuur B5 geeft inzicht in de verdeling van de mate waarin zorginhoudelijke respondenten het met de voorgelegde stellingen eens waren. De schaal heeft een acceptabele samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,68$ ). Er werd één factor met een eigenwaarde  $>1$  gevonden. De factor met de grootste eigenwaarde (2,14) zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor *Waargenomen gedragscontrole in de ondersteuning van cliënt bij het stoppen met roken*. Figuur B6 geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

Figuur B6: Correlaties variabelen waargenomen gedragscontrole ondersteunen SMR cliënt (n=506)

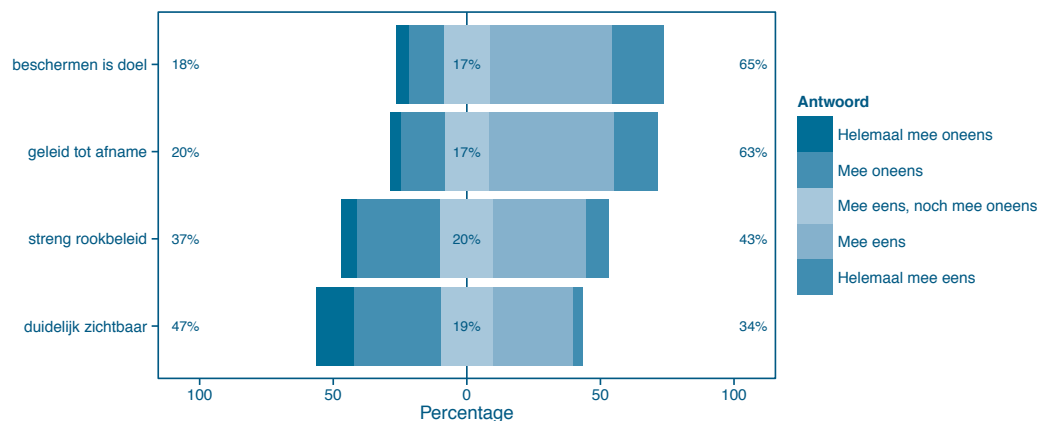


### *Ervaringen met het gevoerde rookbeleid binnen de instelling*

Ook is er een selectie gemaakt van items die betrekking hebben op de ervaringen met het gevoerde rookbeleid binnen de instelling, wat in feite de subjectieve norm rond roken is in die instelling. Deze vragen zijn aan alle respondenten voorgelegd (n=600). Deze schaal bestaat uit vier items uit de vragenlijst:

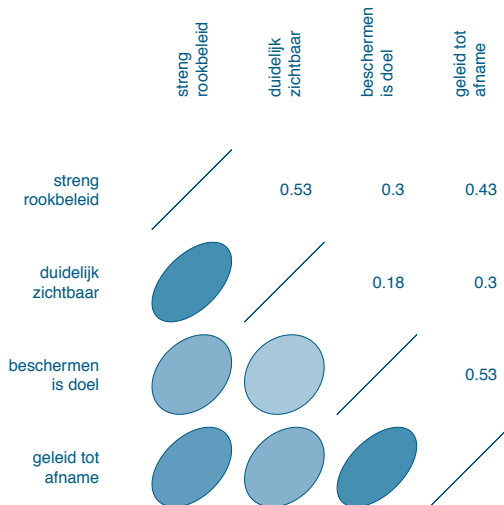
- Binnen mijn instelling wordt een streng rookbeleid gevolgd.
- Binnen mijn instelling is het rookbeleid duidelijk zichtbaar middels posters, folders, digiboards of andere vormen van communicatie.
- Een belangrijk doel van het rookbeleid binnen mijn instelling is het beschermen van cliënten en medewerkers tegen meeroken.
- Het huidige rookbeleid bij de instelling waar ik werk heeft geleid tot een afname van de mate van blootstelling aan andermans rook (meeroken).

**Figuur B7: Subjectieve norm / rookbeleid in eigen instelling (n=600)**



Figuur B7 geeft inzicht in de verdeling van de mate waarin respondenten het met de voorgelegde stellingen eens waren. De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,71$ ). Er werden twee factoren met een eigenwaarde  $>1$  gevonden. De factor met de grootste eigenwaarde (2,59) zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor *Subjectieve norm roken en ervaren rookbeleid binnen de instelling*. Figuur B8 geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

Figuur B8: Correlaties variabelen Subjectieve norm / rookbeleid in eigen instelling (n=600)

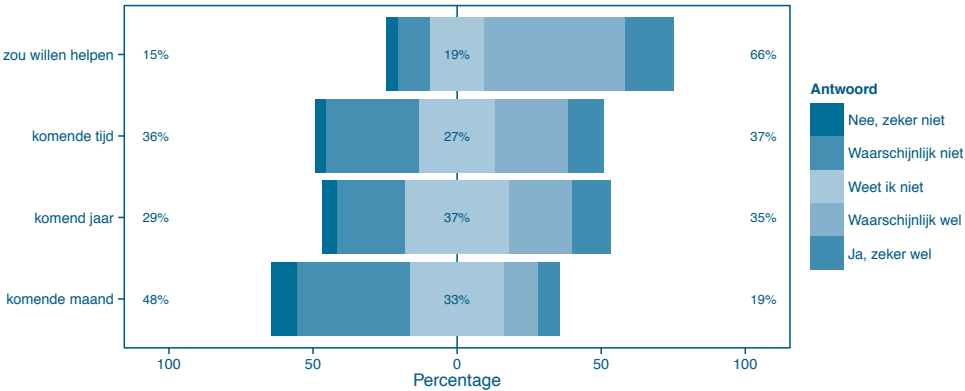


#### *Intentie cliënten te helpen bij het stoppen met roken*

Ook is er een selectie gemaakt van items die betrekking hebben op de intentie om cliënten in de toekomst te helpen bij het stoppen met roken. Deze vragen zijn alleen relevant voor de zorginhoudelijke medewerkers uit dit onderzoek (n=506). Deze selectie omvat vier items uit de vragenlijst. De items die in deze schaal zijn opgenomen zijn:

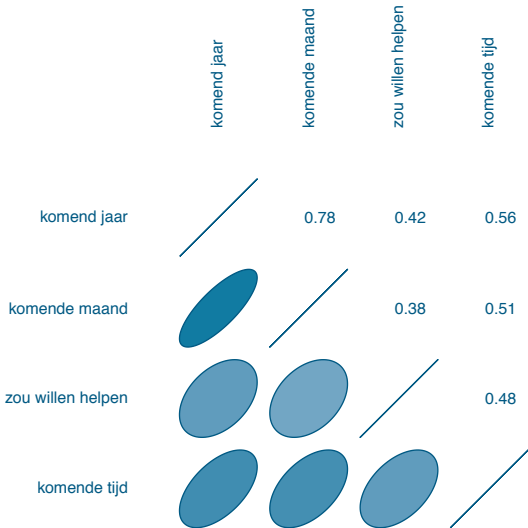
- Ik ben van plan om komend jaar minimaal één cliënt te helpen bij het stoppen met roken.
- Ik ben van plan om komende maand minimaal één cliënt te helpen bij het stoppen met roken.
- Wanneer stoppen-met-roken ondersteuning beter beschikbaar zou zijn op de afdeling(en) waar ik werk, dan zou ik vaker cliënten helpen bij het stoppen met roken.
- Ik ben van plan de komende tijd meer aandacht aan stoppen met roken te besteden wanneer ik contact heb met de cliënten die ik spreek/behandel.

Figuur B9: Intentie cliënten te helpen bij het stoppen met roken (n=506)



Figuur B9 geeft inzicht in de verdeling van de mate waarin (zorginhoudelijke) respondenten het met de voorgelegde stellingen eens waren. De schaal heeft een nette samenhang (Cronbach's  $\alpha = 0,82$ ). Er werd één factor met een eigenwaarde  $>1$  gevonden. Deze factor met eigenwaarde 2,95 zal in de verdere analyses worden gebruikt als de factor *Intentie cliënten te helpen bij het stoppen met roken*. Figuur B10 geeft een overzicht van de correlaties tussen de afzonderlijke variabelen.

Figuur B10: Correlaties variabelen intentie cliënten te helpen bij het stoppen met roken (n=506)















Dit rapport presenteert de resultaten van een onderzoek naar het formeel gevoerde rookbeleid, de praktische invulling daarvan en de mate waarin ondersteuning bij het stoppen met roken plaatsvindt in drie typen zorginstellingen met een verblijffunctie in Nederland. Dit zijn de geïntegreerde GGZ-instellingen die zowel ambulante als klinische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg aanbieden, verslavingszorginstellingen en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's).

Doel van dit rapport is een overzicht te bieden van wat er in Nederland, maar ook in het buitenland gebeurt in (intramurale) GGZ-instellingen op het gebied van (stoppen met) roken en rookbeleid. De onderstaande vragen stonden bij het creëren van dit overzicht centraal.

1. Wat is er op basis van de wetenschappelijke literatuur bekend over het (in)voeren van rookbeleid in GGZ-instellingen?
2. Wat voor rookbeleid wordt er door instellingen in de GGZ in Nederland gevoerd en zijn er opvallende verschillen tussen de instellingen?
3. Wat wordt er aangeboden aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en hoe zien instellingen hun rol hierin?
4. Wat zou er nodig zijn om ondersteuning bij het stoppen met roken door cliënten te verbeteren?

Dit rapport pleegt een positieve bijdrage te leveren aan het verder ontmoedigen van roken in de GGZ in de komende jaren. Uiteraard op een wijze die wordt gedragen door professionals en waarin afgestemming wordt gezocht door instellingen onderling rond het invullen van tabaksontmoediging onder medewerkers en cliënten. Van samen roken naar samen stoppen.