

Roken is slecht. Vooral voor de gordijnen.

Willem van Hanegem



Naam: Monique Almekinders
Studentnr: 433371
Studiebegeleider: Jos Terhaag
Praktijkbegeleider: Brecht van Leipsig
Progresscode: 01A2-PRFD
Datum: 10-4-2021

Inhoud

Voorwoord	blz. 3
Inleiding	blz. 4
Wet- en regelgeving	blz. 5
Rookvrije gezondheidszorg	blz. 6
Cliënt en medewerker binnen de organisatie	blz. 6
Rookverslaving	blz. 8
Filosofie	blz. 9
Ethiek	blz. 10
Dwang en Drang	blz. 10
Reflectie	blz. 11
Literatuurlijst	blz. 13

Voorwoord

Toen we de opdracht kregen om een referaat te houden over een onderwerp dat betrekking heeft op dwang en drang dacht ik direct aan het rookbeleid binnen onze GGz-instelling. Geen ijzersterk voor de hand liggend onderwerp. De opmerking dat het belangrijk is dat je een mening over het onderwerp van je referaat hebt, maar ook dat je er een schittering van in je ogen van moest krijgen, zorgde ervoor dat ik met plezier het risico neem om een minder voor de hand liggend onderwerp aan een onderzoek te onderwerpen. Ik heb met plezier aan het onderzoek gewerkt en hoop met dit referaat ook anderen aan het denken te zetten.



Inleiding

In dit document staat alle informatie die ik relevant vond voor dit referaat. De 'go' kreeg ik op de stelling '*Cliënten die langdurig binnen de GGZ verblijven moeten gemotiveerd worden tot stoppen met roken*' met daarbij de onderstaande onderzoeksvragen;

- *Moet het niet-roken in de huisregels van een GGZ-woning staan? En geldt dit dan ook voor hun persoonlijke ruimte?*
- *In hoeverre past stoppen met roken binnen de behandeling van de cliënt?*
- *Zou het stoppen met roken onderdeel moeten zijn van de behandeling?*
- *Zijn cliënten voldoende op de hoogte van de gevaren voor hen en hun omgeving?*
- *Mag je cliënten met een WLZ-indicatie verplichten te stoppen met roken?*

Toen ik met het onderzoeken van deze vragen aan de slag ging, merkte ik dat in eerste instantie ik de koppeling met dwang en drang niet zo makkelijk kon maken als dat ik deze voelde. Pas toen ik me meer verdiepte in het onderwerp werd dit me meer helder. Ik ben een groot liefhebber van vrijheid, het zelf mogen bepalen en mijn eigen zin doen. Ook in mijn werk als ervaringsdeskundige is dat iets wat ik cliënten probeer mee te geven. Niet zelden stel ik ze vragen als; 'Wat vind jij daar nou van?' 'Hoe zie jij dat?' of 'Maar dat mag je toch zelf bepalen?' En precies dat vind ik in deze een lastige. Ik ben een echte niet-roker, zou liefst willen dat iedereen er vandaag nog mee stopte, maar ik gun mensen ook hun vrijheid, hun eigen waarden. En iemand ergens toe dwingen, of iets opdringen staat ver van mij vandaan.

Ik neem je in dit schriftelijke deel van het referaat mee in het onderzoek dat ik gedaan heb, maar neem je ook mee in de visie die ik zelf heb ontwikkeld over het onderwerp.

Wet- en regelgeving

In Nederland kennen we de Tabaks- en rookwarenwet, deze wet verplicht zorgaanbieders om een rookverbod in te stellen in gebouwen waar zorg wordt verleend. Sinds 1 juli 2020 houdt het rookverbod niet alleen een verbod in om tabaksproducten te roken, maar ook om tabaksproducten op een andere manier te consumeren en om de damp van elektronische sigaretten of elektronische sigaretten zonder nicotine te consumeren. (Rijksoverheid, 2021) In het Tabaks- en rookwarenbesluit worden drie uitzonderingen gemaakt op de verplichting om een rookverbod in te stellen. Het is niet verplicht om een rookverbod in te stellen in privéruimten van cliënten en specifieke rookruimten of de open lucht. Daarnaast biedt het Tabaks- en rookwarenbesluit zorgaanbieders de mogelijkheid om 'wachtruimten, kantines, recreatie- of soortgelijke ruimten' uit te zonderen van het rookverbod. Hiervoor gelden als voorwaarden dat meerdere van dergelijke ruimten beschikbaar zijn en dat ten hoogste de helft van deze ruimten wordt uitgezonderd van het rookverbod.

In artikel 3 van de Arbeidsomstandighedenwet, in de volksmond ook wel Arbowet, (Rijksoverheid, 2020) beschrijft de rijksoverheid dat de werkgever verplicht is te zorgen voor een gezonde en veilige werkomgeving. Hierbij is dus ook van belang dat men in een rookvrij omgeving kan werken. In de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, WGBO, (Blankers, Buisman, Weijde, & Laar, 2015) staat dat cliënten het recht op zelfbeschikking toekomt, ze hebben het recht om hun leven naar eigen wens in te richten. Het recht van cliënten om in de eigen woonvertrekken te roken valt hieronder. De instelling is echter niet verplicht om het roken in privéruimten toe te staan. Indien de instelling hier wel voor kiest, geldt de verplichting om zorg te dragen voor zo min mogelijk hinder en overlast voor de medewerkers. Cliënten die binnen een zorginstelling verblijven vallen vaak onder de Wet Langdurige Zorg, WLZ, (Rijksoverheid, 2021) of soms de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, WVGZ, (Rijksoverheid, 2021). Voor deze mensen kan dus een uitzondering gemaakt worden, omdat zij binnen de instelling vaak een privéruimte hebben.

Sinds 2018 is er het Nationaal Preventieakkoord (Ministerie van Volksgezondheid, 2018), De Rijksoverheid heeft dit preventieakkoord samen met meer dan 70 maatschappelijke organisaties opgesteld. Hierin staan meer dan 200 afspraken om Nederland gezonder te maken, hierin wordt ook actief ingestoken op het stoppen met roken.

Rookvrije gezondheidszorg

In het Nationaal Preventieakkoord wordt ingestoken op een rookvrije zorg in Nederland in 2030. Binnen de zorg zijn er verschillende initiatieven om deze rookvrij te krijgen, het Trimbos heeft hier een actieve rol in. Anton van Balkom van De Nederlandse GGZ is hierin de aanjager, veel van zijn ervaring vind je een 'toolkit rookvrije zorg', hierin staan diverse pijlers, van beleid tot communicatie, van gezonde werkplek tot evaluatie. (Trimbos, 2021) Ook is er specifiek voor de GGZ een campagne, 'De Rookvrije GGZ'. De Nederlandse GGZ heeft hiermee de ambitie om zelfs al in 2025 de 70 aangesloten ggz-instellingen rookvrij te hebben. (Trimbos, 2021)

GGz Breburg, de organisatie waar ik mijn werkervaringsplek heb, deed in 2018 een self-audit van het Global Network for Tobacco Free Health Care Services (Statutes, 2021). Met de self-audit werd de stand van zaken om de organisatie rookvrij te maken getoetst. Het ging daarbij over onderwerpen als het beleid van organisaties om de locaties en werkruimtes rookvrij te maken, de betrokkenheid van medewerkers en cliënten bij het rookbeleid en de intentie om toe te werken naar een compleet rookvrije instelling.

Cliënt en medewerker binnen de organisatie

Het wel of niet mogen roken binnen de instelling leeft erg binnen GGZ Breburg, de instelling waar ik werk. Op de locatie waar ik dit jaar mijn werkervaringsplek heb, wonen voornamelijk mensen met een WLZ-indicatie. Het 'sociale samen roken' wordt niet meer geaccepteerd, terwijl cliënten dit benoemen als een belangrijke reden om te roken, 'even gezellig samen een sigaretje doen'. Daarnaast benoemen ze ook stress en verveling als reden om te roken. Voor werknemers is het zelfs een absolute 'no go' geworden om op het werkt te roken. Ook in de pauzes en in de algemene rookruimte mogen zij niet meer roken. Voor cliënten geldt dat zij niet mogen roken op hun kamer en in algemene ruimtes, voor hen zijn er een aantal rookruimtes in de gemeenschappelijke woonhuizen. Cliënten die ambulante wonen in een huis dat eigendom is van GGZ Breburg mogen niet in het huis niet roken.

Binnen onze instelling staat het rookbeleid als onderstaand beschreven op de website; GGz Breburg biedt haar medewerkers en cliënten een rookvrije omgeving.

- Medewerkers en cliënten roken niet in gebouwen welke eigendom zijn van GGz Breburg.
- Medewerkers kunnen uit het zicht roken tijdens de onbetaalde pauze.
- Cliënten kunnen buiten roken in de daarvoor aangewezen faciliteiten.
- Voor wat betreft de e- sigaret geldt hetzelfde beleid. (Breburg, 2018)

Dit beleid past bij een gezondheidsorganisatie zoals GGz Breburg waar cliënten, medewerkers en derden worden beschermd tegen de nadelige gevolgen van roken. Rokers leven gemiddeld 10 tot 15 jaar korter dan niet-rokers en leven in een omgeving waar gerookt wordt is bijna net zo ongezond. Ook is aangetoond dat de meeste brandincidenten worden veroorzaakt door aan roken gerelateerde zaken.

Knelpuntenanalyse vanuit cliëntenperspectief:

- Er wordt vanuit de hulpverleners zo goed als niet gesproken over roken, brandgevaar en/of gezondheid.
- Cliënten zijn wel op de hoogte van rookbeleid/regels.
- Medewerkers dienen verantwoordelijkheid te dragen voor het handhaven van het rookbeleid (aanspreekcultuur).
- Uit 50% van de vragenlijsten blijkt dat cliënten de relatie met psychiatrische problematiek en roken onderschrijven.
- Er is meer hulp en begeleiding nodig bij stoppen met roken (o.a. meer aandacht voor training om te stoppen met roken).
- Meerderheid heeft de intentie of wens om te stoppen met roken.
- Voorbeeldfunctie van medewerkers zou helpend zijn bij stoppen met roken (uit het zicht roken).
- Cliënten geven aan dat er facilitering noodzakelijk is wanneer er geen (binnen) rookruimtes meer zijn.
- Cliënten ervaren overlast van rokende medecliënten en medewerkers.
- Er ontbreekt kennis over roken en meerroken (o.a. invloed op werking medicatie en algemene gezondheid). (Breburg, 2021)

Aan de hand van bovenstaande knelpunten, benoemd vanuit cliëntperspectief, ben ik het gesprek aan gegaan met cliënten op de locatie waar ik werk. Deze punten komen overeen met hun visie. Daarnaast benoemden een aantal cliënten ook dat ze het 'langer en gezonder leven' als zij zouden stoppen met roken niet als meerwaarde zien.

Medewerkers zijn wisselend positief over het rookbeleid. Niet iedereen is het er mee eens, sommigen roken zelf, anderen hebben er moeite mee om mensen op het beleid te wijzen. Een enkeling vraagt zich af of het haalbaar is om de instelling in 2025 rookvrij te hebben.

Rookverslaving

Het is bekend dat roken een verslaving is, hoewel het voor veel mensen afgedaan wordt als een slechte gewoonte. Velen worstelen er al jaren mee, stoppen, niet stoppen, stoppen, stress, weer beginnen. Iedereen lijkt te weten dat roken ongezond is, schade toebrengt aan je gezondheid en zelfs aan die van een ander. Roken kost veel geld, je gaat er van stinken, net als je huis en misschien krijg je zelfs bruine vingers van de nicotine. Daarnaast vormt het één van de grootste risico's op brand en is het daarmee een gevaar voor medebewoners en hun leefomgeving. En toch blijft het moeilijk, voor sommigen schijnbaar onmogelijk, om te stoppen. Dit komt doordat het verslavend is, een verslaving die steeds minder geaccepteerd wordt. Wanneer je zoekt naar de betekenis van verslaving kom je het volgende tegen; Veel mensen die roken zijn verslaafd aan roken. In 2018 ging dat volgens het Trimbos om ruim 20%. Maar wat wordt verstaan onder een tabaksverslaving? In tabak zit de stof nicotine, een middel dat zowel lichamelijk als geestelijk zeer snel, al na enkele keren roken, verslavend werkt. Omdat je went aan nicotine ga je steeds meer roken om hetzelfde effect te bereiken. Naast nicotine bevat een sigaret ook teer en koolmonoxide. In teer zitten kankerverwekkende stoffen, waardoor je bijvoorbeeld longkanker kunt krijgen. Door koolmonoxide kunnen de rode bloedcellen minder zuurstof opnemen en door jouw lichaam vervoeren. Het inademen van rook van andere mensen verhoogt ook het risico op longkanker. (Brijder, 2018) De hersenen spelen bij verslaving aan drugs (ook nicotine is een drug) een belangrijke rol, omdat deze een directe invloed hebben op de werking van de zenuwcellen, neurotransmitters en dopamine. Dopamine is een stof die er voor zorgt dat we ons goed voelen. Door het gebruik van drugs/nicotine maken onze hersenen meer dopamine aan, hierdoor voelt de gebruiker zich beter en gaan dus door met gebruiken en zo ontstaat een vast patroon. (Hersenstichting, 2021). Hierdoor is het lastig om te stoppen, geven mensen soms hun laatste leefgeld uit aan middelen en hebben moeite zich aan een rookverbod te houden. Wanneer zij niet kunnen roken kunnen zij last krijgen van ontwenningssverschijnselen, zoals concentratieproblemen, hoofdpijn of rusteloosheid. Dit betekent dat het roken van tabak feitelijk hetzelfde gezien kan worden als het roken van wiet. Wiet roken wordt echter veel minder geaccepteerd en hulpverleners vinden het daardoor wellicht minder lastig daar iets van te zeggen.

Zoals de Franse schrijver Michel Houellebecq schreef in zijn boek 'Serotonine'; *De verlichting die het eerste trekje brengt is acuut, van een verbluffende heftigheid. Nicotine is een perfecte drug, een eenvoudige, harde drug, die geen vreugde brengt maar zich volledig kenmerkt door het gebrek, en het verdwijnen van het gebrek.* (Serotonine, 2019)

Filosofie

Vanuit de capability approach van Martha Nussbaum gezien (den Braber, 2016) heeft iedereen het recht om het leven te leven zoals hij/zij dat wil binnen redelijke grenzen. Iedereen heeft recht op geluk en een kwalitatief goed leven. Het eerste begrip, ook wel negatieve vrijheid genoemd, houdt in dat wij vrij zijn te handelen zoals wij willen. De vrijheid mag slechts aan banden worden gelegd in zoverre dat noodzakelijk is om anderen optimale vrijheid te garanderen. Het tweede begrip, ook wel positieve vrijheid genoemd, houdt in dat wat men wil ook werkelijk in vrijheid en zelfstandigheid kan worden nagestreefd. Het is de vrijheid om het leven zoveel als kan zelf vorm te geven.

Kant (Kant, 2004) onderscheidde in het begrip 'vrijheid' enerzijds in natuurlijke of handelsvrijheid, en anderzijds autonomie. De mens moet zich houden aan wetten, aan de ethisch morele wet binnen de maatschappij en aan de juridische wetten binnen de staat. Voor Kant weegt de morele wet zwaarder dan de wetten van de juridische staat, omdat de morele wet te maken heeft met echte vrijheid. Hij noemt de juridische wetten als dwang vanuit de staat. Dat de juridische wet dwingend is, heeft te maken met haar uiterlijkheid, zo stelt hij, omdat zij niet alleen openbaar zijn, maar ook overal nagelezen en geraadpleegd kan worden. Vanuit het principe van de morele wet wordt je nooit haarfijn verteld wat je wel en niet mag doen en ook is er niemand die je een duidelijke definitie kan geven van wat het moreel goede handelen moet zijn. 'We beschikken wel over dikke juridische wetboeken, maar nimmer over dikke morele wetboeken.' (Dorudi, 2017)

Mensen voelen zich gelukkig als ze goed functioneren, dat is iets waar men vaak naar op zoek is. Vaak wordt genot verward met geluk. Wanneer je hierbij de koppeling maakt naar het roken, is het logisch dat mensen zeggen zich gelukkig te voelen wanneer ze roken en het niet als een verslaving ervaren. Aristoteles zegt hierover dat het belangrijk is dat we onderscheid leren maken tussen genot dat uiteindelijk zal leiden tot ons geluk, en genot dat leidt tot 'verloedering' en zelfs onze ondergang. Hij verwijst naar opvoeding en wetgeving die ons de juiste vormen van genot zouden moeten leren. (Schopman, 2021)

Ethiek

Als we kijken naar het rookbeleid zoals dat nu gevoerd wordt is daar van alles van te vinden. Er zijn voor- en tegenstanders, mensen die er alles aan doen om het te laten slagen, mensen die het gelaten over zich heen laten komen en mensen die een fel tegengeluid laten horen. Wat is goed en wat is juist? Als je het mij vraagt een hele lastige vraag. Enerzijds begrijp ik het beleid en wil ik graag dat mensen gezond zijn en/of blijven. Anderzijds ben ik een voorstander van het hebben van de vrijheid om te leven zoals een ieder graag wil. Maar door het fenomeen roken te vervangen door verslaving, wat het natuurlijk is, heb ik mijn twijfel bij in hoeverre de rokende medemens een objectieve mening kan hebben over het al dan niet roken. In hoeverre kan een verslaafde een gezonde keuze maken met betrekking tot het al dan niet gebruiken van het middel. Nicotine in dit geval. Overal verkrijgbaar, enigszins geaccepteerd en legaal. Moeten we rokende mensen, net als bij andere middelen verslavingen die de hersenen beïnvloeden behandelen als verslaafden. Moeten we ze actief behandeling aanbieden? Mag behandeling verplicht zijn wanneer men cliënt is binnen een organisatie waar verslavingszorg geboden wordt? Met andere woorden, kan je dwang en drang hierbij toepassen? En in hoeverre gebeurt dit nu al?

Dwang en Drang

Uit de module 'Dwang en drang' van GGZ Standaarden geciteerd; Bij dwang in de ggz wordt iemand tegen zijn of haar wil opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of krijgt deze een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd tijdens het proces van opnemen of tijdens het verblijf in de instelling. Dat kan bijvoorbeeld nodig zijn bij agressie jegens derden, suïcidaliteit of ernstige verwaarlozing. Bij drang behoudt de patiënt keuzevrijheid, maar sommige keuzeopties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde voorwaarden verbonden. Vaak betekent dit een keuze tussen twee kwaden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of een gedwongen opname). Drang beperkt net als dwang iemands vrijheid, maar laat de patiënt nog ruimte en vormt niet per se een inbreuk op de relatie met de hulpverlener. (Standaarden, n.d.)

Binnen de GGZ is men steeds meer bezig met het verminderen van dwang en drang, omdat het vaak niet werkt, omdat het ethisch vaak niet 'goed te praten' is en niet in de laatste plaats omdat mensen er soms nog lang na de behandeling last van blijven houden. Soms zelfs zodanig dat men er behandeling voor nodig heeft om het te verwerken. Men maakt onderscheid in harde en 'zachte' dwang. Onder harde vormen van dwang verstaat men bijvoorbeeld isolatie en fixatie, onder 'zachte' dwang bijvoorbeeld rigide regels, verplichte structuur en straffen. (Verbeke, 2021)

Valt het verbieden van roken in je 'eigen huis' wanneer je binnen een instelling woont onder dwang en drang? Wanneer mensen niet vrij zijn in de keuze die ze hierin maken, maar volgens het rigide systeem van de instelling moeten leven, terwijl de instelling hier keuzevrijheid in heeft valt het in mijn ogen wel degelijk onder dwang en drang. De keuze om niet te roken, wordt door de instelling, even goed zou de keuze gemaakt kunnen worden dat mensen die in een woonvoorziening wonen een uitzondering op de regel zijn. Daarnaast worden de bewoners met het gevoerde rookbeleid actief ontmoedigd om te roken. Ze worden er structureel op aangesproken, hun kamer uitgestuurd wanneer ze daar toch roken, wellicht heeft het zelfs consequenties voor ze wanneer men structureel tegen de regels ingaat.

Reflectie

Wanneer we het woord 'roken' in deze discussie vervangen voor 'verslaving', wat het feitelijk is, krijg ik een heel ander beeld. Mijn beeld was voorheen milder dan dat het nu is. Wat ik lastig blijf vinden na mijn onderzoek is het feit dat ik door het beleid actief te voeren, het gevoel houdt dat ik cliënten aantast in hun vrijheid. Dat gevoel heb ik minder nu ik me er bewuster van ben dat het gaat om verslaving. In veel gevallen is dat (één van de) problemen waarvoor ze bij ons in zorg zijn. Hierdoor zal het mij in de toekomst dus makkelijker afgaan om mensen actief op het rookbeleid te wijzen.

Waar ik erg van geschrokken ben is het verhaal van Anton van Balkom, die ik voor dit onderzoek sprak. Hij vertelde dat er eens een collega was die na haar bevalling van de arts te horen kreeg dat ze duidelijk een rokersplacenta had. Ze had nooit gerookt, maar tijdens haar werk had zij veel 'meegerookt'. (Balkom, 2021) De afgelopen tijd heb ik dit verhaal een aantal keren met mensen gedeeld. De meesten waren hiervan onder de indruk, hadden tot ik hen dit vertelde geen idee. Door deze reacties, alsmede door de gesprekken met collega's, cliënten en naasten de afgelopen periode, zie ik dat er nog veel onwetendheid is en de ernst van een rookverslaving wellicht onderschat wordt. Door actiever te informeren zou het rookbeleid misschien breder gedragen kunnen worden. Niet alleen 'Verboden te roken', maar juist het waarom achter het verbod bespreken.

Mijn stelling '*Cliënten die langdurig binnen de GGZ verblijven moeten gemotiveerd worden tot stoppen met roken*' kan ik hiermee vanuit mijn persoonlijk mening beamen. Wat altijd lastig zal blijven, omdat dwang en drang op de loer ligt. Het gaat daarbij tenslotte vooral om het gevoel dat iemand heeft wanneer hij 'gemotiveerd' wordt. Oprechte gesprekken, ruimte voor ieders mening, gelijkwaardigheid zijn erg belangrijk. Het stoppen met roken kan dus onderdeel van de behandeling zijn, maar moet in mijn optiek in elk geval onderwerp van gesprek zijn.

Wanneer ik kijk naar de onderzoeksvragen die ik had, ben ik dus zeker wijzer geworden. Iemand verplichten te stoppen kan dus niet, informeren en stimuleren kan wel. Het niet-roken (ongeacht wat men rookt) mag in de huisregels staan, maar is niet verplicht. Daarin heeft de instelling zelf een keuze te maken.

Mocht er besloten worden om geen rookverbod te handhaven op een verblijfsafdeling, vergeet dan niet de wijze woorden van Willem van Hanegem;

‘Roken is slecht. Vooral voor de gordijnen’



Literatuurlijst

- (2019). In M. Houellebecq, *Sérotinine* (p. 304). De Arbeiderspers.
- Balkom, A. v. (2021, 3 15). (M. Almekinders, Interviewer)
- Blankers, M., Buisman, R., Weijde, W. t., & Laar, M. v. (2015). *Rookbeleid in de GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut. Opgehaald van <https://www.trimbos.nl/docs/69a6fd92-256b-4e26-b140-f0ffd58a03f2.pdf>
- Breburg, G. (2018). Rookbeleid GGZ Breburg. Tilburg, Noord Brabant, NL.
- Breburg, G. (2021). Opgehaald van <https://www.ggzbreburg.nl/thema-paginas/rookvrij-ggz/rookvrij-ggz/waarom/>
- Brijder. (2018). Opgehaald van <https://www.brijder.nl/probleem/rookverslaving>
- den Braber, T. (2016, 6 6). Opgehaald van <https://sociaal.net/achtergrond/capability-approach/>
- Dorudi, H. (2017, 11 13). Opgehaald van <https://www.dorudi.nl/hoeveel-vrijheid-zit-er-in-keuzevrijheid/>
- Hersenstichting. (2021). Opgehaald van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/verslaving/>
- Kant. (2004). In *De religie binnen de grenzen van de rede* (p. 295). Meppel: Boom.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2018). *Nationaal Preventieakkoord*.
- Rijksoverheid. (2020, 12 1). Opgehaald van https://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/2020-12-01/#Hoofdstuk2_Paragraaf_1_Artikel3
- Rijksoverheid. (2021, 3 9). Opgehaald van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004302/2021-03-09>
- Rijksoverheid. (2021, 1 1). Opgehaald van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2021-01-01>
- Rijksoverheid. (2021, 1 1). Opgehaald van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/2021-01-01>
- Schopman, T. (2021). Opgehaald van <https://www.filosofischepraktijkdeventer.nl/levensfilosofie/>
- Standaarden, G. (sd). Opgehaald van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang/samenvatting>
- Statutes, G. N. (2021). Opgehaald van <https://www.tobaccofreehealthcare.org/self-audit/self-audit-overview>
- Trimbos. (2021). Opgehaald van [rookvrijezorg.com](https://www.rookvrijezorg.com): <https://www.rookvrijezorg.com>
- Trimbos. (2021). Opgehaald van <https://www.denederlandseggz.nl/campagnes/rookvrije-ggz/in-2025-alle-lidinstellingen-rookvrij>
- Verbeke, E. (2021, 4 1). Opgehaald van <https://sociaal.net/opinie/als-dwang-niet-werkt-waarom-gebruiken-hulpverleners-die-dan-zo-veel/>