

ROOKBELEID IN DE GGZ

DE STAND VAN ZAKEN

ROOKBELEID IN NEDERLANDSE INSTELLINGEN

Mensen met psychische stoornissen roken meer en vaker dan gemiddeld: het percentage rokers ligt naar schatting twee tot vier keer zo hoog als in de algemene bevolking.^{1,2} Roken is een belangrijke oorzaak voor de aanzienlijk kortere levensverwachting in deze groep. Roken kan daarnaast een ongunstig effect hebben op het beloop van psychische stoornissen en kan de werking van bepaalde psychofarmaca beïnvloeden. Zo is er bij schizofreniepatiënten die roken vaak een hogere dosering antipsychotica nodig om hetzelfde effect te bewerkstelligen, doordat nicotine de afbraak van deze middelen versnelt.³

Desondanks zijn er relatief weinig interventies beschikbaar om roken onder mensen met psychische stoornissen terug te dringen.⁴ In geïntegreerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) is er lang niet altijd aandacht voor (stoppen met) roken. Ook verslavingszorginstellingen behandelen weliswaar verslavingsproblematiek, maar een rookverslaving valt daar regelmatig buiten. Het lijkt erop dat in GGZ-instellingen de mogelijkheden om roken terug te dringen onder mensen met psychische stoornissen onvoldoende worden benut.¹

De informatie in deze factsheet is gebaseerd op een onderzoek¹ binnen geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's, alle met een verblijffunctie ('bedden'). De volgende thema's stonden in dit onderzoek centraal:

- Het formele en informele rookbeleid, zowel informatie over het in Nederlandse instellingen gevoerde beleid als wat er bekend is uit de wetenschappelijke literatuur;
- Het aanbod aan stopondersteuning voor cliënten in de GGZ en de rol die instellingen hierin (willen) spelen;

- De mogelijkheden voor verbetering en aandachtspunten voor de toekomst. De uitkomsten hiervan staan achterin deze factsheet geformuleerd in enkele aanbevelingen.

Voor dit onderzoek is allereerst een literatuurstudie uitgevoerd rond het thema (stoppen met) roken en rookbeleid in de GGZ. Ook zijn alle bij GGZ Nederland aangesloten geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's benaderd (vanaf hier aangeduid met 'GGZ-instellingen'). Ten tijde van het onderzoek waren dit 63 instellingen. Aan de instellingen werd gevraagd of er een formeel ('op schrift') rookbeleid werd gevoerd en werd verzocht om inzage hierin. Verder is er een vragenlijst uitgezet onder medewerkers van Nederlandse GGZ-instellingen en zijn er met tien medewerkers diepte-interviews gehouden.

IS ROKEN NIET NUTTIG VOOR CLIËNTEN MET PSYCHISCHE PROBLEMATIEK?

Nee. Een aanzienlijk deel van de GGZ-medewerkers denkt dat roken kan helpen de symptomen van een psychische stoornis te beheersen, blijkt uit zowel internationaal onderzoek als uit het in Nederland uitgevoerde vragenlijstonderzoek.^{1,4,5} Nicotine (de belangrijkste psychoactieve stof in tabak) heeft echter slechts tijdelijk een belonend effect. Binnen enkele uren na gebruik treden verschijnselen op, zoals een gevoel van onrust, waardoor bepaalde psychische klachten versterkt kunnen worden.⁶ Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de hypothese dat roken zou helpen psychische stoornissen te beheersen, in tegendeel: uit studies blijkt dat (volledig) stoppen met roken het beloop van stoornissen niet beïnvloedt, of juist verbetert.^{5,7,8}



ROOKBELEID VAN GGZ-INSTELLINGEN

Binnen Nederlandse GGZ-instellingen valt op dat bijna een derde (31%) geen formeel rookbeleid op schrift heeft staan. Hierdoor is het soms onduidelijk of het beleid voldoet aan de wettelijke eisen die voortkomen uit onder meer de Tabakswet, de Arbowet en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Uit contacten met de instellingen zonder rookbeleid op schrift bleek echter dat de meeste van deze instellingen wel een informeel rookbeleid voeren. Alle instellingen die wel een rookbeleid op schrift hebben, lijken aan de wetgeving te voldoen.¹

Bij instellingen die wel een rookbeleid op schrift hebben bestaan er grote onderlinge verschillen tussen deze documenten, met name wat betreft de uitvoerigheid. Zo is het ene document beperkt tot een beschrijving van waar wel en niet gerookt mag worden, terwijl in andere documenten een grote variatie aan thema's aan bod komt waaronder brandveiligheid, de blootstelling van medewerkers aan rook en het gebruik van e-sigaretten. Daarnaast lijken er afgaand op de gevoerde diepte-interviews soms discrepanties te bestaan tussen het op schrift gestelde formele beleid en de informele uitvoeringspraktijk. In de praktijk wordt bijvoorbeeld soms gezamenlijk gerookt door cliënten en medewerkers, terwijl dit niet is toegestaan volgens het formele rookbeleid vanwege de vermeende voorbeeldfunctie die medewerkers ten opzichte van cliënten moeten vervullen. Minder dan de helft van de 600 ondervraagde GGZ-medewerkers uit het vragenlijstonderzoek vindt dat het rookbeleid in de eigen instelling streng te noemen is. Ook lijkt er veel onduidelijkheid te zijn: slechts 34% van de medewerkers vindt dat er in de eigen instelling voldoende duidelijk gecommuniceerd is over de inhoud van het rookbeleid.¹

Bij invoering van rookbeleid is het van belang medewerkers te informeren over de te verwachten gevolgen, blijkt uit de wetenschappelijke literatuur over het onderwerp. Uit verschillende studies blijkt dat een deel van de GGZ-medewerkers bang is dat een rookverbod zal leiden tot problemen. Men denkt dan bijvoorbeeld aan een toename van ruzies binnen de instelling, agressie jegens medewerkers, voortijdig afgebroken behandeltrajecten en brandgevaar door stiekem roken. Deze angst lijkt over het algemeen onterecht, afgaand op de in het rapport aangehaalde studies.^{9,10}

Geïnterviewde medewerker:

“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 nageleefd. Er is wel een soort van gedachte van hoe het eigenlijk zou moeten, maar dit wordt niet per definitie nagestreefd.”

Een tweede aandachtspunt bij invoering van nieuw rookbeleid is de naleving.^{11,12} In de literatuur worden de volgende factoren van belang genoemd om succesvol een streng(er) rookbeleid in te voeren:

- Het aanbieden van cursussen voor medewerkers om de kennis over het onderwerp te vergroten en zelf te stoppen met roken;
- Het vergroten van de beschikbaarheid van ondersteuning bij stoppen met roken voor cliënten;
- Het geven van voorlichting aan cliënten en medewerkers om onterechte bezorgdheid over de neveneffecten van een rookvrij beleid weg te nemen;
- Het monitoren van het rookgedrag van cliënten.^{13,14}

STOPPEN MET ROKEN IN GGZ-INSTELLINGEN

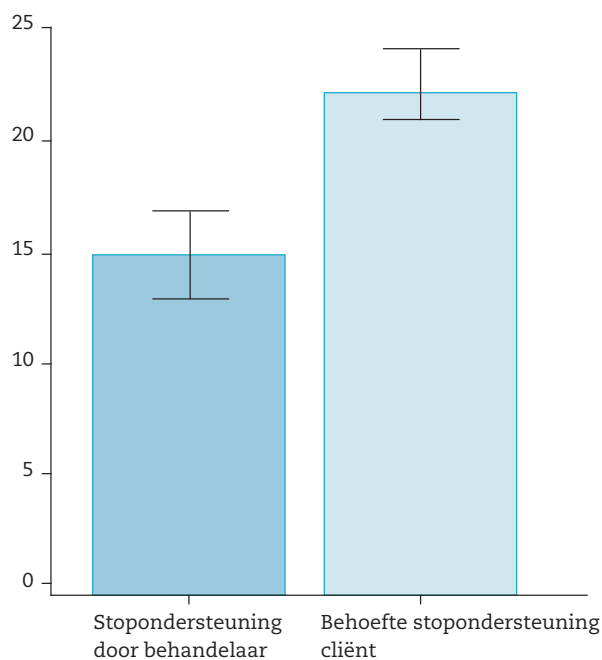
Aan het vragenlijstonderzoek deden in totaal 1222 GGZ-medewerkers deel. Na filtering (zie rapport) wordt er over 600 van hen gerapporteerd. Bijna driekwart (73%) van deze 600 GGZ-medewerkers noemt de betrokkenheid van GGZ-instellingen bij het stoppen met roken voor cliënten belangrijk.¹ Er is dus een ruim draagvlak voor het bieden van hulp bij stoppen met roken. Een stimulerend beleid vanuit de instellingen is echter ook van belang. Uit zowel het Nederlandse onderzoek als uit de internationale studies blijkt dat behandelaars zich ondersteund voelen in het bieden van stophulp aan cliënten, wanneer er stoppen-met-roken interventies beschikbaar zijn en er hiervoor aandacht is in de instellingen.^{1,12,15} Zo blijkt de aanwezigheid van nicotinevervangende medicatie op de afdeling een sterke positieve invloed te hebben op de hoeveelheid ondersteuning die aangeboden wordt.¹⁶

Ongeveer de helft van de medewerkers (55%) heeft ooit ervaring opgedaan met het ondersteunen van cliënten bij het stoppen met roken; een kwart (24%) heeft in het afgelopen jaar nog cliënten ondersteund. Een derde van de GGZ-medewerkers is van plan in het komende jaar cliënten te ondersteunen bij het stoppen. Deze intentie hangt samen met het eerder hebben geboden van ondersteuning, de mening dat stoppen-met-roken ondersteuning een taak is voor de hulpverlener én instelling, en met de beschikbaarheid van stoppen-met-roken behandelingen op het werk.

Het ruime draagvlak dat er bestaat onder medewerkers voor het bieden van stopondersteuning staat in contrast met de dagelijkse praktijk, waarin allerlei barrières het daadwerkelijk bieden van ondersteuning in de weg staan. Van de ondervraagde Nederlandse GGZ-medewerkers geeft bijvoorbeeld maar 52% aan dat het mogelijk is om tijd vrij te maken voor ondersteuning bij stoppen met roken. Minder dan de helft (46%) van de medewerkers denkt voldoende vaardigheden in huis te hebben, om goede ondersteuning te kunnen bieden. Een andere barrière bij het bieden van stopondersteuning is de kennis die medewerkers hebben over de gezondheidseffecten van roken, specifiek voor cliënten in de GGZ. Hieronder vallen bijvoorbeeld de effecten van nicotine(onthouding) op het welbevinden van cliënten en interacties met bepaalde medicatie. Deze kennis lijkt onder GGZ-medewerkers op basis van de literatuur onvoldoende.^{17,18}

Behandelaars schatten het percentage cliënten dat behoefte heeft om te stoppen met roken, hoger in dan het percentage dat in de praktijk hulp aangeboden krijgt (figuur 1). Als er stopondersteuning wordt geboden, lijken er niet altijd de meest effectieve methoden te worden ingezet. Meestal wordt een eenmalig advies gegeven of een psychosociale interventie ingezet (tabel 1). Minder dan 10% van de behandelaars heeft wel eens gebruik gemaakt van medicatie, zoals bupropion, terwijl uit onderzoek blijkt dat gebruik van bupropion de meest effectieve interventie is om bijvoorbeeld de cliënten met schizofrenie van het roken af te krijgen.^{1,19}

Figuur 1: Zorginhoudelijke medewerkers schatten gemiddeld in dat 20-25% van de cliënten behoefte heeft aan ondersteuning bij stoppen met roken, terwijl naar schatting gemiddeld slechts zo'n 15% van de cliënten deze ondersteuning krijgt.¹



Tabel 1: Welke interventies hebben zorginhoudelijke medewerkers ooit ingezet (n=277)?¹

	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

AANBOD VOOR STOPONDERSTEUNING

Ongeveer een kwart van de Nederlandse GGZ-instellingen (24%) beschrijft een of meer stoppen-met-roken behandelingen in hun rookbeleid. Momenteel is er slechts één interventie bekend bij de interventiedatabase van het RIVM/ het Loket Gezond Leven (loketgezondleven.nl), die specifiek gericht is op stopondersteuning in de GGZ. Dit is de 'Voel je Vrij! Stoppen met Roken & leefstijltraining GGZ'. Verder wordt in enkele instellingen de geïntegreerde 'Leefstijl'-interventie aangeboden, een methodiek waarbij een gezonde leefstijl wordt aangemoedigd.²⁰ Stoppen met roken vormt een onderdeel daarvan. Er is nog weinig duidelijkheid over de effectiviteit van deze interventies.

CONCLUSIE

In Nederlandse GGZ-instellingen is ondersteuning bij stoppen met roken nog geen vanzelfsprekendheid. Het rookbeleid varieert sterk tussen instellingen; een derde heeft geen beleid op schrift staan. Het behandelaanbod is beperkt, sterk afhankelijk van individuele medewerkers en er wordt weinig gebruik gemaakt van bewezen effectieve methoden zoals medicatie. Het thema (stoppen met) roken en rookbeleid in de GGZ lijkt op basis van het gedane onderzoek een voorheen onderbelicht thema.

Gelukkig zijn er wel steeds meer initiatieven in de GGZ die zich met dit thema bezighouden, ofwel vanuit de invalshoek van leefstijl, ofwel vanuit de hoek van verslavingszorg. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt ook dat er onder de Nederlandse GGZ-medewerkers een ruim draagvlak is voor het bieden van ondersteuning bij stoppen met roken. De hoop is dat de informatie in deze factsheet en het rapport bij kan dragen aan de huidige inspanningen om het roken in de GGZ de komende jaren verder te ontmoedigen. Van samen roken naar samen stoppen.

AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1 Universeel rookbeleid ondersteunen

Er is op dit moment geen landelijk beleid vanuit koepelorganisaties bekend wat betreft rookbeleid of stopinterventies.

Het ontwikkelen van een universeel rookbeleid voor de GGZ-sector kan zinvol zijn als richtlijn voor instellingen. In een 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 meeroken door cliënten en medewerkers wordt voorkomen.

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 met informatie en trainingsmaterialen zou een oplossing kunnen bieden.

3 Cliënten actief voorlichten over schadelijkheid roken en gevolgen stoppen

Niet alleen medewerkers moeten beter dan nu het geval is worden geïnformeerd over de (extra) schadelijkheid van roken voor GGZ-cliënten. Deze kennis dient ook te worden overgebracht op cliënten zelf, om het besef aan te wakkeren dat stoppen met roken een positieve invloed kan hebben op hun geestelijke en lichamelijke gezondheid en dat stoppen ook voor hen haalbaar 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.

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) en via de Erkenningcommissie Langdurige GGZ en deze actief in het veld te verspreiden en op effectiviteit te onderzoeken.

6 (Door)ontwikkelen eenvoudig inzetbaar interventieaanbod

In Nederland is geen (recent) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van stopinterventies voor de GGZ-populatie en ook op basis van internationaal onderzoek is het aanbod aan bewezen effectieve stopinterventies voor GGZ-cliënten gering. Het (door)ontwikkelen van interventies specifiek voor GGZ-cliënten en uiteindelijk opname van interventies in richtlijnen en/of zorgstandaarden is belangrijk.

7 Borgen thema bij patiëntenverenigingen en kennisnetwerken

Deze factsheet en het rapport zijn 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 het thema te borgen bij GGZ-patiëntenverenigingen en bij kennisnetwerken en -organisaties.

8 Ook voor ambulante cliënten

In het onderliggende onderzoek is gefocust op rookbeleid en roken in intramurale geïntegreerde GGZ-, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Aangezien echter 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 ook hier meer gedaan moeten worden 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 middels een nieuwe verkenning en een evaluatie rond stoppen met roken en rookbeleid in de GGZ.



EEN VOORBEELD: EEN TOOL KIT VOOR ONDERSTEUNING BIJ STOPPEN MET ROKEN

In de Verenigde Staten is een tool kit ontwikkeld voor medewerkers van GGZ-instellingen²¹ en verslavingszorginstellingen²², gericht op het ondersteunen van stoppen met roken bij cliënten met psychische problematiek. De tool kit bestaat onder meer uit informatie over roken & psychische stoornissen, uitleg over een effectieve methode om cliënten te motiveren tot stoppen en over welke elementen een goede behandeling moet bevatten. Daarnaast bevat de tool kit handzame overzichten van farmacologische hulpmiddelen bij stoppen en van interactie-effecten tussen tabak en veelgebruikte medicatie. De tool kit voor verslavingszorgmedewerkers bevat daarnaast informatie over roken in combinatie met andersoortige verslavingen.

REFERENTIES

1. Blankers M, Buisman R, Weijde W ter, Laar M van. Rookbeleid in de GGZ. Een verkenning van beleid en praktijk tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's. Utrecht: Trimbos-instituut, Juni 2015.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Lawn S, Champion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv.* 2010 Mar;61(3):300-5.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Meeuwissen JAC et al. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: Trimbos-instituut/ V&VN, 2014.
21. Morris C Waxmonsky J, May M, Giese A, Martin L. Smoking Cessation for Persons with Mental Illnesses: A Toolkit for Mental Health Providers. Aurora: University of Colorado Denver, 2009. Verkregen in juni 2015 van http://www.integration.samhsa.gov/Smoking_Cessation_for_Persons_with_MI.pdf.
22. Tobacco Use Recovery Now! (TURN). Tobacco Treatment for Persons with Substance Use Disorders: A Toolkit for Substance Abuse Treatment Providers. Denver: Signal Behavioral Health Network, 2009. Verkregen in juni 2015 van <https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/BHSIA/dbh/documents/COTobaccoToolkit.pdf>.

Colofon

Auteurs
Matthijs Blankers
Wieke Ter Weijde
Margriet van Laar

Ontwerp & productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1394.

© 2015, Trimbos-instituut, Utrecht

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

**ROKEN
INFOLIJN**
www.rokeninfo.nl
0900-1995
€ 0,10/min