

3.1 Signaleren en preventief werken binnen de maatschappelijke context.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Mijn werkplek.....	3
Hoe ga ik te werk:.....	4
Stap 1. Signaleren.....	4
Epidemiologie.....	6
Prevalentie.....	7
Incidentie.....	7
Universele, selectieve, geïndiceerde of zorg gerelateerde preventie.....	7
Stap 2. Historische context.....	8
Stap 3. Analyse van factoren die invloed hebben op het probleem.....	11
Beredeneerd Gedrag model.....	12
Determinanten op micro niveau.....	14
Determinanten op meso niveau.....	15
Determinanten op macro niveau.....	16
Ethiek.....	17
Analyse vanuit het Beredeneerd Gedrag Model.....	18
Hoe wil ik dit gaan bereiken.....	19
Stap 4: Presentatie aan stakeholders.....	19
Bibliografie.....	21
Bijlagen.....	23

Inleiding.

Mijn onderzoek gaat over het roken binnen detentie. Ik heb hiervoor gekozen, omdat er binnen de maatschappij steeds meer aandacht wordt besteed aan een rookvrije omgeving en een rookvrije generatie. Daarnaast is er binnen de GGZ een pilot draaiende, die patiënten met (meervoudige) psychische stoornissen aanmoedigt om te gaan stoppen met roken.

Vanuit politiek-maatschappelijk perspectief wordt er gezien de gezondheidswinst, die er te behalen valt en de kosten die de medische zorg met zich meebrengen, steeds meer gefocust op een rookvrije samenleving.

Vanuit mijn beroepsperspectief heb ik de ervaring opgedaan, dat patiënten als niet-rokers binnen komen en tijdens hun detentie zijn gaan roken als gevolg van de sociale omgeving.

De opbrengsten van mijn onderzoek presenteer ik aan de stakeholders. Met als doel om een beleid te ontwikkelen, dat bijdraagt aan het stoppen met roken binnen detentie.

De literatuur waar ik gebruik van zal maken zijn onder anderen:

- Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak (Brug et al.2017).
- Basisboek sociaal werk (Ewijk van, Et al. 2016).
- Een onderzoekende houding (Herik, van den & Schuitema, 2017).
- Preventie in het sociale domein (Roos de, Dinther van, 2016).
- Politiek en politicologie (Woerdman, 2013).
- Geverifieerde internetsites.

Mijn werkplek.

Ik ben werkzaam binnen het gevangeniswezen in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (P.P.C.) te Zwolle, als Forensisch Therapeutisch Werker (FTW'er). Ik werk hier op een high care afdeling met (meervoudig) psychotisch ontregelde mannen.

De gedetineerden mannen, die hier zitten worden patiënten genoemd. De zorgstatus op de afdeling is F/G. Dit houdt in dat hier patiënten zitten met een extra intensieve en zeer intensieve zorggraad (Kremers & Middendorp, 2018).

De patiënten op deze afdeling hebben veelal meervoudige psychische problematiek, waarbij de psychoses op de voorgrond staan. Door middel van een gespecialiseerd team, bestaande uit een psycholoog, psychiater, vak-therapeuten, forensisch therapeutisch werkers (mijn uitvoerende functie) en medische dienst, gaan we met behulp van het multidisciplinair overleg, inzetten om kleine stapjes te maken. Met de bedoeling de patiënten te stabiliseren en hen de mogelijkheid te geven om door te stromen naar groepsgerichte afdelingen (Kremers & Middendorp, 2018).

De visie van Justitie is om recidive terug te dringen. Hierbij heeft het PPC als zorginstelling ook de visie om mensen met een psychische stoornis te stabiliseren, en een goede herintreding naar de maatschappij mogelijk te maken. Gemiddeld zitten mensen 150 dagen gedetineerd op het PPC (Kremers &

Middendorp, 2018). Steeds meer wordt hierin een beroep gedaan op familie en professionele instanties, om te voorkomen dat een patiënt na detentie op straat zou komen te staan.

Het beleid is dat PPC's van penitentiaire inrichtingen, op te vatten zijn als psychiatrische crisiscentra met een hoog beveiligingsniveau. Het PPC biedt 'verantwoorde psychiatrische zorg' binnen de doelstelling van het gevangeniswezen als geheel: tenuitvoerleggen van de vrijheidsstraf, beveiliging van de maatschappij, terugdringen van recidive (DJI.nl, Z.D.).

Hoe ga ik te werk:

Stap 1. Signaleren.

De beroepscontext waarbinnen ik werk, is een intensieve psychiatrische afdeling voor twaalf gedetineerde mannelijke patiënten binnen het PPC. Binnen deze afdeling werk ik nauw samen met een team van achttien FTW'ers, een behandelcoördinator, een psychiater, een casemanager en verschillende vaktherapeuten. Binnen Justitie geldt nog steeds dat het eerste doel de gevangenisstraf is. Vanuit de PPC gedachte, is het eerste doel zorg en behandeling. Iemand helpen en sturing geven om resocialisatie te bevorderen.

De doelgroep waarmee ik werkzaam ben, zijn mannen met (veelal) meervoudige psychische problematiek. Daarnaast hebben ze een delict gepleegd en zijn ze of in voorarrest of reeds afgestraft.

Deze mannen worden als crisispersoon binnen gebracht in het PPC, en vertonen ontregelend gedrag en zijn niet in het hier en nu.

De beroepstaken die bij mijn functie als FTW'er behoren zijn:

- Coaching: ik heb ervaring met verschillende gesprekstechnieken en ben hierin theoretisch onderlegd. Op deze manier zorg ik voor een positief leefklimaat op de afdeling.
- Begeleiding: waar het mogelijk is, maak ik zoveel mogelijk samen met de patiënt zijn begeleidingsplan en stel samen zijn signaleringsplan op.
- Contactopbouw: ik probeer zoveel mogelijk naast de patiënt te staan om zo aan herstel te kunnen werken.
- Waarnemen: ik neem gedrag waar van de patiënten en reflecteer dit gedrag om de patiënt zo te helpen met een verandering in zijn gedrag.

De visie in het kort is het streven naar reductie van dwang en een supportief leefklimaat. We richten ons op de groei van de patiënt. De waarden waar wij als organisatie voor staan zijn: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit en solidariteit. Vanuit de organisatie is het belangrijk dat we niet vergeten, dat we te maken hebben met een patiënt, maar tegelijkertijd ook met een gedetineerde. Vanuit deze context leveren we optimale zorg op zowel psychisch als somatisch vlak (Kremer & Middendorp, 2020).

Ik heb gesignaleerd dat mensen binnen detentie veel roken of beginnen met roken. Dit risico is groter bij mensen met een psychische stoornis. Dit heb ik overlegd met mijn werkbegeleider, die ditzelfde signaleerde. Aan de hand hiervan wil ik dit signaal gaan analyseren en presenteren aan de stakeholders, en gebruik hierbij het model 'planmatig werken' (ELO, 2020).

Wat is het probleem:

Ik heb gekeken naar het probleem dat zich binnen detentie veel de kop op steekt. Namelijk het (beginnen met) roken tijdens detentie. Veel patiënten, die in detentie zitten, roken of gaan tijdens hun detentie roken. Ook wordt er veelal meer gerookt, dan buiten detentie. Als ik kijk naar het concrete gedrag hiervan, is dat de verveling en de stress van het opgesloten zitten ervoor zorgt dat mensen meer gaan roken, dan dat ze normaliter doen.

Wie heeft er te kampen met het probleem.

Naast de personen zelf die roken, is het ook hun omgeving (afdeling) die hier hinder van ondervindt. Dit heeft invloed op verschillende vlakken van het leefgebied. Denk aan verminderde sociale contacten vanwege het roken op cel (en het niet mogen roken op de afdeling). Maar ook de gezondheid van de rokende zelf. Roken wordt gezien als een verslaving. En wordt ook wel eens onder de context van drug weg gezet. Verslavingsgevoelige mensen zullen eerder geneigd zijn om te gaan roken wanneer hun omgeving dit ook doet (Blanken et al., 2016).

Wanneer treedt het probleem op.

Het alleen moeten roken op cel heeft als gevolg dat mensen een vergrote kans hebben om eenzaam te worden en zich niet hogerop kunnen werken op de behoefte piramide van Maslow. Stap 3, Er is een behoefte aan sociale contacten (communicatietraining.nl, Z.D.). Deze kunnen slechts verminderd plaatsvinden, doordat betrokkenen roken en dus geïsoleerd op cel zitten. Roken wordt ervaren als een lichamelijke behoefte en moet volgens de behoefteleer van Maslow dus het eerst worden bevredigd.

Waarom is het een probleem.

Dit probleem duikt dus feitelijk gezien, de hele dag door op. In de ochtend met het wakker worden, tijdens de gesloten momenten, maar ook tijdens de recreatie, wanneer er een sterke behoefte is om te roken. In de avonduren, wanneer het dagprogramma voorbij is, slaat de verveling toe en neemt het rookgedrag sterkere vormen aan. Een trigger kan zijn wanneer de stress toeneemt. Dit is veelal wanneer een zittingsdatum dichterbij komt, een overplaatsing naar een (TBS) kliniek of zelfs ontslag kan stress geven. Dit zorgt voor een vermeerdering van de rookmomenten. Dit is onderzocht door middel van een klein onderzoek onder rokende patiënten. Er werd uitgevraagd hoeveel ze normaliter roken en hoeveel ze roken richting een zittingsdatum over overplaatsing. Alle ondervraagden gaven hierin aan dat ze meer zijn gaan roken rond stress situaties.

Een bijkomend probleem is wanneer mensen blijven roken, dit kan leiden tot gezondheidsverlies. Dat kan in de vorm van longkanker, COPD, longembolie of andere ziektes (Brug et al., 2017).



Waar doet het probleem zich voor.

Roken binnen detentie is een probleem wanneer mensen die psychisch kwetsbaar zijn ook nog eens verminderd worden in hun sociale contacten. Hierdoor is het niet mogelijk om te voldoen aan behoefte aan sociale contacten en liefde. Behoefte aan waardering en erkenning en behoefte aan zelfontplooiing (communicatietraining.nl, Z.D.). De gevolgen hiervan zijn, dat ze verder afglijden door het gebrek aan de voorgenoemde behoeftes en een grotere kans hebben op een depressie vanuit hun verschillende psychische stoornissen. Denk hierbij aan iemand die een bipolaire stoornis heeft en op deze manier in zijn depressieve episode kan raken (Blanken et al., 2016). Vanuit de politieke context is de gezondheidszorg een probleem. Mensen die roken kosten de samenleving meer geld (Brug et al., 2017). Binnen de maatschappelijke context wordt roken steeds meer ontmoedigd en streeft men samen met de politiek naar een rookvrije generatie. Dit wordt doormiddel van belangengroepen en pressiegroepen onder de aandacht van de politieke besluitvorming gebracht. (Woerdman, 2013).

Hoe is het probleem ontstaan.

Het probleem vanuit mijn gekozen doelgroep is veelal ontstaan uit meeloop gedrag in combinatie met verslavingsgevoeligheid en stressgevoeligheid. Veelal heb ik te maken met mensen met een lichtverstandelijke beperking (LVB). Uit onderzoeken is gebleken dat mensen met LVB gevoeliger zijn voor meeloopgedrag (Lieverink, 2010). Naarmate ze verslaafd zijn geraakt aan nicotine, kunnen ze niet meer stoppen met roken en is het een gewoonte geworden. (Halem, van, 2017).

Epidemiologie.

Volgens Brug, Assema, van & Lechner (2017) "Epidemiologie is een tak van gezondheids- en medische wetenschappen, die zich onder andere bezighoudt met onderzoek naar het verband tussen gedrag en gezondheidsproblemen in de bevolking".

Ik heb mij gericht op een deel van de doelgroep met schizofrenie en mensen met stemmingsstoornissen en de relatie tot roken. Het is bewezen dat mensen met schizofrenie en/ of stemmingsstoornissen meer en vaker roken dan de gemiddelde persoon in de bevolking. Dit is een wereldwijd verschijnsel, dat uit verschillende mondiale onderzoeken is geconstateerd (Blankers et al. 2014).

Uit de publicatie blijkt dat er een samenhang is tussen schizofrenie en roken. Dat wordt verklaard door het gebruik van antipsychotica en/of de sociaal economische status (Blankers et al., 2014). Binnen mijn werkcontext gebruiken alle patiënten, die roken, ook antipsychotica en hebben een lage sociaal economische status. Dit blijkt uit de behandelplannen die de patiënten hebben, hier staat onder andere het verleden en de status voor detentie van de patiënt in.

Aangezien ik in een gesloten setting werk en mijn doelgroep veelal te maken heeft en heeft gehad met een slechte sociale economische status, is er geen positief coping gedrag ontwikkeld. Het vertoonde gedrag zet veelal aan tot negatief coping gedrag, wat er toe leidt dat (voornamelijk jongvolwassenen) die niet roken, binnen detentie beginnen met roken. Uit het oogpunt van epidemiologie kan er gezegd worden dat 'zien roken, doet roken'. Als gevolg van zowel schizofrenie, stemmingsstoornissen, maar ook LVB en andere psychische aandoeningen is aangetoond dat deze mensen gevoeliger zijn voor negatief coping gedrag.

Prevalentie.

Bij prevalentie wordt er gekeken naar bepaalde verschijnselen die zich binnen een bepaald gebied voordoen. Naarmate bepaalde verschijnselen vaker voorkomen, kunnen zij van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven in Nederland. Aandoeningen met een mogelijk morbide uitkomst hebben invloed op de lengte van het leven (Brug et al., 2017).

Mensen met schizofrenie en stemmingsstoornissen hebben een twee derde grotere kans, in vergelijking met de Nederlandse samenleving op coronaire hartziekten. Daarnaast hebben zij een 50% hogere kans om aan coronaire hartziekten te overlijden ten gevolge van roken, ten opzichte van niet rokers (Blankers et al., 2014).

Uit onderzoek is gebleken dat bijna de helft (43,5%) van de Nederlandse bevolking te maken krijgt met een psychische aandoening. Dit zijn aandoeningen die met de juiste hulp voorbijgaan.

Bij een klein deel van deze groep is de psychische aandoening complex en hebben zij veel problemen in het dagelijks leven. Minder dan één op de vijf van deze mensen heeft een betaalde baan en zijn veelal laaggeschoold (trimbosinstituut.nl, 2014).

Vanuit detentie gezien, heeft 60% van alle gedetineerden te maken met een psychische stoornis. Op mijn afdeling is dit 100%, omdat wij gerichte zorg voor deze doelgroep kunnen leveren.

Incidentie.

Incidentie van stoornissen is het aantal nieuwe gevallen dat in een bepaalde periode optreedt (Roos, de & Dinther, van, 2016).

Deze methode wordt praktisch niet toegepast in mijn geval, omdat hier geen geschikte meetinstrumenten voor zijn.

Ongeveer 80% van de mensen met een psychische stoornis rookt. Dit blijkt uit een onderzoek van Professor Geert Dom van het trimbosinstituut (trimbosinstituut.nl, 2015). De redenen dat zoveel patiënten roken zijn divers, maar zullen ermee te maken hebben, dat ze hier voordelen bij ervaren.

Om de terugkoppeling te maken naar mijn werkcontext: Wanneer er een patiënt nieuw binnen komt op de afdeling, en deze niet rookt, heeft de praktijk uitgewezen dat betrokkene na een relatief korte periode begint met roken. De exacte oorzaak hiervan is niet onderzocht, maar een aanname is dat meeloopgedrag en stress belangrijke oorzaken hiervan zijn.

Universele, selectieve, geïndiceerde of zorg gerelateerde preventie.

Bij universele preventie wordt er naar de totale bevolkingsgroep gekeken, en eventueel grote groepen hierbinnen. Deze groepen hebben geen speciaal verhoogd risico, maar het doel is om de gezondheid te verbeteren en de kans op ziekten te verminderen. Het gaat hierbij om primaire preventie (Brug et al., 2017). Mijn doelgroep valt hier voor het overgrote deel buiten, omdat ze niet worden bereikt door de voorlichting van de antirookcampagnes. Ze worden mogelijk bereikt door de afbeeldingen op de verpakking. Vraag hierbij is of dit daadwerkelijk doordringt.

Bij selectieve preventie wordt er gekeken naar bevolkingsgroepen met een verhoogd risico. Het doel hierbij is de gezondheid van deze specifieke doelgroep te verbeteren. Dit is een vorm van hoogrisicobenadering en raakt de secundaire preventie (Brug et al., 2017). Hier wordt mijn doelgroep meer bij betrokken, wanneer zij bekend zijn binnen de GGZ. Daarnaast worden zij als rokers benaderd om mogelijk deel te nemen aan cursussen om te stoppen met roken. Vanwege de psychische stoornis, waar mijn doelgroep mee te maken heeft, in combinatie met de sociaal lage status, zullen ze hier niet snel uit zichzelf aan deelnemen. Ditzelfde geldt voor de geïndiceerde preventie.

Bij geïndiceerde preventie wordt er gekeken naar individuen, die nog geen diagnose hebben gekregen van hun ziekte. Wel hebben ze symptomen of klachten. Het doel hierbij is om de ziekte of gezondheidsschade te voorkomen. Dit is een vorm van secundaire preventie (Brug et al., 2017).

Bij zorg gerelateerde preventie richt men zich op het individu. Hierbij is de ziekte gediagnostiseerd en is het doel om de ziektelast te reduceren en eventuele verdere complicaties te voorkomen. Dit is tertiaire preventie (Brug et al., 2017).

De zorg gerelateerde preventie is als enige van toepassing om mijn doelgroep. Deze is reeds gediagnostiseerd met hun stoornis. Doormiddel van medicatie en begeleiding proberen wij de ziektelast te reduceren. Om eventuele verdere (toekomstige) complicaties te voorkomen, is een doel van de begeleiding om het roken te verminderen, dan wel te stoppen. Dit heeft als voordelen dat de gebruikte medicatie beter aanslaat en de levensverwachting toe zal nemen. Tevens zorgt het stoppen met roken voor een verminderd risico op hart- en longziekten.

Stap 2. Historische context.

Historisch perspectief vanuit mijn beroepscontext.

Voor 1988 was er geen wet met betrekking tot roken. Zo werd er op er overal gerookt.

Binnen Justitie was roken op het werk 'normaal'. Zo rookten de bewaarders en gedetineerden overal. Zowel in de eigen cel (die wettelijk gezien wordt als een privé ruimte) als op het gedeelde vlak (Bunthof & Visscher, 2017). Het was normaal dat iedereen binnen detentie rookte. Nadat de tabakswet er kwam, dat er niet meer op de werkvloer gerookt mocht worden, kwamen er speciale ruimtes waar personeel kon roken. Gedetineerden mochten enkel nog in eigen cel en op de luchtplaats roken. Vanuit het personeel kwam er veel weerstand. Er werd gezegd dat hierdoor het contact met gedetineerden zou verminderen. Er mocht namelijk niet meer gezamenlijk gerookt worden. Hierdoor werden de contactmomenten minder tussen personeel en gedetineerden.

Vanuit het gevangeniswezen is sinds 2011 een regeling gemaakt die zegt:

“In het kader van detentie is het vooral van belang dat een rookverbod ook geldt voor ruimten waar werkzaamheden worden verricht. En voor een gebouw of inrichting, dat of bij de Staat of een ander openbaar lichaam in gebruik is. De verplichting tot het instellen, aanduiden en handhaven van een rookverbod rust bij het bevoegde orgaan van het betreffende lichaam. Dit stelsel komt erop neer dat in gevangnissen, huizen van bewaring, politiecellen en Tbs-instellingen een rookverbod moet worden ingesteld en gehandhaafd”(commissievantoezicht.nl, z.d.).

““De verplichting, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Tabakswet en in artikel 6.1 van dit besluit, geldt niet:

- A. In ruimten waar geen inbreuk mag worden gemaakt op de persoonlijke levenssfeer;
- B. In afsluitbare, voor het roken van tabaksproducten aangewezen en als zodanig aangeduide ruimten;
- C. In de open lucht” (commissievantoezicht.nl, z.d.).

“Uit de rechtspraak blijkt ook dat de verantwoordelijkheid voor het correct naleven van het rookbeleid niet volledig bij de directeur ligt. Van de justitiabele mag worden verwacht dat hij zichzelf inzet om zijn verblijf in de inrichting zo prettig mogelijk te maken en dat hij zich hiervoor niet volledig kan beroepen op het handelen of nalaten van het personeel. In een zaak uit december 2016 oordeelde de Raad van Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) in het kader van het rookbeleid binnen de inrichting, dat de klager zijn deur had kunnen sluiten bij het verlaten van zijn verblijfsruimte, om de tabaksoverlast in zijn kamer tegen te gaan” (commissievantoezicht.nl, z.d.).

Organisatorisch.

Organisatorisch gezien hebben inrichtingen vanuit Den Haag te maken gehad met vaste richtlijnen en de nieuwe wetgeving van een rookvrije werkplek. Verder hebben inrichtingen zelf in kunnen invullen hoe ver ze wilden gaan met het rookverbod voor personeel.

Vanuit de P.I. Zwolle zijn er de volgende regels opgesteld (Kremer & Middendorp, 2020).

- Personeel mag enkel buiten de P.I. roken achter een daarvoor getrokken streep.
- Personeel mag niet op cel roken bij een gedetineerde.
- Personeel mag enkel naar buiten om te roken in de 30 minuten onbetaalde pauze.
- Wanneer gedetineerden willen roken, dient de celdeur dicht te zijn en gedurende 15 minuten gesloten te blijven wanneer de laatste sigaret gedoofd is. Er mogen afhankelijk van een dubbelcel of enkelcel, niet meer dan 2 gedetineerden tegelijk roken.
- Wanneer er personeel op de cel komt, dient de sigaret gedoofd te worden.
- Er mag enkel op cel en de luchtplaats gerookt worden.

De praktische uitwerking is niet ten alle tijden uitvoerbaar. Dit heeft te maken met de psychische gesteldheid van de gedetineerde patiënten waarmee ik werk. Hierdoor wordt bewust afgeweken van de opgestelde regels.

Verder biedt de organisatie verschillende trainingen aan, voor zowel personeel als gedetineerden. Denk hierbij aan de training ‘stop met roken’ en leefstijltraining. Deze worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden.

In zijn algemeenheid is het zo dat de toezichthouder, de Nederlandse Waren en Voedsel Autoriteiten, toezicht houdt op de naleving van de tabakswet.

Binnen de inrichting gaat dit niet op en is de directie hiermee belast.

Sociaal maatschappelijke en politieke context.

Op 10-03-1988 is er een wet gekomen ter beperking van tabaksgebruik, de tabaks- en rookwaren wet (wetten.nl, 2020). Deze wordt jaarlijks aangepast en steeds verder verscherpt.

Het jaar 1996 was een kantelpunt voor het roken. Rokers werden in steeds meer ruimtes geweerd. Roken op het werk werd een grote discussie. Dr. E. Borst (minister van Volksgezondheid, 1994 - 2002), was de eerste minister die fanatiek bezig was om het roken terug te dringen. Zij heeft de huidige tabakswet in 2003 tot stand gebracht, waarin de norm was 'niet roken'. Er mocht geen reclame meer gemaakt worden voor roken (anderetijden.nl, 2016).

Op 25-04-2000 was mw. N. Nooijen de eerste die een rechtszaak aanspande voor een rookvrije werkplek (anderetijden.nl, 2001). Dit was een doorbraak binnen de rookvrije werkplek.

Sinds 01-01-2004 mag er op geen enkele werkvloer meer gerookt worden (wetten.nl, 2020).

Vanaf 10-10-2014 geldt een rookverbod voor de gehele horeca.

Het doel van de wetgeving is deze zo aan te passen dat er in 2040 een rookvrije generatie is (rijksoverheid.nl, 2020).

“Roken is een ernstige verslaving die veel persoonlijk en maatschappelijk leed veroorzaakt. Nog altijd sterven er in Nederland ieder jaar meer dan 20.000 mensen aan de gevolgen van (mee)roken. Roken is daarmee de nummer één te voorkomen doodsoorzaak. Bovendien wordt in totaal 9,4% van de ziektelast in Nederland veroorzaakt door roken (VTV 2018), dat jaarlijks tot € 2,4 miljard aan zorgkosten leidt (de Kinderen et al., 2016). Tegelijkertijd raken er iedere week honderden nieuwe kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar verslaafd aan roken. Als zij blijven roken, is de kans meer dan 50% dat zij aan de gevolgen daarvan zullen komen te overlijden. Daar willen wij een einde aan maken. En met ons heel veel Nederlanders. De afgelopen jaren is de maatschappelijke steun voor de rookvrije generatie enorm gegroeid en daarmee ook de roep om meer stevige maatregelen om die generatie mogelijk te maken. Wij zien dat het momentum daar is om echt het verschil te gaan maken voor onze kinderen.” (rijksoverheid.nl, 2020).

“Een tevreden roker, is geen onruststoker” (Vestdijk, 1935).

Roken raakte na de eerste wereldoorlog volledig ingeburgerd, 60% van de volwassen bevolking rookte toen.

In het verleden dacht men dat roken gezond was. Rond 1930 (toen de filtersigaret uitkwam) werd roken gezien als rust middel tegen alle stress. Je kreeg er rust en energie van (Dushkind, 1933).

We hebben altijd geweten dat roken ongezond is, maar niet laten doordringen uit zelfbescherming.

Een tevreden roker is geen onruststoker (Vestdijk, 1935), was een welbekende slogan. Voor de oorlog kwamen er uit de hoek van de wetenschap de eerste ernstige bedenken tegen het roken. In de jaren '50 stapelden die zich op. Er werd een verband met longkanker ontdekt.

In de jaren '60 kwam de eerste antirookcampagnes op gang, er kwam een tabaksbeleid. In 1968 waren er nog maar een paar beschaafde landen zonder antirookcampagnes. Dit waren achtergebleven dictaturen zoals Spanje, Portugal, Joegoslavië en Nederland. Terwijl Nederland geen dictatuur was.

Roken was een integraal onderdeel van ons leven, de maatschappij vond het normaal dat er gerookt werd. Roken was ingebed in de cultuur en samenleving van Nederland (anderetijden.nl, 2016).

In 1970 drong het probleem rond teer en nicotine ook in Nederland door en kon de tabaksindustrie dit niet meer stil houden. Het was de Nederlandse tabaksfabrikant Niemeyer, die het zwijgen verbrak en openlijk uitkwam dat roken gevaarlijk voor de gezondheid is. Niemeyer was opgericht in 1819.

In 1972 is er door de fabrikant Niemeyer een bericht naar buiten gebracht, dat roken slecht voor de gezondheid is.

Vanuit het economisch perspectief was al langer duidelijk dat roken slecht voor de gezondheid is en leidde tot mogelijk hoger ziekteverzuim.

In 1973 was er een overheidsonderzoek, dat adviseerde om een rookverbod in alle openbare- en overheidsgebouwen in te stellen. (Kruisinga, 1975). Er kwam toen geen grote verandering vanwege de economische crisis in Nederland. Het gegeven dat er veel accijns op tabak zat, er veel mensen in de tabaksindustrie werkten en men bang was dat de horeca inkomsten terug zouden lopen, is de reden dat de overheid vanwege de economische crisis toen niet heeft ingegrepen



Stap 3. Analyse van factoren die invloed hebben op het probleem.

Aan de hand van bovenstaande stappen ben ik erachter gekomen, dat het rookgedrag binnen de samenleving drastisch veranderd is. Tevens zijn er veel campagnes en andere middelen die het roken ontmoedigen.

Wat opvallend is, is dat mensen met een psychische stoornis moeilijk tot niet te bereiken zijn om te stoppen met roken. Mensen met een psychische stoornis roken veelal wel en veel, voornamelijk binnen detentie. Hierdoor ben ik tot mijn hoofdvraag gekomen voor dit onderzoek.

Welke factoren beïnvloeden het rookgedrag binnen detentie?

Wil ik de determinanten van gedrag proberen te veranderen, dan zal ik een analyse moeten maken om ideeën te generen over hoe gedragsverandering bereikt kan worden (Brug et al., 2017).

Gezien mijn hoofdvraag, kan ik zeggen, dat de gedragsdeterminanten bestaan uit meerdere onderdelen. Te weten: de psychologische determinanten en de omgevingsdeterminanten.

Roken is een vorm van coping gedrag. De vraag die je kunt stellen is, wat zijn beïnvloedende factoren dat mensen beginnen of stoppen met roken binnen detentie. En zijn deze beschermend of juist risico's.

“De persoonlijke determinanten zijn:

- Gedragsintentie, motivatie.
- Attitude, uitkomstverandering.
- Subjectieve norm en ervaren sociale invloed.
- Eigen-effectiviteitsverwachting of waargenomen gedragscontrole.
- Geanticipeerde spijt en morele verplichting.
- Risico-inschatting.
- Kennis en bewustzijn.
- Persoonlijkheidskenmerken.

De omgevingsdeterminanten zijn:

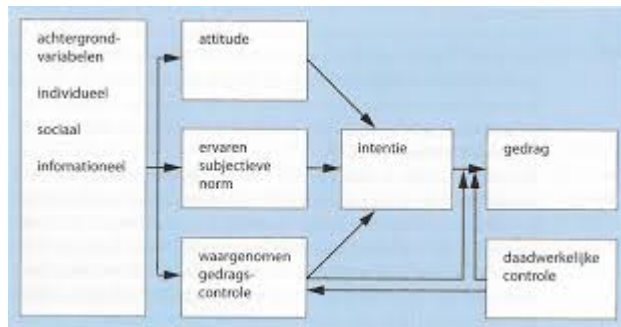
- Fysieke omgeving.
- Sociale omgeving.
- Economische omgeving.
- Politieke omgeving (Brug et al., 2017).

Beredeneerd Gedrag model.

Na mij te hebben ingelezen in de verschillende theorieën, heb ik na lang twijfelen gekozen voor het Beredeneerd Gedrag Model van Fishbein & Ajzen. Ik heb hiervoor gekozen, omdat dit model het beste aansluit op mijn hoofdvraag. Verder is het model van Fishbein & Ajzen gericht op gedragsverandering (Brug et al., 2017). Dit is iets wat ik teweeg wil brengen aan de hand van mijn hoofdvraag.

Ondanks dat er in het model niet expliciet gebruik wordt gemaakt van de feedbackloop, is deze wel goed toe te passen binnen dit model. Dit zorgt ervoor dat mijn hoofdvraag goed aansluit bij het model. Ondanks dat de rokende patiënten gevoelig zijn voor meeloopgedrag, zijn ze wel bewust van de overwegingen die ertoe kunnen bijdragen, dat ze zullen gaan stoppen met roken. Wanneer een patiënt veel rookt, nemen zijn financiële middelen af en zal de gezondheid sneller achteruit gaan dan wanneer hij minder zal roken of zal stoppen met roken.

Dit model past het beste binnen mijn werksituatie, gezien de uitvoering hiervan. Een belangrijk doel van de afdeling is het stabiliseren van psychotisch ontregelde mensen. Een ander doel is om een verandering in de attitudes teweeg te brengen, zodat er een verbeterde kans is dat de vervolg behandeling in een kliniek aanslaat. Doordat het beredeneerd gedragsmodel gericht is op het veranderen van gedrag, past dit goed bij de visie van het PPC.



(Brug et al., 2017).

Ik ben van mening dat dit model het beste aansluit bij mijn doelgroep. Ik kan namelijk vragen of zij gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. Hier zal veelal positief op gereageerd worden met verschillende argumenten (financieel en gezondheid). Helaas zijn de patiënten vanuit hun ziektebeeld (schizofrenie, verslavingsgevoelig, licht verstandelijk beperkt) niet in staat om daadwerkelijk de stap te zetten in hun motivatie.

Dit gedrag wordt bepaald door drie determinanten, te noemen: *attitude*, *perceived norm*, *perceived behavioral norm* (Brug et al., 2017).

Vanuit de *attitude* wil iemand wel stoppen met roken, maar is deze vanuit zijn psychische ziektebeeld niet in staat om zelfstandig te stoppen met roken.

De *perceived norm* zijn in dit geval de hulpverleners van de afdeling. Wij proberen een sociale gedraging over te brengen op de patiënten, maar vanuit het psychisch ziektebeeld is dit vrijwel niet mogelijk. Dit maakt dat deze determinant moeilijk toe te passen is binnen de analyse van gedrag.

De *perceived behavioral norm* is vaak de reden dat het uit te voeren gedrag niet zal lukken, dat heeft te maken met een niet-stabiele oorzaak. Namelijk het psychische ziektebeeld.

Het kritiekpunt in de literatuur is dat er beperkt plaats is voor emotionele factoren (Brug et al., 2017). Bij mensen met schizofrenie is er een pervasief (vorm van autisme) patroon van afstandelijkheid in sociale relaties (Blanken et al., 2016). Dit betekent dat mensen met schizofrenie vanuit hun stoornis zich moeizaam emotioneel kunnen uiten en zich snel terugtrekken uit relaties, waar emoties een voorname rol spelen. (Blanken et al., 2018).

Roken is een maatschappelijk probleem. Mijn doelgroep is uiterst gevoelig voor coping gedrag. En als gevolg daarvan snel geneigd om, dan wel te beginnen met roken, dan wel veel meer te gaan roken binnen detentie. Hierbij speelt stress een belangrijke rol.

Door andere coping vaardigheden te leren, wil ik ze zo motiveren om te stoppen, dan wel te minderen met roken. Daarnaast werk ik op een afdeling waar wij veel bezig zijn met stabiliseren, en roken een negatief effect heeft op de werking van medicatie.

In de praktijk heb ik dit model gebruikt door op individueel niveau gesprekken te voeren hoe lang iemand al rookt en of hij gemotiveerd is om te stoppen met roken. Ook heb ik rookgedrag per persoon geobserveerd, en hier feedback op gegeven. Aan de hand van bestellingen door gedetineerden heb ik

geconstateerd wat er wekelijks aan pakken shag wordt gekocht in de gevangeniswinkel, of eventueel bij het afdelingspersoneel aan rookwaren wordt gehaald.

Op sociaal demografisch niveau ben ik voornamelijk aan het kijken geweest naar de mate van opleiding en de sociale achtergrond. Hierbij rekening houdend met de psychische gesteldheid en het veelal beperkt verstandelijke vermogen van de patiënt.

Als laatste heb ik gekeken naar de informatiebronnen. In hoeverre zijn de patiënten op de hoogte van de lange termijn gevolgen van roken op de gezondheid, de werking van roken op medicatie, maar ook de gevolgen op financieel gebied. De conclusie, die ik hieruit heb kunnen halen, is dat er gezien hun verstandelijke vermogens, de patiënten niet in staat zijn om het causaal verband te zien tussen roken en de drie bovengenoemde factoren. Doormiddel van de onderzochte achtergrond variabelen, wil ik proberen om de attitude te veranderen door middel van bezigheidstherapie (sport, koken, spelletjes etc.). Hiermee kan ik zien wat de waargenomen gedragscontrole gaat doen en achterhalen hoe iemand hier zelf tegen aan kijkt. Het lastige hierin is, wanneer de patiënten opgesloten zitten op cel, er geen afleiding is of direct personeel beschikbaar. Concreet gezien is dit de valkuil in het door mij gekozen model. Ik moet ervanuit gaan dat ze de nodige barrières overwonnen hebben, om zo hun eigen rookgedrag te kunnen sturen in eenzame situaties. Dit zijn de situaties waarin de stress zal toenemen en dus ook de drang om te roken. Hierdoor kunnen ze makkelijker vervallen in de oude patronen (dus meer roken). Dit heeft weer direct invloed op de daadwerkelijke controle, wat vervolgens weer indirect van invloed is op de intentie en het gedrag. Het doel is om het patroon te verbreken en zo het rookgedrag te veranderen.

Aan de hand van de data die ik verkregen heb uit mijn onderzoek kan ik mijn analyse uitschrijven.

Een ander model waar ik lang over getwijfeld heb, is het Dynamisch Stress- Kwetsbaarheidsmodel (DSK model). Dit model is gericht op kwetsbaarheid en het ontwikkelen en voorkomen van depressies (Brug et al., 2017). De reden waarom ik hier niet voor gekozen heb, is omdat dit model puur gericht is op depressies. Hier heb ik in mijn hoofdvraag niet direct mee te maken. De hoofdlijnen van dit model (gedrag, psychobiologische kwetsbaarheid, psychische (on)gezondheid en sociale kwetsbaarheid), zouden wel van toepassing kunnen zijn op mijn onderzoek. Vandaar dat ik dit model wel in overweging heb genomen. Ik heb er uiteindelijk niet voor gekozen, omdat ik niet werk met depressieve mensen en ik een verandering in het rookgedrag teweeg wil brengen. En hierbij spreek ik andere attitudes aan.

Determinanten op micro niveau.

Vanuit microniveau (behavioral setting) (Brug et al., 2017), hebben de determinanten verschillende factoren. Te benoemen de risicofactor. In deze factor wordt de patiënt getriggerd om meer te gaan roken of te beginnen met roken wanneer hij in detentie verblijft.

Een andere factor is de beschermende factor. Bij deze factor wordt de patiënt gewaarschuwd voor de risico's van roken en wordt hij gestimuleerd en gemotiveerd om te stoppen met roken, of in ieder geval te minderen.

Bij de verbindende factor zijn er meerdere onderdelen die het rookgedrag versterken. Deze is vanuit twee verschillende perspectieven te zien. Aan de ene kant staat gezondheid. Wanneer er niet gerookt wordt, dan is dit gezonder voor zowel het personeel als de patiënt. Aan de andere kant is het sociale gedeelte. Roken wordt nog steeds veel gezien als een gezelligheidsmoment en ontspanning.

Vanuit de afdeling (de fysieke omgeving) zijn er veel risicofactoren, maar tegelijkertijd ook beschermende en verbindende factoren. Zo is een risicofactor het personeel en de medepatiënten. Zij kunnen een negatieve invloed hebben op het rookgedrag van iemand en deze stimuleren om meer te gaan roken. Een ander risico is dat de patiënten weten, dat er een afspraak is voor mensen die geen shag meer hebben, zij dit ten alle tijden op de afdeling kunnen krijgen. Dit om decompensatie te voorkomen. Dit is een teamafspraken op de afdeling waar ik werk.

Waarom de afdeling ook een beschermende factor kan zijn, is omdat het personeel patiënten kan stimuleren om minder te gaan roken. Dit kan zijn door activiteiten aan te bieden, een praatje maken of voor andere afleiding zorgen. Als gevolg hiervan is de patiënt niet bezig met zijn gevoel van moeten roken. Dit kan tevens ook meteen de verbindende factor zijn, wanneer dit in groepsverband gebeurt. Op deze manier is de hele groep (waarvan het overgrote deel rookt), niet bezig met het moeten roken en komt dit ten goede aan de gezondheid van de gehele afdeling.

Andere beschermende factoren zijn de psychiater, die personeel instrueert, dat roken een negatief effect heeft op medicatie. De psycholoog die in samenwerking met vak-therapeuten en de medische dienst gedragsmatig gaat handelen op het ontmoedigen van roken. Zij zullen zoeken naar mogelijke oplossingen om in samenwerking met de patiënt te stoppen met roken.

Op basis van gesprekken met patiënten van de afdeling en observaties, die ik op de afdeling heb gedaan, kan ik de conclusie trekken dat er tijdens detentie meer gerookt wordt dan buiten detentie. Een ander opvallend detail is dat patiënten die als niet roker binnen komen, tijdens hun detentie (exorbitant) zijn gaan roken.

Tijdens het multidisciplinair overleg heb het signaal gehad dat mensen die roken, verminderd kunnen reageren op de medicatie.

Een risicofactor is veelal familie en vrienden. Veel patiënten komen uit een sociaal zwakke omgeving en hebben andere normen en waarden meegekregen vanuit huis, die maatschappelijk minder geaccepteerd zijn. Uit onderzoek is gebleken dat een sociaal zwakke omgeving maakt, dat mensen sneller gaan roken en meeloopgedrag vertonen (trimbos.nl).

Een andere risicofactor is de geestelijke gezondheid, waarin ik in mijn werkveld mee te maken heb. Mensen met een psychische aandoening hebben tot 80% meer kans hebben om te roken, en ook meer roken dan mensen zonder psychische aandoening (Prof Dom, 2015).

Daar komt bij dat ze psychisch niet in staat zijn om te begrijpen wat roken op lange termijn voor gezondheidsklachten kan veroorzaken.

De patiënt is vooral een gedetineerde. Dit houdt in dat hij geen deel uit maakt van de inclusieve maatschappij. Dit is een risicofactor, wanneer hij buiten komt en er dan geen gedragsbeïnvloeding is, die hem motiveert om te stoppen met roken. Het risico is, dat hij zal terugkeren naar zijn oude netwerk waar veel gerookt wordt. Een beschermende factor is de beïnvloeding en hulp die er binnen zijn directe omgeving mogelijk zijn.

Determinanten op meso niveau.

Op meso niveau wordt er gekeken naar alle omgevingsfactoren, die indirect invloed hebben op het gedrag van de patiënt. Deze kunnen zowel een risicofactor zijn als een beschermende factor.

Beschermende factoren vanuit de gevangenis, zijn het beleid dat er vanuit de inrichting is. Zo mag er alleen op cel gerookt worden met een dichte deur of op de luchtplaats. Het voordeel hiervan is dat medepatiënten en personeel beschermd worden tegen het meeroken. Hierdoor wordt het roken geen sociale

gelegenheid, maar eerder een sociaal isolement. Een andere beschermende factor vanuit de gevangenis is, dat er geen fysiek geld aanwezig is. De economische inkomsten zijn ten alle tijden alleen op papier en zijn te verkrijgen via arbeid, eigen vermogen en giften vanuit familie of vrienden. Doordat er een maximaal besteedbaar budget is, wat er in de winkel uitgegeven mag worden, kan men niet onbeperkt rookwaar kopen. De risicofactoren binnen de gevangenis zijn de economische inkomsten. Wanneer iemand vermogend is heeft deze de mogelijkheid om wekelijks €100,- in de winkel uit te geven aan boodschappen (dus ook rookwaar). Omdat dit eigen geld is, heeft de inrichting geen invloed op hoe dit besteed wordt. Een voorziening is dat er altijd rookwaar aanwezig is binnen de gevangenis, waardoor er ten alle tijden gelegenheid is om te roken. Een andere risicofactor is het gebrek aan maatschappelijke participatie. Deze is er simpelweg niet binnen de gevangenis. Er is vanuit de psychische gesteldheid van de doelgroep weinig interesse in de buitenwereld. Ze zijn te druk met zichzelf bezig. Vanuit de diversiteit binnen de gevangenis kan vastgesteld worden, dat er een veel hoger rookcijfer is, dan binnen de maatschappij. Vanuit de doelgroep binnen het PPC, heb ik een klein onderzoek gedaan naar de patiënten en hun rookgedrag. Hierbij heb ik gekeken naar geslacht, leeftijd, roken of niet roken. Aan dit onderzoek wilde niet iedereen meedoen. Uiteindelijk hebben 60 mannen en 20 vrouwen meegedaan in het onderzoek. Dit onderzoek staat in de bijlage. Hierin is te zien dat 80% van de mannelijke gedetineerden en 60% van de vrouwelijke gedetineerden die aan het onderzoek deelnamen rookt. Dit ten opzichte van een onderzoek uit 2017 van het CBS dat 26,9% van de mannen en 19% van de vrouwen in de samenleving rookten (Ministerie van Volksgezondheid&Sport, 2017). Daarnaast heb ik de vraag gesteld 'wil je stoppen met roken?'

Vanuit de maatschappij zijn beschermende factoren, GGZ-instellingen waar actief het rookgedrag ontmoedigd wordt. Hier zijn dan ook meer nicotine-
vervangende middelen aanwezig, dan binnen de gevangenis. Vanuit de maatschappij zijn er meer voorzieningen mogelijk om te stoppen met roken en met betrekking tot sociaal-culture achtergronden is deze gelijk aan de gedetineerden. De risicofactoren vanuit de maatschappij is het gebrek aan maatschappelijke participatie, omdat ze niet de mogelijkheid hebben (vanuit psychisch beeld), om mee te participeren. Hierdoor komen ze al snel in een sociaal isolement en wordt er steun gezocht bij mederokers om zo in hun comfortzone te blijven.

Determinanten op macro niveau.

Op macroniveau wordt op mondiaal niveau door determinanten bepaald hoe er tegen roken aan wordt gekeken. Hier wordt gekeken naar de maatschappij en de gezondheidszorg en niet naar de gevangenis. Wel wordt er per regio gekeken waar er meer voorlichting nodig is. Hierbij wordt vanuit verschillende determinanten verscheidende factoren nader belicht.

De beschermende factoren zijn in dit geval, de politieke besluitvorming op landelijk, Europees en mondiaal niveau. Hoe komt het beleid van rookontmoediging tot stand. Dit wordt gedaan via het politiekstelselmodel van Easton (Woerdman, 2013). Hierdoor is er een beleid ontwikkeld om het roken te ontmoedigen en een wet om de accijns op roken te verhogen. Vanuit maatschappelijk perspectief is er grote steun om dit beleid tot uitvoer te brengen op elke werkplek (dus ook het gevangeniswezen). Vanuit de politiek wordt er veel druk gelegd op de gezondheidszorg om zo de kosten te drukken. Er is veel voorlichting wat roken met je doet. Daarnaast worden er veel trainingen en bijeenkomsten gegeven om mensen te stimuleren om te stoppen met roken.

Risicofactoren op macroniveau zijn reclames en het lobbyen vanuit de tabaksindustrie. Geografisch gezien hebben mensen die in de randstad of het noorden van Nederland wonen het grootste risico op rook-gerelateerde ziektes (Ministerie van Volksgezondheid & Sport, 2017). Dit heeft te maken met, dat er in de grote steden en in het noorden van Nederland meer mensen met een sociaal economische achterstand wonen. Deze zijn op hun beurt gevoeliger voor reclames en coping gedrag (Ministerie van Volksgezondheid&Sport, 2017).

Een ander risico zijn de stijgende kosten binnen de gezondheidszorg. Aan de hand van onderstaande tabel is te zien dat mensen die roken, een verhoogd risico hebben op rook gerelateerde ziektes (bijvoorbeeld longkanker).

	Proportie van de bevolking (p)	Rate per 1000	Relatieve risico (RR)	Attributieve risico (AR)	Populatie-attributieve risico (PAR)
Niet rokers	0,65	0,07	1		
Rokers	0,35	1,30	18,57	0,95	0,86
Totaal	1	0,50			

Deze tabel laat zien hoe het verband is tussen de risicofactor (roken) en een gezondheidsprobleem (longkanker). Hierin is te zien dat 86% van alle gevallen van longkanker te wijten is aan roken (Brug et al., 2017).

De verbindende factor is de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. En in zijn algemeenheid, de gezondheid van de bevolking en daarmee bestrijding van het ziekteverzuim.

Een wereldwijde verbindende factor is het Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Dit is sinds 2005 van kracht en heeft als doel om wettelijke en beleidsmaatregelen te nemen en randvoorwaarden te creëren waarmee uitvoerende instanties, stoppen met roken interventie pakketten, kunnen samenstellen (Brug et al., 2017).

Ethiek.

De normen die wij in de samenleving hebben gesteld zijn geformuleerd in de vorm van wetten en gebaseerd op de grondwet (Dalen, van, 2017). De huidige norm binnen de samenleving is dat er in openbare ruimten niet gerookt mag worden. Dat is wettelijk vastgelegd. Dit draagt als waarde bij aan de gezondheid en de financiële positie van mensen (ook binnen detentie). De deugd als argument hierin kan zijn, dat wanneer je rookt, anderen hun gezondheid ook schaadt. Dit brengt mij tot het dilemma. In hoeverre mag ik mensen sturen om te gaan stoppen met roken. Moet ik respect hebben als iemand vanuit zijn eigen gedrag ervoor kiest om te roken. Of moet ik rekening houden met op onderzoek gebaseerde feiten, dat roken slecht voor je gezondheid is, en mensen met een psychische aandoening meer moeite hebben om zelfstandig te stoppen met roken.

Deze vraag heb ik bij de stakeholders neergelegd om te kijken hoe zij hier tegenover staan.

Analyse vanuit het Beredeneerd Gedrag Model.

Vanuit het Beredeneerd Gedrag Model, analyseer ik mijn hoofdvraag en kijk ik naar de uitkomst die ik vervolgens weer kan gebruiken voor mijn EVL 3.2.

Welke factoren beïnvloeden het rookgedrag binnen detentie?

Volgens het model van Beredeneerd Gedrag kijk ik eerst naar de achtergrond variabelen.

- **Individueel:** gedetineerden patiënten met een (meervoudige) psychische stoornis. Ze hebben verschillende etnische achtergronden binnen de leeftijdscategorie 20 – 65 jaar en zijn allemaal man. Het merendeel van de doelgroep is cognitief zwak beïnvloed.
- **Sociaal:** er is een minimaal contact met de buitenwereld (familie, vrienden). Dit heeft te maken met het gegeven dat ze veelal afstandelijk zijn in sociale relaties. De sociale contacten die er zijn, zijn voornamelijk met de hulpverleners van de gevangenis. Denk hierbij aan de therapeuten, psychologen, psychiaters, vak-therapeuten.
- **Informationeel:** ondanks de cognitieve beperking en psychische stoornis, zijn ze er niet voldoende van bewust wat de financiële en gezondheidsrisico's zijn, die het roken met zich meebrengen. Door de niet-stabiele oorzaak, waaronder veel stress waarin ze zich bevinden, zijn ze niet in staat om zelfstandig te stoppen met roken.

Door de psychische stoornis veelal in combinatie met de cognitieve beperking, is het voor veel patiënten lastig om ander inzicht te krijgen in het veranderen van hun gedrag met betrekking tot roken. Daarbij speelt overvraging een belangrijke rol in het gedrag. Het ontwikkelingsniveau wordt hoger ingeschat, dan daadwerkelijk het geval is (Blanken et al., 2018). Dit levert mogelijk weer stress op bij de patiënt.

Vanuit de attitude heeft patiënt vaak een houding van desinteresse. De verslaving is sterker dan de wil om te stoppen met roken en de lange termijn consequenties ervan in te zien. Gedragmatig willen veel van de ondervraagde patiënten wel stoppen met roken, maar vanuit de psychische stoornis en cognitieve beperking lukt het ze niet om deze stap te zetten. Ondanks dat er negatieve attitudes aan dit gedrag zitten (denk aan alleen moeten roken op cel), zijn ze niet in staat om dit om te buigen naar positieve attitudes (ik houd meer geld over, en blijf gezonder). Daarbij speelt er veelal een ethisch besef, 'wanneer ik stop met roken ervaar ik minder plezier in mijn leven' (Brug et al., 2017).

De subjectieve norm heeft in het geval van mijn doelgroep heel weinig invloed. De (sociale) sancties, die hierbij kunnen behoren (bijvoorbeeld buitengesloten worden van een groep) hebben geen invloed op het gedrag.

De waargenomen gedragscontrole is erg laag, omdat ze een laag vermogen hebben om niet te gaan roken. De vraag "hoe moeilijk is het om minder of zelfs te stoppen met roken" is niet te beantwoorden omdat deze simpelweg te moeilijk is.

Er is wel een intentie om te minderen of zelfs te stoppen met roken (zie tabel bijlage). Aangezien de waargenomen gedragscontrole erg laag is, zal de daadwerkelijke controle aan de hand van de overige determinanten versterkt moeten worden, om het gedrag te kunnen veranderen en daadwerkelijk te stoppen met roken. Uit onderzoek van het Trimbosinstituut is gebleken dat mensen met een psychische stoornis (in geval van het onderzoek schizofrenie) moeite hebben om het daadwerkelijke gedrag te veranderen vanwege verstoorde determinanten (trimbos.nl,2015).

Hoe wil ik dit gaan bereiken.

Ik heb mijn hoofdvraag neergelegd binnen mijn multidisciplinair team en gevraagd of zij het een nuttig onderzoek vinden. Nadat ik veel positieve feedback kreeg, ben ik per stakeholder gaan kijken, wie wat hierin kan gaan betekenen. En wil ik in de volgende EVL aan de hand van de feedback van mijn directe collega's kijken, hoe ik dit tot een preventieve interventie kan gaan uitwerken. Deze zal voornamelijk gericht zijn op nieuw binnen te komen patiënten. De EVL wordt gericht op basis van de gegevens, die ik gekregen heb van stakeholders, dat patiënten bij binnenkomst niet perse roken, maar gedurende hun detentie wel beginnen met roken. Daarnaast wil ik mij ook blijven richten op de huidige populatie en deze blijven motiveren om te stoppen met roken.

De belangrijkste conclusie die ik uit mijn onderzoek heb gehaald is dat mensen met een psychische stoornis veelal in combinatie met een cognitieve beperking niet zonder intensieve begeleiding in staat zijn om te stoppen met roken. Terwijl uit eigen onderzoek is gebleken dat de behoefte om te stoppen met roken er wel degelijk is.

De oplossingsrichting waaraan ik zit te denken, is het intensief blijven motiveren en begeleiden van de rokende patiënten en ze inzichten en terugkoppeling geven aan de hand van hun financiën en een mogelijke kleine verbetering in het sociale netwerk kan laten inzien (ondanks de psychische beperking in het sociale aspect). Daarnaast kunnen er trainingen/ voorlichting gegeven worden om het rookgedrag te verminderen.

Vanuit deze analyse denk ik al een grote stap te kunnen maken naar mijn volgende beroepsproduct.

Stap 4: Presentatie aan stakeholders.

Ik heb ervoor gekozen om voor mijn presentatie zoveel mogelijk verschillende stakeholders te benaderen. Hiervoor heb ik een mail gestuurd naar de psycholoog, psychiater, afdelingshoofd, casemanager, een vak-therapeut, een verpleegkundige van de medische dienst, een paar collega's van mijn afdeling en mijn leerwerkbegeleider. Ik heb gevraagd of iedereen bereid was om een half uur van zijn pauze op te offeren, om zo naar mijn presentatie te kunnen luisteren en kijken en feedback te geven aan de hand van een paar vragen, die ik van te voren mee gemaïld heb. Uiteraard was er ook nog de mogelijkheid om andere vragen te stellen.

De volgende vragen heb ik op de mail gezet.

- Wat vonden jullie van de inhoud van de presentatie?
- Hoe denken jullie over roken binnen detentie?
- Denken jullie dat het een haalbaar doel is om patiënten te laten minderen/ stoppen met roken?
- Kunnen wij bij nieuwe patiënten meer aan preventie doen als het gaat om roken?
- Wat denken jullie dat wij nodig hebben om de interventie te kunnen laten slagen?
- Wat vinden jullie sterke punten en wat vinden jullie zwakke punten in de uitvoerbaarheid van het model?
- Andere vragen/ ideeën of tips?

Een van de eerste reacties die ik kreeg, was dat ik een ontzettend zwaar doel heb gesteld voor mijzelf. Ook in het achterhoofd houdend, dat er personeel is, dat ook rookt en geen behoefte heeft om te stoppen. Dit heeft zijn weerspiegeling op de doelgroep. Rokend personeel kan moeilijk een goed voorbeeld zijn voor patiënten en de motivatie om te stoppen met roken. Ik was mij hier wel bewust van, en snap ook dat een 100% rookvrije gevangenis niet mogelijk zal zijn. Maar ik ben wel van mening, dat er stappen te halen zijn. Mijn collega's waren het hier mee eens. De tip die hieruit kwam, was dat ik mij moest gaan focussen op een kleiner doel. Begin eerst eens met de gemotiveerde patiënten, breidt dit dan langzaam uit naar een afdeling en zo verder. En zoek uit welke tools jij nodig denkt te hebben om dit binnen de gevangenis te bewerkstellen.

Een andere vraag was, waarom dit specifiek gericht is op de patiëntenpopulatie, en niet ook op de reguliere gedetineerden. Ik vond dit een heel goede, maar ook een lastige vraag. Mijn eerste reactie was dan ook: 'ik werk binnen het P.P.C., wat maakt dat ik daar mijn focus op wil leggen'. Na even na te denken, realiseer ik mij ook, dat binnen de reguliere gevangenis genoeg mensen zijn die willen stoppen met roken, maar niet de juiste tools aangereikt krijgen. Zo zou een volgend doel dus zeker kunnen zijn, om mijn doel in de toekomst uit te breiden naar de reguliere afdelingen.

Verder kreeg ik veel tops en positieve feedback op mijn presentatie. Dit had te maken met het feit dat het in de maatschappij erg leeft en ook bij de collega's meer leeft dan ik van te voren had gedacht. Uiteindelijk zijn wij allemaal hulpverleners gericht op zorg, en willen we graag het beste voor onze patiënten.

Wanneer ik met mijn interventie aan de slag ga, moet ik er rekening mee houden, dat ik te maken ga krijgen met teleurstellingen. Mensen zullen voortijdig afhaken, en er zal weerstand komen. De stakeholders hebben mij hier erg bewust van gemaakt.

Bibliografie.

- Bijlsma J. & Janssen H. (2018). *Sociaal werk in Nederland: Vijfhonderd jaar verheffen en verbinden* 4^{de}, herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Blanken C., Clijsen M., Garenfeld W., te Paske I. & van Piere M. (2016). *Psychiatrie voor de sociaal werker* (2^{de} herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Blankers M., Monshouwer K., Ketelaars, T. & Laar van M. (2014). *Factsheet roken en schizofrenie*. Geraadpleegd op 20 april 2020 van <file:///C:/Users/Dell/Documents/Module%203/Schizofrenie%20en%20roken.pdf>
- Brug J., van Assema P. & Lechner L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (9^{de} druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bunthof A. & Visscher Y.M. (2017). *Mens en Recht* (9^{de} druk). Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers.
- Commissie van toezicht kenniscentrum (Z.D.). *Rookbeleid*. Geraadpleegd op 16 april 2020 van https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/dossier-rookbeleid/thema_artikel/
- De Roos S. & van Dinther M. (2016). *Preventie in het sociale domein* (4^{de} herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Dom G. (2015). *Roken ben je gek*. Geraadpleegd op 20 april 2020 van <https://www.trimbos.nl/net-columns/roken-ben-je-gek>
- GGD (2016). *Rokers per GGD regio*. Geraadpleegd op 17 april 2020 van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/regionaal-internationaal/regionaal#bronverantwoording>
- Grootveld R.J. (2017). *Populaire uitdrukkingen: Roker*. Geraadpleegd op 05 april 2020 van <https://www.ensie.nl/populaire-uitdrukkingen/roker>
- Hoffman H. (2001). *Roken*. Geraadpleegd op 04 april 2020 van <https://www.anderetijden.nl/aflevering/618/Roken>
- Kremers D. & Middendorp S. (2020). *infoland-ppc.dji.minjus.nl*. Geraadpleegd op 08 april 2020, van <http://infoland-ppc.dji.minjus.nl/Portaal/Zwolle?FromLogin=1>
- Koren Y. (2016). *Hoe de rokers zijn verdreven*. Geraadpleegd op 04 april 2020 van <https://www.anderetijden.nl/programma/1/Andere-Tijden/aflevering/679/Hoe-de-rokers-zijn-verdreven>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Nationaal Preventie Akkoord*. Bijlage geraadpleegd op 05 april 2020 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

Overheid. (2020). *Tabaks & Rookwarenwet*. Geraadpleegd op 06 april 2020 van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004302/2020-01-23>

Spierts M., Sprinkhuizen A., Scholte M., Hoijtink M., de Jonge E. & van Doorn L. (2017). *De brede basis van het sociaal werk* (1^{ste} druk). Bussum: Coutinho.

Volksgesondheidszorg (2017). *Trend roken volwassenen*. Geraadpleegd op 16 april 2020 van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#bronverantwoording>

Van Balkom A. & Heeren M. (Z.D.) *Op weg naar een rookvrije GGZ*. Geraadpleegd op 14 april 2020.

Van Dalen W. (2017), *Ethiek de basis* (3^{de} druk). Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers.

Van den Herik M. & Schuitema A. (2017). *Een onderzoekende houding* (2^{de} oplage). Bussum: Coutinho.

van Straten G., Scholte, M. & Sprinkhuizen, A. (2017). *Dichterbij de basis*. Bussum: Coutinho.

Windesheim ELO (2020).

Woerdman E. (2013). *Politiek en politicologie* (4^{de} druk). Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers.

Bijlagen.

Onderzoek onder de PPC gedetineerden patiënten die wel of niet roken. En de vraag wie rookt en zou willen stoppen.

