

Effecten van een rookvrijbeleid op attitudes zorgpersoneel en agressie in de psychiatrie

C. van den Berg, C.J.M. van Berkel, P.B. van der Meer, B.W.A. Tijsterman, A.W.M. van Balkom, F.E. Scheepers, A. Batalla

- Achtergrond** De prevalentie van roken bij patiënten met psychiatrische stoornissen ligt 3-4 keer hoger dan in de algemene populatie. In veel psychiatrische klinieken is het nog toegestaan om te roken. In het Nationaal Preventieakkoord (2018) is besloten dat alle psychiatrische afdelingen rookvrij moeten zijn per 2025. De klinieken van het UMC Utrecht zijn sinds november 2020 rookvrij.
- Doel** De attitude van de zorgmedewerkers onderzoeken voorafgaand aan en na de implementatie van het rookvrijbeleid.
- Methode** In een observationeel onderzoek met kwantitatieve data-analyse werden in één centrum data verzameld bij zorgmedewerkers op de afdelingen psychiatrie met enquêtes. Het betrof demografische gegevens inclusief rookstatus, attitude jegens het rookvrijbeleid en effect op patiënten(zorg). Retrospectieve informatie over agressie-incidenten werd opgevraagd. Agressie-incidenten voor en na implementatie werden gemeld in de MAP (Meldingen Agressie Patiëntenzorg).
- Resultaten** Er werd 172 zorgmedewerkers gevraagd om de enquête in te vullen; 30% (n = 52) van de zorgmedewerkers vulde de enquête voor de implementatie in, 20% (n = 34) na de implementatie. Voor implementatie stond 62% (n = 32/52) positief tegenover het rookvrijbeleid, na de implementatie steeg dit naar 77% (n = 26/34). Voor de implementatie verwachtte 62% (n = 32/52) een toename van agressie-incidenten. Er waren 46 agressie-incidenten in de periode één jaar voor de implementatie (november 2019-februari-2020) en 45 agressie-incidenten in de periode na implementatie (november 2020-februari 2021).
- Conclusie** De resultaten van dit onderzoek ondersteunen een rookvrijbeleid op psychiatrische klinieken vanwege afwezigheid van een absolute toename in agressie-incidenten. Zorgmedewerkers ervaren dit ook, evenals een snellere toekenning van 'groene' vrijheden.

Bijna één op de vijf (18,9%) volwassen Nederlanders rookte in 2022, ruim twee derde van deze mensen rookte dagelijks.¹ Onder patiënten met psychiatrische stoornissen is de prevalentie hiervan 2-4 keer hoger, wat leidt tot hogere morbiditeit en mortaliteit in deze populatie.² Zo heeft de psychiatrische patiënt die rookt een 10-15 jaar lagere levensverwachting en een tien keer verhoogd risico op overlijden aan de gevolgen van COPD vergeleken met de algemene bevolking.³ In het Nationaal Preventieakkoord (2018) is de ambitie gesteld dat vanaf 2025 alle zorginstellingen, inclusief de geestelijke gezondheidszorg (ggz), rookvrij zijn.⁴ Dit akkoord is ondertekend door de koepel van Nederlandse ggz-instellingen, academische centra en algemene ziekenhuizen en ggz-instellingen. Het is in overeenstemming met reeds ingevoerde, vergelijkbare beleidswijzigingen in Groot-Brittannië, Australië en delen van de

Verenigde Staten.⁵ Op 1 januari 2022 was hierdoor 73% van de ziekenhuizen in Nederland rookvrij.⁶ Ter vergelijking: in september 2020 waren er 50 ggz-instellingen (2,5%) gestart met het bewerkstelligen van een rookvrijbeleid.⁷ Dit heeft mogelijk te maken met de attitude tegenover rookvrije zorg in de ggz van zowel patiënten als medewerkers. Tabaksgebruik is namelijk jarenlang gedoogd en ingezet als (ongezonde) coping tegen stress en hierbij werden lichamelijke en psychische gevolgen onderbelicht.⁸

Stoppen met roken in de ggz

Patiënten in de ggz zijn meestal op de hoogte van de schadelijke effecten van tabaksgebruik en hebben evenveel motivatie om te stoppen met roken als rokers zonder psychische klachten, maar hebben meer moeite met stoppen en hebben doorgaans meer stoppogingen

AUTEURS

Coen van den Berg, arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Catelj van Berkel, basisarts, onderzoeksstagiaire, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Pim van der Meer, arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Bart Tijsterman, verpleegkundig specialist, zorglijn Diagnostiek & Vroege psychose, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Anton van Balkom, aanjager rookvrijezorg De Nederlandse GGz en Verslavingskunde Nederland.

Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de GGZ, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Albert Batalla, psychiater, zorglijn Diagnostiek & Vroege Psychose, UMC Utrecht.

Correspondentie

Coen van den Berg (C.vandenbergh-11@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-10-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(2):70-75

nodig.⁹ Tevens zijn er factoren om rekening mee te houden, waaronder een mogelijke toename van psychische klachten bij nicotineonttrekking of een interactie tussen roken en de afbraak van psychofarmaca. Juist deze patiëntengroep is daarom gebaat bij een rookvrije omgeving met zorgvuldige begeleiding, die betere randvoorwaarden scheppen voor een succesvolle stoppoging.⁹

Rookvrijbeleid in de ggz

Veel zorgmedewerkers in de psychiatrie uiten twijfels over het implementeren van een rookvrije omgeving.^{10,11} Dit komt vanwege de angst voor toename van agressie-incidenten, een angst voor toename in ernst van psychische symptomen en het wegvallen van roken als coping voor onrustige patiënten.¹²⁻¹⁴ Meerdere studies tonen echter aan dat een goed geïmplementeerd rookvrijbeleid vaak geen toename van agressie veroorzaakt.¹⁵ Tevens kan agressie aanzienlijk beperkt worden door goede voorzorgsmaatregelen en draagvlak vanuit het behandelend team.¹⁵

Rookvrijbeleid UMC Utrecht

De afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht werd in november 2020 rookvrij. Eén jaar voor de implementatie werd een werkgroep samengesteld om het rookvrijbeleid op de afdeling te implementeren. Deze werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld conform de leidraad Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg, waarbij de (interne en externe) communicatie, training van medewerkers en het opstellen van een beslisboom belangrijke onderdelen zijn.¹⁶ Het doel van onze studie is om te onderzoeken wat de impact is geweest van deze implementatie op de attitude van medewerkers van deze afdeling. Tevens bekeken we het aantal agressie-incidenten voor en na implementatie. Onze hypothese is dat zorgprofessionals positiever

worden over het rookvrijbeleid naarmate de tijd verstrijkt en de totale hoeveelheid agressie-incidenten niet zal toenemen.

METHODE

Wij voerden een observationeel onderzoek uit in één centrum, waarbij we kwantitatieve data-analyse toepasten. Onze gegevens kwamen voort uit enquêtes en retrospectieve informatie over agressie-incidenten in het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht. Met de resultaten van deze analyse wilden wij de implementatie van het rookvrijbeleid evalueren om hiermee andere organisaties te voorzien van inzichten over verwachte attitudes van zorgmedewerkers en het risico op toenemende agressie bij patiënten.

Onderzoekspopulatie

Het UMC Utrecht omvat drie reguliere, gesloten ggz-klinieken voor volwassenen: één acute kliniek en twee subacute klinieken, met een totaal van 48 bedden. Zorgmedewerkers die werkzaam zijn op de afdeling Volwassenenpsychiatrie van het UMC Utrecht werden uitgenodigd om deel te nemen aan twee enquêtes. De zorgmedewerkers ontvingen een e-mail met uitleg over het onderzoek en verzoek tot deelname. In totaal werden 172 zorgmedewerkers geïncludeerd, onder wie psychiaters, artsen in opleiding tot specialist, verpleegkundigen en overige betrokken zorgmedewerkers. De groep van overige zorgmedewerkers bestond uit coassistenten, medisch maatschappelijk werkers, psychologen en activiteitentherapeuten. Er werden geen exclusiecriteria opgesteld. Het onderzoek werd in overleg met de kwaliteitscoördinator van de divisie Hersenen in het UMC Utrecht niet als medisch-wetenschappelijk onderzoek geduid.

Opzet enquête

Er werden twee enquêtes afgenomen. Drie maanden voor implementatie (17 augustus 2020-11 september 2020) ontving iedereen een online-enquête met vragen over hun attitude omtrent de toekomstige implementatie van het rookvrijbeleid, gepland op 1 november 2020. Vier maanden na implementatie (17 februari 2021-5 maart 2021) werd een gelijksoortige vragenlijst opnieuw aangeboden.

Het afnemen van de enquête duurde 15 minuten en bestond uit vijf onderdelen. Er werd gevraagd naar demografische gegevens, rookstatus en rookgedrag van de zorgmedewerker. Ook kwamen er vragen aan bod over ieders attitude tegenover het rookvrijbeleid en gedrag van patiënten. In de vergelijkbare tweede enquête, na implementatie, was er ook aandacht voor eventueel opgetreden veranderingen, bijvoorbeeld verandering betreffende veiligheid, agressie, verergering van psychische klachten en verlenen van vrijheden. De vragen bestonden uit multiplechoice-, ja-nee- en likertschaalvragen en enkele open vragen voor eventuele toelichting bij eerder gegeven antwoorden. De enquêtes werden door drie auteurs gecontroleerd op leesbaarheid en taal- en schrijffouten.

Dataverzameling agressie-incidenten

In het UMC Utrecht werd gedurende een periode van vier maanden na implementatie van het rookvrijbeleid, via het Meldingen Agressie Patiëntenzorg (MAP)-systeem, informatie verzameld over alle agressiegerelateerde incidenten van patiënten op de afdeling Volwassenenpsychiatrie. Zorgmedewerkers worden gestimuleerd om te allen tijde een melding te maken via het MAP-systeem indien er sprake was van verbaal of fysiek geweld, seksuele intimidatie of bedreiging. Deze gegevens vergeleken we vervolgens met eenzelfde periode van vier maanden, één jaar voor de start van implementatie, om eventuele seizoensconfounding te voorkomen.

De agressie-incidenten konden worden gefilterd met een algoritme op de steekwoorden 'roken', 'rookt', 'rook', 'sigaret', 'peuk', 'rook beleid' en 'rookbeleid'. Vervolgens lazen we dit nog handmatig na om te zien of er sprake was van agressie omtrent het rookvrijbeleid bij de patiënt. Er was sprake van agressie gerelateerd aan de implementatie van het rookvrijbeleid indien het subject van agressie ging over de mogelijkheid tot roken, rooktijden en andere afspraken rondom het rookvrijbeleid.

Data-analyse enquête en agressie-incidenten

De data uit de enquête en van agressiegerelateerde incidenten analyseerden we met IBM SPSS Statistics versie 25.0. We pasten χ^2 -tests toe om de associaties tussen variabelen in de enquêtes te onderzoeken en gepaarde t-tests om significante veranderingen in agressie-incidenten vóór en na de implementatie van het rookvrijbeleid te onderzoeken. De U-test van Mann-Whitney gebruikten we om eventuele demografische verschillen tussen de

pre- en post-implementatiegroepen te onderzoeken. Alle tests golden als significant bij een betrouwbaarheidsniveau (BI) van 95% en een p-waarde van $< 0,05$.

RESULTATEN

Demografische gegevens zorgprofessionals

Voor beide fasen (voor en na implementatie) werden er in totaal 172 zorgmedewerkers gevraagd om de enquête in te vullen. 30% van de zorgmedewerkers (52/172) had gereageerd op de enquête voor de pre-implementatiefase en 20% van de zorgmedewerkers (34/172) had gereageerd op de enquête voor de post-implementatiefase. Deelname aan de enquête was anoniem, hierdoor waren er geen gegevens beschikbaar over deelnemers die zowel meededen voor als na de implementatie. Demografische gegevens van de zorgmedewerkers zijn inzichtelijk gemaakt in **tabel 1**. Er waren geen significante verschillen tussen de respondenten voor en na implementatie.

Attitude jegens het rookvrijbeleid

Verwachte effecten van rookvrije zorg op psychische klachten

Voor de implementatie verwachtte 37% (19/52) van de zorgmedewerkers een verslechtering in psychische klachten door het rookvrijbeleid, 40% (21/52) verwachtte geen verslechtering en 23% (12/52) wist niet wat te verwachten van het effect van rookvrije zorg op psychische klachten. Na implementatie rapporteerde 41% (14/34) van de zorgmedewerkers geen effect van het rookvrijbeleid op psychische klachten van patiënten, terwijl 15% (5/34) dacht dat de klachten verminderden. Geen mening werd gerapporteerd door 41% (14/34) en één zorgmedewerker meldde dat klachten verergerden.

Verwachting over agressie-incidenten bij implementatie rookvrijbeleid

Voor de implementatie had 62% (32/52) van de zorgmedewerkers de verwachting dat er een toename zou plaatsvinden van agressie-incidenten na implementatie van het rookvrijbeleid. Hierin was niet gespecificeerd of het enkel de kliniek betrof waar de zorgmedewerker werkzaam was, of een toename voor alle klinieken. Van deze groep zorgmedewerkers die een toename in agressie verwachtten, had 66% (21/32) de inschatting dat dit van tijdelijke aard zou zijn na implementatie en het weer zou normaliseren naar het oude niveau van agressie-incidenten binnen enkele maanden.

Aantal ervaren incidenten

Aan het eind van de postimplementatiefase werd gevraagd aan de zorgmedewerkers of zij een (tijdelijke) toename van agressie-incidenten hadden ervaren op de subacute en acute klinieken. Van deze groep zorgmedewerkers gaf 71% (24/34) aan niet te weten of er een

toename van agressie-incidenten had plaatsgevonden op de acute en subacute afdelingen. Wat betreft de acute afdeling schatte 18% (6/34) van de zorgmedewerkers in dat toename van agressie enkel van tijdelijke aard was geweest en 12% (4/34) schatte in dat er wel een aanhoudende toename was van agressie na de implementatie

van het rookvrijbeleid. Op de subacute afdelingen rapporteerde 30% (10/34) van de zorgmedewerkers dat er geen toename was van agressie-incidenten. Tot slot voelde 88% (30/34) van de zorgmedewerkers zich even veilig na implementatie van het rookvrijbeleid wat betreft agressie van patiënten.

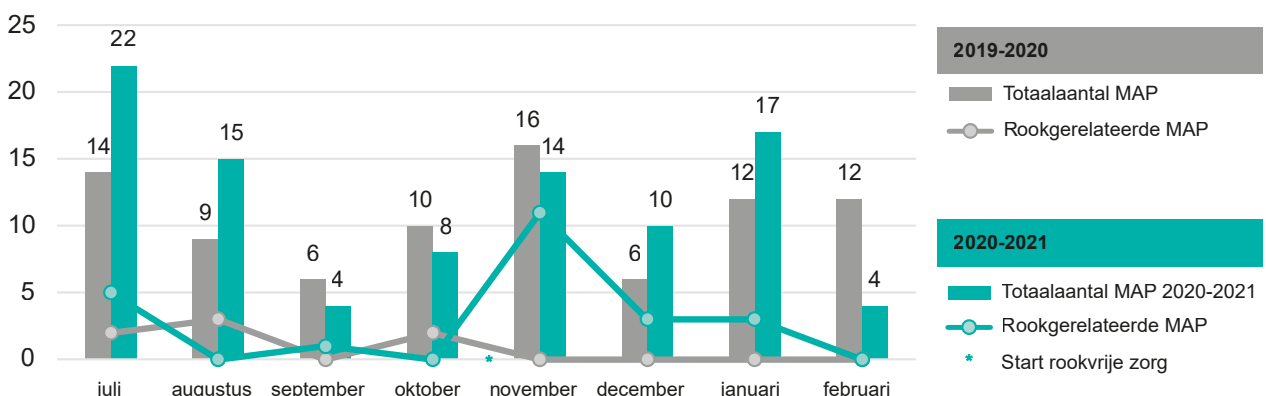
Tabel 1. Demografische gegevens van participerende zorgmedewerkers

Demografische kenmerken zorgmedewerkers	Voor implementatie (n = 52)	Na implementatie (n = 34)	p
Geslacht, n (%)			(0,548)
Vrouw	34 (65%)	23 (69%)	
Man	17 (33%)	9 (25%)	
Onbekend	1 (2%)	2 (6%)	
Leeftijd, n (%)			(0,977)
< 20 jaar	-	-	
20-29 jaar	10 (19%)	7 (21%)	
30-40 jaar	17 (33%)	10 (29%)	
> 40 jaar	13 (25%)	8 (23%)	
Onbekend	12 (23%)	9 (27%)	
Professie, n (%)			(0,778)
Verpleegkundige	22 (42%)	17 (50%)	
Arts (niet) in opleiding tot specialist	11 (21%)	8 (23%)	
Psychiater	7 (14%)	4 (12%)	
Overige zorgmedewerker*	12 (23%)*	5 (15%)	
Rookstatus, n (%)			(0,072)
Rookt	2 (4%)	5 (15%)	
Mening over rookvrijbeleid**, n (%)			(0,096)
Eens	32 (62%)	26 (76%)	
Oneens	20 (38%)	7 (21%)	
Missend	-	1 (3%)	

*Overig: coassistenten (5), medisch maatschappelijk werkers (3), psychologen (2), activiteitentherapeuten (2)

**Aan zorgmedewerkers werd de volgende stelling voorgelegd: implementatie van een rookvrijbeleid op een gesloten psychiatrische afdeling is een goed idee.

Figuur 1. Aantal meldingen van agressie in de patiëntenzorg (MAP) op de afdeling Psychiatrie in het UMC Utrecht



Verlenen van vrijheden

De verwachting van het rookvrijbeleid was dat patiënten sneller 'groene' vrijheden zouden krijgen, omdat roken enkel nog buiten het ziekenhuisterrein mogelijk zou zijn. Volgens 56% (19/34) van de zorgmedewerkers uit de postimplementatiegroep vond het sneller versoepelen van vrijheden daadwerkelijk plaats, 32% (11/34) dacht dat dit gelijk gebleven was en de overige 12% (4/34) dacht dat er geen toename was van vrijheden. Aan de zorgmedewerkers werd ook gevraagd hoe ze de mogelijke versoepeling van vrijheden bij opname ervaren: 38% (13/34) zag een positieve verandering waarbij het beleid omtrent groene vrijheden beter werd gehanteerd, 24% (8/34) bemerkte hier geen verandering in en 12% (4/34) ervoerde juist een onveilig gevoel door het te snel verlenen van vrijheden door het rookvrijbeleid. De overige 26% (9/34) gaf aan geen mening te hebben hierover.

Meldingen Agressie Patiëntenzorg (MAP)

Er waren 46 agressie-incidenten in de periode één jaar voor de implementatie (november 2019-februari-2020) en 45 agressie-incidenten in de periode na implementatie (november 2020-februari 2021). Er werd geen significant verschil ($p = 0,882$) gevonden in de hoeveelheid agressie-incidenten tussen beide periodes. In de periode één jaar voor de implementatie vonden geen rookgerelateerde agressie-incidenten plaats. Op 1 november 2020 vond de implementatie plaats. Na implementatie van het rookvrijbeleid waren 17 van de 45 agressie-incidenten (38%) gerelateerd aan het rookvrijbeleid (zie **figuur 1**). Er was een significant verband tussen implementatie van het rookvrijbeleid en het optreden van rookgerelateerde agressie-incidenten ($p \leq 0,05$). Van de 17 rookgerelateerde agressie-incidenten vonden er 14 plaats op de acute psychiatrieafdeling en 10 van de 17 rookgerelateerde agressie werden veroorzaakt door 2 patiënten op de acute afdeling, die elk 5 agressie-incidenten veroorzaakten. Er was een significant verschil ($p = 0,015$) tussen het aantal rookgerelateerde agressie-incidenten op de acute psychiatrieafdeling en andere afdelingen.

DISCUSSIE

Zorgmedewerkers waren na de implementatie positiever over het beleid en minder bezorgd over verslechtering van psychische klachten en/of agressie bij patiënten. Ook waren ze van mening dat patiënten sneller 'groene' vrijheden kregen. Hoewel er in de eerste maand na implementatie een relatieve toename van rookgerelateerde agressie-incidenten was, was er geen absolute toename in vergelijking met dezelfde periode een jaar voor de implementatie.

Draagvlak voor rookvrijbeleid

Na de implementatie van het rookvrijbeleid leek het draagvlak onder de zorgmedewerkers toe te nemen. Dit kan verklaard worden doordat roken initieel werd beschouwd als

een manier om agressie te voorkomen, maar de verwachte toename in agressie-incidenten uitbleef. Bovendien merkten de meeste zorgmedewerkers geen verergering van psychiatrische klachten. Het uitblijven van een toename van agressie-incidenten en van een verergering van psychiatrische klachten werd ook in andere studies gerelateerd aan een toenemend draagvlak voor een rookvrijbeleid.^{17,18} Andere positieve invloeden van een rookvrijbeleid, die we niet in deze studie onderzochten, zijn o.a. een verbetering van luchtkwaliteit en preventie van meer roken.¹⁹ Voorafgaand aan implementatie van het rookvrijbeleid waren de grootste zorgen dat er een toename van agressie zou zijn en een verergering van de psychiatrische klachten bij opgenomen patiënten. Vier maanden na implementatie ervoerde de meerderheid van de zorgmedewerkers dat deze klachten van patiënten niet verergerd waren en 15% van de zorgmedewerkers dacht dat klachten mogelijk verminderden. Dit komt overeen met studies die laten zien dat stoppen met roken niet leidt tot meer psychische klachten.^{18,20}

De meeste respondenten (70%) in de postimplementatiegroep hadden geen mening over een mogelijke toename van agressie-incidenten. Dit kan komen doordat ze werkzaam waren op subacute afdelingen, waar sneller groene vrijheden kunnen worden toegepast voor patiënten om buiten het ziekenhuisterrein te roken. Het kan ook komen doordat het specifieke medewerkers betrof, zoals coassistenten of psychotherapeuten, die niet continu of langdurig betrokken waren bij de zorg op de kliniek.

Aantallen agressie-incidenten

De attitude van respondenten uit de postimplementatiegroep past bij de geregistreerde agressie-incidenten. Hoewel sommige zorgmedewerkers bezorgd waren over een mogelijke toename van agressie-incidenten, toont dit onderzoek aan dat er geen absolute stijging heeft plaatsgevonden.

Er is echter wel een toename geweest in het percentage rookgerelateerde incidenten direct na de implementatie. Voorheen werd roken soms gebruikt als de-escalatietechniek, nu lijkt het rookvrijbeleid tijdelijk agressie uit te lokken. In de eerste maand na implementatie waren alle agressie-incidenten op de acute kliniek gerelateerd aan het rookvrijbeleid. Dit kan worden verklaard door het actieve meldingsbeleid en expliciete vermelding van rookgerelateerde incidenten. In de daaropvolgende maanden was er een dalende trend in rookgerelateerde agressie-incidenten. Bij de subacute klinieken was er geen toename van rookgerelateerde agressie-incidenten, wat de hypothese ondersteunt dat de toename van agressie-incidenten van tijdelijke aard zou zijn. Dit is vergelijkbaar met eerdere onderzoeken naar agressie bij de invoering van een rookvrijbeleid op gesloten afdelingen.^{21,22}

We keken in ons onderzoek niet naar de vorm van agressie ten gevolge van rookvrijbeleid. Inzage van en onderzoek naar deze gegevens zouden informatie kunnen geven over een mogelijke verandering van ernst en type van agressie na implementatie van een rookvrijbeleid.

Toekenning vrijheden

Na de implementatie heerste het gevoel bij het verpleegkundig team dat er een verandering ontstond in vrijheidsverlening voor patiënten. Dit gebeurde doordat groene vrijheden sneller leken te worden toegekend aan patiënten, mogelijk vanwege de sterke wens van patiënten om te roken. Deze groene vrijheden stellen patiënten in staat om de afdeling te verlaten binnen afgesproken tijden. De meeste zorgmedewerkers vonden dat de toekenning van deze vrijheden hiermee rechtvaardiger werd. Tijdens opname leken patiënten op dit punt ook meer vertrouwen te krijgen.

Het huidige rookvrijbeleid zorgt echter wel voor overlast rondom het ziekenhuisterrein, aangezien rokende patiënten zich daar verzamelen, wat de doorgang voor medepatiënten en zorgmedewerkers belemmert. Verder onderzoek naar de effecten en gevolgen van deze snellere vrijheidsverlening is wenselijk.

Beperkingen

Deze studie heeft een aantal beperkingen. De belangrijkste hiervan is de grootte en ontstaanswijze van de dataset. Ondanks dat een respons van 20-30% op een enquête in lijn is met eerdere, soortgelijke onderzoeken, levert het voor dit onderzoek een kleine steekproefgrootte op met risico op confounding en een beperkte generaliseerbaarheid.^{23,24} Tevens kan de steekproefgrootte worden toegeschreven aan de korte inclusietijd van 22 dagen voor implementatie en 17 dagen erna. De resultaten van de enquête zijn hierdoor wellicht niet representatief voor de attitudes van het totaal aan zorgmedewerkers. Vanwege de anonimiteit en vrijblijvendheid van de enquête is onduidelijk hoeveel zorgmedewerkers die deelnamen voor de implementatie ook deelnamen na de implementatie. Dit betekent dat het onbekend is of de resultaten gebaseerd zijn op dezelfde groep zorgmedewerkers of op twee totaal verschillende groepen. De validiteit van onze resultaten en conclusies komt hierdoor in het geding. Echter, het werd noodzakelijk geacht om de anonimiteit en vrijblijvendheid tot het invullen van de enquête in stand te houden. De responsgraad zou lager uitvallen als we de keuze hadden gemaakt om de enquête niet meer anoniem te laten zijn. Bij toekomstig onderzoek moet er echter zorgvuldig rekening worden gehouden met voor- en nameting om de enquêtevaliditeit te versterken.

In het huidige onderzoek kan er sprake zijn van selectiebias, waarbij medewerkers met interesse en motivatie voor het rookvrijbeleid eerder geneigd zijn om deel te nemen aan de enquête. Het omgekeerde kan echter ook het geval zijn. Bovendien bleek de groep 'rokers' in de tweede enquête groter te zijn dan in de eerste enquête. Over het algemeen zijn rokers minder steunend voor een dergelijk rookvrijbeleid. Dit betekent dat de resultaten mogelijk een over- of onderschatting kunnen zijn van de standpunten van het personeel.

Daarnaast is het mogelijk dat niet alle agressiegerelateerde incidenten gerapporteerd werden. Echter, mede-

werkers zijn gedurende de periode na implementatie aangemoedigd om alle incidenten te rapporteren. Er zou zelfs een potentiële vertekening kunnen ontstaan na invoering van het rookvrijbeleid, omdat medewerkers deze incidenten nauwlettender gingen melden.

Dit onderzoek vond plaats in de setting van een academisch ziekenhuis met klinische patiënten, waardoor de resultaten mogelijk niet te generaliseren zijn naar ggz-instellingen. Desalniettemin, het UMC Utrecht is in grote lijnen vergelijkbaar met willekeurig andere acute klinieken van de ggz.

Al met al denken wij dat ondanks de genoemde beperkingen het breder toepassen van een rookvrijbeleid bij andere ggz-instellingen meer zal bijdragen aan een verandering in attitude naar een compleet rookvrijbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg.

CONCLUSIE

Met een groeiend aantal rookvrije ziekenhuizen en ggz-instellingen geeft dit onderzoek inzicht in de attitudes van zorgmedewerkers van een psychiatrisch ziekenhuis vóór en na implementatie van een rookvrijbeleid. De attitude over het rookvrijbeleid leek te verbeteren en medewerkers meldden geen verergering van psychiatrische symptomen. Er was een verandering in de dynamiek van vrijheden voor patiënten, wat als rechtvaardiger werd ervaren. Hoewel er een toename was in rookgerelateerde agressie-incidenten de eerste maand na implementatie, bleef het absolute aantal incidenten stabiel. Het onderzoek ondersteunt het rookvrij maken van psychiatrische klinieken en kan zekerheid bieden aan andere instellingen. Adequate begeleiding en nicotinevervangende middelen zijn handvatten om een psychiatrische kliniek veilig en effectief rookvrij te maken.

LITERATUUR

- 1 Roken onder volwassenen: roken bij personen van 18 jaar en ouder in 2022. (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut; 2022.) <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor/roken-onder-volwassenen>.
- 2 Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, e.a. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res* 2014; 48: 102-10.
- 3 Olfson M, Gerhard T, Huang C, e.a. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 1172-81.
- 4 Nationaal Preventieakkoord. 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>.
- 5 Toolkit Rookvrije Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022 <https://www.rookvrijezorg.com/toolkit/bestuur-en-commitment/#rookvrijbeleid-voorbeeldenpresentatiesrookvrijbeleid>.
- 6 Bijna driekwart van NVZ-leden rookvrij. Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen; 2022. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/nieuws/bijna-driekwart-van-nvz-leden-rookvrij>.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.