

# Implementatie van een stoppen-met-rokenprogramma in een psychiatrisch ziekenhuis: eerste resultaten

J.M. VERMEULEN, P. DOEDENS, F. SCHIRMBECK, W. VAN DEN BRINK, L. DE HAAN

- ACHTERGROND** In tegenstelling tot enkele andere landen wordt een tabaksverslaving tijdens opname in een Nederlands psychiatrisch ziekenhuis niet op gestructureerde wijze behandeld.
- DOEL** Implementatie van een stoppen-met-rokenbehandelprogramma voor groepen patiënten en werknemers van een opnameafdeling van een universitair psychiatrisch ziekenhuis.
- METHODE** Prospectief kwalitatief en kwantitatief implementatieonderzoek naar een stoppen-met-rokenbehandeling voor patiënten en medewerkers van de afdeling Psychiatrie van het Amsterdam UMC, locatie AMC. Deelnemers konden gratis 7 groepsbijeenkomsten bijwonen of individuele coaching ontvangen. Daarnaast werden nicotinepleisters én -zuigtabletten aangeboden.
- RESULTATEN** Gedurende 14 maanden waren er 65 aanmeldingen: 39 patiënten en 26 medewerkers. De groepsbijeenkomsten werden door 45 deelnemers (29 patiënten en 16 medewerkers) gemiddeld 2,6 maal bezocht. Van deze groep kwamen er 20 (6 patiënten en 14 medewerkers) drie keer of vaker naar een groepsbijeenkomst of coaching. Van hen was 55% minimaal 3 maanden na de eerste sessie nog gestopt met roken. Medewerkers stopten duidelijk vaker met roken dan patiënten. Uit interviews bleek dat het programma aansloot bij de interesse van rokers, maar dat de combinatie van medewerkers en patiënten in dezelfde groep als belemmering werd ervaren door het verschil in tempo van informatieverwerking.
- CONCLUSIE** Het aanbod van een stoppen-met-rokenprogramma in een academisch psychiatrisch ziekenhuis werd positief ontvangen. Toch nam slechts de minderheid van medewerkers en patiënten deel aan het behandelprogramma en bleek stoppen met roken slechts voor enkele patiënten haalbaar. Stoppen met roken in een psychiatrisch ziekenhuis vraagt waarschijnlijk volhardende, substantiële inzet op screening, diagnostiek, behandeling en tabaksontmoediging.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 266-273

**TREFWOORDEN** implementatie, nicotine, stoppen met roken



ARTIKEL



De fysieke gezondheid van patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis is vaak zorgwekkend (De Hert e.a. 2011b). De afgelopen decennia is getracht om met reguliere metabole screening en leefstijlinterventies de gezondheid van deze patiënten te verbeteren (De Hert e.a. 2011a). Er is echter één leefstijlinterventie die veelal onbesproken en bijna altijd ongebruikt blijft: stoppen met roken. Dit terwijl

patiënten met schizofrenie 10 keer vaker overlijden aan COPD dan de gemiddelde bevolking (Olfson e.a. 2015). Stoppen-met-rokenhulp staat niet hoog op de zorgagenda (Muller & de Haan 2017). Medewerkers in de psychiatrie staan vaak negatief tegenover stoppen-met-rokenhulp voor patiënten (Dickens e.a. 2004; Sheals e.a. 2016). Bovendien rookt een hoog aantal medewerkers zelf ook, waar-

door het uitdragen van een stoppen-met-rokenboodschap voor hen waarschijnlijk lastiger is dan voor niet-rokers. Sterker nog, in veel psychiatrische instellingen is er geen duidelijk rookbeleid, bijvoorbeeld over waar er wel en niet gerookt mag worden (Blankers e.a. 2015) en (samen) roken wordt vaak gezien als de-escalerende interventie.

Hier komt mondjesmaat verandering in, in pandige rookruimtes worden gesloten en GGZ Nederland heeft in het preventieakkoord getekend voor het rookvrij maken van de instellingsterreinen (Preventieakkoord 2018).

In tegenstelling tot het heersende behandel pessimisme, staan veel patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis wel degelijk positief tegenover stoppen-met-roken (Siru e.a. 2009) of zijn hiervoor te motiveren (Christiansen e.a. 2018). Daarnaast is gebleken dat patiënten met de juiste zorg veilig kunnen stoppen met roken (Cather e.a. 2017). Er wordt internationaal gepleit om stoppen-met-rokenzorg integraal aan te bieden voor patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis (Schroeder 2016).

In deze bijdrage beschrijven we de implementatie en eerste resultaten van een stoppen-met-rokenbehandeling op de afdeling psychiatrie van een universitair medisch centrum voor groepen patiënten en werknemers.

## METHODE

Wij verrichtten een prospectief longitudinaal implementatieonderzoek met kwantitatieve en kwalitatieve technieken. De opzet van deze studie was gebaseerd op de plannen-doen-controleren-actualiserencyclus (Etchells e.a. 2016).

### Actualiseren

Aan de hand van de resultaten evalueren we de implementatie (in de discussie) en we doen aanbevelingen voor aanpassingen.

### Plannen/implementatie

Deze studie vond plaats op de afdeling Psychiatrie van het Amsterdam UMC, locatie Academisch Medisch Centrum (AMC); een kliniek met 42 bedden verspreid over drie verschillende units.

Het onderzoek werd ter toetsing aangeboden aan de medisch-ethische toetsingscommissie van het Amsterdam UMC, locatie AMC, die oordeelde dat het onderzoek buiten de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) viel. Toch informeerde de eerste auteur alle deelnemers en vroeg hen toestemming te geven om benaderd te worden voor follow-upmetingen en voor het anoniem verwerken van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden.

## AUTEURS

**JENTIEN M. VERMEULEN**, onderzoeker en arts, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

**PAUL DOEDENS**, verpleegkundige en epidemioloog, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

**FREDERIKE SCHIRMBECK**, post-doconderzoeker en GZ-psycholoog, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

**WIM VAN DEN BRINK**, emeritus hoogleraar Verslavingszorg en arts-epidemioloog, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

**LIEUWE DE HAAN**, psychiater en hoogleraar Psychotische stoornissen, afd. Psychiatrie, Vroege Psychose, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Jentien Vermeulen, Amsterdam UMC, locatie AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

E-mail: [j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl](mailto:j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-8-2019.

Wat betreft plannen: in augustus 2016 begonnen we met de voorbereiding door financiering te werven. Een multidisciplinaire stuurgroep met leden uit alle lagen van de afdeling Psychiatrie gaf leiding aan de implementatie.

Na een sollicitatieprocedure werden 15 niet-rokende werknemers (verpleegkundigen van elke unit, een familie-begeleider, een ergotherapeut, een psycholoog en een arts-onderzoeker) in vier dagen opgeleid tot gecertificeerde stoppen-met-rokenbegeleiders. In september 2017 vond een kick-off- en informatiebijeenkomst plaats van het behandelprogramma. Het programma werd voor patiënten opgenomen in de therapieprogramma's. Voor artsen en verpleegkundigen werden klinische lessen georganiseerd en een protocol geschreven om nicotineafhankelijkheid te behandelen. Hierin werd onder andere geadviseerd te screenen op tabaksgebruik, bij rokers de diagnose op te nemen in de probleemlijst van het elektronisch patiëntendossier en advies om te geven om te stoppen met roken.

## Doen

### BEHANDELING

Iedere week vond op een vaste dag en tijdstip een open groepsbijeenkomst plaats die door één of twee van de stoppen-met-rokenbegeleiders verzorgd werd. In cycli van zeven bijeenkomsten van een uur werden thema's bespro-

ken die gingen over fysieke en geestelijke verslaving, nicotine, tabak, de stopdag, omgaan met craving en terugvalpreventie.

Iedere sessie was volgens een vast stramien opgebouwd: introductie deelnemers, korte evaluatie hoe de afgelopen week verlopen was, een koolstofmonoxidemeting en informatieoverdracht met daarna een bijbehorende oefening op papier. Deelnemers die meer dan 10 sigaretten per dag rookten of die nicotinevervangers wensten, werden conform de zorgstandaard geadviseerd nicotinepleisters én nicotinezuigtabletten te gebruiken (Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019). Deze werden gratis verstrekt door de afdeling.

### DEELNEMERS

De focus van deelname lag op rokende, klinisch opgenomen patiënten die op de High Intensive Care, Medisch-Psychiatrische Unit of Medium Care unit verbleven. Patiënten bleven ook na ontslag welkom om deel te nemen aan groepsbijeenkomsten. Medewerkers van de afdeling werden uitgenodigd kosteloos deel te nemen aan de behandeling (gedragsondersteuning en nicotinevervangende middelen), mits zij bereid waren om minimaal 5 maal aanwezig te zijn bij groepsbijeenkomsten. Na drie maanden werd het programma tevens opengesteld voor medewerkers van andere afdelingen van het Amsterdam UMC, locatie AMC.

Patiënten van de afdeling Psychiatrie konden zichzelf aanmelden of werden door hun zorgverlener aangemeld. Het programma werd ook bezocht door patiënten die overwogen te stoppen met roken. Medewerkers werden door het jaar heen meerdere keren opgeroepen tot deelname via intranet en via het ziekenhuismagazine. Aanmeldingen verliepen via een speciaal daarvoor opgezet e-mailadres. Na aanmelding ontving men uitleg over het programma en een persoonlijk stopadvies van de eerste auteur.

### ROOKBELEID

Gedurende het traject werd het bestaande rookbeleid gewijzigd door de drie nog bestaande rookruimtes te sluiten. Het bleef wel mogelijk voor patiënten om tijdens opname in de binnentuinen te roken. Het ziekenhuisbeleid stond medewerkers en patiënten toe op het terrein op enige afstand van de ingangen te roken, aangegeven door rode lijnen op de grond. Er was geen actieve handhaving van dit beleid.

### Controleren

De volgende gegevens werden verzameld om de implementatie te monitoren: aantal groepsbijeenkomsten, aan-

tal aanmeldingen, aantal deelnemers aan 1 of meer sessie(s), aantal gestopte rokers minimaal 3 maanden na de eerste bijeenkomst. Daarnaast werd uit dossiers van alle opgenomen patiënten in de periode oktober 2015-december 2018 de volgende informatie geëxtraheerd: het aantal unieke patiënten bij wie roken was vastgelegd in het verslag van de anamnese of probleemlijst en het aantal geplakte nicotinepleisters. Er waren geen data beschikbaar of stoppen met roken geadviseerd werd en/of deelname aan de stoppen-met-rokengroep besproken werd.

Bij de start van de behandeling werden sociodemografische gegevens verzameld en werd de Fagerström vragenlijst betreffende roken afgenomen (6 items, bereik totaalscore: 0-10; Heatherton e.a. 1991). De totaalscore geeft aan of er sprake is van lichte afhankelijkheid (1-2), lichte tot middelmatige afhankelijkheid (3-4), middelmatige afhankelijkheid (5-7) of zware afhankelijkheid (8+).

Alle deelnemers werden ten minste drie maanden na de start telefonisch benaderd voor een follow-upgesprek door de eerste auteur JV. Hierbij werd tevens het programma geëvalueerd door een vaste set van twee open vragen te stellen over tevredenheid met het programma en potentiële verbeterpunten.

### Analyses

De resultaten van de deelnemers tussen 2-10-2017 en 1-12-2018 werden aan de hand van descriptieve statistiek beschreven. Het verschil in het aantal keren dat een nicotinepleister werd geplakt en registraties per maand werden getoetst met t-toetsen.

Alle kwalitatieve informatie werd getranscribeerd en gecodeerd door twee onderzoekers (JV en PD). Aan de hand van deductieve analyse werden de codes in subthema's ingedeeld, te weten succesfactoren en verbeterpunten. De subthema's werden vervolgens geclusterd op basis van inhoudelijke samenhang.

### RESULTATEN

Veertien maanden na implementatie waren 603 rokende patiënten opgenomen of op de polikliniek gezien als nieuwe patiënt. We ontvingen gedurende deze maanden aanmeldingen van 39 patiënten (39/603 = 7%) en 26 medewerkers. 20 mensen zagen vervolgens af van deelname, meestal wegens twijfel over eigen motivatie. In het geval van medewerkers was de reden dat het tijdstip van de groepsbijeenkomst niet goed uitkwam gezien de eigen werktijden. In het geval van patiënten was er soms al sprake van ontslag uit het ziekenhuis. Uiteindelijk deden 45 mensen mee aan een of meer groepsbijeenkomsten: 29 patiënten (29/603 = 5%) en 16 medewerkers.

**TABEL 1** Data van nulmeting bij participanten stoppen-met-rokenprogramma (n = 39)

	Patiënten (n = 21)	Medewerkers (n = 18)
	<b>Gemiddelde (SD)</b>	
Leeftijd	34 (11)	42 (14)
Beginleeftijd roken	16 (6)	18 (3)
Aantal sigaretten per dag	14 (6)	12 (6)
Fagerströmtotaalscore	4 (2)	3 (2)
Aantal eerdere stoppogingen	1 (1)	2 (2)
Aantal groepsbijeenkomsten	2 (2)	3 (2)
	<b>n (%)</b>	
Alleen individuele coaching	3 (14)	2 (11)
Bereikt voor follow-upinterview, van wie gestopt na 3 maanden	12 (57)	14 (78)
Deelgenomen aan 3 of meer sessies, van wie gestopt na 3 maanden	2 (17)	10 (56)
	6 (29)	14 (78)
	2 (33)	10 (71)

SD: standaarddeviatie

Tijdens de uitgevoerde groepsbijeenkomsten waren er gemiddeld 3 mensen aanwezig (uitersten: 1-6) en de 45 deelnemers namen in totaal 116 keer deel aan de groepsbijeenkomst (gemiddeld 2,6 keer/deelnemer). 2 patiënten (2/29 = 7%) en 3 medewerkers (3/18 = 19%) kwamen minstens 7 en maximaal 8 keer naar de groepsbijeenkomsten.

Van 39 mensen (21 patiënten en 18 medewerkers) die minimaal 1 keer een bijeenkomst bijwoonden of individueel gecoacht werden en bereid waren deel te nemen aan het onderzoek, werden gegevens bij een nulmeting verzameld (TABEL 1).

Aanvankelijk werd tevens gewerkt met individuele coaches die per roker werden aangewezen. In de praktijk bleek dat het praktisch gezien onhaalbaar was dit coachingsmoment naast reguliere werkzaamheden op de afdeling in te plannen. Bovendien bleek er weinig behoefte van patiënten aan een combinatie van individuele en groepsbehandeling en het individuele aanbod werd daarom vrij snel na implementatie gestopt.

Wij verwachtten dat er een redelijke kans op succes zou zijn als deelnemers ten minste aan 3 van de 7 bijeenkomsten zouden deelnemen. De andere deelnemers kwamen eenmalig kennisnemen van de therapievorm of waren vervolgens ontslagen uit het ziekenhuis en niet in de gelegenheid naar het AMC te blijven komen voor verdere deelname. In totaal namen 20 deelnemers (6 patiënten en

14 medewerkers) minstens 3 keer deel aan stoppen-met-rokenbijeenkomsten of -coaching.

Na minimaal 3 maanden na de eerste sessie waren al deze 20 deelnemers (6 patiënten en 14 medewerkers) bereikbaar voor follow-up. Bij follow-up waren er 12 (12/20 = 55%) nog steeds gestopt met roken: 2 van 6 (33%) patiënten en 10 van de 14 (71%) medewerkers. De deelnemers die niet waren gestopt, rookten gemiddeld 2,4 (SD: 5,7) sigaretten minder dan bij inclusie. Van alle oorspronkelijke deelnemers was (ten minste) 31% (12/39) ten minste 3 maanden gestopt met roken: 2 van de 21 (10%) patiënten en 10 van de 18 (56%) medewerkers.

Van alle 45 deelnemers waren er 20 bereid om feedback te geven over succesfactoren en aanbevelingen van het stoppen-met-rokenaanbod. De aanbevelingen zijn per thema opgenomen in TABEL 2.

Klinische data van 24 maanden voor de introductie van het stoppen-met-rokenprogramma werden vergeleken met de 14 maanden na de introductie. Voor introductie was het gemiddeld aantal geplakte nicotinepleisters per maand 11,6 (SD: 15,7) en na introductie 29,1 (SD: 19,5). Deze toename was significant ( $p = 0,009$ ). Het aantal registraties van roken in de probleemlijst of in de anamnese veranderde niet significant: voor introductie 39,6 (SD: 11,6) en na introductie 43,1 (SD: 6,8) unieke patiënten per maand. Dit werd bijna altijd geregistreerd in de sociale anamnese en niet in de gestructureerde probleemlijst (gemiddeld aantal per maand voor introductie 0,1 en na introductie 0,3).

## DISCUSSIE

In dit onderzoek evalueren we de implementatie van een stoppen-met-rokengroepsbehandeling voor patiënten en medewerkers op de klinische afdeling Psychiatrie van een universitair medisch centrum. De eerste resultaten laten zien dat het aantal aanmeldingen bescheiden is en deelnemers het programma vaak niet lang volhouden. Werknemers die deelnamen aan het programma stopten vaker met roken dan patiënten. Toch wordt het aanbod door deelnemers positief gewaardeerd, onder andere door de steun en het begrip van andere deelnemers.

### Vergelijking met andere studies

Implementatie van een stoppen-met-rokenbehandelprogramma in een Nederlands psychiatrisch ziekenhuis is niet eerder uitgebreid beschreven. Er zijn internationale resultaten beschreven van andersoortige initiatieven die het gebrek aan screening, diagnostiek en behandeling van roken pogen te verbeteren. Een van deze programma's hield bijvoorbeeld in dat alle patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis in de wachtkamer van ggz-klinieken gevraagd werd of ze momenteel rokers waren, of ze

**TABEL 2** Succesfactoren en aanbevelingen over stoppen-met-rokenbehandeling volgens deelnemers

Thema	Succesfactor
Informereren	Kennistoename door objectieve informatie die op een niet-moraliserende wijze gepresenteerd wordt.
Groepsbijeenkomst	Stoppen met roken in een groep werkt bevorderend door: het delen van de ervaring, voorbeeld van anderen die het lukt motiveert, herkenning van moeilijke momenten en steun en begrip die er voor elkaar zijn.
Nicotinevervangende middelen	Gratis verstrekken van nicotinevervangende middelen bevordert stopkans.
Stoppen-met-rokencoaches	De coaches, en voornamelijk oud-rokers, geven een positief voorbeeld.
Koolstofmonoxide(CO)-meter	Iedere week controle met de CO-meter werkt motiverend.
Thema	Aanbeveling
Samenstelling	- Acuu zieke patiënten en medewerkers apart behandelen in verband met het verschil in tempo en niveau. - Groepen zijn klein, grotere groep geeft meer voorbeelden.
Organisatie	- Vast schema op een dag is soms niet haalbaar om aan deel te nemen. - Het is prettiger om 2 vaste coaches te hebben.
Stopproces	Zelf stopdatum plannen en niet te veel sturen in groepsverband. Of juist meer sturing om zo meer steun te krijgen in het stopproces.
Kennis	Meer confrontatie met direct negatieve gevolgen voor anderen (bijvoorbeeld de geur van rook).

interesse hadden om te minderen of te stoppen en of ze hulp hierbij wilden (Li-Shiun Chen e.a. 2018). Gerandomiseerde onderzoeken laten zien dat de te verwachten effecten van een behandeling tijdens opname (Metse e.a. 2017) of na opname (Gilbody e.a. 2019) bescheiden zijn en er vaak terugval plaatsvindt na ontslag.

Echter, het gaat niet enkel om behandeling van het roken, maar ook om screening en diagnostiek van nicotineafhankelijkheid. Het feit dat er ook na de implementatie nog steeds een gebrek was aan diagnosticering (aantal diagnoses in de probleemlijst) terwijl er na de implementatie wel een toename was van behandeling (aantal geplakte nicotinepleisters) illustreert dat de zorg voor patiënten met een tabaksverslaving in ons ziekenhuis nog niet optimaal is. Ondanks de toename van het aantal patiënten in behandeling, bleek het niet mogelijk om het merendeel van patiënten te includeren en in de groepen te houden. Het is bekend dat individuen met een ernstige psychiatrische stoornis een moeizamer stoptraject hebben dan mensen zonder psychische klachten (Robson & McNeill 2019).

Het is belangrijk in de toekomst te onderzoeken hoe deelname aan en de juiste toepassing van stoppen-met-rokenzorg vergroot kan worden om de stopkans zo hoog mogelijk te maken. Een meta-analyse naar interventies

voor gewichtsreductie bij patiënten met schizofrenie liet zien dat individuele begeleiding effectiever is dan groepsbehandeling (Vancampfort e.a. 2019). Er is meer onderzoek nodig om te beoordelen of individuele stoppen-met-rokenbehandeling bij opgenomen patiënten effectiever is dan groepsbijeenkomsten.

### Beperkingen

Deze implementatiestudie heeft een aantal beperkingen. Allereerst hebben we er niet voor gekozen om de implementatie te bestuderen door gebruik te maken van een voor-nameting of *time series* van het aantal rokers (Eccles e.a. 2003). Voor snelle implementatie van verbetering gebruikt men tegenwoordig vaak de plannen-doen-controleren-actualiserencyclus om met simpele maten verbetering te evalueren (Etchells e.a. 2016). De stijging van het aantal nicotinetoeeningen kan een voorbeeld zijn van het nut van de implementatie van het programma. Echter, het effect op het aantal rokers of gerookte sigaretten in de organisatie is nu niet bekend. Bovendien kan er een onder-rapportage van toepassing zijn op de data uit medisch dossiers, waardoor het werkelijke aantal rokers nog hoger ligt dan nu gesteld.

Tot slot, hoewel we geen kosteneffectiviteitsanalyse hebben uitgevoerd, is het aantal rokende patiënten dat wij hebben bereikt met dit programma beperkt, de impact op korte termijn daardoor gering en de kosteneffectiviteit waarschijnlijk niet gunstig. Wij verwachten echter dat door de voorgenomen organisatorische maatregelen om het roken op het gehele ziekenhuisterrein te ontmoedigen in de toekomst meer patiënten te zullen bereiken en mogelijk daarmee de impact van behandeling te vergroten en de kosteneffectiviteit te verbeteren.

### Implicaties voor beleid

Tijdens deze studie van 14 maanden hebben 65 rokers interesse in hulp getoond, zijn er 45 rokers in behandeling geweest en zijn er 3 rookruimtes gesloten. Het bleek dat vooral medewerkers in staat zijn met behulp van groepsbijeenkomsten succesvol te stoppen met roken. Slechts een minderheid van de rokende patiënten werd aangemeld en een zeer klein deel van de patiënten stopte met roken. Het aanbieden van een groepsbehandeling om te stoppen met roken kan een eerste stap zijn in de verandering van de cultuur wat betreft roken door patiënten en medewerkers. Echter, er zijn intensieve screening, diagnostiek, behandeling en tabaksontmoediging nodig om hier een begin mee te maken.

Ondanks onze maatregelen wordt er nog behoorlijk gerookt rondom de afdelingen. Het bleek voor patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en opgenomen op een psychiatrische afdeling moeilijk om langdurig deel te nemen aan het programma. Het is bekend dat het voor deze groep lastiger is om te stoppen met roken (Metse e.a. 2017). Dit is ernstig omdat het laat zien dat het effect van nationale veranderingen in het rookbeleid nihil blijkt te

zijn op patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis. In Australië werd de prijs van een pakje sigaretten verdubbeld en de prevalentie van roken is daar onder volwassenen tussen 1997 en 2016 met 12% gedaald. Echter, de prevalentie van roken onder patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis bleef gelijk (Cooper e.a. 2012; Lawrence & Williams 2015). Het verschil in prevalentie van roken tussen psychiatrische patiënten en de algemene bevolking neemt daardoor toe.

### CONCLUSIE

Dit alles maakt het extra belangrijk dat zorgverleners binnen de psychiatrie patiënten helpen om van hun verslaving af te komen. Deze implementatiestudie is een voorbeeld van hoe opname op een afdeling psychiatrie kan worden aangegrepen om een behandeling voor tabaksverslaving aan te bieden. Een hardnekkige verslaving aan roken behoeft echter meer dan een groepsaanbod van hulp bij stoppen. Dit zou in combinatie met aanscherping van het rookbeleid van het ziekenhuis tot een paradigmaverschuiving omtrent roken onder zorgverleners en patiënten kunnen leiden.

Een stoppen-met-rokenbehandeling is een verandering waarmee fysieke, psychische en cognitieve gezondheidswinst te behalen is (Taylor e.a. 2014; Vermeulen e.a. 2018). Veranderingen op meerdere niveaus zijn nodig om de gedateerde zienswijze op roken door psychiatrische patiënten te veranderen. Roken is geen (effectieve) zelfmedicatie, het verbod op roken is geen vorm van straf en hulp bij het stoppen van een tabaksverslaving is geen luxe, maar bittere noodzaak om zowel de psychische als de lichamelijke gezondheid te verbeteren en de levensverwachting te verhogen.

### LITERATUUR

- Blankers M, Buisman R, ter Weijde W, van Laar M. Rookbeleid in de GGZ. Een verkenning van beleid en praktijk tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving smoking cessation in individuals with schizophrenia: special considerations. *CNS Drugs* 2017; 31: 471-81.
- Christiansen BA, Carbin J, TerBeek E, Fiore MC. Helping smokers with severe mental illness who do not want to quit. *substance use & misuse* 2018; 53: 949-62.
- Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: the second Australian Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 851-63.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011a; 10: 138-51.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry* 2011b; 10: 52-77.
- 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; 11: 445-51.
- Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Safe Health Care* 2003; 12: 47-52.

- Etchells E, Ho M, Shojania KG. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. *BMJ Qual Saf* 2016; 25: 202-6.
- Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S, e.a. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 379-90.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Addiction* 1991; 86: 1119-27.
- Vermeulen JM, Schirmbeck F, Blankers M, van Tricht M, Bruggeman R, van den Brink W, e.a. Association between smoking behavior and cognitive functioning in patients with psychosis, siblings, and healthy control subjects: results from a prospective 6-year follow-up study. *Am J Psychiat* 2018; 175: 1121-8.
- Lawrence D, Williams JM. Trends in smoking rates by level of psychological distress - time series analysis of US National Health Interview Survey Data 1997-2014. *Nicotine Tob Res* 2015; 18: 1463-70.
- Chen LS, Baker TB, Korpecki JM, Johnson KE, Hook JP, Brownson RC, e.a. Low-burden strategies to promote smoking cessation treatment among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 849-51.
- Metse AP, Wiggers J, Wye P, Wolfenden L, Freund M, Clancy R, e.a. Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2017; 51: 366-81.
- Muller DP, de Haan L. Stoppen met roken en schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 297-301.
- Nationaal Preventieakkoord 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 1172-81.
- Robson D, McNeill A. Cutting edge smoking cessation support: SCIMITAR+. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 358-9.
- Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019 <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/afi680-zorgstandaard-tabaksverslaving-2019>.
- Schroeder SA. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. *World Psychiatry* 2016; 15: 175-6.
- Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction* 2016; 111: 1536-53.
- Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009; 104: 719-33.
- 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; 348: g1151.
- Vancampfort D, Firth J, Correll CU, Solmi M, Siskind D, De Hert M, e.a. The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2019; 18: 53-66.

## SUMMARY

# Implementation of a stop-smoking support program for patients and employees in a psychiatric hospital: First results

J.M. VERMEULEN, P. DOEDENS, F. SCHIRMBECK, W. VAN DEN BRINK, L. DE HAAN

- BACKGROUND** In contrast to several other countries, smoking is not an integral part of treatment during admission to a psychiatric hospital in The Netherlands.
- AIM** Implementation of a smoking cessation program for patients and employees of a psychiatric ward of an academic medical center in The Netherlands.
- METHOD** Prospective, mixed-method study of implementation of a smoking cessation program for patients and employees of a psychiatric academic hospital in Amsterdam. The program consisted of 7 weekly group meetings by certified smoking cessation coaches. Nicotine replacement therapy was provided for free, if necessary.
- RESULTS** During 14 months, 65 individuals were seeking help to stop smoking: 39 patients and 26 employees. Of these, 29 patients and 16 employees participated in group meetings with an average of 2.6 times per person. There were 20 individuals who visited the group meetings or received individual coaching at least 3 times (6 patients and 14 employees). Fifty-five percent of these individuals reported to be smoke-free at 3 months after joining the first meeting. Employees were much more likely to quit than patients. From interviews with 20 participants, it was noticed that combining patients and employees in one group was perceived as a barrier due to a gap in processing speed.
- CONCLUSION** On the psychiatric ward of an academic hospital in The Netherlands, there was a positive experience with providing smoking cessation treatment. A small number of employees and patients participated in a smoking cessation program and quitting smoking was reached by only a few patients. Supporting smoking cessation in a psychiatric hospital asks for intensive screening, diagnosing, treatment and smoke-free policies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 266-273

**KEY WORDS** implementation, nicotine, smoking cessation