

# Impact van rookvrijbeleid op rookgedrag van cliënten in behandeling voor stoornis in middelengebruik

M.C. van Lakerveld, J.C.A. Koster, W.A.J.M. de Wildt, M. Blankers, A.E. Goudriaan

- Achtergrond** In 2018 werd Jellinek een rookvrije instelling. Met invoering van Jellinek Rookvrij op alle locaties (15), is beleid ingevoerd met als doel stoppen met roken te bevorderen onder cliënten met een comorbide stoornis in tabaksgebruik in behandeling.
- Doel** Onderzoeken of het nieuw ingevoerde beleid invloed heeft gehad op het rookgedrag van cliënten in behandeling voor een stoornis in middelengebruik bij Jellinek.
- Methode** Op basis van gegevens van geanonimiseerde cliëntendossiers onderzochten we veranderingen in rookgedrag (stoppen of minderen met roken) bij cliënten met andere verslaving(en) die de behandeling gestart waren in 2016, in vergelijking met cliënten die gestart waren in 2019 – na invoering van het nieuwe rookvrijbeleid. We verrichtten vergelijkende analyses over de gehele cliëntenpopulatie, per zorgtype (poliklinisch, (dag)klinisch, Minnesota of sociale verslavingszorg) en per type roker (licht, matig of zwaar).
- Resultaten** De gehele cliëntenpopulatie stopte significant vaker met roken in 2019 (22%) dan in 2016 (16%) en er was een trend qua minderen van aantal sigaretten per dag. Wanneer stoppen met roken onderdeel was van de behandeling stopten en minderden cliënten significant vaker in 2019 dan in 2016. Ook stopten lichte en matige rokers ( $\leq 20$  sigaretten/dag) vaker in 2019 (32%) dan in 2016 (23%) en minderden zij significant. Bij poliklinische behandeling, sociale verslavingszorg en bij zware rokers ( $> 20$  sigaretten/dag) was er geen significant verschil in het percentage stoppers tussen 2016 en 2019 en minderden zij niet vaker in 2019 dan in 2016.
- Conclusie** Na de invoering van Jellinek Rookvrij is het rookgedrag afgenomen in de gehele cliëntenpopulatie met een comorbide stoornis in tabaksgebruik, bij behandelingen waarbij een rookstop plaatsvond en bij lichte en matige rokers.

In 2020 rookte één op de vijf volwassen Nederlanders (Trimbos-instituut 2021). Dit percentage ligt bij cliënten binnen de ggz en verslavingszorginstellingen veel hoger (Ferron e.a. 2011; Guldish e.a. 2011, 2012; Gass e.a. 2018; Hayhurst e.a. 2020). Dit brengt gezondheidsklachten met zich mee, aangezien roken één van de schadelijkste verslavingen is (RIVM 2020). Zo hebben cliënten in behandeling voor problematisch middelengebruik meer kans om te sterven aan ziekten gerelateerd aan roken dan aan ziekten gerelateerd aan andere middelen (Pagano e.a. 2016; Callaghan e.a. 2018; Gass e.a. 2018). In het Nationaal Preventieakkoord (2018) zijn afspraken gemaakt om in 2040 tot een rookvrije generatie te komen. Het rookvrij maken van alle ggz-instellingen in 2025 is één van de doelen in het akkoord. Instellingen aangesloten bij Verslavingskunde Nederland committeerden zich aan een snellere transitie: 2020. Het Trim-

bos-instituut heeft in 2015 aanbevelingen opgesteld voor een rookvrijbeleid binnen de ggz: een universeel rookvrijbeleid waar wordt gewerkt aan kennis, motivatie en het inzetten van interventies voor cliënten en medewerkers om stoppen met roken onderdeel te maken van zorg binnen de ggz (Blankers e.a. 2015). In de Verenigde Staten is de impact van soortgelijk rookvrijbeleid onderzocht (Foulds e.a. 2006; Guldish e.a. 2012). Uit het onderzoek van Guldish e.a. (2012) in New York bleek dat er een effect was van het rookvrijbeleid op cliënten in een residentiële verslavingsbehandeling, maar niet op cliënten die ambulante behandeld werden. In een meta-analyse over het effect van rookvrijbeleid in de psychiatrie en verslavingszorg werd geen of weinig effect gerapporteerd (El-Guebaly e.a. 2002). In Nederland is op kleinere schaal onderzoek gedaan naar de impact van het actief aanbieden van ondersteu-

## AUTEURS

**Maartje van Lakerveld**, GZ-psycholoog, Jellinek, en promovendus, Academische Werkplaats Verslaving.

**Jeanine Koster**, psychiater en manager behandelzaken, medisch team, Jellinek.

**Wencke de Wildt**, lid raad van bestuur, GGZ inGeest en GZ-psycholoog.

**Matthijs Blankers**, senior onderzoeker, Arkin en Trimbos-instituut.

**Anneke Goudriaan**, GZ-psycholoog en bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en Behandeling van Verslaving, academische werkplaats Verslaving, Arkin/Jellinek en afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC.

## Correspondentie

Maartje van Lakerveld (Maartje.van.Lakerveld@jellinek.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-5-2022.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):604-608

ning bij stoppen met roken (Vermeulen e.a. 2020). Dit was in een andere populatie, namelijk medewerkers en patiënten van de afdeling Psychiatrie van het Amsterdam UMC. Daaruit bleek dat hoewel het aanbod positief werd ontvangen, slechts de minderheid van medewerkers en patiënten deelnamen aan het behandelprogramma en stoppen met roken slechts voor enkele patiënten haalbaar was. Er is nog geen Nederlands onderzoek naar de impact van een breed geïmplementeerd rookvrijbeleid op veranderingen in roken bij cliënten in de verslavingszorg.

Wij verrichtten onderzoek om de impact van het beleid Jellinek Rookvrij op stoppen met roken of minderen van aantal gerookte sigaretten per dag in kaart te brengen voor de hele cliëntenpopulatie en daarnaast per type roker en per zorgtype. We verwachtten dat cliënten vaker zouden stoppen met roken en minder zouden roken na invoering van het rookvrijbeleid.

In lijn met het onderzoek uit New York verwachtten we effect bij cliënten die opgenomen werden of bij wie stoppen met roken een onderdeel was van de behandeling, maar verwachtten we geen effect bij de ambulante behandelingen.

## METHODE

Op initiatief van verslavingsarts Trudi Tromp-Beelen werd Jellinek in Amsterdam in 2002 de eerste verslavingszorginstelling in Nederland waar mensen primair voor een ernstige stoornis in tabaksgebruik behandeld konden worden (Tromp-Beelen e.a. 2005). In 2018 implementeerde Jellinek met 'Jellinek Rookvrij' als eerste zorginstelling in Nederland een beleid conform de gouden status als rookvrije organisatie van het Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (The Global Network 2021).

Jellinek Rookvrij is een beleid onder andere gericht op de fysieke omgeving, de medewerkers en de cliënten. Zo zijn de panden rookvrij (en dampvrij) en krijgen mede-

werkers speciale training over en zelf ondersteuning bij stoppen met roken. Bij alle cliënten vragen behandelaren bij intake tabaksgebruik uit, indien van toepassing verrichten ze diagnostiek en zetten motiverende gespreksvoering in. Alle cliënten die stoppen, worden op verschillende bewezen effectieve manieren behandeld: groepsbehandeling (Stead e.a. 2017) of individuele behandeling (Lancaster & Stead, 2017), medisch advies (Stead e.a. 2013) en conform de richtlijn met nicotinevervangende middelen of medicatie zoals varenicline en bupropion en nortriptyline (Chavannes e.a. 2017). Hoeveel medicatie en nicotinevervangende middelen worden voorgeschreven, wordt niet bijgehouden. Daarnaast is per type behandeling rookvrijbeleid opgesteld. Bij poliklinische behandeling en sociale verslavingszorg (SVZ), beide individuele en ambulante behandelvormen, wordt de stoornis in tabaksgebruik bij een stopwens meebehandeld, maar is stoppen niet verplicht. Bij een dag-, avond- of klinische behandeling, alle intensieve behandelingen, is het (tijdelijk) stoppen met roken standaard onderdeel van de behandelperiode. Na een dagklinische behandeling volgt een ambulante nazorgprogramma waarin een cliënt zelf het stoppen met roken kan continueren. Bij Jellinek Minnesota, een behandelmethode ontstaan vanuit het 12-stappenprogramma, kiest iemand voor en werkt aan een leven zonder middelen, ook zonder tabak. Dit betekent dat duurzaam stoppen met roken onderdeel is van deze behandeling.

## Populatie

Wij onderzochten de impact van dit beleid door geanonimiseerde cliëntendossiers te analyseren, na akkoord van cliënten, van 2016 en 2019 (totaal 11.948 dossiers). Van de 8317 dossiers met een beginmeting voor tabak, ontbrak bij 3882 dossiers de eindmeting en deze werden uit het onderzoek gelaten. De analyses op rookgedrag voerden we uit op gegevens van cliënten in behandeling voor andere verslaving(en) bij Jellinek. De data van 3% van

cliënten die alleen voor een stoornis in tabaksgebruik in behandeling waren, namen we niet mee. Dit leidde tot 4417 cliëntendossiers die we gebruikten in de analyses.

### Gegevensbronnen

We gebruikten de gegevens die bij de intake en bij afsluiten van de behandeling in het kader van routine outcome monitoring (ROM) waren verzameld, er was geen follow-upmeting. Gemiddelde tijd tussen start- en eindmeting binnen de curatieve zorg was 160 dagen (bereik: 1-775; SD: 94) en binnen de sociale verslavingszorg 344 dagen (bereik: 1-1391; SD 281). Bij 159 cliënten was er overlap tussen begin- en eindmeting. Voor het in kaart brengen van het middelengebruik gebruikten we de *Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie* (Mate) gebruikt (Schippers e.a. 2010). Overige gegevens als zorgprogramma, datum van start behandeling en algemene persoonsgegevens werden uit het elektronisch patiëntendossier gehaald.

Om te onderzoeken of de impact van het beleid verschilde op basis van het aantal sigaretten dat iemand rookte, maakten we een indeling per type roker. In de literatuur wordt een dergelijke indeling vaker gebruikt, maar verschilt het aantal sigaretten per categorie (Hurley 2014; Ni e.a. 2020). In de dataset waren drie duidelijke pieken te zien op 10, 20 en 30 sigaretten per dag. Naar aanleiding hiervan kozen we voor de volgende indeling: licht (< 10), matig (10-20) en zwaar (> 20). De onafhankelijke categoriale variabelen waren: behandeljaar (2016 of 2019), type roker bij intake (licht, matig of zwaar) en zorgtype (poliklinisch, (dag)klinisch, SVZ of Minnesota). De afhankelijke variabele voor minderen was het aantal sigaretten per dag in de voorgaande maand. Bij het stoppen werd het aantal sigaretten bij de eindmeting omgerekend naar een dichotome variabele: gestopt bij 0 sigaretten en niet gestopt bij 1 of meer sigaretten per dag in de 30 dagen voorafgaand aan de meting.

### Statistische analyses

Om te onderzoeken of er in 2019 meer mensen stopten met roken dan in 2016, maakten we gebruik van een  $\chi^2$ -toets. Om na te gaan of de afname van het aantal sigaretten na behandeling significant meer was na invoering van Jellinek Rookvrij (in 2019) dan voor de invoering ervan (in 2016) maakten we in ons pre-postonderzoek zonder controlegroep gebruik van gemengde tussen-binnenpersonenvariantieanalyse. Aangezien er geen controlegroep was, moeten we de resultaten met voorzichtigheid interpreteren in verband met een mogelijke overschatting van de impact van het rookvrijbeleid (Eccles e.a. 2003). Stoppen en minderen werden bij de gehele cliëntenpopulatie, maar ook per type roker en per zorgtype onderzocht. Alle analyses werden met SPSS versie 26 uitgevoerd.

## RESULTATEN

Van alle cliënten in dit onderzoek rookte 75% ten tijde van de intake. Ongeveer de helft van de cliënten was primair voor een stoornis in alcoholgebruik in behandeling, 17% voor een stoornis in cannabisgebruik en 10% voor een stoornis in het gebruik van cocaïne. Driekwart (74%) van de cliënten was man, de gemiddelde leeftijd was 43 jaar (SD: 13,1). De rokers rookten gemiddeld 16 sigaretten per dag (SD: 10,4) en 88% van de rokers rookte dagelijks in de afgelopen 30 dagen. Van cliënten die bij de startmeting niet rookten, was 14% begonnen met roken tijdens de behandeling (15% in 2016 en 11% in 2019).

### Non-responsanalyse

Van alle rokers had rond de 47% geen eindmeting. Het is bekend dat rond de 50% van de cliënten die een beginmeting doet niet kan worden bereikt voor een eindmeting (Oudejans e.a. 2009, 2012; Merckx e.a. 2011). Dit kan zorgen voor een positiever beeld van behandelresultaten dan het in werkelijkheid is. In ons onderzoek was er bij de beginmeting geen significant verschil tussen de groep met en zonder eindmeting wat betrof het type roker, geslacht of leeftijdscategorie. Wel was er verschil qua type zorg: meer cliënten hadden geen eindmeting bij poliklinische zorg en Jellinek Minnesota en minder cliënten hadden geen eindmeting binnen SVZ. Ook verschilden de groepen met en zonder eindmeting wat betrof het primaire middel. Meer cliënten zonder eindmeting waren primair in behandeling voor stoornissen in het gebruik van cannabis, opiaten, sedativa en 'overige middelen'. Cliënten primair in behandeling voor een stoornis in alcoholgebruik hadden vaker wel een eindmeting dan niet.

### Stoppen

**Tabel 1** laat zien dat er meer cliënten stopten met roken in 2019 dan in 2016. Dat cliënten significant meer stopten, gold voor lichte rokers (< 10 sigaretten per dag) en matige rokers (10-20), maar niet voor zware rokers (> 20). Meer cliënten stopten binnen een behandeling waarbij het stoppen met roken een vereiste was, zoals bij de (dag)klinische behandeling en Jellinek Minnesota. Bij de poliklinische behandeling en SVZ, waar behandeling van stoornis van tabaksgebruik wel wordt aangeboden, maar stoppen met roken geen vereist onderdeel is van de behandeling, was er geen significant verschil.

### Minderen

In 2016 rookten rokende cliënten gemiddeld 17 sigaretten bij de start van de behandeling en 12 aan het eind (zie **tabel 2**). In 2019 waren dat respectievelijk 16 en 11 sigaretten.

**Tabel 3** laat zien dat tijdens behandeling (hoofdeffect van tijd) het aantal gerookte sigaretten afnam. Daarnaast verschilden 2016 en 2019 in het aantal sigaretten.

Tabel 1. Stoppen met roken

Percentage gestopt						
	2016	N	2019	N	$\chi^2$	p
Alle rokers	16,3%	332	22,0%	278	16,56	0,000
<b>Type roker</b>						
Licht	22,9%	105	32,1%	110	8,35	0,005
Medium	15,0%	170	19,3%	127	5,60	0,021
Zwaar	13,0%	57	15,7%	41	0,96	0,368
<b>Type zorg</b>						
Poliklinisch	19,5%	170	23,3%	126	3,58	0,059
Dagklinisch	13,4%	42	24,8%	54	10,43	0,001
SVZ	20,0%	60	21,3 %	26	0,03	0,865
Minnesota	11,5%	32	30,8 %	32	18,77	0,000

SVZ: sociale verslavingszorg

Cliënten minderden niet significant meer in 2019 dan in 2016, maar er was wel een trend te zien die hier op wees. Lichte en matige rokers minderden significant meer in 2019 dan in 2016, maar zware rokers niet. Bij (dag) klinische behandeling en behandeling bij Jellinek Minnesota minderden cliënten significant meer in 2019 dan in 2016. Bij poliklinische zorg en SVZ was er geen interactie-effect: er was wel significante vermindering door behandeling, maar cliënten minderden niet significant meer in 2019 dan in 2016.

## DISCUSSIE

### Conclusies

Het doel van dit onderzoek was de impact van Jellinek Rookvrij op rookgedrag te evalueren bij cliënten in zorg voor andere verslavingsproblematiek, per type roker en voor de verschillende typen verslavingszorg. In de gehele cliëntenpopulatie stopten significant meer cliënten in 2019 dan in 2016 en was er een trend voor het minderen. In 2019 stopten en minderden cliënten die

minder dan 20 sigaretten per dag rookten en cliënten in (dag)klinische of Minnesotabehandeling significant meer dan in 2016. Voor zware rokers en cliënten in poliklinische behandeling of SVZ gold dit niet. Dat de impact kan verschillen per behandeling, was conform de verwachting. Verrassend genoeg waren er duidelijke verschillen tussen type rokers, waar geen hypothesen over waren.

Deze resultaten lijken, zoals verwacht, op die van Guydish e.a. (2012) in New York: het verplicht stoppen met roken lijkt samen te gaan met significant meer stoppen en minderen. Het is mogelijk dat cliënten initieel stoppen omdat het van het programma moet (Guydish e.a. 2012) en dit vervolgens zelf voortzetten in de nazorg. Onderzoek laat zien dat cliënten vaak de wens hebben om te stoppen met roken, maar weinig zelfvertrouwen hebben dat dit zal lukken (McClure e.a. 2014; Gass e.a. 2018; Hayhurst e.a. 2020; Ni e.a. 2020). Wanneer een rookstop onderdeel is van de behandeling, speelt een tekort aan zelfvertrouwen wellicht minder een belemmerende rol.

Tabel 2. Gemiddelde aantal sigaretten per dag (SD)

	2016		2019	
	Begin M (SD)	Eind M (SD)	Begin M (SD)	Eind M (SD)
Alle rokers	16,6 (10,1)	12,5 (9,8)	15,9 (10,8)	11,1 (11,2)
<b>Type roker</b>				
Licht	4,6 (2,2)	5,2 (5,6)	4,9 (2,4)	4,6 (5,1)
Medium	15,9 (4,0)	12,4 (7,6)	15,3 (4,1)	11,0 (8,1)
Zwaar	30,9 (8,6)	20,4 (12,2)	31,8 (10,3)	20,2 (16,3)
<b>Type zorg</b>				
Poliklinisch	15,7 (10,2)	10,9 (9,4)	14,9 (10,5)	10,4 (11,3)
Dagklinisch	17,0 (11,3)	12,9 (10,3)	15,1 (9,8)	9,1 (10,3)
SVZ	17,1 (8,8)	12,7 (8,9)	17,0 (9,7)	12,2 (9,0)
Minnesota	17,2 (10,4)	14,4 (10,1)	18,1 (12,6)	11,5 (12,2)

SVZ: sociale verslavingszorg; SD: standaarddeviatie.

**Tabel 3. Mindering van het aantal sigaretten per dag**

		$\Delta$	F	p	$\chi^2$
Alle rokers	Interactie*	0,99	3,41	0,065	0,00
	Main tijd	0,84	646,37	0,000	0,16
	Main behandeljaar		10,16	0,001	0,00
<b>Type roker</b>					
Licht	Interactie*	0,99	5,26	0,022	0,01
Medium	Interactie*	0,99	5,49	0,019	0,00
Zwaar	Interactie*	0,99	0,83	0,362	0,00
	Main tijd	0,63	402,38	0,000	0,37
	Main behandeljaar		0,20	0,659	0,00
<b>Type zorg</b>					
Poliklinisch	Interactie*	1,00	0,45	0,503	0,00
	Main tijd	0,82	300,0	0,000	0,18
	Main behandeljaar		1,72	0,190	0,00
Dagklinisch	Interactie*	0,99	4,30	0,039	0,01
SVZ	Interactie*	0,99	0,21	0,647	0,00
	Main tijd	0,86	70,42	0,000	0,14
	Main behandeljaar		0,16	0,693	0,00
Minnesota	Interactie*	0,97	12,79	0,000	0,03

\*Interactie = behandeling\*behandeljaar; SVZ: sociale verslavingszorg


Van de cliënten die bij de start van behandeling niet rookten, begon 14% met roken tijdens de behandeling (15% in 2016 en 11% in 2019; geen significant verschil), de hypothese is dat dit door kruisverslaving komt (Kohn e.a. 2003; Friend & Pagano 2004). Kruisverslaving betekent dat de ene verslaving voor de andere wordt ingeruild.

### Beperkingen

Bij 47% van de cliënten ontbrak een eindmeting, wat kan zorgen voor een positiever beeld van behandelresultaten dan het in werkelijkheid is. Daarnaast gebruikten we ROM-data, waardoor er geen follow-updata zijn. Het is dan ook niet te achterhalen of de verandering in rookgedrag nog na de behandeling stand heeft gehouden. Daarbij zijn binnen de ROM ook geen andere factoren gemeten, zoals motivatie of demoralisatie. Daarbij is er in de onderzoeksopzet geen gebruikgemaakt van een controlegroep, waardoor er mogelijk een overschatting kan zijn van de impact van het rookvrijbeleid (Eccles e.a. 2003). Tot slot is in het onderzoek geen rekening gehouden met de veranderende maatschappij: in 2019 lag het percentage rokers in de algemene bevolking 2,4% lager dan in 2016. Dit verschil was binnen onze dataset minder groot (1%), maar het geeft wel aan dat er mogelijk in 2019 meer maatschappelijke druk was om te stoppen. In het onderzoek kozen we op basis van de spreiding in de dataset voor een verdeling van rokers in de typen licht, matig en zwaar. Echter, naar aanleiding van de resultaten lijkt dit minder relevant, aangezien er qua resultaat geen duidelijk verschil is tussen lichte en matige rokers.

### Implicaties en vervolgonderzoek

Met het onderzoeken van de impact van het rookvrijbeleid willen we bijdragen aan de kennis over de impact van rookvrijbeleid. Aangezien Jellinek de eerste zorginstelling in Nederland is met een dergelijk breed rookvrijbeleid, kunnen deze inzichten bijdragen aan het verder ontwikkelen van een effectief rookvrijbeleid. Internationaal is rookvrijbeleid in verschillende instellingen onderzocht, maar meer onderzoek is nodig (Thomas e.a. 2013; Frazer e.a. 2015). Vervolgonderzoek kan zich richten op effectief rookvrijbeleid niet alleen bij verslavingsinstellingen, maar ook andere ggz-instellingen en somatische zorginstellingen in Nederland, om op die manier gezamenlijk te werken aan een rookvrije generatie.

 Marloes E. Derksen droeg bij met een kritische beoordeling van het manuscript.

### LITERATUUR

De literatuurlijst is online te raadplegen.