

Stoppen met roken in de psychiatrie



Afbeelding 1 GGZ.nl

Daar word je (niet) onrustig van

Jeroen Scheepers

1864610

Coach: Mamette van Wanroij

Docent: Monique Du Moulin

Werkbegeleiders: Audrey Bonekamp,

Rob Henzen, Nancy Mevis.

Maastricht UMC+

Afdeling Psychiatrie VeB1

Hogeschool Zuyd

Faculteit gezondheidzorg

HBO-Verpleegkunde Deeltijd

Mei 2021

Samenvatting

Roken zorgt voor gezondheidsschade, ook bij psychiatrisch patiënten. Om roken te ontmoedigen worden rookruimten per 1 juni 2021 verboden in zorg instellingen. Dit zorgt voor een veranderingen bij zowel de patiënt en als bij de zorgprofessional.

In deze bachelorthesis wordt dit onderzocht door middel van antwoord te geven op de hoofdvraag “Wat zijn de meningen en verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de patiëntenzorg wanneer een rookverbod geldt op de afdeling Psychiatrie in het Maastricht UMC+?”

Theoretisch kader

Roken zorgt voor gezondheidsschade en verkort de levensverwachting. Daarnaast draagt roken bij aan het ontstaan van psychiatrische aandoeningen. Zorgprofessionals hebben ethische bezwaren en veronderstellen dat roken symptoomreducerend werkt. Hiervoor is geen evidence. Stoppen met roken is voor psychiatrisch patiënten niet anders dan voor mensen zonder psychiatrische aandoening. Er is geen evidence voor een toename van agressie na het rookvrij maken van een afdeling. Een wettelijk rookverbod draagt bij aan forse gezondheidswinst bij de patiënt, op zowel lichamelijk als psychisch vlak.

Methodiek

Een enquête onder 12 verpleegkundigen van de afdeling Psychiatrie in het Maastricht UMC+ inventariseert de opvattingen. Uit de respondenten werden zes deelnemers uitgenodigd voor een focusgroep om hun visie verder uit te diepen.

Resultaten

De respondenten kijken wisselend tegen het sluiten van de rookruimte. Zij voorzien een toename van onrust bij de patiënten. Om dit te voorkomen zien zij een eenduidige werkwijze als oplossing. Daarnaast vrezen zij het maken van uitzonderingen. Deze angst lijkt reëel gezien een deel van de respondenten aangeeft bereid te zijn uitzonderingen te maken.

Discussie en conclusie

De angst voor onrust wordt ondersteund uit de literatuur. Uit onderzoek blijkt dat in praktijk geen toename is van onrust mits het stoppen met roken juist is ingebed in de zorg.

Aanbevelingen

Om de inbedding te bewerkstellingen dient een eenduidige werkwijze ontwikkeld te worden. Organiseer daarnaast herhaaldelijk bijeenkomsten om het rookbeleid te bespreken. Hiermee wordt draagvlak gecreëerd en een eenduidige visie uitgedragen.

Voorwoord

Na mijn diplomering als mbo-verpleegkundige, ben ik in juli 2010 gaan werken op de afdeling Psychiatrie (VeB1) van het Maastricht UMC+. Deze leuke en afwisselende baan combineer ik met andere uitdagingen, zoals het lesgeven aan de Maastricht UMC+ Academie. Ondanks dat was ik toe aan een nieuwe uitdaging en ben ik in september 2018 begonnen aan de opleiding tot hbo-verpleegkundige.

In 2021 nadert het einde van mijn opleiding tot hbo-verpleegkundige. Als sluitstuk heb ik deze bachelorthesis geschreven over roken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Als niet-roker heb ik een afwijzende houding ten aanzien van roken. Echter, als het om mijn werk gaat zag ik dat toch altijd anders; psychiatrisch patiënten roken nu eenmaal. Bij de keuze van het onderwerp had ik dus ook al een duidelijk beeld van roken door patiënten in de GGZ. Deze thesis veranderde mijn standpunt ten aanzien van roken in de GGZ.

De literatuurstudie, het praktijkonderzoek en alle gevraagde en ongevraagde adviezen hebben bij geholpen een beter een objectiever beeld te vormen ten aanzien van roken. Het draagt daarmee bij aan het verbeteren van mijn vakkennis, vaardigheden en houding die ik kan uitdragen naar mijn patiënten en collega's.

Bij het onderzoeken en schrijven heb ik veel steun gehad, van verwachte en onverwachte hoek. Speciale dank gaat uit naar mijn collega's die mij de mogelijkheid hebben gegeven het onderzoek uit te voeren en bereid waren mee te denken, mijn zus die mijn taalkundige steun en toeverlaat is door alles met alle geduld na te lezen, mijn vrienden die het de afgelopen tijd moesten doen met korte telefoongesprekken en tot slot mijn medestudenten en docent voor hun kritische blik en constructieve feedback.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze bachelorthesis en wie weet steekt u er nog iets van op.

Jeroen Scheepers

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding.....	6
1. Theoretisch kader.....	8
1.1 Prevalentie.....	8
1.2 Metabole verandering.....	9
1.3 Stoppen met roken.....	10
1.3 Wettelijk kader.....	11
1.4 Visie zorgprofessionals	12
1.4.1 Visie op roken.....	12
1.4.2 Risico op agressie en ontwenning	12
1.4.3 Houding zorgprofessional	13
2. Methoden.....	14
2.1 Onderzoek benadering	14
2.2 Setting & participanten	14
2.3 Dataverzameling.....	15
2.3.1 Enquête.....	15
2.3.2 Focusgroep.....	15
2.4 Data-analyse.....	16
2.4.1 Enquête.....	16
2.4.2 Focusgroep.....	16
2.5 Ethische overwegingen.....	17
3. Resultaten	18
3.1 Enquête	18
3.1.1 Kenmerken respondenten	18
3.1.2 Opvattingen van respondenten.....	18
3.1.3 Verwachte problemen en oplossingen	19
3.1.4 Dilemma.....	20
3.2 Focusgroep	21
3.2.1 Willen.....	21
3.2.2 Moeten	22
3.3.3 Kunnen.....	22
4. Discussie & Conclusie.....	23
5. Advies & Inbedding.....	25
5.1 Willen	25

5.2 Moeten	25
5.3 Kunnen	26
5.4 Monitoring.....	27
Literatuurlijst.....	28
Bijlagen.....	32
<i>Bijlage 1 Zoekstrategie.....</i>	<i>32</i>
<i>Bijlage 2 Enquête stoppen met roken in de GGZ.....</i>	<i>43</i>
<i>Bijlage 3 Stellingen focusgroep.....</i>	<i>48</i>
<i>Bijlage 4 Codeboom</i>	<i>49</i>
<i>Bijlage 5 Gedragscode.....</i>	<i>53</i>
<i>Bijlage 6 Deelnemers informatie</i>	<i>55</i>
<i>Bijlage 7 Toestemmingsverklaring deelnemers</i>	<i>58</i>
<i>Bijlage 8 Uitslag enquête in tabellen</i>	<i>59</i>

Inleiding

Het roken van tabak is zeer verslavend; de nicotine in tabak is net zo verslavend als heroïne of cocaïne (Samet & Yoon, 2010). Dit zorgt ervoor dat een lichamelijke verslaving ontstaat naar roken. Tevens ontstaat tolerantie waardoor de roker steeds meer nicotine nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken (Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, 2020). Naast verslaving brengt roken ook gezondheidsschade met zich mee voor de roker en zijn omgeving. Roken tast alle organen van het lichaam aan; de bekendste zijn kanker, longaandoeningen en hart- en vaatziekten (Surgeon General, 2014). Daarmee is roken verantwoordelijk voor ruim 9% van de ziektelast (in DALY) in Nederland (RIVM, 2018). In Nederland rookt ruim een vijfde (21,7%) van de bevolking, daarnaast geeft een vijfde (21,1%) aan dagelijks mee te roken (RIVM, 2019).

De prevalentie en de hoge ziektelast brengen maatschappelijke kosten met zich mee. De zorgkosten voor rookgerelateerde aandoeningen zijn 2,4 miljard euro per jaar, dat is ongeveer 2,8% van de totale zorgkosten (RIVM, 2018). Daarnaast zijn ook andere negatieve effecten van roken zoals verminderde arbeidsproductiviteit, brandschade en afname van kwaliteit van leven. Roken heeft daarbij ook effect op de stofwisseling en de metabolisering van medicatie, dit zorgt ervoor dat het complexer is patiënten in te stellen op medicatie (Zevin & Benowitz, 1999). Onder psychiatrische patiënten liggen de prevalentiecijfers van roken 2 tot 4 keer hoger in vergelijking tot de mensen zonder psychiatrische aandoening (Callaghan, et al., 2014). Bij sommige psychiatrische diagnoses liggen de cijfers tot wel 6 keer hoger dan bij de personen zonder psychiatrische aandoeningen (Leon & Diaz, 2005) (Fu, et al., 2007). Omgekeerd zorgt het roken voor een toename van psychiatrische ziekte. Depressies komen tot vier keer vaker voor bij forse rokers (Klungsoyr, Nygård, Sørensen, & Sandanger, 2006).

Maatschappelijk is roken lange tijd geaccepteerd; sinds de jaren '80 wordt roken actief ontmoedigd vanwege de gezondheidsschade en de maatschappelijke kosten die het veroorzaakt. In het nationaal preventie akkoord (Ministerie VWS, 2018) is een rookvrije generatie in 2040 ten doel gesteld. Om dit doel te bereiken zijn diverse tussendoelen gesteld, deze zijn verankerd in wetgeving (art. 10 lid 2 Wet Tabaks- en rookwarenwet). Per juni 2021 geldt dan ook een verbod op rookruimten in de gezondheidszorg, dus ook binnen de psychiatrie. Dit heeft als gevolg dat een (gedwongen) opgenomen patiënt niet in de mogelijkheid is om te roken tijdens zijn opname. Veel zorgprofessionals zijn argwanend ten opzichte van het stoppen met roken, zij baseren zich voornamelijk op ethische bezwaren en de angst voor een toename van agressie (Neven, Vermeulen, Noordraven, & Bonebakker, 2019). Tevens vrezen zij voor een toename van opnameduur en een terughoudendheid van patiënten die bereid zijn zich vrijwillig te laten opnemen in een rookvrije instelling (Perry, Meehan, & Kumar Jainer, 2017).

Het verbod op rookruimten dwingt ook het Maastricht UMC+ het rookbeleid op de afdeling Psychiatrie aan te passen. Momenteel beschikt zij over één rookruimte. Ter voorbereiding op het aanstaand verbod is het gebruik hiervan ingeperkt tot roken in vroege ochtend en de late avond voor maximaal één persoon tegelijkertijd. Met patiënten die roken en de afdeling niet mogen verlaten worden individuele afspraken gemaakt, zo kunnen zij ook overdag gedoseerd gebruik maken van de rookruimte (persoonlijke communicatie, 2020).

De sluiting van de rookruimte zal deze afspraken doen veranderen. Dit brengt een verandering met zich mee voor zowel patiënten als de zorgprofessional. De patiënt zal naast zijn opnamedoel aangaande zijn behandeling ook moeten stoppen met roken. De professional zal het roken bij de intake moeten inventariseren, daarnaast zal hij de patiënt moeten motiveren te stoppen met roken. Gezien de oververtegenwoordiging van rokers in de psychiatrie en de praktische en ethische bezwaren van de zorgverlener is er meer nodig dan het praktisch verbieden van roken.

Het doel is duidelijk te verkrijgen hoe deze verandering in wetgeving het zorgproces en de houding van de zorgprofessional beïnvloed.

Op basis van dit doel is de volgende onderzoeksvraag opgesteld.

Wat zijn de meningen en verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de patiëntenzorg wanneer een rookverbod geldt op de afdeling Psychiatrie in het Maastricht UMC+?

Om deze vraag goed te kunnen onderzoeken zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

- Waarin verschillen de rokers met een psychiatrische aandoening van rokers zonder psychiatrische aandoening?
- Wat voor gevolgen heeft stoppen met roken voor het gebruik van medicatie (psychofarmaca) bij psychiatrische patiënten?
- Welke interventies zijn nodig voor psychiatrische patiënten om te stoppen met roken?
- Welke invloed heeft stoppen met roken op een psychiatrische patiënt?

Methodiek

Om antwoord te vinden op de hoofdvraag is er aan de hand van de verzamelde gegevens in een literatuurstudie onder 12 verpleegkundigen op de afdeling Psychiatrie een enquête afgenomen. De uitkomst van deze enquête is besproken binnen een focusgroep van verpleegkundigen die eveneens de enquête hebben ingevuld.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft het theoretisch kader, aan de hand van de beschikbare literatuur. In hoofdstuk 2 wordt de methodiek beschreven aan de hand waarvan het praktijkgericht onderzoek gedaan zal worden. De resultaten het onderzoek zijn vervolgens te vinden in het derde hoofdstuk. In hoofdstuk 4 is de discussie en de conclusie beschreven. Tot slot is in hoofdstuk 5 de aanbeveling en het advies terug te vinden.

1. Theoretisch kader

De literatuur wordt verzameld aan de hand van het raadplegen van databases. Deze databases worden op twee manieren geraadpleegd: enerzijds aan de hand van keywords anderzijds aan de hand van de sneeuwbalmethode. De zoekstrategie zag er in de basis als volgt uit: Psychiatric patient* OR Mental illness OR Public health OR Depression OR Schizophrenia AND Smoking Quitting OR Smoking cessation OR Tobacco OR smoking. De volledige uitwerking en verantwoording hiervan is te vinden in bijlage 1.

De geraadpleegde databanken zijn Pubmed, DIZ, NHG en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Daarnaast is gebruikgemaakt van Google Scholar om breed te zoeken in verschillende databases.

De relevante literatuur is verwerkt op basis van betrouwbaarheid, actualiteit, relevantie en toepasbaarheid binnen het onderwerp.

1.1 Prevalentie

Rokers zijn oververtegenwoordigd in de psychiatrie. In vergelijking met de algemene bevolking komt roken twee tot vier keer vaker voor onder psychiatrische patiënten (McClave, McKnight-Eily, Davis, & Dube, 2010). Binnen deze populatie komt roken tot vijf keer vaker voor wanneer patiënten gediagnostiseerd zijn met schizofrenie, bipolaire stoornis of posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Leon & Diaz, 2005) (Fu, et al., 2007). Tevens wordt roken vaak genoemd als co-verslaving bij alcohol of drugsmisbruik (Prochaska, Das, & Young-Wolff, 2017). Daarbij neemt de prevalentie voor roken toe naarmate meer sprake is van psychiatrische stoornissen waarbij dit varieert van 18% onder de mensen zonder psychiatrische diagnose tot 61% bij patiënten met drie of meer psychiatrische diagnoses (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012).

Roken gaat ten koste van de levensverwachting. Doordat psychiatrisch patiënten meer roken is het ook aannemelijk dat de sterftecijfers hoger liggen. In de Verenigde Staten zijn psychiatrisch patiënten verantwoordelijk voor 38% van de tabaksdoden per jaar en daarbij hebben zij gemiddeld een levensverwachting die 25 jaar korter is (Colton & Manderscheid, 2006) (Prochaska, Das, & Young-Wolff, 2017). In Nederland zijn deze cijfers vergelijkbaar; ruim 9% van de ziektelast (in DALY) wordt in Nederland veroorzaakt door de gevolgen van roken (RIVM, 2018). Als gevolg daarvan overlijden jaarlijks 19.275 mensen aan aandoeningen als gevolg van roken (CBS, 2020). In Nederland zijn geen sterftecijfers bekend rondom roken in relatie tot psychiatrische aandoeningen. De Amerikaanse cijfers omgerekend naar Nederland zou betekenen dat er in Nederland z'n 7324 overlijdens per jaar betreffen.

Omgekeerd hebben rokers vaker last van psychiatrische stoornissen. Depressies komen twee keer zo vaak voor bij rokers dan bij niet rokers. Onder zware rokers komen depressies vier keer vaker voor dan bij niet rokers (Klungsoyr, Nygård, Sørensen, & Sandanger, 2006). Roken wordt vaak gezien als symptoombestrijding en zelfmedicatie bij psychiatrische ziekten. Deze veronderstelling is echter niet juist; wanneer patiënten met een psychiatrische kwetsbaarheid beginnen met roken is zelfs een toename van symptomen waarneembaar (Vermeulen, et al., 2019). Afgaande op deze cijfers kan gesteld worden dat roken zorgt voor een toename aan psychiatrische ziekten en dat psychiatrisch patiënten meer roken. De breed gedragen gedachte dat roken symptoom reducerend werkt is onjuist. Om de algehele gezondheid te verbeteren is het van belang roken terug te dringen, ook onder psychiatrisch patiënten. Het stoppen met roken zorgt voor een verandering in het metabolisme; in de volgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

1.2 Metabole verandering

Roken draagt bij aan een metabole verandering, zo beïnvloedt het de werking van de cytochroom-P450-enzymen (CYP). Deze enzymen spelen een belangrijke rol bij de afbraak van medicatie en kan daarmee vertragend of versneld werken bij de metabolisering van medicatie (Snijders & Smit, 2018). Wanneer patiënten direct stoppen met roken treedt een verandering in dit systeem op, daarbij wordt met name het enzym CYP1A2 gereduceerd (Tantcheva-Poór, Zaigler, Rietbrock, & Fuhr, 1999). Dit enzym speelt een belangrijke rol bij het metaboliseren van psychofarmaca; dit betekent dat het de medicatiespiegel kan veranderen (Faber & Fuhr, 2004). Clozapine is een antipsychoticum met een smal therapeutisch venster en metaboliseert via de CYP1A2 (Farmacotherapeutisch kompas, 2021). Abrupt stoppen met roken kan leiden tot een stijging van 40-100% van de plasmaspiegel binnen 4-7 dagen (Tsuda, Saruwatari, & Yasui-Furukori, 2014). Een dusdanige verhoging van de plasmaspiegel kan leiden tot een overdosering van clozapine (Farmacotherapeutisch kompas, 2021). Om dit te voorkomen wordt een geleidelijke verlaging van clozapine geadviseerd, medicatiebewaking in de vorm van frequente spiegelbepaling in het bloedplasma en alertheid op de intoxicatieverschijnselen (Tsuda, Saruwatari, & Yasui-Furukori, 2014). Omgekeerd kan het beginnen met roken leiden tot een verlaging van de clozapine waardoor de patiënt onder gedoseerd raakt.

1.3 Stoppen met roken

Naast dat roken de levensduur verkort en metabole veranderingen veroorzaakt, draagt roken tevens bij aan het ontstaan en in stand houden van psychiatrische stoornissen als depressie en psychotische stoornissen (Klungsoyr, Nygård, Sørensen, & Sandanger, 2006) (Vermeulen, et al., 2019). Niet-rokers hebben daardoor een kleinere kans op psychiatrische ziekten. Stoppen met roken kan daardoor lonen, dit komt de levensverwachting ten goede en draagt daarnaast bij aan de kwaliteit van leven (Goldenberg, Danovitch, & IsHak, 2014).

Een kort gesprek van enkele minuten door een arts kan al effect hebben om een psychiatrisch patiënt te stimuleren te stoppen met roken (Stead, Buitrago, Sanchez, Hartmann-Boyce, & Lancaster, 2013). Bij de roker die twijfelt om te stoppen met roken kan de inzet van motiverende gespreksvoering bijdragen aan de intrinsieke motivatie om te stoppen met roken (Lindson, Thompson, Ferrey, Lambert, & Aveyard, 2019).

Wanneer de roker gemotiveerd is kan de stoppoging ondersteund worden door middel van zelfhulp, intensieve ondersteunende interventie of behandeling bij gespecialiseerde hulpverleners, individueel of in groepsverband. Deze behandelmogelijkheden kunnen met elkaar gecombineerd worden (Chavannes, et al., 2017). Bij de keuze voor de gedragsmatige interventie is het van belang de voorkeur van de patiënt mee te nemen. Door aan te sluiten bij zijn belevingsniveau, intelligentie, sociale klasse en persoonlijke situatie is de gekozen behandelvorm effectiever (Chavannes, Meijer, van de Graaf, Rietbergen, & Croes, 2017). Er is geen verschil in effectiviteit van de verschillende behandelvormen (individueel of in groepsverband). De mate van intensiteit en duur van de behandeling maakt wel verschil. Hoe meer contactmomenten en hoe langer de opvolging, hoe groter de effectiviteit en daarmee de kans van slagen van de stoppoging (Chavannes, et al., 2017).

Bij het roken van ≥ 10 sigaretten per dag of langer dan 15 jaar is het geïndiceerd de behandeling medicamenteus te ondersteunen. De mogelijkheden daarvoor bestaan uit nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom) of antidepressiva (Chavannes, et al., 2017). Er zijn geen aanwijzingen dat psychiatrisch patiënten een andere behandeling of behandelvorm nodig hebben bij het stoppen met roken dan mensen zonder psychiatrische diagnose (Himelhoch, Riddle, & Goldman, 2014).

Het ontzeggen van de mogelijkheid tot roken voor psychiatrisch patiënten, al dan niet gedwongen, leidt tot stoppen van de verslaving. Ondanks dat onder medewerkers pessimisme is ten aanzien van patiënten te laten stoppen met roken, blijken psychiatrisch patiënten wel degelijk hiervoor open te staan (Siru, Hulse, & Tait, 2009) of zijn zij hiertoe te motiveren (Christiansen, Carbin, TerBeek, & Fiore, 2018). Uit onderzoek van Cather, Pachas, Cieslak en Evins (2017) blijkt dat men veilig kan stoppen met roken door het gebruik van de juiste begeleiding, in de vorm van gedragstherapeutisch behandeling (ten minste 12 weken) aangevuld met medicamenteuze ondersteuning. Deze medicamenteuze ondersteuning wordt door patiënten met psychotische stoornissen goed verdragen waarbij nauwelijks andere bijwerkingen optreden in vergelijking met mensen zonder psychiatrische aandoeningen (Evins, et al., 2019) (Anthenelli, et al., 2016)

1.3 Wettelijk kader

In het Nationaal Preventieakkoord (Ministerie VWS, 2018) heeft de GGZ Nederland getekend voor het rookvrij maken van de GGZ in 2025. In de aanloop hiernaar draagt de rijksoverheid zorg voor de wettelijke kaders. De overheid heeft de mogelijkheid het roken te beperken middels een ministerieel besluit binnen de Tabaks- en rookwarenwet (art. 10 lid 2 Wet Tabaks- en rookwarenwet). Staatsecretaris Blokhuis (2020) heeft per kamerbrief laten weten dat het ministerie voornemens is de rookruimten in de zorg per 1 juli 2021 te verbieden. Zorginstellingen zijn daarmee genoodzaakt hun rookruimten te sluiten. Het verblijf in een zorginstelling is in beginsel vrijwillig. Echter bestaat ook de mogelijkheid een patiënt tegen zijn wil op te nemen. De wet Verplichte GGZ kan gebruikt worden om een patiënt die, vanuit een psychiatrisch toestandsbeeld of het ernstige vermoeden daarop, ernstig nadeel vormt voor zichzelf, zijn omgeving of de maatschappij, gedwongen op te nemen. Met de sluiting van de rookruimten betekent dit ook dat patiënten de mogelijkheid tot roken wordt ontzegd; zij kunnen de afdeling immers niet verlaten en op de afdeling heerst een rookverbod. Hiermee worden zij dus indirect gedwongen te stoppen met roken. Het gedwongen ontzeggen van het roken kan tot frictie leiden tussen patiënt en zorgverlener. Dit punt wordt nader toegelicht in de volgende paragraaf.

1.4 Visie zorgprofessionals

1.4.1 Visie op roken

De rokontzegging stuit bij veel zorgprofessionals op ethische bezwaren (Vermeulen, et al., 2019). Roken werd lange tijd als zelfmedicatie beschreven bij psychotische stoornissen door Khantzian (1985). Hij beschrijft het vermoeden dat het gebruik van drugs en nicotine de psychiatrische symptomen verminderen, daarnaast zou nicotine de bijwerkingen van neuroleptica verminderen (Kumari & Postma, 2013). Deze theorie werd ondersteund door het aanmerkelijke hoge aantal rokers in de psychiatrie (Dickerson, et al., 2013). Uit later onderzoek (Manzella, Maloney, & Taylor, 2015) bleek dat de theorie van zelfmedicatie van Khantzian (1985) maar gedeeltelijk ondersteund wordt. Zo roken psychiatrisch patiënten meer dan anderen, maar hebben zij andere motivaties om te roken; deze motivaties hangen wel vaak samen met de ziekte. Patiënten met schizofrenie presteren beter op cognitieve taken wanneer ze roken en zijn er neurologische mechanismen die de zelfmedicatie theorie kunnen onderbouwen. Echter bestaat er geen samenhang tussen het ontstaan van de psychiatrische symptomen en het begin van roken. Er is geen bewijs dat roken de psychiatrische symptomen beïnvloedt. Ook is er geen bewijs dat rokers minder last hebben van ongewenste bijwerkingen van neuroleptica (Manzella, Maloney, & Taylor, 2015). Ondanks het gedeeltelijke bewijs blijven de bevindingen van Khantzian (1985) en Kumari en Postma (2013) wel hangen in het collectieve geheugen van de zorgprofessional. Dit komt mogelijk mede voort uit het gegeven dat roken ingebed is in de cultuur van de geestelijke gezondheidszorg. Van oudsher werd een sigaret aangeboden als troost of als onderhandelingsmechanisme (Trainor & Leavey, 2017). Dit draagt bij aan de maatschappelijke legitimatie van de rokende psychiatrische patiënt.

1.4.2 Risico op agressie en ontwenning

Het wettelijke verbod zorgt dan ook voor weerstand bij veel zorgprofessionals. Zij verwachten een toename van agressie en ontwenning (Manzella, Maloney, & Taylor, 2015). Uit een literatuurstudie (Neven, Vermeulen, Noordraven, & Bonebakker, 2019) waarbij 17 studies uit 4 verschillende landen werden vergeleken bleek bij 5 studies (29%) een toename van agressie te zijn na invoering van het rookverbod, bij de overige 12 studies (71%) bleef het aantal agressie incidenten gelijk (5 studies (29%)) of nam de agressie juist af (7 studies (41%)) na invoering van een rookverbod. De vergeleken studies hanteren wel verschillende definities ten aanzien van agressie. Bij een enkele studie wordt een kortdurende toename van agressie beschreven na de invoer van het rookverbod (Harris, Parle, & Gagne, 2007). Ook blijkt er geen afname te zijn in het aantal vrijwillige opnames wanneer de patiënt verneemt dat hij tijdens opname niet kan roken. De opnameduur van zowel vrijwillige als gedwongen opnames nam niet toe (Perry, Meehan, & Kumar Jainer, 2017).

1.4.3 Houding zorgprofessional

Uit de vergeleken studies blijkt dat er winst is te behalen door de houdingen en kennis van het zorgpersoneel aandacht te geven. Het voeren van een discussie over het rookbeleid is helpend bij het op één lijn komen en creëren van draagvlak bij het zorgpersoneel. Daarbij kan educatie voor het personeel bijdragen aan een betere begeleiding van de patiënt. Hierdoor beschikt het personeel over de kennis en vaardigheden om het rookbeleid uit te dragen. Dit verkleint de kans op een toename van agressie (Neven, Vermeulen, Noordraven, & Bonebakker, 2019).

In de psychiatrie wordt te weinig aandacht besteed aan het stoppen met roken. De standaard richtlijnen die zijn opgesteld wordt onvoldoende gevolgd (Himmelhoch, Riddle, & Goldman, 2014).

Het maken van duidelijke afspraken is van belang. Hierbij is het zaak aandacht te hebben voor medische- en verpleegkundige taken en verantwoordelijkheden duidelijk af te bakenen. Dit zorgt voor een tijdige signalering van stressoren bij patiënten. Hierdoor kan de juiste professional tijdig de juiste interventie inzetten (Malone, Harrison, & Daker-White, 2018).

2. Methoden

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van het praktijkonderzoek, de wijze van dataverzameling en de analyse beschreven. Aan het einde van het hoofdstuk worden de ethische overwegingen meegenomen.

2.1 Onderzoek benadering

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruikgemaakt van de mixed-methode-benadering; dit betekent dat gebruik is gemaakt van zowel kwantitatief- als kwalitatief onderzoek (Barda, 2014). Aan de hand van enquêtes onder verpleegkundigen zijn gegevens verzameld over hun standpunt rondom roken en het stoppen met roken binnen hun setting. Deze resultaten vormden de basis voor het kwalitatieve onderzoek. De verzamelde gegevens vormden de leidraad voor het opstellen van standpunten die zijn voorgelegd aan de focusgroep.

2.2 Setting & participanten

Het praktijkonderzoek vond plaats binnen de verpleegafdeling Psychiatrie van het Maastricht UMC+. Op de afdeling werken 61 medewerkers en zijn 20 patiënten opgenomen. De volgende professionals zijn werkzaam: arts, medewerkers dagbehandeling, activiteitenmedewerkers, vak-therapeuten, verpleegkundigen en ondersteunend personeel. De verpleegafdeling beschikt over een in pandige rookruimte. In beginsel is de rookkamer geopend gedurende drie uur per dag van 's ochtends 7 uur tot 8 uur, en in de avond van 20 uur tot 22 uur. Buiten deze tijden dienen patiënten naar buiten te gaan om te roken. Voor patiënten die de afdeling niet mogen verlaten wordt bij uitzondering een individueel rookbeleid afgesproken.

De doelgroep bestond uit de verpleegkundige groep. Verpleegkundigen hebben als enige discipline 24 uur per dag patiëntencontact. Deze populatie bestond uit 16 verpleegkundigen en was daarmee de grootste groep binnen de afdeling. De groep bestond uit 7 mannen en 9 vrouwen, waarvan twee MBO-4 opgeleid; de overige verpleegkundige waren hbo of in-service (A en B) opgeleid. De langst werkende werkt 42 jaar en de kortst werkende 14 maanden. Alle verpleegkundigen hadden meer dan 5 jaar hun BIG-registratie. Op het moment van onderzoek waren twee verpleegkundigen langdurig ziek, één verpleegkundige met zwangerschapsverlof en één verpleegkundige was nauw betrokken bij het onderzoek. Zij waren niet in de gelegenheid deel te nemen aan het onderzoek en zijn daarom uitgesloten van het onderzoek. Dit bracht het totaal geïnccludeerden op 12 personen. Het onderzoek is kenbaar gemaakt in het verpleegkundig werkoverleg. De aanwezige verpleegkundigen hebben de gelegenheid gekregen de enquête direct in te vullen.

Via de werkmailadressen van de verpleegkundigen zijn de overige medewerkers middels een persoonlijke mail gevraagd de enquête in te vullen. De termijn voor het invullen van de enquête bedroeg 14 dagen, waarbij op dag zeven en tien een herinnering is verstuurd aan de verpleegkundigen die hem nog niet hebben ingevuld.

Verpleegkundigen die wilden meewerken aan de focusgroep, konden dit kenbaar maken via de enquête. Uit medewerkers die hiertoe bereid waren, zijn zes medewerkers geselecteerd op basis van beschikbaarheid. Tevens is er bij de samenstelling van de focusgroep ervoor gekozen minimaal één roker, één ex-roker en één niet-roker toe te laten. Bij de samenstelling is geen rekening gehouden met geslacht, leeftijd, werkervaring of opleidingsniveau.

2.3 Dataverzameling

2.3.1 Enquête

Alle verpleegkundigen (n=12) ontvingen de enquête. De zelf opgestelde enquête (bijlage 2) bestond uit 26 vragen. De eerste vragen besloegen kenmerken van de respondent als leeftijd, opleidingsniveau, werkervaring en rookgedrag. Vervolgens volgden er tien stellingen waarmee de verpleegkundigen hun visie ten aanzien van roken duidelijk konden maken. Tenslotte is in de enquête gebruikgemaakt van een korte beschrijving van een fictieve casus met een dilemma om het verpleegkundig handelen bij een patiënt met een persisterende rookwens inzichtelijk te maken.

2.3.2 Focusgroep

Aan de hand van een focusgroep zijn de deelnemers gevraagd te reageren op voorgelegde steekwoorden. Door middel van doorvragen tijdens de focusgroep werden zij gestimuleerd om hun mening te geven (Barda, 2014).

De steekwoorden zijn in twee rondes voorgelegd middels projectie op een groot scherm. De steekwoorden zijn bepaald aan de hand van de antwoorden op de open vragen uit de enquête. De steekwoorden die corresponderen met de antwoorden die het vaakst zijn gegeven, zijn hierbij het grootst weergegeven. In de eerste ronde zijn de steekwoorden weergegeven over de problemen die de respondenten verwachtten. Bij de tweede ronde zijn de aangedragen oplossingen weergegeven (bijlage 3).

De bijeenkomst besloeg 30 minuten waarbij er per ronde 15 minuten gebruikt is.

2.4 Data-analyse

2.4.1 Enquête

De enquête bevatte een aantal classificatievragen; zo classificeerde de respondent zich op basis van geslacht, leeftijd, opleiding, werkervaring en rook(verleden). Deze gegevens zijn afgezet tegen de kruisvariabelen. De kruisvariabelen waren de stellingen en de standpunten behorende bij de achtergrondvragen aan het einde van de enquête. Zo kan bij de analyse nagegaan worden of rokende verpleegkundigen een andere opvatting hebben ten aanzien van niet-rokende verpleegkundigen (Schriemer, 2017). Daarnaast wordt de algemeen verzamelde data geanalyseerd aan de hand van frequentievermelding en gemiddeldes. Deze zijn gepresenteerd in tabellen. De open vragen zijn geanalyseerd aan de hand van tekstfragmenten die voorzien zijn van een code. Aan de hand van deze codes zijn overlappende antwoorden geclusterd.

2.4.2 Focusgroep

Tijdens de gehele bijeenkomst van de focusgroep zijn geluidsopnames gemaakt. Na afloop van de bijeenkomst zijn deze opnames getranscribeerd om vervolgens gecodeerd te worden. Het coderen is gebeurd aan de hand van twee fases; open en axiaal. Deze fases waren niet statisch en zijn meermaals doorlopen om tot de juiste codering te komen. Tekstfragmenten werden voorzien van een open code. Bij de gevonden open codes is er gezocht naar een verband. Het verband tussen deze codes is weergegeven met een axiale code (Barda, 2014). De axiale codes zijn gekoppeld aan één van de drie bouwstenen van het DINAMO-model (Metselaar & Cozijnsen, 2016) (willen, kunnen, moeten). Deze codesystematiek is weergegeven in een codeboom (bijlage 4).

2.5 Ethische overwegingen

Wordt tijdens het gehele proces de Nederlandse wetgeving gevolgd en committeert de onderzoeker zich aan de gedragscode Nederlandse wetenschappelijke integriteit (KNAW, et al., 2018)? Om dit commitment aan te tonen is een getekend exemplaar van de gedragscode te vinden in bijlage 5. Het onderzoek is niet WMO-plichtig omdat het geen medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen betreft, maar een onderzoek ten aanzien van de visie van verpleegkundigen op het rookbeleid voor psychiatrisch patiënten. In overleg met het Maastricht UMC+ is besloten het praktijkonderzoek niet voor te leggen aan de METC van het Maastricht UMC+. Verder was er sprake van vrijwillige deelname, beoogde deelnemers aan het onderzoek werden vooraf aan deelname geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de wijze van (anonieme) verwerking van hun gegevens en hun rechten. Dit is gedaan door inzage in de 'deelnemers informatieonderzoek' (bijlage 6), daarbij kregen de beoogde deelnemers mondelinge uitleg over de deelname aan het onderzoek en konden zij vrijblijvend vragen stellen. Indien zij besloten deel te nemen vulden zij de toestemmingsverklaring in (bijlage 7). Ondanks het invullen van het toestemmingsformulier kon elke deelnemer zich zonder opgave van rede terugtrekken uit het onderzoek. Bij de uitvoer van het onderzoek zijn persoonsgegevens verzameld en verwerkt. Bij de verzameling en verwerking van deze gegevens is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) toegepast. De gemaakte opnames tijdens de focusgroep zijn na het transcriberen vernietigd. De transcripten zijn geanonimiseerd en zijn daarmee niet meer te herleiden tot op persoonsniveau zonder persoonssleutel. Hiermee is de anonimiteit van de deelnemers gewaarborgd.

Ten tijde van de uitvoer van het onderzoek heerste de COVID-19 pandemie. Bij het uitvoer van het onderzoek zijn de landelijke COVID-19 richtlijnen gevolgd. Deelnemers met COVID-19 klachten zouden daarom geëxcuseerd worden van de focusgroep.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen de enquête en de focusgroep.

3.1 Enquête

Begin april 2021 zijn er 12 enquêtes op papier uitgereikt aan de verpleegkundigen. Binnen 3 werkdagen waren alle enquêtes retour. Daarmee is een respons van 100% bereikt.

3.1.1 Kenmerken respondenten

Onder de respondenten waren 5 mannen en 7 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 47 jaar (min. 31, max. 65 jaar). Het opleidingsniveau van de respondenten is als volgt; 67% is hbo-geschoold, 17% MBO en de overige 17% is in service A en B opgeleid. Gemiddeld werken de respondenten 16 jaar (min. 1, max. 36 jaar) op de afdeling. Daarbij valt op te merken dat 8 van de 12 respondenten binnen 3 jaar na diplomering op de afdeling psychiatrie kwamen werken. Onder de respondenten zijn 2 rokers, 6 ex-rokers en 4 niet-rokers. Een gedetailleerdere weergave van de respondenten is te vinden in bijlage 8.

3.1.2 Opvattingen van respondenten

Alle respondenten vragen bij het opnamegesprek naar het rookgedrag van de patiënt waarbij ook wordt gevraagd naar de hoeveelheid sigaretten per dag. Als zij het onderwerp roken bespreken geeft de helft van de respondenten aan vaak (2) of soms (4) te vragen of de patiënt bereid is om te stoppen met roken. Opvallend is daarbij dat 10 (83%) van de respondenten aangeven de patiënt soms te motiveren tot stoppen met roken (zie tabel 1).

Stelling	Nooit	Soms	Vaak	Eindtotaal
Ik vraag bij opname of de patiënt rookt	0 (0%)	1 (8%)	11 (92%)	12
Ik vraag bij opname hoeveel een patiënt rookt	0 (0%)	1 (8%)	11 (92%)	12
Indien de patiënt rookt vraag ik hem of hij wil stoppen met roken	6 (50%)	4 (33%)	2 (17%)	12
Ik motiveer de patiënt om te stoppen met roken	1 (8%)	10 (83%)	1 (8%)	12
In mijn werk gebruik ik roken als onderhandelingsmechanisme om iets gedaan te krijgen van de patiënt.	4 (33%)	8 (67%)	0 (0%)	12

Tabel 1 Stelling beroepshouding verpleegkundige uit enquête

Niet-rokers zijn het niet eens met de stelling dat patiënten altijd de gelegenheid moeten hebben om te kunnen roken terwijl (ex-) rokers vaker vinden dat een patiënt moet beschikken over de mogelijkheid tot roken. Roken wordt door de respondenten zelden ingezet als beloning. Een derde van de respondenten geeft aan dat zij vinden dat psychiatrische patiënten meer recht hebben om te roken dan patiënten zonder psychiatrische aandoening (zie tabel 2).

Stelling	Helemaal mee eens	Deels mee eens	Neutraal	Deels mee oneens	Helemaal mee oneens	Eindtotaal
Patiënten moeten altijd de gelegenheid hebben om te kunnen roken ongeacht de frequentie of het tijdstip.	2 (17%)	1 (8%)	1 (8%)	0 (0%)	8 (67%)	12
Psychiatrisch patiënten hebben meer rechten om te roken dan patiënten zonder psychiatrische aandoening.	1 (8%)	3 (25%)	0 (0%)	3 (25%)	5 (42%)	12
In mijn werk gebruik ik roken als beloning, goed gedrag stimuleren.	0 (0%)	1 (8%)	1 (8%)	4 (33%)	6 (50%)	12

Tabel 2 Stellingen opvatting over roken van verpleegkundige in roken uit enquête

Over de naderende sluiting van de rookkamer zijn de respondenten evenredig verdeeld; 33% vindt het een goede zaak, 33% is neutraal en 33% vindt het een slechte zaak.

11 van de 12 respondenten geven aan problemen te verwachten bij het sluiten van de rookkamer. Zij verwachten allemaal problemen bij patiënten die, hoewel zónder gedwongen opname, niet van de afdeling af mogen. 10 van de 11 verwacht ook problemen bij patiënten die gedwongen zijn opgenomen. Over het tijdstip van de te verwachte problemen zeggen zeven respondenten dat deze gedurende de gehele 24 uur kunnen voorkomen; nagenoeg alle respondenten verwachten de problemen in de nacht. De respondenten die problemen voorzien, voorzien allemaal dat deze zich voordoen in de avond (zie bijlage 8).

3.1.3 Verwachte problemen en oplossingen

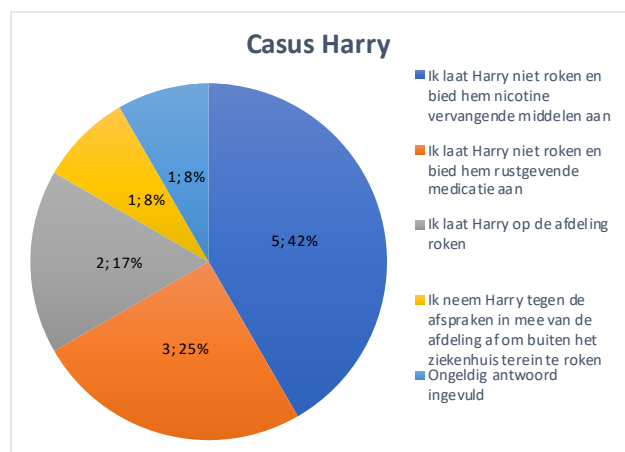
De respondenten werden gevraagd de problemen te benoemen die zij verwachten. In totaal werden er 33 problemen genoemd, gemiddeld 3 per respondent (min.1, max. 5 problemen). Het vaakst werd onrust (7) verwacht. Dit werd vaak genoemd in samenhang met agressie of de te verwachten ontwenning. Verder zijn een toename van werkdruk (3), weerstand bij de patiënt (3), een toename van discussie (3) en de vrees dat patiënten vaker tegen advies in de afdeling zullen verlaten (3) het vaakst genoemd.

De 11 respondenten die problemen verwachten werden ook gevraagd naar een mogelijke oplossing. Zij droegen in totaal 21 mogelijke oplossingen aan (gemiddeld twee oplossingen per persoon; min. 1, max, 3). De vaakst aangedragen oplossingen zijn een eenduidig rookbeleid afspreken, dan wel een protocol maken hoe om te gaan met het rookverbod en hoe te handelen bij ontwenning (3), uitzondering maken voor schrijnende gevallen (3) en educatie geven aan patiënten en familie (3). Alle aangedragen oplossingen kunnen ingedeeld worden in twee groepen, namelijk het bieden van alternatieven van roken en duidelijke afspraken en werkcrichtlijnen (13), en het roken toch toestaan in de vorm van het creëren van een mogelijke rookplek, gedogen of uitzonderingen maken (7).

De respondenten die momenteel roken (2) suggereren alleen oplossingen die te maken hebben met het toch toestaan van roken. Een uitgebreide weergave van de gegeven antwoorden op de open vraag in de te vinden in bijlage 8.

3.1.4 Dilemma

De respondenten werd tot slot een casus voorgelegd waarbij zij een keuze moesten maken. Vijf (42%) respondenten gaven aan Harry nicotinevervangende middelen aan te bieden, drie respondenten gaven aan te bieden, drie respondenten gaven aan te kiezen voor sederende medicatie. Opvallend is dat 3 respondenten tegen het medisch beleid ingaan om Harry toch te laten roken. Eén respondent kon geen keuze maken en kruiste alle 4 de antwoord opties aan (zie figuur 1).



Figuur 1 Cirkeldiagram met weergegeven antwoorden op casus Harry

3.2 Focusgroep

In de focusgroep is verder ingezoomd op de resultaten van de enquête. Op basis van getoonde interesse bij de vragenlijst, werden 6 respondenten voor de focusgroep uitgenodigd, waarna er uiteindelijk 5 deelnamen aan de focusgroep. De groep bestond uit 1 roker en 4 ex-rokers. Uit het transcript van de focusgroep zijn aan de hand van het DINAMO-model drie thema's naar voren gekomen: willen, moeten, kunnen (Metselaar & Cozijnsen, 2016). Deze worden in de volgende subparagrafen besproken. De codeboom is te vinden in bijlage 4.

3.2.1 Willen

Onder het thema 'willen' vallen de axiale codes 'gevolgen voor het werk', 'emoties', 'meerwaarde' en 'betrokkenheid'.

De deelnemers zijn over het algemeen positief ten aanzien van het rookverbod, al geven zij wel aan dat het gevolgen heeft voor hun werk. Ze geven aan dat ze hun werk anders zullen moeten doen. Zij voorzien daarbij extra werk omdat de patiënt naast zijn opname-indicatie ook gaat stoppen met roken. De deelnemers verwachten dat dit voor meer werk zal zorgen. Alle deelnemers maken zich zorgen over de onrust die het rookverbod bij patiënten teweeg zal brengen. Men is bang voor agressie en verzet. Daarnaast zorgt 'stiekem' roken voor angst voor brand. Zo zegt deelnemer 1: "Heel erg akelig dat als ik 's nachts hier aan het werk ben er mensen zijn zomaar op een kamer kunnen gaan roken. Met alle gevaren die daarbij komen kijken." Waarop deelnemer 2 aanvult: "Ik heb liever dat ze naar buiten lopen dan dat ze op een kamer aan het roken zijn."

De betrokkenheid bij de nieuwe situatie is onder de deelnemers groot. De deelnemers vragen zich af of die betrokkenheid en loyaliteit naar het rookverbod bij iedereen in het team even groot is. Zij voorzien dat niet alleen patiënten stiekem een sigaret op zullen steken maar dat er ook collega's zijn die het rookbeleid wisselend gaan hanteren. Vaak wordt dit gedaan uit compassie naar de patiënt. Maar zegt deelnemer 2: "...en jij besluit om de haverklap met jouw patiënt buiten een sigaretje te gaan roken (...) dat kan dan niet als de bezetting het niet toelaat.". Deelnemer 1 vult dat aan met "Ja, er zijn collega's die met het beleid coulanter omgaan." Tijdens de bijeenkomst worden een aantal voorbeelden aangehaald waarbij het ontbreken van een rookgelegenheid wel als meerwaarde voor de zorg gezien zou kunnen worden. Hierbij werden voorbeelden aan gedragen van oud-patiënten die niet wisten van de rookkamer. Zodra zij er wel van wisten ontstond pas de behoefte om te roken.

3.2.2 Moeten

Interne druk en externe noodzaak is tijdens de focusgroep beperkt aan bod gekomen. De groep erkent dat de aankomende wetswijziging tot sluiting van de rookkamer zal leiden. Binnen de focusgroep is dan ook geen deelnemer die vindt dat daar geen gevolg aan gegeven moet worden. Zo benoemt deelnemer 3: "...daarnaast heb je natuurlijk ook de visie van het ziekenhuis waarbij je te maken hebt met een rookvrij ziekenhuisterrein." De overige deelnemers geven aan dat zij dit als een steun in de rug ervaren bij uitvoering van de nieuwe afspraken. De deelnemers vinden dat er ook intern binnen de afdeling eenduidig beleid gevoerd moet worden. Deelnemer 3 verwoordt dat het beste door te zeggen: "Gewoon een duidelijke regel. Dit is hoe het gaat. Niet linksom, niet rechtsom."

3.3.3 Kunnen

In de focusgroep is verdeeldheid over het realiseren van een rookruimte buiten en het maken van uitzonderingen. Deze verdeeldheid vindt weinig gehoor door het ontbreken van de mogelijkheid om dit uit te voeren.

De deelnemers geven aan dat zij over het algemeen denken over voldoende kennis en ervaring te beschikken om met de nieuwe situatie om te gaan. Wel maken zij onderscheid tussen gedwongen opgenomen patiënten en patiënten die vrijwillig voor opname hebben gekozen. Vanuit hun kennis dat patiënten die gedwongen zijn opgenomen in de mogelijkheid te moeten zijn om te beschikken over rookwaren of de mogelijkheid tot het maken van vuur, achten zij de kans dat deze patiëntengroep stiekem gaat roken klein.

Drie deelnemers trekken de vergelijking met andere verslavingen. Vanuit deze vergelijking en de breed gedragen behoefte aan een eenduidig behandelprotocol, wordt er geopperd een ontwenningsschaal voor nicotine te gebruiken "zoals bij alcohol ontwenning de CIWA" (deelnemer 1). Daarbij vinden de deelnemers dat het beleid rondom stoppen met roken vooral aan de arts is. Deze zorg zou gestandaardiseerd kunnen worden in een behandelprotocol. Het opstellen van een dergelijk protocol vinden zij aan de arts. Zelf hebben zij wel een idee over hoe dat protocol er uit zou moeten zien; eerst starten met het aanbieden van nicotinepleisters, indien dit niet afdoende effect heeft overgaan op het aanbieden van sederende medicatie.

De respondenten maken zich wel zorgen over de beheersbaarheid en de handhaving van het rookbeleid, zo geeft deelnemer 2 aan: "...bij dit type patiënten verwacht ik dus de problemen... ik verwacht het bij een bepaald slag volk, zij gaan dan roken op het toilet". "Ik vind het belangrijk dat we mensen vooraf duidelijk moeten informeren wat de regels zijn" (deelnemer 5). Zij en de andere deelnemers stellen daarmee dat veel problemen voorkomen kunnen worden door het rookbeleid vooraf te communiceren met de patiënt.

4. Discussie & Conclusie

Dit onderzoek had tot doel duidelijkheid te verkrijgen wat een veranderend rookbeleid voor invloed heeft op het zorgproces en de houding van de zorgprofessional. Uit de resultaten blijkt dat wisselend wordt aangekeken tegen een veranderd rookbeleid. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat het een verandering in het werkproces als gevolg heeft en de angst voor toename van onrust en agressie bij patiënten. Het valt daarbij op dat rokende verpleegkundigen sneller geneigd zijn de patiënt toch te laten roken door bijvoorbeeld het maken van een uitzondering.

Een substantieel deel (83%) van de respondenten geeft aan patiënten soms of vaak te motiveren te stoppen met roken, terwijl de helft van de respondenten in de focusgroep aangeeft nooit te vragen of patiënten willen stoppen met roken. Dit is opvallend omdat de respondenten dus kennelijk motiveren tot stoppen met roken zonder dat de bereidheid tot stoppen met roken is getoetst.

De respondenten geven desgevraagd aan meer problemen te verwachten dan oplossingen. Als problemen noemen zij voornamelijk onrust van de patiënt. Deze opvatting wordt ondersteund door de literatuur (Manzella, Maloney, & Taylor, 2015). Deze studie laat zien dat hulpverleners mede door de cultuur en ervaringen met andere verslavingen, een toename van onrust en agressie verwachten wanneer patiënten niet meer mogen roken. Deze vermoedens uit het onderzoek en de literatuur stroken niet met de werkelijkheid. Een systematische review laat echter zien dat er in de praktijk geen sprake is van een toename van onrust. Enkele studies laten juist een afname van agressie en onrust zien (Neven, Vermeulen, Noordraven, & Bonebakker, 2019).

De verwachte problemen worden bekrachtigd door de deelnemers van de focusgroep. Zij geven aan zich vooral zorgen te maken over de onrust, het mogelijke brandgevaar en een andere manier van werken waarbij zij vooral zorgen uiten over de verschillende manieren van werken van verschillende teamleden. Zij zijn bang dat uitzonderingen zullen leiden tot wisselend beleid. Deze gedachte wordt ondersteund door de bevindingen uit de enquête waarbij een derde van de aangedragen oplossingen voor het rookverbod het maken van uitzonderingen is. Deze zorgen lijken dus reëel.

Kijkend naar de aangedragen oplossingen zoeken met name de deelnemers van de focusgroep het in medisch- en medicamenteus beleid. De literatuur laat echter zien dat patiënten met name gebaat zijn bij goede persoonlijk afgestemde begeleiding (Cather, Pachas, Cieslak, & Evins, 2017). Daarnaast is het tijdig en frequent ondersteunen van de patiënt van belang. Bij het uitblijven van intrinsieke motivatie kan motiverende gespreksvoering daaraan bijdragen (Lindson, Thompson, Ferrey, Lambert, & Aveyard, 2019). Dit kan als een taak van de verpleegkundige beschouwd worden. De deelnemers van de focusgroep benoemen deze mogelijkheid niet. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door een kennistekort ten aanzien van de stoppen-met-rokenproblematiek. Ook kan het zijn dat verpleegkundigen niet beschikken over de vaardigheden om dit toe te passen. Om dit duidelijk te krijgen zal verder onderzoek nodig zijn.

Bij het onderzoek zijn ook kanttekeningen te maken. Zo is de onderzoekspopulatie te klein om te spreken van een representatief onderzoek dat vertaald kan worden naar een grotere schaal.

Er valt niet uit te sluiten dat een deel van de respondenten sociaalwenselijk op sommige vragen heeft geantwoord. Zo is het voorstelbaar dat de respondenten in een enquête sneller aangeven dat ze patiënten motiveren om te stoppen met roken dan dat ze dat in praktijk zullen doen.

De respondenten van de enquête hebben in kort tijdsbestek van drie dagen de enquête ingeleverd. Zij konden hiervoor zelf een geschikt moment uitkiezen. Er valt niet uit te sluiten dat de respondenten voor of tijdens het invullen van de enquête met elkaar over de vragen hebben gesproken en dat zij elkaar daardoor hebben beïnvloed.

De focusgroep heeft plaatsgevonden met vijf deelnemers in plaats van zes. Hierdoor maakte er geen niet-roker deel uit van de focusgroep, waar dat wel aanvankelijk was beoogd.

De focusgroep werd geleid door de onderzoeker, deze is niet ervaren in het leiden van een focusgroep. Dit heeft mogelijk geleid tot een blinde vlek, overbetrokkenheid of anderszins een bias bij het uitvoeren van het onderzoek.

De onderzoeker maakt in het dagelijks werk deel uit van het verpleegkundig team. Mogelijk heeft dat bijgedragen aan de hoge betrokkenheid binnen de onderzoekspopulatie. Dit kan mede verklaard worden door de snelle respons van de enquête. Er valt niet uit te sluiten dat dit invloed heeft gehad op de respondenten.

5. Advies & Inbedding

Op basis van de literatuurstudie en het uitgevoerde praktijkonderzoek binnen het verpleegkundig team van de afdeling Psychiatrie van het Maastricht UMC+ kunnen aanbevelingen worden gedaan. Aanbevelingen worden geordend aan de hand van het DINAMO-model (Metselaar & Cozijnsen, 2016). Dit model geeft drie facetten van veranderbereidheid weer in de vorm van willen, moeten en kunnen. Daarnaast is in de vierde paragraaf een voorstel gedaan tot monitoring.

5.1 Willen

- Binnen het verpleegkundig team zijn er verschillende meningen ten aanzien van de werkwijze wanneer er een rookverbod wordt ingevoerd. Deze meningen zijn veelal gebaseerd op angst voor onrust bij de patiënt en verdeeldheid tussen collega's. Geadviseerd wordt om deze verschillen weg te nemen door hier met regelmaat binnen het team over te spreken. Dit kan de afstanden tussen de standpunten verkleinen. Om deze gesprekken zo goed mogelijk te laten verlopen is het wenselijk deze gesprekken wekelijks te voeren binnen het verpleegkundig team. Om de frequentie van deze gesprekken en de inhoud te waarborgen kan dit het beste geleid worden door de leidinggevende.

- Daarnaast wordt geadviseerd om middels educatie collega's te informeren over mythes. Uit het onderzoek blijkt dat de het risico op onrust en agressie wordt overschat. Door het geven van educatie over het beschikbare wetenschappelijk bewijs kan er een reëel beeld gegeven worden ten aanzien van de onrust en agressie bij patiënten die stoppen met roken.

5.2 Moeten

Ondanks de duidelijke wetgeving en het gekozen beleid van het Maastricht UMC+ om het ziekenhuis rookvrij te maken, is er te weinig bekendheid met de verandering van het rookbeleid. Het communiceren van dit nieuwe beleid en de wettelijke verplichting kan eveneens draagvlak creëren onder de zorgverleners die dit beleid moet uitdragen naar de patiënten. Derhalve wordt geadviseerd om patiënten en medewerkers tijdig te informeren over het veranderend rookbeleid. Bij de communicatie hiervan kan het helpend zijn te communiceren dat dit berust op een wettelijke verplichting.

5.3 Kunnen

- Patiënten die vanaf de invoering zijn opgenomen en worden opgenomen dienen tijdig en duidelijk te worden geïnformeerd over het rookbeleid. Dit voorkomt discussies bij of tijdens de opname wanneer patiënten niet geïnformeerd zijn. Geadviseerd wordt om voor opname te informeren over het rookbeleid. Daarnaast is het helpend de bereidheid tot stoppen met roken in kaart te brengen. De patiënt dient daarbij op de hoogte gebracht te worden van de mogelijke vormen van ondersteuning en de op te leveren gezondheidswinst.
- Momenteel lijkt het verpleegkundig personeel over onvoldoende kennis te beschikken ten aanzien van stoppen met roken en de verpleegkundige interventies die zij daarbij kunnen inzetten. Het personeel lijkt wel op de hoogte te zijn van de medicamenteuze behandelopties maar de kennis over het gedragstherapeutisch aspect lijkt onvoldoende ingebed. Om dit te bewerkstelligen wordt geadviseerd het personeel hierin te scholen. Om dit snel en efficiënt te laten plaatsvinden wordt aangeraden gebruik te maken van een e-learning waarbij de verpleegkundige zich op een digitale manier kan bijscholen aangaande motiverende gespreksvoering en het handelen bij een rookverslaving.
- Momenteel is er geen standaardwerkwijze voor medisch- of verpleegkundig beleid ten aanzien van stoppen met roken. Uit het onderzoek komt naar voren dat deze behoefte er wel is. Derhalve wordt geadviseerd deze werkwijze te ontwikkelen. Hierin dient een standaardwerkwijze beschreven te worden aangaande patiënten die roken. Tevens dient er oog te zijn voor de samenwerking tussen de arts en verpleegkundige binnen de afdeling aangaande de rokende patiënten. Tevens dienen ook de taken en verantwoordelijkheden van zowel de verpleegkundige als de medicus beschreven te zijn. Als onderlegger kan de leidraad 'Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg' worden genomen. Hierin staan duidelijk handvatten voor zowel arts als verpleegkundige beschreven (Batalla, et al., 2020). Om deze werkwijze te ontwikkelen is het raadzaam een werkgroep te formeren met verpleegkundigen en artsen.

5.4 Monitoring

Na invoering is het van belang het nieuwe beleid te monitoren en daar waar nodig bij te stellen. Om dit te bewerkstelligen wordt geadviseerd om tenminste het eerste halfjaar na invoering wekelijks de vorderingen van het rookbeleid te bespreken. Dit heeft als doel het draagvlak binnen het verpleegkundig team zo groot mogelijk te maken. Om het nieuwe beleid te laten slagen is van belang dat het gehele team hierbij gezamenlijk optrekt en één visie uitdraagt.

Daarnaast het raadzaam om tenminste het eerste jaar maandelijks het nieuwe beleid te evalueren met alle betrokken: patiënten, verpleegkundigen en artsen. Onderwerp van deze evaluatie moet zijn de uitvoering en toepasbaarheid van de ontwikkelde werkwijze, samenwerking tussen arts en verpleegkundige aangaande het stoppen met roken, de toename/afname van agressie en afstemming van de onderliggende visie. Om de belangen van de patiënt te vertegenwoordigen kan gedacht worden aan het inzetten van een ervaringsdeskundige, oud-patiënten of patiëntenraad.

Literatuurlijst

- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., . . . Evins, E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 2507-2520.
- Barda, B. (2014). Dit is onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Batalla, A., Vermeulen, J. M., Neven, A., Roos, R. A., Kap, M., & Schellekens, A. (2020). *leidraad 'Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg'*. Nederlandse vereniging voor psychiatrie.
- Blokhuis, P. (2020, Oktober 6). *Ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit om de uitzondering op het rookverbod in de vorm van rookruimtes af te schaffen en enkele technische wijzigingen.*[Kamerbrief]. Opgehaald van Rijksoverheid:
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/10/06/aanbiedingsbrief-ontwerpbesluit-wijziging-tabaks--en-rookwarenbesluit-rookruimtes/kamerbrief-over-ontwerpbesluit-houdende-wijziging-van-het-tabaks-en-rookwarenbesluit-o>
- Callaghan, R. C., Veldhuizen, S., Jeyasingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G., . . . Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *Journal of Psychiatric Research*, 102-110.
- Campion, J., Checinski, K., Nurse, J., & McNeill, A. (2008). Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 217-228.
- Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., & Evins, A. E. (2017). Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS drugs*, 471-481.
- CBS. (2020). *Doodsoorzakenstatistiek*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Chavannes, N. H., Meijer, E. W., van de Graaf, R. C., Rietbergen, C., & Croes, E. A. (2017). *Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning'*. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*.
- Chavannes, N., Drenthen, T., Wind, L., Avendonk, v. M., Donk, V. d., & Verduijn, M. (2017). *Stoppen met roken. NHG-behandelrichtlijn*.
- Christiansen, B. A., Carbin, J., TerBeek, E., & Fiore, M. C. (2018). Helping Smokers with Severe Mental Illness Who Do Not Want to Quit. *Substance use & misuse*, 949-962. .
- Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing chronic disease*, 34A.
- Dickerson, F., Stallings, C. R., Origoni, A. E., Vaughan, C., Khushalani, S., Schroeder, J., & Yolken, R. H. (2013). Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatric services*, 44-50.
- Eriksen, M. P., Mackay, J., & Ross, H. (2012). In *The tobacco atlas*. Atlanta, Georgia, Verenigde Staten: American Cancer Society.
- Evins, A. E., Benowitz, N. L., West, R., Russ, C., McRae, T., Lawrence, D., . . . Anthenelli, R. M. (2019). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine

- patch in smokers with psychotic, anxiety and mood disorders in the EAGLES trial. *Journal of clinical psychopharmacology*, 108-116.
- Faber, M. S., & Fuhr, U. (2004). Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 178-184.
- Farmacotherapeutisch Kompas. (2021). *Psychofarmac*. Opgeroepen op November 2018, van Farmacotherapeutisch Kompas:
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatieteksten/psychotisch-toornis>
- Fu, S. S., McFall, M., Saxon, A. J., Beckham, J. C., Carmody, T. P., Baker, D. G., & Joseph, A. M. (2007). Post-traumatic stress disorder and smoking: a systematic review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 1071–1084.
- GGZ.nl. (sd). *Podcast-roken.jpg*. Het platform voor de geestelijke gezondheidszorg.
- Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. *American journal on addictions*, 540–562.
- Harris, G. T., Parle, D., & Gagne, J. (2007). Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 43-55.
- Himelhoch, S., Riddle, J., & Goldman, H. H. (2014). Barriers to implementing evidence-based smoking cessation practices in nine community mental health sites. *Psychiatric services*, 75-80.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American journal of psychiatry*, 1259–1264.
- Klungsøyr, O., Nygård, J. F., Sørensen, T., & Sandanger, I. (2006). Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. *American journal of epidemiology*(136), 421–432.
- KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Hogescholen, V., & VSNU. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. *DANS*.
- Kumari, V., & Postma, P. (2013). The prevalence of smoking has remained alarmingly high among individuals with schizophrenia and bipolar disorder in routine psychiatric settings. Concerted efforts are urgently needed to promote smoking cessation in these groups. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 1021–1034.
- Leon, J. d., & Diaz, F. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research*, 135–157.
- Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Malone, V., Harrison, R., & Daker-White, G. (2018). Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 270-282.
- Manzella, F., Maloney, S. E., & Taylor, G. T. (2015). Smoking in schizophrenic patients: A critique of the self-medication hypothesis. *World journal of psychiatry*, 35-44.
- 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. *American journal of public health*, 2464–2472.

- Metselaar, E., & Cozijnsen, A. (2016). Van weerstand naar veranderbereidheid. In E. Metselaar, & A. Cozijnsen, *Van weerstand naar veranderbereidheid*. Mijnsheerenland: Bricklayer Productions.
- Ministerie VWS. (2018). *Nationaal preventie akkoord*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord>
- Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging. (2020). *Notitie roken is een verslaving*. Utrecht: Trimbos.
- Neven, A., Vermeulen, J., Noordraven, E., & Bonebakker, A. (2019). Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije ggz? Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 392-402.
- Perry, B., Meehan, K., & Kumar Jainer, A. (2017). Assessing the second-hand effects of a new no-smoking policy in an acute mental health trust. *BJPsych Bulletin*, 325-330.
- Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C. (2017, Maart). Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annual Review of Public Health*(38), 165-185.
- RIVM. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2019). *Leefstijlmonitor*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Samet, J. M., & Yoon, S.-Y. (2010). *Gender Wonen, and the tobacco epidemic*. Geneva, Zwitserland: World Health Organization.
- Schriemer, M. G. (2017). Statistiek voor de beroepspraktijk. In M. G. Schriemer, *Statistiek voor de beroepspraktijk*. Haarlem: SVW.
- Siru, R., Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction (Abingdon, England)*, 719-733.
- Snijders, R., & Smit, V. (2018). Compendium Geneeskunde. In R. Snijders, & V. Smit, *Compendium Geneeskunde* (Vol. I & III). Synopsis BV.
- Stead, L. F., Buitrago, D. P., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Surgeon General. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress*. Atlanta, Georgia, Verenigde Staten: US Department of Health and Human Services.
- Tabaks- en rookwarenwet. (1988, maart 10). Opgeroepen op Maart 2021, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004302/2021-01-01>
- Tantcheva-Poór, I., Zaigler, M., Rietbrock, S., & Fuhr, U. (1999). Estimation of cytochrome P-450 CYP1A2 activity in 863 healthy Caucasians using a saliva-based caffeine test. *Pharmacogenetics*, 131-144.
- Trainor, K., & Leavey, G. (2017). Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Among People With Severe Mental Illness: A Critical Appraisal of Qualitative Studies. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14-23.
- Tsuda, Y., Saruwatari, J., & Yasui-Furukori, N. (2014). Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. *BMJ open*.
- Vermeulen, J., Schirmbeck, F., Blankers, M., van Tricht, M., van den Brink, W., de Haan, L., & investigators, G. R. (2019). Smoking, symptoms, and quality of life in patients with psychosis, siblings, and healthy controls: a prospective, longitudinal cohort study. *The lancet. Psychiatry*, 25-34.

- Wye, P., Bowman, J., Wiggers, J., Baker, A., Knight, J., Carr, V., . . . Clancy, R. (2010). Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. *BMC public health*, 372.
- Zevin, S., & Benowitz, N. (1999). Drug Interactions with Tobacco Smoking. *Clin Pharmacokinet*, 425–438 .

Bijlagen

Bijlage 1 Zoekstrategie

In deze bijlage staat de zoekstrategie beschreven van elke gebruikt artikel dat gebruikt is voor het schrijven van het theoretisch kader. De titels zijn weergegeven op alfabetische volgorde.

Bronnummer	1
Titel	Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial.
Auteurs	Anthenelli, R. M., N. L. Benowitz, R. West, L. St Aubin, T. McRae, D. Lawrence, John Asher, Christina Russ, Alok Krishen, en Eden Evins.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op basis van bronnummer 15
Argumentatie	Studie (mede) gefinancierd door farmaceutische industrie. Geeft wel een duidelijk beeld. Dubbelblinde studie. Duidelijke vergelijking.
Apa vermelding	Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., . . . Evins, E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. <i>The Lancet</i> , 2507-2520.
Bronnummer	2
Titel	Dit is onderzoek
Auteurs	Ben Barda
Databank	Bibliotheek
Argumentatie	Aangeraden door vrienden
APA-vermelding	Barda, B. (2014). Dit is onderzoek. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
Bronnummer	3
Titel	Leidraad 'Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg'.
Auteurs	Batalla, A., J. M. Vermeulen, A. Neven, R. A. Roos, M. Kap, en A. Schellekens.
Databank	Google, Nederlandse vereniging voor psychiatrie
Zoekstrategie	Zoektermen
Zoekterm	Rookvrije GGZ
Aantal gevonden items en hits	27.300 (3)
Argumentatie	Duidelijke richtlijn, actueel.
APA-vermelding	Batalla, A., Vermeulen, J. M., Neven, A., Roos, R. A., Kap, M., & Schellekens, A. (2020). <i>leidraad 'Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg'</i> . Nederlandse vereniging voor psychiatrie.

Bronnummer	4
Titel	Ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit om de uitzondering op het rookverbod in de vorm van rookruimtes af te schaffen en enkele technische wijzigingen.[Kamerbrief]
Auteurs	Blokhuis, Paul
Databank	Google, tweede kamer
Zoekstrategie	Zoektermen
Zoekterm	kamerbrief blokhuis rookruimte ggz 1 juli 2021
Aantal gevonden items en hits	988 (1)
Argumentatie	Wetgeving, besluitvorming ministerie.
APA-vermelding	Blokhuis, P. (2020, Oktober 6). <i>Ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit om de uitzondering op het rookverbod in de vorm van rookruimtes af te schaffen en enkele technische wijzigingen.</i> [Kamerbrief]. Opgehaald van Rijksoverheid: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/10/06/aanbieding-sbrief-ontwerpbesluit-wijziging-tabaks-en-rookwarenbesluit-rookruimtes/kamerbrief-over-ontwerpbesluit-houdende-wijziging-van-het-tabaks-en-rookwarenbesluit-o
Bronnummer	5
Titel	Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression.
Auteurs	Callaghan, Russell C., Scott Veldhuizen, Trincy Jeysingh, Chloe Orlan, Candida Graham, Gwen Kakouris, Gary Remington, en Jodi Gatley.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Psychiatric patient* OR Mental illness OR Public health OR Depression OR Schizophrenia AND Smoking Quitting OR Smoking cessation OR Tobacco OR smoking AND prevalence
Argumentatie	Geeft duidelijk de prevalentie weer onder psychiatrisch patiënten.
APA-vermelding	Callaghan, R. C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G., . . . Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 102-110.
Bronnummer	6
Titel	Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services
Auteurs	Campion, J., K. Checinski, J. Nurse, en A. McNeill.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode
Argumentatie	Duidelijke weergave van de impact van rookvrije afdelingen
APA-vermelding	Campion, J., Checinski, K., Nurse, J., & McNeill, A. (2008). Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. <i>Advances in Psychiatric Treatment</i> , 217-228.
Bronnummer	7
Titel	Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations
Auteurs	Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., & Evins, A. E.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 50
Argumentatie	Stoppen met roken voor patiënten met schizofrenie
APA-vermelding	Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., & Evins, A. E. (2017). Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. <i>CNS drugs</i> , 471–481.

Bronnummer	8
Titel	Doodsoorzakenstatistiek.
Auteurs	CBS
Databank	/
Zoekstrategie	Sneeuwbal via volksgezondheidszorg.info
Argumentatie	Objective weergave van cijfers. Bron heeft hoge betrouwbaarheid.
APA-vermelding	CBS. (2020). <i>Doodsoorzakenstatistiek</i> . Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
Bronnummer	9
Titel	Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning'.
Auteurs	Chavannes, N. H., Meijer, E. W., van de Graaf, R. C., Rietbergen, C., & Croes, E. A.
Databank	NHG
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op basis van bron 10
Argumentatie	Verdiepende onderbouwing op eerder bron
APA-vermelding	Chavannes, N. H., Meijer, E. W., van de Graaf, R. C., Rietbergen, C., & Croes, E. A. (2017). Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning'. <i>Nederlands tijdschrift voor geneeskunde</i> .
Bronnummer	10
Titel	Stoppen met roken
Auteurs	Chavannes, N., Drenthen, T., Wind, L., Avendonk, v. M., Donk, V. d., & Verduijn, M.
Databank	NHG-richtlijnen
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Stoppen met roken
Aantal gevonden items en hits	1 (1)
Argumentatie	Richtlijn
APA-vermelding	Chavannes, N., Drenthen, T., Wind, L., Avendonk, v. M., Donk, V. d., & Verduijn, M. (2017). Stoppen met roken. <i>NHG-behandelrichtlijn</i> .
Bronnummer	11
Titel	Helping Smokers with Severe Mental Illness Who Do Not Want to Quit.
Auteurs	Christiansen, B. A., Carbin, J., TerBeek, E., & Fiore, M. C.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op basis van bron 50
Argumentatie	Hoe patiënten het beste kunnen stoppen met roken.
APA-vermelding	Christiansen, B. A., Carbin, J., TerBeek, E., & Fiore, M. C. (2018). Helping Smokers with Severe Mental Illness Who Do Not Want to Quit. <i>Substance use & misuse</i> , 949–962. .
Bronnummer	12
Titel	Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states.
Auteurs	Colton, C. W., & Manderscheid, R. W.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op basis van bron 18
APA-vermelding	Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. <i>Preventing chronic disease</i> , 34A.

Bronnummer	13
Titel	Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011.
Auteurs	Dickerson, F., Stallings, C. R., Origoni, A. E., Vaughan, C., Khushalani, S., Schroeder, J., & Yolken, R. H.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op basis van bron 30
Argumentatie	Langdurige studie die aantoont dat er in de psychiatrie meer gerookt word.
APA-vermelding	Dickerson, F., Stallings, C. R., Origoni, A. E., Vaughan, C., Khushalani, S., Schroeder, J., & Yolken, R. H. (2013). Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. <i>Psychiatric services</i> , 44–50.

Bronnummer	14
Titel	The tobacco atlas
Auteurs	Eriksen, M. P., Mackay, J., & Ross, H.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 5
Argumentatie	Geeft een duidelijke weergave van diagnoses in relatie tot roken.
APA-vermelding	Eriksen, M. P., Mackay, J., & Ross, H. (2012). In <i>The tobacco atlas</i> . Atlanta, Georgia, Verenigde Staten: American Cancer Society.

Bronnummer	15
Titel	Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with psychotic, anxiety and mood disorders in the EAGLES trial.
Auteurs	Evins, A. E., Benowitz, N. L., West, R., Russ, C., McRae, T., Lawrence, D., Anthenelli, R. M.
Databank	pubmed
Zoekstrategie	Suggestie bij relevante artikelen bij bron 1
Argumentatie	Duidelijke weergave van stoppen met roken in combinatie van medicatie
APA-vermelding	Evins, A. E., Benowitz, N. L., West, R., Russ, C., McRae, T., Lawrence, D., . . . Anthenelli, R. M. (2019). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with psychotic, anxiety and mood disorders in the EAGLES trial. <i>Journal of clinical psychopharmacology</i> , 108-116.

Bronnummer	16
Titel	Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking
Auteurs	Faber, M. S., & Fuhr, U.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 18
Argumentatie	Werking van roken in combinatie met CYP
APA-vermelding	Faber, M. S., & Fuhr, U. (2004). Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking. <i>Clinical pharmacology and therapeutics</i> , 178-184.

Bronnummer	17
Titel	Psychofarmac.
Auteurs	Farmacotherapeutisch kompas
Databank	Farmacotherapeutisch kompas
Zoekstrategie	Zoektermen
Zoekterm	Psychofarmaca
Aantal gevonden items en hits	1 (1)
Argumentatie	Farmacotherapeutisch kompas geeft werking medicatie weer
APA-vermelding	Farmacotherapeutisch kompas. (2021). <i>Psychofarmac.</i> Opgeroepen op November 2020, van Farmacotherapeutisch kompas: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatieteksten/psychotischestoornis

Bronnummer	18
Titel	Post-traumatic stress disorder and smoking: a systematic review.
Auteurs	Fu, S. S., McFall, M., Saxon, A. J., Beckham, J. C., Carmody, T. P., Baker, D. G., & Joseph, A. M.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Zoektermen
Zoekterm	Psychiatric patient* OR Mental illness OR Public health OR Depression OR Schizophrenia OR PTSS AND Smoking Quitting OR Smoking cessation OR Tobacco OR smoking
Argumentatie	Systematisch review. Betrouwbaar uitgevoerd.
APA-vermelding	Fu, S. S., McFall, M., Saxon, A. J., Beckham, J. C., Carmody, T. P., Baker, D. G., & Joseph, A. M. (2007). Post-traumatic stress disorder and smoking: a systematic review. <i>Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco</i> , 1071–1084.

Bronnummer	19
Titel	Podcast-roken.jpg
Auteurs	GGZ.nl
Databank	Google
Zoekstrategie	Zoekterm in afbeeldingen
Zoekterm	“Stoppen met roken” ggz (afbeeldingen)
Aantal gevonden items en hits	92.300 (17)
Argumentatie	Passende afbeelding
APA-vermelding	GGZ.nl. (zd). <i>Podcast-roken.jpg</i> . Het platform voor de geestelijke gezondheidszorg.

Bronnummer	20
Titel	Quality of life and smoking.
Auteurs	Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W.
Databank	Google scholar
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Smoking depression
Argumentatie	Roken en kwaliteit van leven
APA-vermelding	Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. <i>American journal on addictions</i> , 540–562.

Bronnummer	21
Titel	Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients.
Auteurs	Harris, G. T., Parle, D., & Gagne, J.
APA-vermelding	Harris, G. T., Parle, D., & Gagne, J. (2007). Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients. <i>Journal of Behavioral Health Services and Research</i> , 43-55.

Bronnummer	22
Titel	Barriers to implementing evidence-based smoking cessation practices in nine community mental health sites.
Auteurs	Himelhoch, S., Riddle, J., & Goldman, H. H.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Relevant artikel bij bron 6
Argumentatie	Implementatie onderzoek
APA-vermelding	Himelhoch, S., Riddle, J., & Goldman, H. H. (2014). Barriers to implementing evidence-based smoking cessation practices in nine community mental health sites. <i>Psychiatric services</i> , 75-80.
Bronnummer	23
Titel	The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence.
Auteurs	Khantzian, E.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 30
Argumentatie	Klassieke theorie. Deze is onwaar. Maar wel lange tijd voor waar aangenomen daarom relevant.
APA-vermelding	Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. <i>The American journal of psychiatry</i> , 1259–1264.
Bronnummer	24
Titel	Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study.
Auteurs	Klungsoyr, O., Nygård, J. F., Sørensen, T., & Sandanger, I.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal op basis van https://doi.org/10.3390/ijerph17155571
Argumentatie	Relevanter artikel
APA-vermelding	Klungsoyr, O., Nygård, J. F., Sørensen, T., & Sandanger, I. (2006). Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. <i>American journal of epidemiology</i> (136), 421–432.
Bronnummer	25
Titel	Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.
Auteurs	KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Hogescholen, V., & VSNU.
Databank	Moodle
Zoekstrategie	Bladeren door keuze menu
Zoekterm	/
Aantal gevonden items en hits	/
Argumentatie	Vereist
APA-vermelding	KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Hogescholen, V., & VSNU. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. <i>DANS</i> .
Bronnummer	26
Titel	The prevalence of smoking has remained alarmingly high among individuals with schizophrenia and bipolar disorder in routine psychiatric settings. Concerted efforts are urgently needed to promote smoking cessation in these groups.
Auteurs	Kumari, V., & Postma, P.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 35
Argumentatie	Gedetailleerdere informatie dan in bron artikel.
APA-vermelding	Kumari, V., & Postma, P. (2013). The prevalence of smoking has remained alarmingly high among individuals with schizophrenia and bipolar disorder in routine psychiatric settings. Concerted efforts are urgently needed to promote smoking cessation in these groups. <i>Neuroscience and biobehavioral reviews</i> , 1021–1034.

Bronnummer	27
Titel	A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors.
Auteurs	Leon, J. d., & Diaz, F.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 18
Argumentatie	Gedetailleerdere informatie dan in bron artikel.
APA-vermelding	Leon, J. d., & Diaz, F. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. <i>Schizophrenia research</i> , 135–157.
Bronnummer	28
Titel	Motivational interviewing for smoking cessation.
Auteurs	Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op basis van bron 10
Argumentatie	Geeft een specifieke weergave over het gebruik van motivationle gespreksvoering
APA-vermelding	Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> .
Bronnummer	29
Titel	Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies.
Auteurs	Malone, V., Harrison, R., & Daker-White, G.
Databank	pubmed
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Psychiatric patient* OR Mental illness OR Public health OR Depression OR Schizophrenia OR PTSS AND Smoking Quitting OR Smoking cessation OR Tobacco OR smoking AND aggression
Argumentatie	Agressie voorkomen, aan de hand van ingezette interventies
APA-vermelding	Malone, V., Harrison, R., & Daker-White, G. (2018). Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 270-282.
Bronnummer	30
Titel	Smoking in schizophrenic patients: A critique of the self-medication hypothesis.
Auteurs	Manzella, F., Maloney, S. E., & Taylor, G. T.
Databank	pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 35
Argumentatie	Ontkracht eerder beschreven theorie van zelfmedicatie
APA-vermelding	Manzella, F., Maloney, S. E., & Taylor, G. T. (2015). Smoking in schizophrenic patients: A critique of the self-medication hypothesis. <i>World journal of psychiatry</i> , 35-44.
Bronnummer	31
Titel	Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007.
Auteurs	McClave, A. K., McKnight-Eily, L. R., Davis, S. P., & Dube, S. R.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op artikel 18
Argumentatie	Grove weergave van prevalentie. Onderzoek gedegen uitgevoerd. Demografische samenstelling kan vergelekt worden met nederland
APA-vermelding	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. <i>American journal of public health</i> , 2464–2472.

Bronnummer	32
Titel	Van weerstand naar veranderbereidheid.
Auteurs	Metselaar, E., & Cozijnsen, A.
Databank	Moodle
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	DINAMO-model
Argumentatie	Onderbouwing voor hanteren DINAMO model
APA-vermelding	Metselaar, E., & Cozijnsen, A. (2016). Van weerstand naar veranderbereidheid. In E. Metselaar, & A. Cozijnsen, <i>Van weerstand naar veranderbereidheid</i> . Mijnsheerenland: Bricklayer Productions.

Bronnummer	33
Titel	Nationaal preventie akkoord
Auteurs	Ministerie VWS
Databank	Google
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Nationaal preventie akkoord, rijksoverheid
Aantal gevonden items en hits	104.000 (1)
Argumentatie	Authentiek stuk, basis van besluitvorming.
APA-vermelding	Ministerie VWS. (2018). <i>Nationaal preventie akkoord</i> . Opgehaald van Rijksoverheid: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord

Bronnummer	34
Titel	Notitie roken is een verslaving
Auteurs	Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging
Databank	/
Zoekstrategie	Door klikken op site Trimbos
Zoekterm	Roken
Aantal gevonden items en hits	/
Argumentatie	Erkent verslavingsinstituut
APA-vermelding	Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging. (2020). <i>Notitie roken is een verslaving</i> . Utrecht: Trimbos.

Bronnummer	35
Titel	Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije ggz? Een literatuurstudie.
Auteurs	Neven, A., Vermeulen, J., Noordraven, E., & Bonebakker, A.
Databank	Nederlandse vereniging voor psychiatrie
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 3
Argumentatie	Nederlandse literatuurstudie recent uitgevoerd en breed uitgezet.
APA-vermelding	Neven, A., Vermeulen, J., Noordraven, E., & Bonebakker, A. (2019). Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije ggz? Een literatuurstudie. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , 392-402.

Bronnummer	36
Titel	Assessing the second-hand effects of a new no-smoking policy in an acute mental health trust.
Auteurs	Perry, B., Meehan, K., & Kumar Jainer, A.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 29
Argumentatie	Duidelijke weergave van gevolgen niet rook beleid.
APA-vermelding	Perry, B., Meehan, K., & Kumar Jainer, A. (2017). Assessing the second-hand effects of a new no-smoking policy in an acute mental health trust. <i>BJPsych Bulletin</i> , 325-330.

Bronnummer	37
Titel	Smoking, Mental Illness, and Public Health.
Auteurs	Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	zoekterm
Zoekterm	Psychiatric patient* OR Mental illness OR Public health OR Depression OR Schizophrenia OR PTSS AND Smoking Quitting OR Smoking cessation OR Tobacco OR smoking
Argumentatie	Breede studie met veel recente info.
APA-vermelding	Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C. (2017, Maart). Smoking, Mental Illness, and Public Health. <i>Annual Review of Public Health</i> (38), 165-185.

Bronnummer	38
Titel	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Auteurs	RIVM
Databank	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
Zoekstrategie	Doorklikken op website RIVM.nl
Argumentatie	Geeft de ziektekosten weer ten gevolge van roken. In Nederland. Geen andere bron voor hand. Bron is betrouwbaar, toonaangevend instituut.
APA-vermelding	RIVM. (2018). <i>Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018</i> . Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Bronnummer	39
Titel	Leefstijlmonitor.
Auteurs	RIVM
Databank	RIVM
Zoekstrategie	Sneeuwbal via volksgezondheidszorg.info
Zoekterm	/
Aantal gevonden items en hits	/
Argumentatie	Meerjaarlijks onderzoek over de leefstijl onderzoek onder de populatie. Van RIVM (toonaangevend instituut)
APA-vermelding	RIVM. (2019). <i>Leefstijlmonitor</i> . Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Bronnummer	40
Titel	Gender Wonen, and the tobacco epidemic.
Auteurs	Samet , J. M., & Yoon, S.-Y.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 37
Argumentatie	Artikel voornamelijk gericht op vrouwen maar geeft wel duidelijk aanwijzingen voor mate van verslaving van tabak.
APA-vermelding	Samet , J. M., & Yoon, S.-Y. (2010). <i>Gender Wonen, and the tobacco epidemic</i> . Geneva, Zwitserland: World Health Organization.

Bronnummer	41
Titel	Statistiek voor de beroepspraktijk.
Auteurs	Schriemer, M. G.
Databank	bibliotheek
Zoekstrategie	/
Zoekterm	/
Aantal gevonden items en hits	/
Argumentatie	Aanrader van een begeleider die adviseerde dit boek te gebruiken.
APA-vermelding	Schriemer, M. G. (2017). Statistiek voor de beroepspraktijk. In M. G. Schriemer, <i>Statistiek voor de beroepspraktijk</i> . Haarlem: SVW.

Bronnummer	42
Titel	Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review.
Auteurs	Siru, R., Hulse, G. K., & Tait, R. J.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op bron 35
Argumentatie	Geeft verder verdieping weer.
APA-vermelding	Siru, R., Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. <i>Addiction (Abingdon, England)</i> , 719-733.

Bronnummer	43
Titel	Compendium Geneeskunde.
Auteurs	Snijders, R., & Smit, V.
Databank	Eigen boekenkast
Zoekstrategie	/
Zoekterm	/
Aantal gevonden items en hits	/
Argumentatie	Eigen boek ter onderbouwing van anatomie.
APA-vermelding	Snijders, R., & Smit, V. (2018). Compendium Geneeskunde. In R. Snijders, & V. Smit, <i>Compendium Geneeskunde</i> (Vol. I & III). Synopsis BV.

Bronnummer	44
Titel	Physician advice for smoking cessation.
Auteurs	Stead, L. F., Buitrago, D. P., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op bron 10
Argumentatie	Geeft verder verdieping over stoppen met roken
APA-vermelding	Stead, L. F., Buitrago, D. P., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> .

Bronnummer	45
Titel	The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress.
Auteurs	Surgeon General.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 34
Argumentatie	Jaren lange weergave van gevolgen van roken
APA-vermelding	Surgeon General. (2014). <i>The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress</i> . Atlanta, Georgia, Verenigde Staten: US Department of Health and Human Services.

Bronnummer	46
Titel	Tabaks- en rookwarenwet.
Auteurs	/
Databank	wetten.overheid.nl
Zoekstrategie	Zoekterm
Zoekterm	Tabakswet
Aantal gevonden items en hits	1 (1)
Argumentatie	Nederlandse wet, geen andere bron nodig.
APA-vermelding	Tabaks- en rookwarenwet. (1988, maart 10). Opgeroepen op Maart 2021, van https://wetten.overheid.nl/BWBR0004302/2021-01-01

Bronnummer	47
Titel	Estimation of cytochrome P-450 CYP1A2 activity
Auteurs	Tantcheva-Poór, I., Zaigler, M., Rietbrock, S., & Fuhr, U.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Suggestie bij raadplegen artikel 16
Argumentatie	Uitleg werking CYP in combinatie met roken.
APA-vermelding	Tantcheva-Poór, I., Zaigler, M., Rietbrock, S., & Fuhr, U. (1999). Estimation of cytochrome P-450 CYP1A2 activity in 863 healthy Caucasians using a saliva-based caffeine test. <i>Pharmacogenetics</i> , 131-144.
Bronnummer	48
Titel	Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Among People With Severe Mental Illness: A Critical Appraisal of Qualitative Studies.
Auteurs	Trainor, K., & Leavey, G.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbalmethode op artikel 35
Argumentatie	Achtergrond van verpleegkundig handelen.
APA-vermelding	Trainor, K., & Leavey, G. (2017). Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Among People With Severe Mental Illness: A Critical Appraisal of Qualitative Studies. <i>Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco</i> , 14-23.
Bronnummer	49
Titel	Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine.
Auteurs	Tsuda, Y., Saruwatari, J., & Yasui-Furukori, N.
Databank	Sneeuwbal methode op bron 3
Argumentatie	Meta-analyse van het probleem over meerdere studies.
APA-vermelding	Tsuda, Y., Saruwatari, J., & Yasui-Furukori, N. (2014). Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. <i>BMJ open</i> .
Bronnummer	50
Titel	Smoking, symptoms, and quality of life in patients with psychosis, siblings, and healthy controls: a prospective, longitudinal cohort study.
Auteurs	Vermeulen, J., Schirmbeck, F., Blankers, M., van Tricht, M., van den Brink, W., de Haan, L., & investigators, G. R.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	sneeuwbal methode op bron 3
Argumentatie	Langer termijn studie, geen bewijs voor zelfmedicatie
APA-vermelding	Vermeulen, J., Schirmbeck, F., Blankers, M., van Tricht, M., van den Brink, W., de Haan, L., & investigators, G. R. (2019). Smoking, symptoms, and quality of life in patients with psychosis, siblings, and healthy controls: a prospective, longitudinal cohort study. <i>The lancet. Psychiatry</i> , 25–34.
Bronnummer	51
Titel	Drug Interactions with Tobacco Smoking.
Auteurs	Zevin, S., & Benowitz, N.
Databank	Pubmed
Zoekstrategie	Sneeuwbal methode op bron 49
APA-vermelding	Zevin, S., & Benowitz, N. (1999). Drug Interactions with Tobacco Smoking. <i>Clin Pharmacokinet</i> , 425–438.

Bijlage 2 Enquête stoppen met roken in de GGZ

Roken is schadelijk voor de gezondheid. Naast gezondheidsschade voor de roker zorgt het ook voor gezondheidsschade bij de mensen die meeroken. Sinds de jaren tachtig voert Nederland een actief ontmoedigingsbeleid ten aanzien van roken. Het streven van de Nederlandse overheid is in 2030 een rookvrije generatie. Op weg ernaartoe wordt het roken steeds verder ingeperkt, zo ook in de gezondheidszorg. Onder psychiatrische patiënten wordt 4-6 keer meer gerookt. Deze inperking zorgt daarmee mogelijk voor problemen bij psychiatrisch patiënten.

Aan de hand van een enquête wil ik het standpunt van u als verpleegkundige in kaart brengen ten aanzien van het rookontmoedigingsbeleid voor mensen met een psychiatrische aandoening. Het invullen van de enquête zal ongeveer 10 minuten duren. Op basis van de verzamelde gegevens zal gekeken worden of de zorg rondom patiënten die roken op de afdeling Psychiatrie verbeterd kan worden.

Door het invullen van de enquête geeft u aan dat u:

- De informatie gelezen heeft. De gelegenheid heeft gehad om vragen te stellen en deze in voldoende mate zijn beantwoord;
- Deelname geheel vrijwillig is en dat u op de hoogte bent dat u elk moment kan stoppen met deelname aan dit onderzoek zonder opgaaf van rede;
- Toestemming geeft voor het verzamelen en gebruiken van uw gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag;
- Antwoorden anoniem worden verwerkt en deze anonieme gegevens kunnen bij de boordeling of verificatie van het onderzoek geraadpleegd worden door medewerkers van de gezondheidsfaculteit van Hogeschool Zuyd.

De ingevulde antwoorden zullen anoniem verwerkt worden.

Mocht u vragen hebben, neem gerust contact op met Jeroen Scheepers via jXXXXXXXXXs@XXXXXX.XX of 06-XXXXXXX

Alvast bedankt,

Jeroen Scheepers

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

2. Wat is uw leeftijd?

..... Jaar

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding

- a. Mbo
- b. Hbo
- c. Inservice opleiding
- d. Anders namelijk:

4. Hoe lang bent u werkzaam in jaren op de afdeling Psychiatrie van het Maastricht UMC+?

..... Jaar

5. Hoe lang bent u werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige?

..... Jaar

Nu volgen vragen over uw rookgedrag. Onder roken wordt verstaan het roken van tabak door middel van bijvoorbeeld sigaretten, sigaren, pijp of een e-smoker.

6. Heeft u ooit gerookt?

- a. Ja → vraag 7
- b. Ja, ik heb incidenteel wel eens gerookt → vraag 7
- c. Nee, nooit gerookt → vraag 10
- d. Hou ik liever voor mijzelf → vraag 10

7. Rookt u nu nog?

- a. Ja, hoeveel per dag? → vraag 8
- b. Ja, incidenteel → vraag 8
- c. Nee, ik ben gestopt → vraag 9

8. Hoe lang rookt u (in jaren)?

..... Jaar → vraag 10

9. Hoe lang geleden bent u gestopt met roken (in jaren)?

..... Jaar

Hierna volgen tien stellingen over het rookgedrag van patiënten op uw afdeling in relatie tot uw werk.

10. Patiënten moeten altijd de gelegenheid hebben om te kunnen roken ongeacht de frequentie of het tijdstip.
 - a. Helemaal mee eens
 - b. Deels mee eens
 - c. Neutraal
 - d. Deels mee oneens
 - e. Helemaal mee oneens
11. Psychiatrisch patiënten hebben meer rechten om te roken dan patiënten zonder psychiatrische aandoening.
 - a. Helemaal mee eens
 - b. Deels mee eens
 - c. Neutraal
 - d. Deels mee oneens
 - e. Helemaal mee oneens
12. In mijn werk gebruik ik roken als beloning, goed gedrag stimuleren.
 - a. Helemaal mee eens
 - b. Deels mee eens
 - c. Neutraal
 - d. Deels mee oneens
 - e. Helemaal mee oneens
13. In mijn werk gebruik ik roken als onderhandelingsmechanisme om iets gedaan te krijgen van de patiënt.
 - a. Vaak
 - b. Soms
 - c. Nooit
14. Ik vraag bij opname of de patiënt rookt
 - a. Vaak
 - b. Soms
 - c. Nooit
15. Ik vraag bij opname hoeveel een patiënt rookt
 - a. Vaak
 - b. Soms
 - c. Nooit
16. Indien de patiënt rookt vraag ik hem of hij wil stoppen met roken
 - a. Vaak
 - b. Soms
 - c. Nooit
17. Ik motiveer de patiënt om te stoppen met roken
 - a. Vaak
 - b. Soms
 - c. Nooit
18. Patiënten moeten gedwongen kunnen worden te stoppen met roken
 - a. Mee eens
 - b. Neutraal
 - c. Mee oneens

Per juli 2021 zijn interne rookruimten zoals de huidige rookkamer verboden. Dit betekent dat patiënten nergens meer in het ziekenhuis kunnen roken en dat ze het ziekenhuis moeten verlaten. De volgende vragen gaan over sluiting van de rookkamer

19. Wat vindt u ervan dat de rookkamer gesloten wordt voor patiënten?
- a. Goede zaak
 - b. Neutraal
 - c. Slechte zaak
20. Voorziet u problemen bij de sluiting van de rookkamer?
- a. Ja → vraag 21
 - b. Nee → vraag 25
21. Voor welke categorie patiënten voorziet u problemen (meerder antwoorden mogelijk)?
- a. Patiënten die gedwongen zijn opgenomen
 - b. Patiënten die niet van de afdeling af mogen (zonder juridische verplichting)
 - c. Patiënten die wel de afdeling mogen verlaten
22. In welke dienst denk u dat de problemen zich voordoen (meerdere antwoorden mogelijk)?
- a. Diensten overdag
 - b. Avonddiensten
 - c. Nachtdiensten
23. Wat voor problemen verwacht u?

.....

.....

.....

.....

.....

24. Voorziet u een oplossing voor deze problemen?

.....

.....

.....

.....

.....

25. U werkt in het weekend samen met een collega, Harry is gedwongen opgenomen met een crisismaatregel. Harry rookt al 20 jaar meer dan 20 sigaretten per dag. Hij mag de afdeling niet verlaten, recent is de rookkamer gesloten. Voor Harry is er dus geen mogelijkheid om te roken. Ondanks herhaaldelijk aanbieden weigert hij nicotinevervangende middelen als pleisters. In uw dienst ziet u de onrust bij de patiënt oplopen. Wat is het meest waarschijnlijke dat u zou doen?
- a. Ik laat Harry roken op de afdeling.
 - b. Ik neem Harry tegen de afspraken in mee van de afdeling af om buiten het ziekenhuisterrein te roken.
 - c. Ik laat Harry niet roken en bied hem nicotinevervangende middelen aan
 - d. Ik laat Harry niet roken en bied hem rustgevende medicatie aan

Graag wil ik in navolging van deze vragenlijst nog enkele collega's interviewen in een groepsgebesprek.

26. Wilt u aan dit groepsgebesprek deelnemen?
- a. Ja, mijn naam is
 - b. Nee bedankt.

Bedankt voor uw deelname.

Bijlage 3 Stellingen focusgroep

In deze bijlage zijn de gegeven antwoorden op de open vragen van de enquête schematisch weergegeven. Hoe groter het steekwoord is weergegeven, hoe vaker het genoemd is.

In afbeelding 1 zijn de verwachte problemen weergegeven. De gebruikte kleuren zijn slechts illustratief en hebben geen betekenis.

Afbeelding 2 geeft de aangedragen oplossingen weer. De kleur geeft aan of het steekwoord is gegeven in een context van oplossingen vóór het rookverbod (groen) of tegen in de vorm van uitzonderingen (rood).



Afbeelding 2 Steekwoorden voorziene problemen



Afbeelding 3 Steekwoorden voorziene oplossingen

Bijlage 4 Codeboom

In deze bijlage wordt de codeboom weergegeven die gebruikt is bij het analyseren van de transcripten van de focusgroep. De codeboom is als volgt weergegeven, • = term DINAMO-model, ♦ = axiale code en ◇ = open code.

- Willen
 - ♦ Gevolgen voor het werk
 - ◇ Niet naar buiten
 - ◇ Splitting/uitspelen personeel
 - ♦ Emotie
 - ◇ Zorgen om onrust
 - ◇ Onrust op de afdeling
 - ◇ Onrust
 - ◇ Eigen ervaring
 - ◇ Schrikbeeld
 - ◇ Niet willen ervaren
 - ◇ Respecteren regels
 - ◇ Angst voor brand
 - ◇ Angst
 - ◇ Bepaald volk
 - ◇ Oneerlijk
 - ◇ Emotie
 - ♦ Meerwaarde
 - ◇ Verwachtingen
 - ◇ Geen rookassociatie
 - ◇ Roken geen levensbehoefte
 - ♦ Betrokkenheid
 - ◇ Uitzonderling maken
 - ◇ Sporten
 - ◇ Gemakzucht
 - ◇ Service
 - ◇ Uitzondering
 - ◇ Uitzonderingen
 - ◇ Niet dagelijks
 - ◇ Beloftes nakomen
 - ◇ Uitzondering maken
 - ◇ Eigen verantwoordelijkheid

- Moeten
 - ◆ Interne druk
 - ◇ Genoeg personeel
 - ◇ Huidig beleid
 - ◇ Eenduidigheid
 - ◇ Uitzonderingen
 - ◇ Verschil tussen verpleegkundig
 - ◆ Externe druk
 - ◇ Visie MUMC+

- Kunnen
 - ◆ Kennis en ervaring
 - ◇ Niet van de afdeling = niet roken
 - ◇ Verslavingsgedrag
 - ◇ Lichamelijke onrust
 - ◇ Sederen
 - ◇ Gedwongen opname
 - ◇ Aansteker afnemen
 - ◇ Rookwaren afnemen
 - ◇ Ontwenning
 - ◇ CIWA
 - ◇ Stappenplan
 - ◇ Ontwenning voorkomen
 - ◇ Meer kennis nodig
 - ◇ Medicatie toedienen
 - ◇ Stappenplan
 - ◇ Ontwenningsschaal
 - ◇ Verslaving
 - ◇ Geen verschil in verslaving
 - ◇ Protocol
 - ◇ Scoringslijst
 - ◇ Leidraad voor beleid
 - ◆ Aansturing
 - ◇ Beleid arts
 - ◇ Sederen indien nodig
 - ◇ Beleid door arts
 - ◇ Arts bepaalt
 - ◆ Informatievoorziening
 - ◇ Duidelijkheid vooraf
 - ◇ Communicatie vooraf
 - ◇ Info voor opname

- Kunnen (vervolg)
 - ◆ Verandervermogen
 - ◇ Snoezelruimte
 - ◇ Nut hebben?
 - ◇ Irreëel
 - ◇ Roken elders niet haalbaar
 - ◇ Buiten verblijf creëren
 - ◆ Beheersbaarheid
 - ◇ Beperkte mogelijkheden
 - ◇ Overplaatsing
 - ◇ Straffen en handhaven
 - ◇ Vrijwillig vs. gedwongen
 - ◇ Gedwongen meer invloed
 - ◇ Weinig middelen
 - ◇ Vrijwillig
 - ◇ Voorwaarden duidelijk stellen
 - ◇ Randvoorwaarden
 - ◇ Mogelijkheden
 - ◇ Ontslag bij overtreden regels
 - ◇ Ontslag of overplaatsing
 - ◇ Coullance
 - ◇ Regels niet volgen
 - ◇ Splitting uitspellen personeel
 - ◇ Patiënten kunnen geen onderscheid maken
 - ◇ Eén lijn trekken
 - ◇ Afspraken maken
 - ◇ Kaders geven
 - ◇ Kaders aanbrengen
 - ◇ Niet vol te houden
 - ◇ Duidelijkheid
 - ◇ Duidelijke afspraken
 - ◇ Registratie
 - ◇ Eenduidig beleid
 - ◇ Stramien
 - ◇ Ontslag
 - ◇ Overplaatsing
 - ◇ Verschil in beleid voorkomen
 - ◇ Uniform beleid
 - ◇ Type beleid
 - ◇ Geen ruimte laten
 - ◇ Willekeur voorkomen

- Kunnen (vervolg)
 - ◆ Complexiteit
 - ◇ Confrontatie met patiënt
 - ◇ Worsteling
 - ◇ Patiënt kan vrijheid niet aan
 - ◇ Patiënt niet van de afdeling
 - ◇ Komen voor behandeling
 - ◇ Geen mogelijkheid tot roken
 - ◇ Nacht
 - ◇ Afdeling verlaten
 - ◇ Geen mogelijkheid om te roken
 - ◇ Roken op kamer niet kunnen
 - ◆ Vertrouwen
 - ◇ Verhoogd risico op brand
 - ◇ Verwachtingen
 - ◇ Rookmelder
 - ◇ Vroege detectie

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 11 Maart 2021

Plaats: Maastricht

Naam (indien student ook studentnummer): Jeroen Scheepers 1864610

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 11 maart 2021

Plaats: Maastricht

Naam (indien student ook studentnummer): Jeroen Scheepers (1864610)

Academie: Verpleegkunde



Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Informatie voor deelname aan:

Stoppen met roken in de GGZ

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat u deelneemt aan het onderzoek over de opvattingen van zorgprofessionals ten aanzien van een rook vrije GGZ.

Dit onderzoek zal plaatsvinden in het Maastricht UMC+ Aan dit onderzoek zullen naar verwachting 6 personen meedoen.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie. U kunt ook de onafhankelijk deskundige, die aan het eind van deze brief genoemd wordt, om aanvullende informatie vragen.

1. Doel van het onderzoek

Per juli 2021 worden interne rookruimten verboden. Dit geldt ook voor de rookruimte op de afdeling Psychiatrie van het Maastricht UMC+. Om dit zo goed mogelijk te laten verlopen wordt er middels dit onderzoek onderzocht wat de valkuilen en obstakels zijn voor de zorgprofessional bij het uitvoeren van zijn werk.

2. Wat meedoen inhoudt

Aan de hand van een groepsgesprek van ongeveer 30 minuten zal u gevraagd worden naar uw standpunten ten aanzien van het sluiten van de rookkamer. Aan het groepsgesprek zullen 6 verpleegkundige collega's deelnemen. Tijdens het groepsinterview zal er een geluidsopname gemaakt worden die gebruikt zal worden voor het uitschrijven van het groepsinterview. Na het uitschrijven zal de opname worden vernietigd. De uitgeschreven versie zal geanonimiseerd worden en wordt gebruikt voor de verslaglegging van het onderzoek in de vorm van een bachelorthesis.

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u patiënt bent wordt u op de gebruikelijke manier behandeld.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. Als u patiënt bent dan wordt u weer op de gebruikelijke manier behandeld. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- u uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft
- uzelf kiest om te stoppen
- de onderzoeker het beter voor u vindt om te stoppen

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Dit gebeurt ongeveer 2 maanden na uw deelname.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd.

Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de thesiskringbegeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van uw aandoening en/of van de verdere ontwikkeling van het product/de behandelmethode en/of van het verpleegkundig werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor het toekomstige onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat: Jeroen Scheepers. Zie bijlage A voor contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeklocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling, zie bijlage A voor de contactgegevens, of de Autoriteit Persoonsgegevens.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker/het onderzoeksteam.

Indien u klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris/klachtencommissie van uw ziekenhuis/instituut.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. **Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.**

Bijlage 7 Toestemmingsverklaring deelnemers

Toestemmingsformulier proefpersoon

Stoppen met roken in de GGZ

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor die inzage door deze personen.

Ik geef ☐ **wel**

☐ **geen** toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van mijn aandoening en/of van de verdere ontwikkeling van het product/de behandelmethode en/of van het verpleegkundig werkproces.

Ik geef ☐ **wel**

☐ **geen** toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.

- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : 30 april 2021

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: Jeroen Scheepers

Handtekening:

Datum: 30 april 2021

Aanvullende informatie is gegeven door:

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De proefpersoon krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 8 Uitslag enquête in tabellen

Hieronder zijn de resultaten van de enquête weergegeven.

Leeftijds- categorie	Man	Vrouw	Totaal
30 – 39 jaar	1 (8%)	2 (17%)	3 (25%)
40 – 49 jaar	2 (17%)	2 (17%)	4 (33%)
50 – 59 jaar	1 (8%)	2 (17%)	3 (25%)
60 – 69 jaar	1 (8%)	1 (8%)	2 (17%)
Eindtotaal	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)

Tabel 3 Leeftijd en geslacht

Opleidingsniveau	Aantal	Gemiddelde Werk ervaring huidige afdeling (in jaren)	Gemiddelde Totale werkervaring (in jaren)
MBO	2 (17%)	2 (1-2,5)	10 (3,5-17)
Inservice opleiding	2 (17%)	34 (31-36)	40 (39-40)
HBO	8 (67%)	15 (4-23)	19 (4-32)
Eindtotaal	12 (100%)	16 (1-36)	21 (3,5-40)

Tabel 4 Opleidingsniveau vs. werkervaring in jaren

Roken?	Aantal	Gemiddelde Aantal jaar roker	Gemiddelde Aantal jaar gestopt
Rookt	2 (17%)	38 (26-50)	N.v.t.
Gestopt	6(50%)	N.v.t.	9 (0,5-18)
Nooit gerookt	4(33%)	N.v.t.	N.v.t.
Eindtotaal	12 (100%)	38 (26-50)	9 (0,5-18)

Tabel 5 Rookgedrag eveneens weergegeven in duur (in jaren)

Stelling	Helemaal mee eens	Deels mee eens	Neutraal	Deels mee oneens	Helemaal mee oneens	Eindtotaal
Patiënten moeten altijd de gelegenheid hebben om te kunnen roken ongeacht de frequentie of het tijdstip	2 (17%)	1 (8%)	1 (8%)	0 (0%)	8 (67%)	12
Psychiatrisch patiënten hebben meer rechten om te roken dan patiënten zonder psychiatrische aandoening	1 (8%)	3 (25%)	0 (0%)	3 (25%)	5 (42%)	12
In mijn werk gebruik ik roken als beloning, goed gedrag stimuleren	0 (0%)	1 (8%)	1 (8%)	4 (33%)	6 (50%)	12

Tabel 6 Stellingen enquête (eens, oneens)

Stelling	Nooit	Soms	Vaak	Eindtotaal
Ik vraag bij opname of de patiënt rookt	0 (0%)	1 (8%)	11 (92%)	12
Ik vraag bij opname hoeveel een patiënt rookt	0 (0%)	1 (8%)	11 (92%)	12
Indien de patiënt rookt vraag ik hem of hij wil stoppen met roken	6 (50%)	4 (33%)	2 (17%)	12
Ik motiveer de patiënt om te stoppen met roken	1 (8%)	10 (83%)	1 (8%)	12
In mijn werk gebruik ik roken als onderhandelingsmechanisme om iets gedaan te krijgen van de patiënt.	4 (33%)	8 (67%)	0 (0%)	12

Tabel 7 Stellingen enquête (nooit, soms, vaak)

Stelling	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Eindtotaal
Patiënten moeten gedwongen kunnen worden om te stoppen met roken	2 (17%)	4 (33%)	6 (50%)	12

Tabel 8 Stellingen enquêtevraag 18

Vraag	Patiënten die gedwongen zijn opgenomen	Patiënten die niet van de afdeling af mogen (zonder juridische verplichting)	Patiënten die wel de afdeling mogen verlaten
Bij welke patiëntencategorie voorziet u problemen?	10 (83%)	11 (92%)	0 (0%)

Tabel 9 Stellingen enquêtevraag 21

Vraag	Diensten overdag	Avonddiensten	Nachtdiensten
In welke dienst denkt u dat de problemen zich voor doen?	7 (58%)	11 (92%)	10 (83%)

Tabel 10 Stellingen enquêtevraag 22

Code probleem	Aantal keer genoemd
Onrust	7
Onderbezetting/toename werkdruk	3
Weerstand	3
Discussie	3
Afdeling verlaten	3
Onvoldoende zicht op patiënt	2
Kortere opname	2
Roken op de afdeling	2
Agressie	2
Ontwenning	2
Agitatie	1
Meer behandeldoelen	1
Onjuiste invoer verplaats naar oplossingen	1
Onbegrip	1
Eindtotaal	33

Tabel 11 Codes op basis van antwoorden open vraag 23

Code oplossing	Aantal keer genoemd
Eenduidig beleid afspreken (protocol)	3
Uitzondering maken	3
Educatie	3
Rookgelegenheid buiten creëren	2
Medicatie aanbieden (sederend)	2
Rookkamer gedogen	2
Rookbeleid vooraf communiceren	2
Nicotine vervangende middelen	2
Natuurlijk verloop	1
Geen opname bij niet akkoord gaan met rookbeleid	1
Eindtotaal	21

Tabel 12 Codes op basis van antwoorden open vraag 24 (groen= conform regelgeving, rood= regelgeving negeren)

Casus Harry	Aantal	%
Ik laat Harry niet roken en bied hem nicotine vervangende middelen aan	5	42%
Ik laat Harry niet roken en bied hem rustgevende medicatie aan	3	25%
Ik laat Harry op de afdeling roken	2	17%
Ik neem Harry tegen de afspraken in mee van de afdeling af om buiten het ziekenhuisterrein te roken	1	8%
Ongeldig antwoord ingevuld	1	8%
Eindtotaal	12	100%

Tabel 13 Dilemma casus Harry