

# Rookbeleid in de ggz; documentonderzoek en enquête

P. HOPMAN, M. BLANKERS, G. DOM, R. KEET

- ACHTERGROND** Mensen met psychische stoornissen roken meer en vaker dan gemiddeld, wat veel negatieve consequenties voor de gezondheid heeft. Stoppen met roken heeft binnen de ggz vaak geen hoge prioriteit.
- DOEL** Inzicht geven in het formele en informele rookbeleid van Nederlandse ggz-instellingen, het aanbod ondersteuning bij stoppen-met-roken aan cliënten en mogelijkheden voor verbetering in de klinische praktijk.
- METHODE** Documentonderzoek naar het gevoerde rookbeleid van 61 geïntegreerde ggz-, verslavingszorginstellingen en RIBW's, interviews met direct betrokkenen van instellingen (n = 10), alsmede vragenlijstonderzoek onder medewerkers van instellingen (n = 600) naar de uitvoeringspraktijk van het rookbeleid.
- RESULTATEN** Een derde van de instellingen had geen formeel rookbeleid op schrift staan, en binnen de andere instellingen varieerde het rookbeleid onderling sterk. Het behandelaanbod was beperkt, sterk afhankelijk van individuele medewerkers en er werd weinig gebruik gemaakt van bewezen effectieve methoden zoals medicatie.
- CONCLUSIE** Veel ggz-cliënten willen stoppen met roken, en behandelingen zijn dikwijls effectief. De psychiater staat centraal bij het integreren en implementeren van stoppen-met-rokenbeleid voor de individuele cliënt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)2, 111-115

**TREFWOORDEN** rookbeleid, stoppen-met-roken, verslaving



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 (Callaghan e.a. 2014). Rokers met een psychische stoornis roken gemiddeld meer sigaretten per dag dan rokers uit de algemene bevolking (McClave e.a. 2010) en ze lopen daarnaast een groter risico om nicotineafhankelijk te worden (Pedersen e.a. 2009). Het percentage dat dagelijks rookt, is bijzonder hoog voor mensen met schizofrenie (62%; de Leon e.a. 2005), maar ook bij mensen met bijvoorbeeld een bipolaire stoornis (33-70%) of depressie (40-60%) komt dagelijks roken veel voor (Kalman e.a. 2005; Callaghan e.a. 2014).

## Ernstige negatieve consequenties

Een gevolg hiervan is dat onder mensen met psychische

stoornissen allerhande lichamelijke aandoeningen (bijv. chronisch obstructief longlijden) en sterfte aan tabakgerelateerde ziekten vaak voorkomen. Mensen met schizofrenie hebben bijvoorbeeld een 12-15 jaar kortere levensverwachting dan de algemene bevolking, hetgeen voor de helft is toe te schrijven aan roken (van Os e.a. 2009; Tidey & Miller 2015). Roken heeft bovendien een ongunstig effect op het beloop van psychische stoornissen (Khaled e.a. 2012) en beïnvloedt daarnaast de werking van bepaalde vormen van psychomedicatie waaronder antipsychotica (Ziedonis e.a. 2008).

## Beperkte aandacht voor stoppen

Een groot deel van de vroegtijdige sterfte en rokengerelateerde ziekte van deze cliëntenpopulatie is mogelijk te voorkomen wanneer het roken onder hen wordt terugge-

bracht. Echter, (stoppen met) roken krijgt binnen de ggz nog niet altijd de overal voldoende aandacht om de cliënten tot stoppen aan te zetten (Kerr e.a. 2013). Dit kan te maken hebben met de cultuur in de ggz waar men mogelijk relatief tolerant is ten opzichte van tabaksgebruik, of met een beperkte hoeveelheid training of andere ondersteuning van professionals (Schroeder e.a. 2010). Een andere mogelijke verklaring wordt gevormd door veelvoorkomende, maar mogelijk onjuiste opvattingen van medewerkers in de ggz - bijvoorbeeld dat cliënten niet zouden kunnen of willen stoppen met roken (Schroeder e.a. 2010).

Dit contrasteert met het groeiend aantal studies die de effectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies binnen de ggz-clieñtenpopulatie aantonen (zoals Evins e.a. 2015). Ook binnen de richtlijnen over de behandeling van de verschillende psychiatrische aandoeningen is er relatief weinig tot geen aandacht voor de aanpak van roken. Tot slot blijken er bij psychiaters veel vragen te bestaan over het gebruik van stoppen-met-rokenmedicatie (zoals bupropion en varenicline) bij cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen - dit ondanks de bewezen werkzaamheid en tolerantie binnen deze cliëntengroep (Evins e.a. 2015; Roberts e.a. 2016). Al met al lijkt het erop dat ggz-instellingen de mogelijkheden om roken terug te dringen onder mensen met psychische stoornissen onvoldoende benutten.

Wij bespreken daarom een onderzoek dat als doel had inzicht te krijgen in het formele en informele rookbeleid van Nederlandse ggz-instellingen, het aanbod aan stopondersteuning voor cliënten en mogelijkheden voor verbetering in de klinische praktijk. In dit artikel vatten we de belangrijkste resultaten samen van het rapport dat is uitgebracht naar aanleiding van het besproken onderzoek (zie Blankers e.a. 2015) en interpreteren we deze vanuit het perspectief van de psychiater. Wat kan zijn/haar rol zijn in het ondersteunen van ggz-clieñten bij het stoppen met roken?

## METHODE

### Populatie, respondenten en dataverzameling

Om kennis te verkrijgen over het huidige rookbeleid binnen ggz-instellingen werden via de cliëntenraden van alle bij ggz Nederland aangesloten geïntegreerde ggz-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's (vanaf hier: 'ggz-instellingen') beleidsdocumenten opgevraagd waarin het rookbeleid wordt beschreven. Deze documenten werden (gecomputeriseerd) geanalyseerd volgens een kwalitatieve explorerende onderzoeksmethode. Op basis van het gevoerde rookbeleid benaderden wij van 10 ggz-instellingen zorgfunctionarissen voor een interview over de uitvoeringspraktijk van het rookbeleid. Verder werd er (in de

## AUTEURS

**PETRA HOPMAN**, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

**MATTHIJS BLANKERS**, (senior) wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht; Arkin, Amsterdam; gastonderzoeker, afd. Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

**GEERT DOM**, psychiater, Psychiatrisch centrum Broeders Alexianen Boechout, en Universiteit Antwerpen (UA), Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI).

**RENÉ KEET**, psychiater en directeur behandelzaken, divisie Langdurende Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. E.P.C. (Petra) Hopman, Trimbos-instituut, afd. Drug Monitoring & Policy, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.  
E-mail: PHopman@trimbos.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-2016.

periode 28 augustus-19 november 2014) een digitale vragenlijst uitgezet onder ggz-medewerkers om een beeld te krijgen van hun attitudes over en ervaring met stopondersteuning.

## RESULTATEN

### Respons en demografie

Van de 63 ggz-instellingen die werden benaderd voor het onderzoek naar rookbeleid, reageerden er 61 (97%). De vragenlijst werd door 1222 ggz-medewerkers geopend en gedeeltelijk of geheel ingevuld. Na filtering bleven de lijsten van 600 medewerkers (506 zorginhoudelijk en 94 overig) over voor rapportage. Na weging voor leeftijd, geslacht en aantal gewerkte uren per week kwam deze groep overeen met de bredere populatie van ggz-medewerkers (zie Blankers e.a. 2015).

### Diversiteit in rookbeleid

Ruim twee derde (69%) van de onderzochte instellingen had een formeel rookbeleid op schrift staan. Bij deze instellingen viel de grote pluriformiteit in het formele rookbeleid op. In de meeste (81%) van deze instellingen werd een *gedeeltelijk* rookverbod gehanteerd; roken was alleen toegestaan in de daarvoor aangewezen rookruimten. In een klein deel van de instellingen (17%) gold een *algeheel* rookverbod op het terrein van de instelling. In het

formele rookbeleid kwam in ongeveer de helft van de gevallen blootstelling van medewerkers aan de rook van cliënten aan bod, en in ongeveer een kwart van de gevallen het voorbeeldgedrag van medewerkers wat betreft (niet-) roken en het bieden van stopondersteuning aan cliënten en medewerkers. Wanneer we afgaan op de interviews leek formeel rookbeleid niet altijd actief te worden uitgevoerd. Zo waren er soms discrepanties tussen het formele en het informele rookbeleid, bijvoorbeeld rond het gezamenlijk roken door cliënten en medewerkers.

### Onvoldoende stopondersteuning

Uit de survey bleek dat bijna de helft van de onderzochte zorgverleners in de ggz nooit cliënten ondersteunde bij het stoppen met roken. Dit was verenigbaar met de bescheiden plek van stoppen-met-rokenbegeleiding in de beleidsdocumenten. Iets meer dan de helft (55%) van de medewerkers gaf aan in het verleden minimaal één cliënt te hebben geholpen met stoppen met roken - ongeveer de helft van hen deed dit het voorgaande jaar nog. Zorginhoudelijke medewerkers schatten dat 20 à 25% van de cliënten behoefte had aan ondersteuning bij het stoppen met roken, terwijl men gemiddeld slechts rond 15% van de cliënten deze ondersteuning bood. Wanneer een behandelaar een cliënt hielp met stoppen, betrof het meestal een eenmalig advies of psychosociale interventie. Minder dan 10% van de behandelaars (alle disciplines) zette in geval van behandeling stopmedicatie in. Onder medisch geschoolde behandelaars lag dit percentage hoger (18% voor varenicline en 24% voor bupropion).

### Betrokkenheid instelling en training medewerkers

Een ruime meerderheid (80%) van de ggz-medewerkers vond dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken. Men achtte het belangrijk dat er aandacht is voor stoppen met roken bij cliënten, en vond het doorgaans een taak van de ggz-sector om cliënten vaker en beter de benodigde ondersteuning te bieden. Medewerkers waren over het algemeen gematigd positief over de ondersteuning die ze vanuit de instellingen kregen; de helft voelde zich *wel*, en een kwart voelt zich *niet* voldoende toegerust om iets aan de nicotineverslaving van cliënten te doen. Driekwart van de medewerkers was van mening dat medewerkers meer en beter zouden moeten worden getraind op het gebied van stopondersteuning aan cliënten.

## DISCUSSIE

Er bestaat een toenemende aandacht voor roken en ondersteuning bij stoppen met roken voor cliënten met een (ernstige) psychiatrische aandoening. Dit is terecht gezien de negatieve impact op morbiditeit en mortaliteit van de

cliënten. Het bewustzijn groeit dat aanbieden van ondersteuning bij stoppen met roken standaard onderdeel van elke (geïntegreerde) psychiatrische behandeling zou moeten uitmaken (Evins e.a. 2015). Toch toont het huidige onderzoek nog belangrijke knelpunten - zowel binnen de organisaties en implementatie van beleid, als wat betreft de algemene kennis over beschikbare effectieve behandelingen en behandeling van de individuele cliënt.

De richtlijn 'Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening' (2014) besteedt aandacht aan het belang van stoppen met roken voor ggz-cliënten, biedt handvatten voor individuele behandelaars en benadrukt de voorbeeld(rol) van deze behandelaars hierbij. Deze richtlijn zou een prima uitgangspunt vormen voor de ontwikkeling van een universeel beleid voor de ggz-sector over roken en stopinterventies. In een dergelijk rookbeleid kan onder meer worden vastgelegd welke voorzieningen er zijn voor cliënten en medewerkers die willen roken, welke ondersteuning er is voor cliënten én medewerkers die willen stoppen met roken, hoe om te gaan met situaties waarin cliënten en medewerkers gezamenlijk roken en hoe mee-roken door cliënten en medewerkers wordt voorkomen. Ook is het belangrijk dat interventies specifiek voor ggz-cliënten worden (door)ontwikkeld en uiteindelijk worden opgenomen in richtlijnen en/of zorgstandaarden. In tegenstelling tot wat hulpverleners vaak aannemen, willen veel cliënten stoppen met roken (Siru e.a. 2009). Motieven en motivatieprocessen verlopen daarbij analoog met die van rokers zonder psychiatrische aandoeningen (Ruthger e.a. 2015). Er zijn geen argumenten om, bij de vraag van een cliënt om te stoppen-met-roken tijdens de eerste acute behandelfase, dit uit te stellen naar een latere meer gestabiliseerde behandelfase. Wel dienen ontwenningsymptomen adequaat te worden opgevangen met nicotinevervangende middelen. Studies laten consistent zien dat het aanbieden van behandeling (farmacologisch en/of psychosociaal) effectief is vergeleken met *geen* behandeling (placebo).


Farmacologisch zijn vooral cliënten met psychotische en stemmingsstoornissen onderzocht, waarbij bupropion en varenicline een duidelijke meerwaarde lieten zien. Eerdere bezorgdheid over eventuele bijwerkingen zoals een toename van depressieve of suïcidale symptomen (Tsoi e.a. 2013) konden in recentere studies niet worden bevestigd (Tidey & Miller 2015; Raich e.a. 2016; Roberts e.a. 2016). Voor varenicline vond men in een overzichtsstudie uit 2015 evenmin ernstige bijwerkingen zoals suïcidale gedachten, maar ook geen meerwaarde boven placebo (Kishi & Iwata 2015).

Als hoofdbehandelaar en toekomstig regiebehandelaar staat de psychiater centraal bij het integreren en implementeren van stoppen-met-rokenbeleid voor de individu-

ele cliënt. Deze opdracht sluit bovendien naadloos aan bij het begrip 'positieve gezondheid', waarbij de missie van de psychiater opengetrokken wordt naar het bevorderen van gezondheid in bredere zin. Dit vraagt om een integrale aanpak die verder gaat dan het diagnosticeren en behandelen van psychische aandoeningen. Ook brengt het de plicht met zich mee om zelf als rolmodel te fungeren en te bevorderen dat de gehele ggz-omgeving een voorbeeld is. Voor tabaksgebruik betekent dit een actieve houding in het aanbieden van stoppen-met-rokeninterventies aan de individuele cliënt alsmede actieve participatie bij het uitbouwen van beleid en richtlijnen voor preventie, behandeling en schadebeperking.

Dit heeft ook een ethische component. Binnen de algemene, volwassen bevolking is het aantal rokers over een periode van 35 jaar verminderd van 43 naar 23% (Verdur-

men e.a. 2014). Publiekscampagnes en regulerende maatregelen hebben gezorgd voor een drastische mentaliteitsverandering over roken. Deze aanmerkelijke daling - en de daaraan verbonden gezondheidswinst - zien we echter niet terug bij mensen met psychiatrische aandoeningen, waar de meerderheid van de cliënten rookt (McClave e.a. 2010). Het is aan de ggz-sector om samen met cliënten actie te ondernemen om een toekomst te vermijden waarin cliënten met psychische aandoeningen vaak sterven door rokengerelateerde aandoeningen, terwijl roken binnen de algemene bevolking nagenoeg verdwenen is.

 Renate Buisman, Wieke ter Weijde en Margriet van Laar (Trimbos-instituut) leverden een bijdrage aan het beschreven onderzoek en waren medeauteurs van het eerder gepubliceerde onderzoeksrapport waarop dit artikel is gebaseerd (Blankers e.a. 2015).

## 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.
- Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, e.a. Patterns of tobacco related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res* 2014; 48: 102-10.
- Evins, AE, Cather, C, Laffer, A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. *Harv Rev Psychiatry* 2015; 23: 90-8.
- Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, e.a. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 311: 145-54.
- Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14: 106-23.
- 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; 13: 221.
- 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; 46: 436-43.
- Kishi T, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 265: 259-68.
- Leon de J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135-57.
- 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; 100: 2464-72.
- Meeuwissen JAC, van Meijel B, van Gool R, van Hamersveld S, Bakkenes M, Risseuw AH, e.a. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Os van J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-45.
- Pedersen W, von Soest T. Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction* 2009; 104: 129-37.
- Raich A, Ballbè M, Nieva G, Cano M, Fernández T, Bruguera E, e.a. Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Psychiatric and Addicts Patients. *Subst Use Misuse* 2016; 51: 649-57.
- Roberts, E, Evins, AE, McNeill, A, Robson, D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction* 2016; 111: 599-612.
- 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.
- Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing

- motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009; 104: 719-33.
- Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015; 351: h4065.
  - Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD007253.
  - Verdurmen J, Monshouwer K, van Laar M. Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
  - Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, e.a. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 1691-715.

## SUMMARY

# Smoking policy in mental health care

P. HOPMAN, M. BLANKERS, G. DOM, R. KEET

**BACKGROUND** People with mental illnesses tend to smoke more often and more heavily than other members of the public and their addiction to tobacco also has harmful effects on their physical health. So far, however, limited priority was given to smoking cessation in mental health care settings.

**AIM** To provide insight into the formal and informal smoking policies of Dutch mental health care organisations and into the nature and extent of the smoking cessation support they offer, and, additionally, to look at the opportunities for improvement in clinical settings.

**METHOD** Document research on formal policies of 61 mental health care facilities, interviews with workers directly involved (n = 10), and a survey on policy implementation among staff members of treatment facilities (n = 600).

**RESULTS** One-third of the facilities did not have a formalised smoking policy document, and there was a marked difference between the smoking policies at the rest of the facilities. Treatment provision was limited, strongly dependent on the individual staff member, and was often not the most effective form of care (like medication).

**CONCLUSION** Many mental health patients really do want to give up smoking and often respond well to treatment. Psychiatrists play a key role in integrating and implementing an anti-smoking policy which will benefit their patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)2, 111-115

**KEY WORDS** addiction, smoking cessation, smoking policy