

Handleiding bij presentatie ‘Naar een rookvrije GGZ’

Achtergrond bij presentatie: Oorspronkelijk is deze presentatie op 13 november 2018 gehouden door Esther Croes en Petra Hopman, tijdens de derde landelijke netwerkdag ‘**Op weg naar een rookvrije GGZ**’ op het Trimbos-instituut. Aanwezig waren rookvrij-voorlopers uit GGZ-praktijk, –bestuur en -onderzoek.

- dr. Esther Croes is als arts-epidemioloog en senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut o.a. verbonden aan het National Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET).
- dr. Petra Hopman is als psycholoog en wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut eveneens verbonden aan het NET.

Slide 2:

Dit zijn de meest recente ‘**Kerncijfers roken**’ (2017), over rookgedrag van volwassen Nederlanders. [1]

- In Nederland is de laatste jaren een gestage afname in rookprevalentie zichtbaar voor zowel mannen als vrouwen.
- De daling is vergelijkbaar voor mannen en vrouwen.
- Het percentage rokende mannen blijft echter structureel hoger.
- Verder is de rookprevalentie hoger onder lager opgeleiden - met name in categorie ‘dagelijks roken’.

Slide 3:

- Ongeveer 33% van de mensen met een **psychische aandoening** rookt, t.o.v. ca. 20% van de totale volwassen Nederlandse bevolking.
- Binnen de **klinische GGZ populatie** is dit ruim het dubbele: circa 70% rookt.
- Hoewel binnen de algehele Nederlandse bevolking het aantal rokers afneemt, blijft het aantal rokers met psychische aandoeningen al jaren gelijk. [2]

Slide 4:

Mensen met psychische stoornissen roken relatief vaak en veel:

- Naar schatting roken mensen met psychische stoornissen **2x tot 4x keer zo vaak** als de algemene bevolking. [3]
- Rokers met een psychische stoornis roken gemiddeld **meer sigaretten per dag** dan rokers uit de algemene bevolking. [4] Ze lopen daarnaast een groter risico om nicotineafhankelijk te worden. [5]
- Het percentage dat dagelijks rookt, is bijzonder hoog voor mensen met schizofrenie (62%) [6], maar ook bij mensen met bijvoorbeeld een bipolaire stoornis (33-70%) of depressie (40-60%) komt dagelijks roken veel voor. [3] [7]
- Hierdoor komen lichamelijke aandoeningen en tabakgerelateerde sterfte onder de GGZ-populatie relatief vaak voor. Zo hebben m.n. schizofreniepatiënten een kortere levensverwachting dan de algemene bevolking → dit is voor de helft toe te schrijven aan roken. [8] [9]
- Roken heeft bovendien een ongunstig effect op het beloop van psychische stoornissen [10], en beïnvloedt daarnaast de werking van bepaalde vormen van psychomedicatie waaronder antipsychotica. [11]

* *OCD = Obsessieve-compulsieve stoornis; EPA = ernstige ernstige psychiatrische aandoening*

Slide 5:

- Tabaksrook bevat duizenden verschillende stoffen. Van honderden stoffen daarvan is bekend dat ze schadelijk zijn voor de gezondheid. Van ongeveer 70 stoffen in tabaksrook is aangetoond is dat ze een **carcinogene werking** hebben.
- Tabaksproducten bevatten vele **additieven**. Er zijn 673 verschillende soorten additieven bekend die aan Nederlandse tabaksproducten worden toegevoegd. Voorbeelden hiervan zijn de smaakstoffen **suiker, cacao** en **vanilline**.
- Naast smaakstoffen bevatten tabaksproducten ook **bindmiddelen, vulmiddelen, bevochtigers, lijm** en **kleurstoffen**. Bij sigaretten bestaat ongeveer 30% van het gewicht uit dit soort toegevoegde stoffen.
- Slechts klein deel van toevoegingen/kankerverwekkende stoffen bereikt de patiënt, echter alsnog schadelijke hoeveelheden!

Bronnen: [12] [13] [14]

Slide 6:

- Nicotine heeft een effect op neurotransmitters. Anders gezegd: nicotine imiteert en activeert verschillende stoffen in de hersenen. Deze stoffen zijn o.a. **acetylcholine, adrenaline, vasopressine** en **serotonine**. Door acetylcholine te imiteren voelt de roker zich lekker. De adrenaline zorgt ervoor dat je je minder moe voelt en je geen honger krijgt. [15]
- Deze effecten kunnen het **gedrag** en de **gezondheid** van de (stoppende) roker mogelijk verklaren. Bijvoorbeeld bij stoppen met roken → ontbrekend beloningsgevoel, toename gewicht door hernieuwde eetlust, vergeetachtigheid, verminderde stemming, toename van angst en spanning. [16]

Slide 7:

Nicotine wordt snel opgenomen in het bloed en de hersenen. Van de longen gaat het bloed met nicotine en koolmonoxide naar het hart. Het hart pompt het bloed vervolgens direct de in de hersenen. Daarom ontstaat, na het eerste trekje, een snelle nicotinepiek. Dit is na ca. 7 seconden. Vervolgens neemt het nicotinepeil slechts langzaam af in het bloed → de halfwaardetijd van nicotine in bloed is circa 2 uur. [17]

Slide 8:

- Nicotine grijpt aan op acetylcholinereceptoren in de hersenen. Nicotine heeft dus naast effect op neurotransmitters, ook een effect op acetylcholinereceptoren in het hart, bloedvaten, maag en darmen, hormoonproducerend weefsel, bijnier en perifere zenuwstelsel.
- Nicotine heeft een stimulerend effect op de bloeddruk: deze verhoogt en de pols versnelt. [17] Op de maag en darmen heeft nicotine een remmend effect: de maagontleding vertraagt [18] en de dikke darm ontspant. [19]

Slide 9:

Roken leidt tot risico's op de korte, maar met name op lange termijn. [20] En hoe meer er gerookt wordt, hoe groter die risico's.

- Korte-termijnegevolgen, o.a.: verminderde conditie, hartaanval, trombose, scheuring van de aorta.
- Lange-termijnegevolgen, o.a.: verschillende soorten kanker en chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, astma, COPD en verminderde vruchtbaarheid.

In principe kan elk deel van het lichaam schade ondervinden.

Slide 10:

Meerroken is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel 'passief roken' genoemd. [21]

- Omgevingstabaksrook is een mengsel van vele verschillende stoffen, waarvan er honderden stoffen **schadelijk** zijn voor de gezondheid; van ongeveer 70 stoffen is een kankerverwekkende werking aangetoond. Er is **geen veilig niveau** van blootstelling aan tabaksrook.
- Naar schatting ondervindt één op de vijf Nederlanders regelmatig tot zeer vaak **hinder** van omgevingstabaksrook. Het gaat hier veelal ook om **kinderen** van rokende ouders.
- Er is bewijs dat **meerroken door volwassenen** bijdraagt aan longkanker, coronaire hartziekten zoals een hartinfarct, beroerten, irritatie aan de neus en voor zwangere vrouwen een lager geboortegewicht van het kind.
- **Meerokende kinderen** hebben meer kans op wiegendood, luchtwegklachten en verminderde longfunctie, astma en andere lage luchtwegziekten en oorontsteking.

Slide 11:

In 2015 verscheen het tweede rapport van het **International Tobacco Control Policy Evaluation Project**.

- Dit is een **internationaal vergelijkend cohortonderzoek** dat wordt uitgevoerd in 22 landen en dat bedoeld is om de effecten van tabaksontmoedigingmaatregelen op rokers, in de loop der tijd, in kaart te brengen.
- Tussen 2008 en 2014 zijn in Nederland **zeven metingen** verricht van de volledige cohort. Deze cohort bevat ca. 2.000 jonge en volwassen rokers, die tijdens de eerste meting ouder dan 15 jaar waren. [22]
- Onderdeel van deze metingen vormt de **kennis over de gevolgen van roken**. Hieruit blijkt dat deze kennis van Nederlandse rokers behoorlijk achterloopt vergeleken met inwoners van de andere onderzochte landen.

Slide 12:

In Nederland denkt 79% van de rokers dat roken **coronaire hartziekten** veroorzaakt. Dat is het op-twee-na laagste percentage binnen 13 ITC-landen. Zambia scoort even hoog.

Slide 13:

In Nederland denkt 63% van de rokers dat roken **beroerte** veroorzaakt. Dat is het op-drie-na laagste percentage in 19 ICT landen.

Slide 14:

Van 15 ICT-landen geeft in Nederland het laagste percentage rokers (22%) aan dat ze 'vaak' of 'heel vaak' **nadenken over de nadelen** van roken.

Slide 15:

Nederland heeft ook het laagste percentage rokers (9%) die 'vaak' of 'heel vaak' nadenken over de mogelijke **schade van hun roken aan anderen**.

Slide 16:

Slechts 21% van de Nederlandse rokers had een **negatief oordeel** over roken. Dit is het op-een-na laagste percentage in 13 ITC-landen.

Slide 17:

- In Nederland heeft naar eigen zeggen een kwart (25%) van de rokers het afgelopen half jaar 'nooit' **reclame of informatie** opgemerkt die de gevaren van roken belicht. Dat is binnen 9 landen met een hoog inkomen het op-drie-na hoogste percentage.
- Kortom: de **kennis** van Nederlandse rokers over de gevolgen van roken loopt behoorlijk achter. Er valt qua voorlichting nog veel winst te behalen.

Slide 18:

Tegelijkertijd zit de **tabaksindustrie** niet stil. Dit verslag geeft weer hoe de tabaksindustrie haar sigaretten zò heeft aangepast om deze verslavender, verleidelijker en gevaarlijker te maken. Dit door het aanpassen of toevoegen van ingrediënten. [23] Het lijkt een reactie te zijn op de toch toenemende bewustwording van de gevaren van tabak, en om het verdienmodel zeker te stellen.

Slide 19:

Toevoegingen aan sigaretten die tot verslaving aanzetten [23]:

- **Bronchodilatoren** → Stofjes die luchtwegen verwijden, zodat meer rook de longen bereikt.
- **Toevoeging nicotine** → Deze toevoeging verhoogt verslavingskans.
- **Menthol**: Vermindert irritatie in de keel, door dit gevoel te maskeren
- **Geventileerde filters** → Rokers moeten hierdoor krachtiger inhalen, waardoor rook dieper in de luchtwegen komt
- **Smaakstoffen** → Toevoegingen van smaakstoffen maskeren irritatie van de rook, waardoor sigaretten aantrekkelijker zijn voor nieuw gebruikers en kinderen.
- **Nitrosamine** → Kankerverwekkende stof, met name in mengsels van meerdere soorten tabak.
- **Ammoniak samenstellingen** → Versnellen de overgang van nicotine naar de hersenen.
- **Suikers en acetaldehyde** → Maken rook makkelijker om te inhaleren, versterkt verslavend effect nicotine.
- **Levulinezuur** → Vermindert irritaties door nicotine.

Slide 20:

- De **Fagerström test** [24] is een korte vragenlijst die een arts, verpleegkundige of paramedicus kan afnemen bij een patiënt/cliënt om een indruk te krijgen van de mate van tabaksverslaving. De test bestaat uit 6 vragen. Items over aantal sigaretten per dag en de tijd tussen opstaan en de eerste sigaret geven de meeste punten.
- De uiteindelijke score levert 4 categorieën op: (1) Niet afhankelijk, (2) Licht afhankelijk, (3) Matig afhankelijk en (4) Sterk/zeer sterk afhankelijk van nicotine.

- Volgens de Fagerström is een nicotinevervangende therapie met name geïndiceerd bij de matig en sterk/zeer sterke afhankelijkheid groep. De overige groepen hebben een betere kans om te stoppen zonder nicotinevervangende therapie.

Slide 21

- Veelvoorkomende ontwenningssverschijnselen [25] → zie dia.
- Patiënten hebben **1-2 dagen** na het stoppen het meeste last (piek). In de weken daarna nemen de ontwenningssverschijnselen langzaam af.
- Sommige onthoudingsverschijnselen, zoals een sombere stemming en verhoogde eetlust, kunnen **enkele maanden** aanhouden.
- Het risico van terugval blijft echter nog **jaren** bestaan.

Slide 22

Roken i.c.m. psychiatrische ziekten → zie dia.

Slide 23

- Roken i.c.m. schizofrenie [26] → zie dia.
- Het idee is dat roken bij schizofrenie een gunstige invloed heeft op de cognitieve symptomen. Patiënten ervaren dus een groter positief effect van het roken, wat een belangrijke **instandhoudende factor** is. Dit bemoeilijkt het stoppen.

Slide 24

Leestip [27] → overzichtartikel over de nicotine(receptor) en cognitieve symptomen bij schizofrenie.

Slide 25

Roken als zelfmedicatie [28] [29] voor schizofreniepatiënten is niet logisch → zie dia.

Slide 26

De tabaksindustrie bemoeit zich actief met het rookgedrag van schizofrenie patiënten [30]:

- Financiert onderzoek waaruit idee volgt dat patiënten met schizofrenie minder gevoelig zijn voor de schade van tabak.
- Promoot roken door uitdelen van sigaretten in GGZ-instellingen.
- Tegenhouden van rookvrije ziekenhuizen.
- Tegenhouden stoppen met roken behandeling van GGZ patiënten.

* *SMR = stoppen met roken*

Slide 27

Er heerst een aantal veelgehoord en hardnekkige **mythes** over roken bij GGZ-patiënten → zie dia.

Slide 28

In 2014 heeft het Trimbos-instituut een verkenning uitgevoerd naar rook(vrij)beleid en praktijk tijdens het verblijf in geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorg-instellingen en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). [31] [32] [33] Dit resulteerde in een uitvoerig rapport en een bondige factsheet – beide kosteloos verkrijgbaar via de webwinkel van het Trimbos-instituut. De slide toont alle Nederlandse instellingen en organisaties die hieraan mee hebben gewerkt.

Slide 29

Doel van het onderzoek was om een overzicht te bieden van wat er in Nederland, maar ook in het buitenland gebeurt in (intramurale) GGZ-instellingen op het gebied van (stoppen met) roken en rookvrijbeleid.

De voornaamste onderzoeksvragen → zie dia.

Slide 30

- Sinds 1 januari 2004 zijn Nederlandse werkgevers volgens de **Tabakswet** verplicht om een rookvrijbeleid te voeren. [34] Het rookvrijbeleid van GGZ-instellingen wordt ingegeven door deze Tabakswet. Hierin zijn delen van GGZ-instellingen onder voorwaarden uitgezonderd.
- Daarnaast is artikel 3 van de **Arbeidsomstandighedenwet** (Arbowet) van belang. [35] Deze verplicht GGZ-instellingen tot een gezonde en veilige werkomgeving voor de medewerkers.
- Dit kan op gespannen voet staan met de wet op de **Geneeskundige Behandelingsovereenkomst** (WGBO). [36] Deze benadrukt het recht op zelfbeschikking van de patiënt.
- Er is dus sprake van een conflict van plichten, waarin de gezondheid en veiligheid van zowel medewerkers als patiënten zwaarder weegt.

Slide 31

- Uit de verkenning van het Trimbos-instituut blijkt dat een aantal instellingen (31%) in 2014 **geen formeel rookvrijbeleid op schrift** had. Hierdoor was niet overal duidelijk of het rookbeleid voldoet aan verschillende wetten zoals de Tabakswet, de Arbowetgeving en de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Daarentegen hadden 42 van de 61 geïnccludeerde GGZ-instellingen (69%) destijds wèl een formeel rookvrijbeleid → zie dia. Opvallend is dat het beleid grotendeels lijkt te voldoen aan de wettelijke kaders, maar dat er **grote pluriformiteit** bestaat.
- Ook bestaan er **verschillen** in rookvrijbeleid tussen type instellingen.

Slide 32

Het is belangrijk om te realiseren dat er een verschil bestaat tussen het **rookvrijbeleid** en de **uitvoeringspraktijk**. Zoals uit deze quotes blijkt, is de naleving van het rookvrijbeleid soms onvoldoende. Uit de laatste quote blijkt dat zorgfunctionarissen stoppen met roken wel belangrijk vinden, maar prioriteit geven aan de klachten waarvoor patiënten worden opgenomen.

Slide 33

- Om de onderzoeksvragen t.a.v. de praktijk te beantwoorden, is een **enquête** gehouden onder ca. 600 medewerkers. Hierin werd een achttal stellingen voorgelegd → zie dia
- Opvallend is dat het overgrote deel van de medewerkers vindt dat:
 - o cliënten meer moeten worden **aangemoedigd**;
 - o medewerkers moeten worden **getraind**;
 - o de **GGZ** hierin betrokken moet worden.
- Een substantieel deel van de medewerkers blijkt **samen roken** heel nuttig te vinden, en is er geen voorstander van om roken in de kliniek te verbieden.

Slide 34

- Hier dezelfde stellingen, maar dan uitgesplitst naar rokende en niet-rokende medewerkers.
- Opvallend: een groot deel van de medewerkers die roken nuttig vindt en geen voorstander is van een verbod, rookt zelf!

Slide 35

Slechts een kwart van de medewerkers heeft (in 2014) *'het afgelopen jaar'* een cliënt geholpen te stoppen met roken. Een derde heeft dit *'ooit'* gedaan, en bijna de helft *'nog nooit'*.

Slide 36

Er bestaat een duidelijke **discrepancie** tussen de behoefte van de cliënt en actie van de behandelaar. De behoefte aan stopondersteuning bij de cliënt is hoger dan wat er door behandelaars wordt aangeboden.

Slide 37

- Volgens de enquête uit 2014 bieden medewerkers, áls ze iets aanbieden ($n=122$), hoofdzakelijk **eenmalig advies** en **psychosociale interventies** aan.
- **Medicatie** zoals bupropion en varenicline wordt nauwelijks toegepast.
- **Nicotine-verters** en de **e-sigaret** (feitelijk ook een nicotinevervangend product!) vormen een middencategorie.

Slide 38

Uit de verkenning van het Trimbos-instituut (2014) vloeit een aantal **conclusies** voort → zie dia.

* *SMR = stoppen met roken*

Slide 39

Op basis van de bevindingen kan een aantal **aanbevelingen** worden gedaan → zie dia.

Slide 40

De **richtlijn** 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' (herziening 2016) [37] stelt dat stoppen met roken een lang proces is, maar de behandeling werkt - óók bij GGZ- cliënten! [38]

Slide 41

Waarom is een rookvrije GGZ zo belangrijk? Hiervoor is een aantal **ethische argumenten** → zie dia.

* *SMR = stoppen met roken*

Slide 42

- Het **Trimbos-instituut** speelt, mede vanuit het **Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging** (NET), een belangrijke rol in het ondersteunen van professionals. Dit door het ontwikkelen en delen van kennis via nieuwsbrieven en websites, publieksvoorlichting, preventieprogramma's en interventies, monitoring.

- De website Rokeninfo.nl/professionals bevat veel algemene informatie rond roken, maar ook behandelrichtlijnen, publicaties, Rookvrij Opgroeien materialen, nieuwsbrief etc.
- De recent gelanceerde website [Toolkit Rookvrije Zorg](http://ToolkitRookvrijeZorg) bevat biedt zorgprofessionals en -organisaties handvatten om een rookvrije werk- en behandelcultuur te realiseren. Dit in de vorm van best practices, checklists en FAQ's.

Slide 43 en 44

Afsluiting

Referenties:

1. L. Springvloet, J. Bommelé, M. Willemsen & M. van Laar. (2018). [Kerncijfers roken 2017: De laatste cijfers over roken, stoppen met roken, meeroken en het gebruik van elektronische sigaretten.](#) Utrecht: Trimbos-instituut.
2. George, T. P. (2001). [Nicotine Addiction and Other Psychiatric Disorders](#) *Psychiatric Times*, 18(2), 39-42.
3. Callaghan, R.C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C. et al (2014). [Patterns of tobacco related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression.](#) *Journal of Psychiatric Research*, 48, 102-10.
4. McClave, A.K., McKnight-Eily, L.R., Davis, S.P., & Dube, S.R. (2010). [Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey.](#) *American Journal of Public Health*, 100, 2464-2472.
5. Pedersen, W. & von Soest, T. (2009). [Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study.](#) *Addiction*, 104, 129-37.
6. de Leon, J. & Diaz, F.J. (2005). [A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors.](#) *Schizophrenia Research*, 76, 135-57.
7. Kalman, D., Morissette, S.B., & George, T.P. (2005). [Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders.](#) *American Journal of Addiction*, 14, 106-23.
8. van Os, J & Kapur, S. (2009). [Schizophrenia.](#) *Lancet*, 374, 635-645.
9. Tidey, J.W. & Miller, M.E. (2015). [Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness.](#) *British Medical Journal*, 351, h4065.
10. Khaled, S.M., Bulloch, A.G., Williams, J.V., Hill, J.C., Lavorato, & D.H., Patten, S.B. (2012). [Persistent heavy smoking as risk factor for major depression \(MD\) incidence – evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey.](#) *Journal of Psychiatric Research*, 46, 436-43.
11. Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J.C., Zvolensky, M., Adler, L.E. et al. (2008). [Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report.](#) *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1691-1715.
12. U.S. Department of Health and Human Services. [The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.](#) Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
13. Schenk, E., Kienhuis, A. & Talhout, R. (2013). [Additieven in Nederlandse tabaksproducten: Analyse van de gegevens over 2011.](#) Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

14. Effecten van overige stoffen. (2014). Utrecht: Trimbos-instituut. URL: <https://www.rokeninfo.nl/professionals/effecten-van-roken/effecten-van-overige-stoffen>. Verkregen op 01-02-2019.
15. Jellinek. Hoe werkt tabak in de hersenen? URL: <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoe-werkt-tabak-in-de-hersenen/> Verkregen op 01-02-2019.
16. Benowitz, N. L. (2010). [Nicotine Addiction](#). *New England Journal of Medicine*, 362 (24), 2295–2303.
17. Giardina, E. G. (2017). Cardiovascular effects of nicotine. URL: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-effects-of-nicotine>. Verkregen op 23-01-2019.
18. Gritz, E.R., Ippoliti, A., Jarvik, M.E., Rose, J.E., Shiffman, S., Harrison, A., & van Vunakis, H. (1988). [The effect of nicotine on the delay of gastric emptying](#). *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2(2), 173-178.
19. Coulie, B., Camilleri, M., Bharucha, A. E., Sandborn, W. J., & Burton, D. (2001). [Colonic motility in chronic ulcerative proctosigmoiditis and the effects of nicotine on colonic motility in patients and healthy subjects](#). *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 15(45), 653-663.
20. CDC Vital Signs (2010). Tobacco Use: Smoking & Second Hand Smoke. URL: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/tobaccouse/smoking/index.html>. Verkregen op 13-11-2018.
21. ter Weijde, W., Croes, E., Verdurmen, J. & Monshouwer, K. [Factsheet Meerroken](#). Utrecht, Trimbos-instituut.
22. ITC Project (2015). [ITC Netherlands National Report. Findings from the Wave 1 to 8 Surveys \(2008-2014\)](#). University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada.
23. Campaign for Tobacco Free Kids (2014). [Designed for Addiction: How the Tobacco Industry Has Made Cigarettes More Addictive, More Attractive to Kids and Even More Deadly](#).
24. Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerström, K. (1991). [The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire](#). *British Journal of Addiction*, 86, 1119–1127.
25. Welke ontweningsverschijnselen kan ik krijgen? Utrecht: Trimbos-instituut. URL: <https://www.rokeninfo.nl/publiek/info-over-stoppen/welke-ontweningsverschijnselen-kan-ik-krijgen-> Verkregen op 01-02-2019.
26. Muller, D. P. & de Haan, L. (2017). [Stoppen met roken en schizofrenie](#). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 297-301.
27. Quisenbaerts, C., Morrens, M. & Sabbe, B. (2013). [De nicotinereceptor als doelwit voor verbetering van de cognitieve symptomen bij schizofrenie](#). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 415 - 425.
28. Kumari, V. & Postma, P. (2005). [Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses](#). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 1021–1034.
29. Blankers, M., Monshouwer, K., Ketelaars, T., van Laar, M. (2014). [Factsheet Roken en schizofrenie](#). Utrecht: Trimbos-instituut.
30. Prochaska, J. J., Hall, S. M., & Bero, L. A. (2008). [Tobacco Use Among Individuals With Schizophrenia: What Role Has the Tobacco Industry Played?](#) *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 555–567.
31. Blankers, M., Buisman, R., ter Weijde, W. & van Laar M. (2015). [Rookbeleid in de GGZ. Een verkenning van beleid en praktijk tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's](#). Utrecht: Trimbos-instituut.

32. Blankers, M, ter Weijde, W & van Laar, M. (2015). [Factsheet Rookbeleid in de GGZ: De stand van zaken.](#) Utrecht: Trimbos-instituut.
33. Hopman, P., Blankers, M., Dom, G. & Keet, R. (2017). [Rookbeleid in de ggz: documentonderzoek en enquête.](#) Tijdschrift Voor Psychiatrie 59 (2), 111-115.
34. Tabakswet, art. 10. URL: <https://archive.is/GukjS>. Verkregen op 01-02-2019.
35. Arbeidsomstandighedenwet, art. 3. URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/2019-01-01>. Verkregen op 01-02-2019.
36. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), boek 7 Burgerlijk Wetboek. URL: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-10-10#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5. Verkregen op 01-02-2019.
37. Trimbos-instituut (2017). [Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning - herziening 2016.](#) Utrecht: Trimbos-instituut.
38. Rüther, T., Bobes, J., de Hert, M., Svensson, T.H., Mann, K., et al.(2014). [EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness.](#) *European Psychiatry*, 29 (2), 65-82.