VLAAMS INSTITUUT
GEZOND
LEVEN

Rookbeleid in de psychiatrie: hoe toewerken naar een rookvrije psychiatrie?

Literatuuronderzoek

Inhoud

1 Inleiding 3
2 Wetenschappelijk onderzoek 6
2.1 Psychiatrische setting: algemeen 6
2.2 Toename agressie en geweld? 13
2.3 Personeel, betrokken professionals, patiënten 13
2.4 Rookstop(methoden) 35
2.5 E-sigaret als rookstopmiddel en vorm van schadebeperking (harm reduction) 54
3 Rapporten en adviezen 71
4 Standpunten, initiatieven, (praktijk)tools, leidraden … 84
5 Conclusies op basis van de literatuur 86

1 Inleiding

Dit rapport verkent de bestaande literatuur en de ons bekende praktijk(ervaring). Het is onderdeel van de geplande actie over het stimuleren en (verder) uitwerken van een rookbeleid in de psychiatrische ziekenhuizen en centra in Vlaanderen. Het rapport is opgevat als een onderzoek naar handvaten en nuttige aanknopingspunten.

Het is gebaseerd op de raadpleging van deze literatuur, documenten, websites en praktijktools:

- Een zoektocht in PubMed op basis van de volgende criteria en zoektermen:
    - Zoektermen (in verschillende combinaties): smoke free/smoke-free/psychiatr*/mental health setting/mental health service/mental health professional/e-cigarette/vaping
    - Onderzoek in eerste instantie beperkt tot overzichtsstudies van de laatste 10 jaar (meta-analyse, review, systematische review). Daarna onderzoek algemener bekeken maar beperkt tot onderzoek van de laatste 5 jaar.
    - Ook beperkt tot onderzoek uit de westerse wereld: Europa, VS, Australië …
    - Aangevuld met onderzoek dat ons al bekend was
    - E-sigaret in de psychiatrie: hier baseren we ons in de eerste plaats op hoofdstuk 6 van het recente advies over de e-sigaret van de 'Hoge Gezondheidsraad': 'E-sigaretten bij specifieke doelgroepen: mensen met een psychische kwetsbaarheid'. Bij de uitwerking van dit hoofdstuk gebeurde ter voorbereiding een literatuuronderzoek (dus dit hoofdstuk geeft al een goed recent overzicht). Zie 20220616_hgr-9549_advies_e-sigaret_vweb_0.pdf (belgium.be)
- Een zoektocht in Nicotine & Tobacco Research, het tijdschrift van de 'Society for Research on Nicotine and Tobacco' (SNRT) waarvan het Vlaams Instituut Gezond Leven lid is.
- Het recente advies van het 'Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek' over het rookverbod in de Forensische Psychiatrische Centra (FPC's)
- Het recente e-sigaretadvies van de Hoge Gezondheidsraad
- De website Mental Health and Smoking Partnership - ASH (ASH-UK)
- De volgende NICE guidelines:
    - Smoking: acute, maternity and mental health services | Guidance | NICE
    - Overview | Tobacco: treating dependence | Quality standards | NICE https://www.nice.org.uk/researchrecommendation/how-can-people-with-mental-health-conditions-be-supported-effectively-to-stop-smoking-at-individual-and-system-level-what-are-the-challenges-and-opportunities-and-how-can-they-be-addressed-2021

We zien sinds de jaren '60 een (geleidelijk) dalende tabaksprevalentie, maar die afname is er veel minder of is zelfs gestopt voor gemarginaliseerde groepen in de samenleving, waaronder mensen met een kwetsbare geestelijke gezondheid (in diverse gradaties). In deze groep blijft het tabaksgebruik hoog. Ongeveer een derde van de tabaksrokers in Engeland heeft mentale gezondheidsproblemen.

Het recente rapport '**Public mental health and smoking - a framework for action**' (UK, 2022)[1] bevat een aantal 'key findings' waarvan sommige ook als inleiding van dit literatuuroverzicht kunnen dienen:

- *"Smoking is a leading cause in the gap in life expectancy between people with mental health conditions and those without. The inequalities in health caused by smoking are greatest among those with severe mental illness (SMI), with smoking contributing up to two-thirds of the reduced life expectancy of this population. However, the numbers of people affected by smoking and poor mental health are greatest among those with common mental health conditions such as depression and anxiety, with over a million people living with these conditions and smoking.*
- *Smoking is a cause of poor mental health across the whole population. Indirectly, through its impact on physical health, income and employment, and directly, by increasing the risk of some mental health conditions (such as depression and schizophrenia) and through the creation of addiction, which inhibits people's mental wellbeing."*

(…)

- *There is a major challenge in changing the perceptions of both smokers and healthcare professionals about the impact of smoking on mental health. There are widespread misperceptions that smoking helps manage stress, while the evidence demonstrates that smoking is a causal factor in mental health conditions and can exacerbate rather than reduce stress."*[2]

Er is een sterke samenhang tussen roken en iemands mentale conditie: in een zogenaamde 'cyclus van afhankelijkheid' verhoogt roken het risico op een slechte geestelijke gezondheid, waarna die op zijn beurt tabaksafhankelijkheid versterkt en gezondheidsongelijkheden vergroot. *"Smoking is a leading cause of the 7–25 year reduced life expectancy among people with mental health conditions (Walker et al., 2015). It makes people poorer and less likely to be employed, which increases the likelihood of poor mental health (ASH, 2020b)."*[3]

Uit een recente populatiesurvey van enkele Engelse universiteiten[4] blijkt dat nicotinegebruikers meer kans hebben op een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen. Het onderzoek is gebaseerd op gegevens van 27.437 volwassenen in Groot-Brittannië, ondervraagd tussen 2020 en 2022. Het onderzoek brengt de prevalentie en kenmerken van gebruik (mate van gebruik, producttype) van vapen (e-sigaret) en roken (tabak) in kaart bij mensen met een enkelvoudige en meervoudige diagnose van psychische aandoening(en) en bij mensen zonder, met gemiddelde en met ernstige psychologische problemen. Conclusie: roken, vapen en dubbelgebruik (= zowel roken als vapen) zijn aanzienlijk hoger bij mensen met een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen, vooral bij de groep die kampt met een meervoudige psychische aandoening en bij hen die de afgelopen maand te maken hadden met psychische problemen.

[1] Public mental health and smoking: A framework for action - ASH
[2] Zie p. 3
[3] Zie rapport
[4] Associations between smoking and vaping prevalence, product use characteristics, and mental health diagnoses in Great Britain: a population survey - PubMed (nih.gov)

De '**Hoge Gezondheidsraad**' bracht in 2022 een nieuw advies uit over de e-sigaret, met in hoofdstuk 6 de focus op mensen met een psychische kwetsbaarheid. De eerste zin van de probleemstelling in dit hoofdstuk luidt: *"Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij mensen met psychische problemen een hoge prevalentie van roken kan worden vastgesteld."*[5] Het '**Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek**' formuleerde in 2022 een advies over een (gedeeltelijk) rookverbod in de 'Forensische Psychiatrische Centra' (FPC's)[6]. In de vraag om dit advies, gericht aan het Comité, werden door de FPC's deze uitgangspunten en vaststellingen vermeld:

- Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de prevalentie van het roken van tabak hoger is onder mensen met een psychiatrische stoornis, wat zich uit in een kortere levensverwachting en mogelijk ook een ongunstig effect heeft op het verloop van de stoornissen en de medicatie.
- In de FPC's van Gent en Antwerpen is de prevalentie van rokende patiënten zeer hoog. Het gevolg daarvan is dat zowel personeel als patiënten onvrijwillig worden blootgesteld aan passief roken.

Verder staat er:

"*Naar aanleiding van een werkbezoek in het Verenigd Koninkrijk vernamen wij dat er daar en in de Verenigde Staten verscheidene initiatieven en acties vanuit de overheid ondernomen zijn om een rookbeleid of -verbod op te leggen voor patiënten/gedetineerden alsmede medewerkers. Waar voor de medewerkers dit verbod strikt wordt gehanteerd, wordt het voor de patiënten gedoogd door e-sigaretten (zowel met als zonder nicotine) wel toe te staan.*" (…) "*Vanuit de directie wordt momenteel nagedacht over het installeren van een rookvrije instelling, waarbij patiënten en medewerkers (gefaseerd) ondersteund worden in het stoppen met roken of dampen. In dit kader werkt onze Ethische Commissie momenteel aan een omstandig ethisch advies. Gezien het unieke karakter van onze instelling, kunnen wij niet zomaar naar analogie van de reguliere psychiatrie redeneren. De FPC's hebben een bijzonder statuut en vallen niet onder de ziekenhuiswetgeving.*"[7]

Hoewel het advies dus niet over de reguliere psychiatrie gaat, wordt op de eerste pagina's toch ook gesteld:

"*Tijdens de besprekingen werd echter duidelijk dat de overwegingen en conclusies ook van toepassing kunnen zijn op andere gesloten instellingen waar patiënten met een psychiatrische problematiek verblijven zoals ziekenhuisafdelingen waar patiënten gedwongen opgenomen zijn krachtens de wet van 26 juni 1990, inrichtingen tot bescherming van de maatschappij of psychiatrische afdelingen van gevangenissen. Voornoemde centra en instellingen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat patiënten/geïnterneerden/gedetineerden er tegen hun wil verblijven en zijn opgesloten. In dit advies worden ze aangeduid met de omschrijving "de gesloten instellingen".*"[8]

We komen later terug op dit advies.

[5] Zie Advies 9549 - Elektronische sigaret: evolutie | FOD Volksgezondheid (belgium.be), p. 58 (in dit hoofdstuk meer cijfers over de link tussen roken en mentale gezondheid).
[6] Advies nr. 81 - Rookverbod in FPC's | FOD Volksgezondheid (belgium.be)
[7] Zie p. 4
[8] Zie p. 6

2 Wetenschappelijk onderzoek

Zinnen en woorden die in de onderstaande teksten in het vet staan werden door Vlaams Instituut Gezond Leven in het vet gezet (om te kunnen wijzen op belangrijke klemtonen).

De verwijzingen naar voetnoten (in de vorm van cijfers) zijn uit onderstaande teksten verwijderd, maar kunnen terug opgezocht worden in de onderzoekteksten zelf.[9]

2.1 Psychiatrische setting: algemeen

- Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research, S. Lawn en J. Campion, **2013** - https://www.mdpi.com/1660-4601/10/9/4224

*"**Abstract***

***The culture of smoking by patients and staff within mental health systems of care has a long and entrenched history.** Cigarettes have been used as currency between patients and as a patient management tool by staff. These settings have traditionally been exempt from smoke-free policy because of complex held views about the capacity of people with mental disorder to tolerate such policy whilst they are acutely unwell, with stakeholders' continuing fierce debate about rights, choice and duty of care. **This culture has played a significant role in perpetuating physical, social and economic smoking associated impacts experienced by people with mental disorder who receive care within mental health care settings**. **The past decade has seen a clear policy shift towards smoke-free mental health settings in several countries. While many services have been successful in implementing this change, many issues remain to be resolved for genuine smoke-free policy in mental health settings to be realized.** This literature review draws on evidence from the international published research, including national audits of smoke-free policy implementation in mental health units in Australia and England, in order to synthesise what we know works, why it works, and the remaining barriers to smoke-free policy and how appropriate interventions are provided to people with mental disorder."*

*"**Conclusions***
*It is important to consider that, like many policies, smoke-free policy implementation **is a process, not an event**. Evidence of problems does not mean the policy is inappropriate or a failure. Addressing the damage caused by tobacco for people with mental disorder requires a **multipronged approach** across the continuum of care. It involves hospital and community services, to ensure initiation of smoking and relapse to smoking within pro-smoking cultural environments do not occur. This is also important, given that many people with mental disorder do not access inpatient care for their mental health needs. It is also important given that many people with mental disorder do not receive adequate mental health care. For example, while only 10% of people with mental disorder in Europe receive notionally adequate treatment, the majority with mental disorder receive treatment from primary care where their smoking is usually neglected.*

[9] Als onderzoeken niet toegankelijk zijn, dan kan deze link eventueel helpen: Sci-Hub (hkvisa.net)

Concentrating smoking cessation efforts in the community is pointless if patients re-enter impatient settings when unwell and relapse with their smoking due to culture of smoking in those environments.

***Smoke-free policy in inpatient mental health units needs to complement community based smoking cessation programs**. The adverse effects associated with smoke-free policy in mental health settings can be ascribed to the way in which the policy has been implemented, rather than the policy itself. In particular, partial smoke-free policies have been shown to be particularly problematic. **The culture of smoking by patients in inpatient psychiatric hospitals needs to be challenged by asking questions such as "Why is smoking perceived as their only pleasure, how did it get to be perceived as such, and what responsibility do services have to address this?".** Smoke-free policy in inpatient mental health settings is one of the most important means of addressing the culture of smoking and answering these questions."* (p. 4237)

- The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. Stockings E.A. e.a., **2014**. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review - PubMed (nih.gov)

Abstract

Objective

*Smoke-free policies have been introduced in inpatient psychiatric facilities in most developed nations. Such a period of supported abstinence during hospitalization may impact smoking behaviours post discharge, yet little quantitative evidence exists. **The aim of this review was to provide the first synthesis of the research evidence examining the impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patients' smoking-related behaviours, motivation, and beliefs**.*

Methods

We conducted a systematic review of electronic databases PubMed, MEDLINE, PsycINFO, and EMBASE from inception to June 2013. Studies were included if they were conducted in an inpatient psychiatric facility with a smoke-free policy and if they examined any change in patients' smoking-related behaviours, motivation, or beliefs either during admission, post discharge, or both. Risk of bias was assessed using the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool.

Results

Fourteen studies were included in the review. Of the four studies that assessed change in smoking from admission to post discharge, two indicated a significant decline in cigarette consumption up to 3 months post discharge. Positive changes in motivation to quit and beliefs about quitting ability were identified in two studies. One study reported an increase in the rate of quit attempts and one reported a decline in nicotine dependence levels.

Conclusions

A smoke-free psychiatric hospitalization may have a positive impact on patients' smoking-related behaviours, motivation, and beliefs, both during admission and up to 3 months post discharge. *Further controlled studies with more rigorous designs are required to confirm this potential."*

(…)

*"**The findings of this review suggest that smoking bans generally, and complete bans in particular, may have a beneficial effect in terms of helping patients initiate changes in their smoking behaviour. However, none of the identified studies suggested significant increases in smoking cessation post discharge.** Such findings suggest that the smoking bans, of either form, may have had a limited long-term beneficial effect. The extent to which such outcomes were a function of the effectiveness of smoking bans per se or of the manner of their implementation in the specific study facilities is unknown as the included studies did not adequately describe the extent of smoke-free policy adherence and provision of nicotine dependence treatment, key determinants of the likely success of a smoking ban (Bowman and Stockings, 2012; Lawn and Campion, 2010; Rigotti et al., 2000)."* (p. 15) (…) "***The limited findings for cessation post discharge should also be considered in light of the knowledge that smokers with a mental disorder have greater difficulty in quitting than the general population*** *(Cooper et al., 2012), and as such it is not surprising that few participants successfully abstained from smoking without further cessation aids post discharge.*" (p. 15-16) (…) "*An important limitation of this review is the lack of adequately powered, high-quality, controlled studies in this field, which precluded any quantitative examination of the results."* (p. 16)

- Smoking Bans in Psychiatric Units: An Issue of Medical Ethics, E.R. Woodward en R. Richmond, **2019** - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6435855/

"Smoking and smoking-related illnesses are overrepresented among people with mental illness, contributing substantially to the reduced life expectancy observed in this group. ***Creating totally smoke-free inpatient psychiatric facilities is a goal that hospitals and policy makers are increasingly supporting****, with a goal of improving health outcomes of both patients and staff.*

The unique situation of many psychiatric patients in being unable to leave hospital grounds, however, means smoking bans remain a contentious issue in these settings*. Debates around patient choice, harm avoidance and the health service's moral imperative to promote well-being persist, leading to* ***wide variations in the application of smoking bans across facilities****. While most psychiatric units do not allow smoking indoors, many only have partial smoke-free policies in place. This enables psychiatric patients to smoke outdoors on hospital grounds, often despite total smoking bans (indoor and outdoor) being in place for all other patients.*

This article evaluates the debate using a framework of the four basic principles of medical ethics—autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence (Table 1)*. Within the context of each principle, arguments for and against total smoking*

bans in psychiatric facilities are evaluated, and evidence to support the most ethical way forward is discussed."(…)

"Conclusion
Moving forward, the focus should be on a holistic, biopsychosocial approach to health. The factors that contribute to the overwhelmingly poor health and social outcome among the psychiatric population must be proactively addressed. Addiction disorders contributing directly to disparities, for which safe cessation support strategies are well-established, must not be enabled—either implicitly or explicitly. ***Hospitalization provides a unique opportunity to break the cycle of addiction for psychiatric patients and, given the devastating effects of smoking on this already significantly disadvantaged group, concerted efforts to reduce smoking seem to be the only ethical way forward.****"*

- Changes in voluntary admission and restraint use after a comprehensive tobacco-free policy in inpatient psychiatric health facilities, A. Scheeres e.a., **2019** - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31295085/

*"**Abstract***

Background
Cardiovascular and respiratory diseases, predominantly due to tobacco use, are the leading causes of death among individuals with serious and persistent mental illness. However, many psychiatric health facilities do not routinely treat tobacco use disorder. ***The purpose of the current study was to examine the impact of implementing a tobacco-free policy in inpatient psychiatric health facilities in a large, urban setting on behavioral problems, treatment access, and tobacco treatment. Methods****: Data on seclusion and restraint incidents, voluntary commitment at admission for each hospitalization episode, and nicotine replacement therapy (NRT) prescriptions were collected through secondary analysis of Medicaid administrative records from baseline in January 2015 (n = 8983) to follow-up in December 2016 (n = 9685) at 14 inpatient psychiatric health facilities.* ***Results****: There were no significant changes from baseline to follow-up in odds of seclusion and restraint incidents or voluntary admission status. There was a significant increase in the odds of NRT prescriptions at both 30 and 180 days post discharge (odds ratio [OR] range = 1.58-2.09, P < .01).* ***Conclusions****: In a large, urban setting among Medicaid enrollees, implementation of a tobacco-free policy in inpatient psychiatric health facilities had* ***no negative impact on behavioral problems or treatment access and improved access to NRT, although overall NRT use remained low. This study challenges perceptions among some providers that addressing tobacco use disorder will negatively impact treatment outcomes in individuals with serious mental illness. These findings support tobacco-free policies in psychiatric health facilities and the role of psychiatric health providers in treating tobacco use in this population, which is at high risk for tobacco-related mortality****."*

- Supporting mental health service users to stop smoking: findings from a process evaluation of the implementation of smokefree policies into two mental health trusts, S E Jones e.a., **2020** - https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09673-7

*"**Background***
Life expectancy is 10–20 years lower among people with a severe mental health disorder. Most of these early deaths are due to chronic conditions, including cardiovascular and respiratory diseases. Smoking is a major risk factor for these conditions and introducing smokefree policies has been recommended to mental health service providers in England by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), in their Public Health Guideline 48: Smoking: acute, maternity and mental health services. This paper reports a process evaluation of introducing these policy recommendations, which were updated in 2013. ***Method****: Process data were collected through semi-structured interviews with staff (n = 51), members of partnering organisations (n = 5), service users (n = 7) and carers (n = 2) between November 2016 – April 2017.* ***Normalization Process Theory (NPT)*** *was used to design the data collection tools and analyse the data.* ***A framework approach was taken with the analysis, using the four concepts of NPT: coherence, cognitive participation, collective action and reflexive monitoring****.* ***Results****: The policy made sense to some staff, patients and carers (coherence) who 'bought-into' the idea (cognitive participation) but other participants disagreed. Although smokefree policies were operationalised (collective action), sometimes they were opposed. Progress was made, especially in some units, but continued to be resisted in others. Informal appraisal of progress (reflexive monitoring) presented a varied picture.* ***Conclusion****:* ***Some progress has been made in terms of changing an entrenched, smoking culture into one that is smokefree on Trust sites across the region. Perseverance and resourcing over the long-term is required to establish a non-smoking culture in on-site provision of mental health services.****"*

(…)

"Normalization of smokefree policies

Coherence and cognitive participation

According to NPT, coherence and cognitive participation are required to progress to action and normalization. There were examples in both Trusts where this foundation had been nurtured, where extensive preparation had taken place and initial implementation progressed better than expected. Nevertheless, these concepts were often reported as lacking. *For example: we found that the idea lost coherence for patients when they wanted to quit but lacked the confidence they would succeed. Self-efficacy is known to be a requisite of behaviour change and, without the self-belief in the possibility of change, and lack of confidence in continued support from staff on-site and in the community, they expressed an unwillingness to engage. Similar to Cookson et al., Malone et al. and Mwebe,* ***we found that staff, patient and carer perspectives on policy coherence affected their level of buy-in to the implementation, with a persistent belief in pro-smoking 'myths'. Although systems were being put in place to enable and facilitate harm reduction, many staff were not fully proactive or supportive of***

***the smokefree policies. Misconceptions that were identified**, but which are challenged within the literature, included: the 'right' to smoke, smoking as self-medication, that helps with coping, smoking breaks are acceptable, quitting increases violence and it is not the responsibility of MH staff to support patients to quit. To increase coherence and cognitive participation amongst staff and patients these myths and misconceptions about introducing smokefree policies and quitting smoking require addressing.*

*Training and other forms of communication were reported as being used to do this, with varying degrees of success". (…) "However, **specific threats to normalization reported by participants on the frontline included: lack of consistency of implementation, lack of diversion/alternative activities for patients, lack of staff skills to deal with enforcement and a lack of seamless transition between hospital and community.**"*

Deze tekst bevat verder nog interessante commentaren over de onderzoeksresultaten (en andere) mbt de "*role of context*", "organisational and cultural shift" en "sustainability".

Conclusions
*"Implementation science can contribute towards understanding the opportunities and challenges to implementation in complex healthcare settings by using interpretive theories and methodologies, such as NPT and logic modelling. Inroads have been made in terms of changing an entrenched, smoking culture into one that is smokefree on **Trust sites; however, there remain variations across specialties and many challenges to full implementation. Once there is sufficient buy-in to a non-smoking culture it is anticipated that the issues relating to enforcement and perceived risk will diminish. Perseverance over the long-term is required to establish smokefree sites in participating MH trusts, supported by robust, routine, quantitative data collection systems**.*

Supports what is already known: Smoking rates and levels of dependency are high in psychiatric populations and cessation is more challenging than for the general population. PH 48 argues that introducing a smokefree culture into Trusts offers an opportunity for patient and staff benefit in terms of physical and mental health and is achievable with appropriate support. Nevertheless, there is a longstanding smoking culture in MH care, wherein smoking is seen to be both acceptable and beneficial in some circumstances."

Recommendations
*The inconclusive and slow progress made during the implementation highlights the need for further research into the details of normalizing smokefree cultures in MH settings. **Sharing of experience is recommended; examples of success in other Trusts was a powerful way to motivate and inform.**"*

- There's no smoke without fire: Smoking in smoke-free acute mental health wards, Gabrielle Jenkin e.a., **2021** - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8592473/

"District Health Boards have become smoke-free in NZ, but acute mental health units remain overlooked corners of the hospital where smoke-free policies are

***inconsistently applied or ignored**. Well-meaning staff in these units continue to hold strong but **anachronistic views around smoking that are not upheld by the evidence.**"*

"Results

***Although high-level smoke-free policies were mandatory, most participants disregarded these policies and smoking occurred in internal courtyards. Staff reasoned that acute admissions were not the time to quit smoking, citing the sceptres of distress and possibly violence; further, they found smoking challenging to combat. Inconsistent enforcement of smoke-free policies was common and problematic. Many service users also rejected smoke-free policies**; they considered smoking facilitated social connections, alleviated boredom, and helped them feel calm in a distressing environment - some started or increased smoking following admission. A minority viewed smoking as a problem; a fire hazard, or pollutant. No one mentioned its health risks.*

Conclusion

*Psychiatric wards remain overlooked corners where hospital smoke-free policies are inconsistently applied or ignored. Well-meaning staff hold strong but anachronistic views about smoking. **To neglect smoking cessation support for people with serious mental illness is discriminatory and perpetuates health and socioeconomic inequities. However, blanket applications of generic policy are unlikely to succeed.** Solutions may include myth-busting education for service users and staff, local champions, and strong managerial support and leadership, with additional resourcing during transition phases. Smoke-free policies need consistent application with non-judgemental NRT and, potentially, other treatments. Smoking cessation would be supported by better designed facilities with more options for alleviating boredom, expressing autonomy, facilitating social connections, and reducing distress."*

*"People with serious mental illness who smoke should be actively supported to quit smoking in the same way as others. To neglect this population is discriminatory and perpetuates the health and socioeconomic burdens that are inequitably borne by those with mental illness. **Tobacco also harms others. Condoning smoking in an acute setting places all staff and service users at risk due to second-hand smoke exposure**. However, the issues are complex and, as shown in these case studies, a blanket application of a generic smoke-free policy is unlikely to succeed. **Solutions** may include targeted education for service users and staff focussing on myth busting, local champions, leadership, and managerial support with additional resources during the transition phase. Service users found boredom was a major determinant of their desire to smoke in the units – a sad indictment of existing services. People in mental health units require deserve better environments, which may entail ward redesign, providing alternative meaningful activities for service users to alleviate boredom and distress, creating opportunities and spaces for social connection. Nor does supporting people to quit smoking stop and start at the hospital entrance – community mental health services and primary care play important roles in providing assertive smoking cessation support once acute mental health crises have resolved."*

2.2 Toename agressie en geweld?

Zorgt een rookvrije psychiatrie voor een toename van onder de patiënten, bv. omdat roken wordt beschouwd als een copingstrategie om spanningen te reguleren?

- Violence in mental health settings: A systematic review, G. Spaducci e.a., **2017** - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29271109/

'Abstract

2.3 Personeel, betrokken professionals, patiënten

- Time to Smoke: Facilitating Smoking Breaks in Mental Health Inpatient Settings Get access Arrow, D. Robson e.a., **2016** - https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/portalfiles/portal/55078778/Time_to_Smoke_Robson_et_al_.pdf

"Abstract

Introduction
Prevalence of smoking in mental health patients is up to three times higher than in the general population, with the highest rates seen in inpatient settings. ***In many countries, smoke-free policies in inpatient settings prohibit smoking in buildings but allow supervised smoking breaks. We aimed to estimate staff resources dedicated to such breaks.***

Methods
A cross sectional survey was conducted with a convenience sample of inpatient mental health staff from four hospitals in London, England. Staff were asked about the number of designated supervised smoking breaks and their duration, per day, on their ward. ***We calculated the opportunity cost of the time allocated to supervising smoking.***

Results
The survey was completed by 67 staff from 25 inpatient wards across four hospital sites. Eighteen wards had designated daily supervised smoking breaks; the average number of breaks per ward was 7.6 (SD 3.9), with an average of 2 hours, 23 minutes a day of clinical time dedicated to supervising smoking. We estimated the opportunity cost of supervising smoking was between £50 to £238 per ward per day or £18 250 to £86 870 per ward per year, depending on the seniority of staff supervising smoking breaks.

Conclusions
Considerable time and resources is being used to facilitate smoking in mental health hospitals with smoke-free policies which allow smoking in hospital grounds. This resource could be redirected to provide evidence-based care that improves health and wellbeing, such as tobacco dependence treatment.

Implications
This study is the first to estimate the time and opportunity costs of facilitating smoking across different wards in a mental health setting in the United Kingdom. Health care resources are scarce, including staff time. Every time staff facilitate smoking, clinical time is diverted away from therapeutic activities that contribute to improved patient health. ***Rather than suggesting any financial savings can be made through the introduction of smoke-free services, we present one metric of the value to mental health service providers of the hours of clinical time that could be released to provide therapeutic care."***

(…)

"If the reality of smoke-free hospitals is to be achieved, the belief that smoking is atherapeutic tool and necessary to prevent agitation and aggression in inpatient settings needs challenging. Nicotine has a half-life of approximately 2 hours, resulting in nicotine withdrawal symptoms beginning shortly after a cigarette is finished. If inpatient smokers are not prescribed (or adhere to) nicotine replacement therapy (NRT) between smoking breaks, or during any period of temporary abstinence, they are likely to be in a state of withdrawal and suffer symptoms such as restlessness, irritability and a preoccupation with finding opportunities to smoke. ***When a smoking break occurs, smoking a cigarette will be perceived to calm the patient, as his or her nicotine blood levels are replenished. This is then easily misinterpreted by staff and patients as evidence that smoking is a therapeutic tool and necessary to prevent agitation.*** *Reinvesting resources in therapeutic activities such as managing patients to temporarily abstain from smoking without the discomfort of nicotine withdrawal or encouraging a quit attempt can be achieved by promptly offering inpatient smokers NRT on admission, increasing the dose for heavily dependent smokers and educating smokers and clinicians on the benefits of NRT compared to smoking tobacco.*

Achieving total smoke-free mental health services requires more than simply getting rid of supervised smoking breaks. *It will require staff training, patient education, and the development and implementation of tobacco dependence treatment pathways. Assessing the use of staff time following the implementation of a comprehensive smoke-free policy will be informative to see if the opportunity to release staff time spent facilitating smoking is reinvested in therapeutic activities such as treating tobacco dependence.*" (p. 11-12)

- A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses, K. Sheals e.a., **2016**
  - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025720/

"Background and aims
People with mental illnesses and substance abuse disorders are important targets for smoking cessation interventions. Mental health professionals (MHPs) are ideally placed to deliver interventions, but their attitudes may prevent this. This systematic review therefore aimed to identify and estimate quantitatively MHPs attitudes towards smoking and main barriers for providing smoking cessation support and to explore these attitudes in-depth through qualitative synthesis." (…)

Conclusions: "A significant proportion of mental health professionals hold attitudes and misconceptions that may undermine the delivery of smoking cessation interventions; many report a lack of time, training and confidence as main barriers to addressing smoking in their patients."

(…)

*"**Cigarettes were viewed as a useful tool for both patients and staff, and the smoking behaviour of staff was identified as a barrier to providing effective smoking cessation support. A general acceptance of patients' smoking was also apparent in the qualitative findings, with a culture of smoking being seen as the 'norm' in some services.***

*This synthesis of the existing literature examining MHPs' attitudes towards smoking and smoking cessation among patients reveals that a significant minority hold attitudes and beliefs that may prevent them from delivering smoking cessation support. The relationship between attitudes/beliefs, intentions and behaviour is well established, and health professionals are no exception**. This review highlights the potential for such attitudes to present a barrier to integrate smoking cessation interventions effectively into treatment for mental illnesses and substance use disorders. In addition, this review identified a number of target misconceptions that are inconsistent with the scientific literature.** For instance, the belief that patients are not interested in quitting is contradicted by evidence that people with mental illnesses are just as likely to want to quit as those without. Similarly, concerns about the negative impact of quitting on patients' symptoms or recovery are not supported by research.*

It is encouraging that the current review identified that most MHPs felt that it was part of their role to address patients' smoking**, even though a minority of approximately one-fifth felt that it was not part of their role. **Further, the qualitative findings indicated that most felt that smoking cessation was important, suggesting that MHPs view the provision of smoking cessation treatment positively. However,** despite this generally positive attitude towards providing support, MHPs' reported beliefs about patients' ability and/or motivation to quit, and perceptions of their own ability to successfully deliver interventions and intervention effectiveness which may prevent them from providing support**.** Most notably, more than half of MHPs in this review reported that patients are not interested in quitting smoking and almost 40% felt that quitting smoking was too much for patients to take on, suggesting that **one of the main barriers to the delivery of smoking cessation support may be implicit beliefs about patients, and a tendency to shift responsibility for smoking cessation to patients alone. In agreement with previous work, these findings highlight a need for greater prioritization of smoking cessation treatment in mental health and substance abuse care, a need for specialist training in smoking cessation interventions and broader education to challenge misconceptions about smoking cessation in the context of mental health and drug and alcohol treatment.

*One notable policy change recently instigated in the United Kingdom that may prove effective is the **introduction of smoke-free policies**; other levers which could be pursued to address existing barriers include **mandatory smoking cessation training for MHPs** and, in the context of private health-care systems, governmental subsidies for cost-effective smoking cessation pharmacotherapy. In fact, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidance on smoke-free policy*

indicates that this policy should only be introduced alongside training and systematic identification of smokers and treatment, as introducing such policies by themselves is unlikely to change attitudes. In addition, the inclusion of effective smoking cessation medications on the hospitals' formulary will ensure that smokers with and without mental illness have equal access to pharmacotherapy to treat tobacco addiction."

(…)

*"**In summary**, a significant proportion of MHPs appear to hold negative attitudes towards offering smoking cessation advice and support to patients with mental illness and substance use disorders. These present a potential barrier to the successful implementation of smoking cessation interventions in mental health/substance abuse services, and highlight the continued need for dedicated education and training amongst this group of health professionals."*

- Addressing the arguments against implementation of smoke-free policies in psychiatric facilities, M Thomas en R Richmond, **2017** - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28261996/

"Conclusion
***While there has been much debate on the clinical, ethical, and legal issues surrounding smoke-free policies in psychiatric facilities, the evidence on balance suggests that implementation of smoking bans is justified.** It is acknowledged that implementation of these policies can be challenging (Moss et al., 2010) and will continue to present future challenges as these policies are further adopted and implemented. There is still considerable work to be done in promoting recognition that smoking is an addiction rather than a choice. Shifting these beliefs may help clarify some of the concerns about restricting patients' right to choose to smoke. The evidence suggests that addressing the culture of smoking in psychiatric facilities is essential and this will require a highly collaborative approach between policy makers and health professionals (Lawn & Campion, 2013**). Mental health professionals who are actively involved in patient care and patient representatives should be integral to the policy development process.** Having the expertise of front-line staff and patients will not only provide valuable insights into factors that will be required for successful implementation but will also facilitate policy acceptance by mental health staff and patients. This will likely entail addressing the key concerns discussed in this paper and ensuring that evidence-based strategies are championed."*

De auteurs onderzoeken en weerleggen volgende argumenten: *"Smoking bans are paternalistic and restrict patients' autonomy in choosing to smoke."* (zie in artikel vanaf p. 3), *"Smoking is a coping strategy and removing it may exacerbate mental illness symptoms"* (zie vanaf p. 4), "*Smoking should be permitted on the grounds of harm minimization*" (vanaf p. 5), *"Smoking should be permitted to prevent patient aggression"* (zie vanaf p. 6), "*Smoking offers one of the few pleasures and reliefs from boredom within an inpatient psychiatric facility"* (vanaf p. 7) en *"Smoking bans are impractical and logistically challenging*" (vanaf p. 7).

Ze bespreken ook twee "*key reasons for mental health facilities to implement a smoke-free policy*": "*Smoking bans protect staff and non-smoking patients from the harmful effects of second hand smoke*" (zie vanaf p. 8) en "*Smoking bans in conjunction with smoking cessation support may contribute to reducing health inequities in the burden of smoking-related diseases experienced by mental health inpatients*" (vanaf p. 9).

De implicaties voor 'mental health nurses" zijn volgens deze auteurs de volgende:

*"**Implementing smoke-free policies within inpatient psychiatric facilities poses considerable challenges but also considerable opportunities. As mental health nurses are so intimately involved in the day to day care of their patients they have a crucial role in overcoming these challenges to capitalise on the opportunities. Mental health nurses therefore need the full support of health service administration to implement the policy. This entails not just clear communication of support to staff, patients and the public but also provision of training in nicotine dependence assessment and management, diversional therapy activities to engage patients, clear protocols for patient noncompliance with the policy or aggression, as well as quit support for staff (Lawn & Pols, 2005).** Nurses may be concerned that this will add an extra burden on already busy workloads. However, currently in wards that permit **smoking breaks** nurses spend considerable time facilitating these breaks (Sohal, Huddlestone, & Ratschen, 2016). Dedicating this time instead to managing nicotine dependence or supporting cessation is ultimately better for patients. **Staff smoking** can be a significant barrier towards implementation of smoke-free policies in mental health facilities (Lawn & Campion, 2010; P. M. Wye et al., 2009). Given the high proportion of psychiatric nurses who smoke (O'Donovan, 2009), it is noteworthy that staff who smoke have been found to be significantly less supportive of smoke-free policies than non-smoking staff (Hehir et al., 2013). It has been shown that **clinician smoking status** influences their likelihood to encourage patients to quit with clinicians who are current smokers being less likely to encourage patients to quit than former smokers or never smokers (Weinberger, Reutenauer, Vessicchio, & George, 2008). Mental health nurses that currently smoke need to be carefully engaged and supported prior to implementation. Staff should routinely be provided with quit support. **Finally, it must be acknowledged that attitudinal change is required for smoke-free policies to be implemented successfully.** There are mixed levels of support for these policies among mental health nurses (Magor-Blatch & Rugendyke, 2016). Nurses quite rightly care about how smoke-free policies impact on patients**. Considerable work must be done to address concerns about potential negative consequences for patients through thorough consultation and education of staff**. A **holistic approach** should be considered which recognises that mental health nurses have a role in promoting **not just mental wellbeing but also the physical health of patients**. The pervasive culture of smoking in mental health units takes time to erode and nurses need to be engaged and genuinely supported to effect cultural change."* (p. 10-11)

- 'They're Going to Smoke Anyway': A Qualitative Study of Community Mental Health Staff and Consumer Perspectives on the Role of Social and Living Environments in Tobacco Use and Cessation, Laura Twyman, **2019** - 'They're Going to Smoke Anyway': A Qualitative Study of Community Mental Health Staff and Consumer Perspectives on the Role of Social and Living Environments in Tobacco Use and Cessation - PMC (nih.gov)

"Abstract

Background

Addressing the high prevalence of tobacco use experienced by people with severe mental illness (SMI) requires consideration of the influence of wider cultural, socioeconomic and environmental factors*. This qualitative study aimed to examine the impact of social and living environments on tobacco use and cessation by people with SMI accessing community managed mental health services. The perspectives of both staff and consumers with SMI were explored.* ***Methods:*** *Semi-structured focus groups were undertaken with a purposive sample of community mental health staff and consumers from three sites in three major cities in NSW, Australia. Two sites provided outreach support, and one site provided residential support. Data were collected (2017-2018) until saturation was reached. Focus groups were audio-recorded and transcribed, and thematic analysis was conducted.* ***Results:*** *Thirty-one staff and 17 consumers participated separately in six focus groups.* ***Themes identified by staff included a degree of fatalism, conceptualising tobacco use as choice rather than addiction and tensions between cessation support and broader models of care. Staff viewed smoke-free home and mental health service policies as effective at promoting quitting but contradictory to recovery-oriented models of care. Consumers identified smoking as an integral part of life and social networks, as a way of maintaining control and lack of social support to quit as key themes.*** *While many consumers reported smoking inside the home, others described enforcing smoke-free rules.* ***Conclusion****:* ***Social and living environments played an integral role in tobacco use and cessation for both staff and consumers.*** *The role of community managed mental health organisations in addressing tobacco use within social and living environments was not strongly supported by staff and sometimes seen as antithetical to recovery-oriented models of care. Potential ways to address this include education and training for prospective and current community mental health organisation staff highlighting the synergy between the recovery-oriented model and provision of preventive health support."*

"Key future recommendations arising from this paper include:

- *Examining the effectiveness of tobacco cessation interventions that include components to improve social inclusion, social support and organisational change within community mental health organisations*
- *Utilising population- and targeted-based interventions, adapted for mental health populations, to enhance awareness and implementation of smoke-free environments, including smoke-free homes*
- *Exploring the impact that resourcing has on community mental health organisations' ability to provide routine and comprehensive smoking cessation support*

- *Exploring staff, consumer and carer perspectives on definitions of recovery and how addressing tobacco can align with these models*
- *Continuing to build on the work already done with carers and family as support networks to help people with SMI quit smoking*
- *Ensuring that education and training programs for prospective and current staff in the community mental health sector address the key misconceptions identified in this paper*
- *Promoting multisectoral partnerships in addressing tobacco including fields other than health, e.g., housing, employment, planning and development and all levels of government*

Conclusions

Consumers identified smoking as an integral part of life and identified a lack of social support, isolation and loneliness as key barriers to quitting within their social networks. While many consumers reported smoking inside the home, others described enforcing smoke-free rules. Staff spoke about tobacco use with a degree of fatalism, conceptualised tobacco use as a choice rather than an addiction and highlighted tensions between cessation support and broader models of care. Staff viewed smoke-free home and mental health service policies as effective at promoting quitting but contradictory to recovery-oriented models of care. ***There is great potential for the community mental health sector to address tobacco use by consumers through addressing some of the factors within consumers' living and social environments. However****, more education and training to increase staff awareness of the issue coupled with effective programs that target factors within the social and living environment of people with SMI are required. Community mental health organisations are well placed to address many of the factors within consumers' living and social environments; however, they must be properly resourced to do so. Multisectoral involvement in addressing tobacco is required at the level of living and social environments."*

- Exploring mental health professionals' practice in relation to smoke-free policy within a mental health trust: a qualitative study using the COM-B model of behaviour, C.A. Smith e.a., **2019** - Exploring mental health professionals' practice in relation to smoke-free policy within a mental health trust: a qualitative study using the COM-B model of behaviour | BMC Psychiatry | Full Text (biomedcentral.com)

"Abstract

Background

*Smoking has played a significant role in the historical culture of mental healthcare settings. Mental health professionals (MHPs) often hold dismissive attitudes regarding the importance of smoking cessation in the context of mental healthcare. In 2007, English mental health inpatient buildings were required by law to become smoke-free, and healthcare trusts have more recently begun to implement comprehensive policies (i.e. smoke-free grounds and buildings) and staff training in response to national guidance****. It is therefore important to explore MHPs practice around smoking, smoking cessation, and smoke-free policy adherence. This***

study aimed to explore these issues by using the COM-B (capability, opportunity, motivation, behaviour) model to systematically identify barriers to, and facilitators for, MHPs addressing smoking with their patients.

Methods

Five focus groups with a total of 36 MHPs were conducted between March and August 2017. MHPs were recruited from one of the largest mental health trusts in Europe. Discussions were guided by a semi-structured guide. Responses were audio recorded, transcribed and coded using thematic analysis and the COM-B framework.

Results

Addressing smoking with patients was undermined by MHPs' 1) *psychological capability to recall training content, misunderstand the potential benefits of addressing patient smoking and harm reduction approaches;* ***2)*** *physical opportunity in terms of time constraints, and easy accessibility of tobacco in the community;* ***3)*** *social opportunity in terms of increased cultural value of tobacco following inpatient smoke-free policy implementation, and lack of support from colleagues to enforce the smoke-free policy;* ***4)*** *automatic motivation, including intrinsic biases regarding patients abilities and motivations to quit, and* ***5)*** *reflective motivation, including perceived job role and decision making processes related to addressing behaviours deemed more important than smoking. The* ***main facilitating factors*** *identified were MHPs' having opportunity in the form of patients asking directly for support, and MHPs having access to resources such as stop smoking services and spirometers.*

Conclusion

Multiple barriers were identified across all key domains of the COM-B framework that undermine MHPs' practice regarding smoking cessation. Few facilitators were identified which may have implications for future smoke-free policy and clinical practice."

(…)

"Findings from this study suggest that addressing smoking with mental health patients may be undermined by MHPs' capability (knowledge and memory); opportunity (environmental influences and peer support); and motivation (biases, self-identity and priorities). Particular barriers included misunderstanding of nicotine and harm reduction, unfamiliarity with the smoke-free policy, inability to recall training content; time constraints, resilient smoking culture, intrinsic biases, perceived job role and responsibilities/priorities. A key facilitator to MHPs addressing smoking with patients was MHPs opportunity to do so. Specifically, addressing smoking with patients was facilitated by patients bringing smoking as an agenda to meetings with MHPs, as well as MHPs having access to resources such as on-site stop smoking services and spirometers. *The authors discuss these findings below, and provide a number of potential recommendations for future research and clinical services which have been informed from the wider literature and the behaviour change wheel. Further implications and recommendations are listed in Table 2."*

Deze **'table 2' bevat een overzicht van obstakels en mogelijke interventies**: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2029-3/tables/2

Capability

*"**Regarding capability, it was found that many MHPs hold misconceptions in relation to patients' abilities to quit smoking, which reflect the views found by the meta-analysis of Sheals and colleagues. Moreover, MHPs tend to believe that alternative approaches to cessation, such as harm reduction, have little or no benefit to these patients due to misinterpreting nicotine as being the harmful substance where abstinence is needed. This is despite many of these MHPs claiming to have engaged in mandatory online smoking cessation training**.*

*One notable finding of the present study was that MHPs in community settings could not recall the content of this training, with many stating that the test assignment at the end was difficult to pass. Moreover, many professionals commented on the small applicability they felt the smoke-free policy and training had to non-inpatient services, which was often provided as the reason why many had not read the smoke-free policy. It may be that the rationale for the policy and need for training has not been communicated clearly to professionals, which is a recommendation in the NICE guidance. **Tailoring training content to different professional backgrounds and clinical settings, as well as incorporating accessible resources such as professional manuals, could improve knowledge and bridge the existing gap between training targets and current practice, especially in community mental health services**. In addition, it is noteworthy that participants who had completed training only engaged with the mandatory online smoking cessation training, and had not participated in the advanced optional face-to-face training which is provided by the trust. Research suggests that group training is more effective than web-enabled video training with regard to improving outcomes that are affected by the availability of professional knowledge. Indeed, a number of MHPs commented on how they felt uncomfortable to bring up smoking cessation with their patients, and so the incorporation of group-based training may improve MHP's communication skills and confidence through activities such as role-play and feedback. **Making these changes to the resources available to MHPs may therefore improve their capability which could have positive implications for MHP's practice, as well as their motivation to address smoking with their patients.** As this study did not include professionals who had received the advanced optional training, further research should investigate whether these barriers relating to capability of the COM-B model differ in this group, as this may also provide useful when developing the mandatory training."*

Opportunity

*"**Regarding opportunity, it is apparent that the environmental infrastructure of services affects MHP's ability to address smoking with patients and enforce the smoke free policy.** MHPs in inpatient settings have **increased daily contact** with patients compared with MHPs who solely practice in the community, and so have more physical opportunities to address smoking with patients. This study highlighted the lack of physical opportunity which community MHPs feel they have to discuss smoking with their patients; often referring to time constraints and the inability to monitor patients' progress because of having limited face-to-face contact with patients. In line with the behaviour change wheel, enabling MHPs by increasing access to resources which can be used in the community may assist in overcoming this barrier, which could improve the motivation of both the patient and MHPs. One participant of the present study mentioned how **the close proximity and easy access of a stop smoking service** at one hospital aided her in supporting patients*

to quit smoking. However, recent funding budget cuts across English NHS services have had a negative impact on stop smoking services, resulting in some locations not having easy access to this resource. Nonetheless, the same MHP also spoke of her experience ***using a spirometer*** *which helped her in the past to engage patients in discussion regarding their smoking. One randomised controlled trial (RCT) found that telling smokers their lung age significantly improved the likelihood of them quitting smoking at 12 month follow-up. Therefore, increasing accessibility to spirometers in the community may facilitate the interaction between MHPs and patients with regard to smoking cessation, and may therefore resolve one existing problem community MHPs face in monitoring progress. Increasing access to such resources may be even more crucial for disadvantaged services in which there is no on-site stop smoking service.*

This was the case for a number of services recruited for the present study, which further demonstrates how NICE recommendations are not currently being met. Furthermore, as patients' directly requesting help from MHPs was a facilitating factor that encouraged them to support patients, it is feasible that the inclusion of spirometers during routine smoking screenings would potentially motivate more patients to quit and seek support, which in turn would encourage MHPs to provide this requested support. Another suggestion may also be to ***provide services with carbon monoxide testing machines*** *to allow MHPs to record and monitor patients' smoking behaviour, which is a NICE recommendation for identifying pregnant women who smoke. Indeed, some studies have supported the use of exhaled carbon monoxide readings for encouraging quit attempts and cessation. Further research should explore the potential impact of such measures becoming an essential component of smoking status screenings within mental health services."*

Motivation

"Regarding motivation, it was apparent that many MHPs held intrinsic biases regarding patients' abilities and desires to address their patient's smoking. This is in line with findings of a systematic review. In particular, community MHPs were often permissive about smoking; believing that addressing smoking was not their role, and prioritising other behaviours such as illicit substance use, which were deemed more important to this patient group. Consequently, smoking is often only asked in the first initial assessment and rarely followed up in the absence of physical and financial burdens; both being inevitable as smoking has been found to be an prominent cause of social inequality in terms of health and poverty for this population. *Again, this is not in accordance with the NICE guidance that recommends continuity of support from inpatient to community services.* ***One identified barrier was that many MHPs in the community questioned the relevance of the smoking cessation training to their daily clinical work****. As a result, one Clinical Psychologist based in an IAPTS service mentioned how her motivation to complete the training diminished; causing temptation to skip content which she perceived to be relevant to her practice. It may be that training developers should consider more practical domains in future training development in order to have the highest impact. This would particularly be the case for MHPs in the community who often stated that they would not approach a patient smoking on hospital grounds due to time constraints and also fearing violence in retaliation. Research has reported that an increase in* ***violence*** *was a major concern for inpatient MHPs before the implementation of smoke-free policies, although the opposite was found in reality.* ***Therefore, improving education and communication of these findings, along with offering practical workshops***

where MHPs can practice instigating conversations with patients regarding smoking, may succeed in improving MHPs confidence to address smoking more frequently and seriously with their patients. *The potential to achieve reductions in violent incidences as a result of supporting patients to quit smoking may particularly be an incentive for forensic services where general risk of violence may be higher.*

Finally, MHPs tended to believe that mental health patients have multiple behaviours that take priority over smoking, such as illicit substance misuse. *These findings are in line with those reported in a recent qualitative study; patients of substance misuse services are motivated to apply their learning to smoking cessation but do not receive support or encouragement from staff within the substance misuse services. Research has shown that smoking cessation can be successfully incorporated into treatments addressing illicit substance use without jeopardising recovery goals, which contradicts these arguments made by some of the participants in the present study. In line with the behaviour change wheel, raising awareness of this, in addition to emphasising the degree of impact which tobacco smoking has on physical and mental wellbeing, may encourage MHPs to consider incorporating smoking cessation in their practice when addressing illicit substance misuse with patients. Training developers should consider incorporating content regarding this common barrier in future training programmes."*

(…)

*"**Conclusions***
To our knowledge, this is the first study that has applied a comprehensive model of behaviour to the exploration of MHPs practice regarding smoking cessation across a range of mental healthcare settings. In spite of MHPs having specified duties outlined in the smoke-free policy, as well as being in receipt of training, ***many continue to hold misconceptions about their patients' abilities to stop smoking, as well as the potential benefits that could be achieved through supporting them to do so. This unawareness in combination with environmental and resource constraints negatively affects community MHPs motivation to address smoking with their patients****."*

- Investigating Changes in Patients' Smoking Behavior, Tobacco Dependence, and Motivation to Stop Smoking Following a "Smoke-Free" Mental Health Inpatient Stay: Results From a Longitudinal Survey in England, T. S. Ainscough, **2020** - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8150132/

*"**Abstract***

Introduction

*In line with national guidance, mental health Trusts in England are implementing complete smoke-free policies. **We investigated inpatients' changes in smoking behavior, tobacco dependence, vaping, and motivation to stop smoking between pre-admission and post-discharge.***

Methods

We surveyed acute adult mental health inpatients from 14 wards in three mental health Trusts in England in 2019. Structured face-to-face and telephone interviews with patients who smoked on or during admission were conducted during the admission period and at one week and one month after discharge. Data on smoking status; daily cigarette consumption; Heaviness of Smoking Index (HSI); Strength of Urges to Smoke (SUTS); Motivation to Stop Smoking (MTSS) and vaping were collected and analyzed using regression and probit models.

Results

Inpatient smoking prevalence was 51.9%, and a total of 152 of all 555 eligible smokers (27%) were recruited. Attrition was high: 49.3% at the first and 50.7% at the second follow-up interview. Changes in self-reported smoking status, motivation to quit, and vaping did not change significantly over the study period. Cigarette consumption ($p < 0.001$) and Heaviness of Smoking Index ($p < 0.001$) modestly reduced. The frequency and strength of urges to smoke ($p = 0.011$ and 0.012, respectively) decreased modestly after discharge but were scored as high by 57% and 60% of participants during admission respectively. Just over half (56%) reported being offered smoking cessation support on admission.

Conclusions

This study identified very modest changes in smoking-related outcomes during and after admission and indicates major challenges to smoke-free policy implementation, including limited support for patients who smoke.

Implications

*Despite mental health Trusts in England had developed and implemented smoke-free policies to meet national guidelines**, adherence to these policies and provision of effective smoking cessation and temporary abstinence support for inpatients admitted to acute adult mental health wards appear to be limited.** Patients who smoke on admission are likely to continue to do so during admission and after discharge, and only a very modest change in smoking behaviors appears to take place. **Important opportunities to promote smoking cessation in this population are missed. Barriers to effective support need to be identified and addressed**."*

(…)

*"In **conclusion**, this longitudinal survey identified **very modest changes** in smoking behavior and related outcomes in smokers admitted to an acute mental health inpatient stay over time**. It indicated major challenges to effective smoke-free policy implementation, including limited access to consistent comprehensive support for patients who smoke. Acknowledging challenges, engaging in open discourse with all stakeholders about how these can be addressed, and adopting models that have shown to be successful (albeit in acute hospital settings) seems paramount if the potential of smoke-free policies in terms of changing and saving smokers' lives is to be realized.** The 2020 Covid-19 pandemic and its emerging links with smoking in terms of infection control and higher risks of experiencing severe or fatal courses of the illness once infected add particular urgency to this matter. Without the development of effective strategies to promote and support smoking abstinence and cessation and adherence to smokefree policies along the patient and carer pathway, opportunities to narrow the tobacco-related health gap will keep being missed, and a new Covid-19-related dimension of inequality for people with SMI may be introduced."*

- Staff attitudes to completely smoke-free policies and smoking cessation practices in a mental health setting, A Ratier-Cruz e.a., **2020** - https://academic.oup.com/jpubhealth/article/42/2/403/5780068

Dit onderzoek gaat over het UK. *"Mental health trusts in England were expected to become completely smoke-free and embed smoking cessation practices by 2018. Such policies are fraught with concerns and have received mixed support from mental health staff. Understanding staff attitudes to these practices prior to enforcement of the policy could help design an effective implementation strategy."* (….)

Conclusions
Partial and completely smoke-free policies remain unsupported by staff in mental health settings. Smoking cessation training appears to reinforce rather than alter attitudes towards smoking cessation."

"Main finding of this study
***The majority of clinical and non-clinical staff support smoking cessation practices and training in mental health settings; however, their attitudes to a completely smoke-free policy were generally unsupportive**. Less than half of participants (40%) agreed with a completely smoke-free policy in all areas of inpatient wards and throughout areas of mental health services. **Non-smokers and medical doctors (mainly psychiatrists)** were more likely to support a completely smoke-free policy, whereas **non-clinical staff** were mostly agreeable to a partial smoke-free policy. For **smoking cessation practices and training**, the majority of staff agreed that all clinical staff should routinely offer smoking cessation advice and that inpatient staff should be trained to offer this advice and support to patients on the wards. Two-thirds of participants agreed that hospitalization is a good opportunity for smoking cessation and patients who smoke should be encouraged to quit. **However, smoking cessation practices and training in mental health settings were more likely to be supported by non-smokers and by those who had received smoking cessation training or were interested in receiving training**."*

"What this study adds

Despite previous evidence reporting differences in mental health staff attitudes to partial smoke-free policy implementation and smoking cessation in psychiatric settings, in Britain limited evidence has been published prior to the implementation of NICE PH48 guidance and the requirement for a completely smoke-free policy. Previous studies have examined differences in levels of support for smoke-free policies between mental health staff and other healthcare professionals; however, ***this present study is believed to be the first in Britain to investigate these attitudinal factors in both clinical and non-clinical staff*** *working in inpatient or community mental health settings within the context of a completely smoke-free policy.* ***An interesting finding from this study relates to smoking cessation training. Evidence indicates that smoking cessation training of mental health professionals is important for the success of smoke-free policy implementation. An interpretation of our findings suggests that smoking cessation training has influenced clinical mental health staff's views on smoking cessation practices.*** *This is based on the observed positive association between smoking cessation training and attitudes towards staff practice.* ***However****, this is to some extent diluted by the finding that those with an interest in smoking cessation training shared similar attitudes towards staff practice as those who had participated in the training,* ***which perhaps suggests that smoking cessation training reinforces rather than alters attitudes. The relationship between attitudes, intentions and behaviour is well established, and this survey highlights the potential for such attitudes to present as barriers to successful implementation.*** *Implementation of a completely smoke-free policy and smoking cessation practices across an organization, which has more than 20 inpatient wards across 3 hospital sites, will result in* ***varying levels of compliance****.*

The embedding of the policy in routine day-to-day clinical practice will be the ***product of action, not necessarily attitudes or intentions****. To understand how a completely smoke-free policy has been embedded will require looking at what staff* ***actually do and how they work****."*

- The right to smoke and the right to smoke-free surroundings: international comparison of smoke-free psychiatric clinic implementation experiences, T. Freiburghaus e.a., **2021** - https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/right-to-smoke-and-the-right-to-smokefree-surroundings-international-comparison-of-smokefree-psychiatric-clinic-implementation-experiences/321ECF208FA2577E4A4F875C9909EB73

Aims

To investigate the attitudes and experiences regarding smoke-free policies among managers and staff involved in the implementation processes of smoke-free psychiatric clinics at hospitals in Malmö (Sweden) and Barcelona (Spain).

Results
There were **notable differences** in how the smoke-free policies were carried out and experienced, and attitudes regarding the policy changes differed in the two settings. **Key differences** were the views on the right to smoke in compulsory care and to stay in smoke-free surroundings supported by smoking cessation intervention; the prioritisation of staff facilitation of smoking breaks; and views on smoking and smoke-free psychiatry. **In contrast, participants agreed on the importance of staff education and management support. A smoking ban by law and belonging to a network of smoke-free hospitals were also relevant.**

Conclusions
Staff education, and support from staff and management for the patients' right to stay in smoke-free surroundings, facilitated successful implementation of smoke-free policies in the psychiatric clinics, whereas supporting the right to smoke was a barrier.

- A Systematic Review of Mental Health Professionals, Patients, and Carers' Perceived Barriers and Enablers to Supporting Smoking Cessation in Mental Health Settings, L. Huddlestone e.a., **2022** - A Systematic Review of Mental Health Professionals, Patients, and Carers' Perceived Barriers and Enablers to Supporting Smoking Cessation in Mental Health Settings - PMC (nih.gov)

*"**Abstract***

Introduction
*Evidence-based smoking cessation and temporary abstinence interventions to address smoking in mental health settings are available, **but the impact of these interventions is limited**.*

Aims and Methods
***We aimed to identify and synthesize the perceived barriers and enablers to supporting smoking cessation in mental health settings.** Six databases were searched for articles reporting the investigation of perceived barriers and enablers to supporting smoking cessation in mental health settings. Data were extracted and coded using a mixed inductive/deductive method to the theoretical domains framework, key barriers and enablers were identified through the combining of coding frequency, elaboration, and expressed importance.*

Results
*Of 31 included articles, 56 barriers/enablers were reported from the perspectives of mental healthcare professionals (MHPs), 48 from patient perspectives, 21 from mixed perspectives, and 0 from relatives/carers. **Barriers** to supporting smoking cessation or temporary abstinence in mental health settings mainly fell within the domains: environmental context and resources (eg, MHPs lack of time); knowledge (eg, interactions around smoking that did occur were ill informed); social influences (eg, smoking norms within social network); and intentions (eg, MHPs lack positive intentions to deliver support). **Enablers** mainly fell within the domains: environmental context and resources (eg, use of appropriate support materials) and social influences (eg, pro-quitting social norms).*

Conclusions

The importance of overcoming competing demands on staff time and resources, the inclusion of tailored, personalized support, the exploitation of patients wider social support networks, and enhancing knowledge and awareness around the benefits smoking cessation is highlighted.

Implications

Identified barriers and enablers represent targets for future interventions to improve the support of smoking cessation in mental health settings. Future research needs to examine the perceptions of the carers and family/friends of patients in relation to the smoking behavior change support delivered to patients."

Environmental context and resources

"Many of the factors identified by MHPs as barriers to addressing smoking in mental health settings link directly to the environmental context and resources. For example, the importance of integration of services, and overcoming competing demands on staff time and resources. ***These findings emphasize the importance of a protected space with allocated time to focus on smoking cessation support outside of routine work in mental health settings.*** *Furthermore, such findings are also acknowledged by other researchers who highlight that people with mental health conditions can be disadvantaged by fragmented care. Likewise, authors have also demonstrated that if MHPs were provided with protected space and time to focus on smoking cessation, they were able to effectively liaise between primary and secondary services.*

Similarly, through the identification of the barriers concerning the absence or cohesion of referral and smoking cessation support pathways, the need to consider the additional challenges that people with mental health conditions encounter when undertaking cessation attempts is indicated. *Indeed, authors note that the variability and complexity of mental health service provision may result in confusion for patients, particularly when they are required to self-refer to cessation services following discharge from a mental health inpatient setting.* ***Lastly, attention is drawn to the importance of available and accessible preference-based support.*** *Moreover, in alignment with previous research, the personalization of support within a mental health context has been shown to enable changes in smoking behavior. Indeed, results from the SCIMITAR+ trial confirm the* ***positive influence of bespoke smoking cessation interventions in this population****, finding a doubling of the likelihood of quitting at 6 months in comparison to the control group."*

Knowledge

"Within the TDF domain of "knowledge," a lack of awareness and comprehension was frequently reported in relation to tobacco use, its links to mental illness, and the support available. *What is more, MHPs who receive specialist training to offer services designed to improve an individual's mental health have a crucial role in reducing tobacco smoking among people with mental health conditions, as they are best placed to encourage and support smokers to quit. However, the findings from this review highlight a* ***need for increased specialist training in smoking cessation interventions, as well as broader education to challenge misconceptions about smoking cessation in the context of mental illness and mental health services****. Additionally, improved access to flexibly delivered mandatory training (with periodic refreshers) for MHPs should improve the consistency of smoking-related health messages delivered to patients.*

Correspondingly, previous research advocates for additional training of smoking cessation advisors in the United Kingdom working with people with mental health conditions."

Social influences

*"**The TDF domain of social influence appeared to have mixed consequences on smoking cessation in mental health settings, and patients frequently identified support networks as either a barrier or an enabler. These findings are consistent with a social norms perspective on health behavior change, whereby individual choices are significantly influenced by the behaviors and opinions of important others.** Awareness of ex-smokers and those within a patient's social network who are also undertaking quit attempts may be particularly important for populations that experience a high prevalence of smoking. **Thus, the exploitation of patients wider social support networks may be an effective strategy for supporting smoking cessation among individuals with mental health conditions.** Despite intentions of the authors to understand the barriers and enablers to addressing smoking in people with mental health conditions from the perspective of their carers, family members, or friends, the included studies did not yield evidence on this. To date, there has been little attempt to understand how family and friends of those with mental health conditions understand, experience, and respond to the smoking behaviors of those they support. Although informal carers can provide a strong source of emotional and practical support for their relative, family members, and friends can lack awareness of available resources and fear social stigma. Therefore, they tend to adapt negatively to the individual's smoking-related behavior, possibly providing an explanation for the dearth of literature within this population.*

*However, such an absence of evidence highlights the **need for further investigation into the role of informal support networks and the needs of informal carers**, to increase their involvement in supporting attempts at changing smoking behavior".*

Intentions

***The domain of intentions was also identified as influencing changes in smoking behaviors. In particular, the patient's intentions and lack of interest in smoking cessation was identified as a barrier to engagement.** Despite this, compelling evidence exists that **indicates most people with mental health conditions do want to quit and intend to do so**, and that smoking cessation interventions targeting this population are effective. It is important therefore, that fluctuations in motivation or intentions are not equated with wanting to disengage with support, but rather to allow the flexibility for individual's to reengage when they wish to do so.*

Emotion

*"Finally, our findings indicate that many of the factors identified by patients as barriers to smoking cessation or temporary abstinence related to the TDF domain of "emotion." **It was frequently reported that smoking was used as a coping strategy for everyday stressors and in relation to one's mental health diagnosis.** Similarly, **psychosocial stressors** have been implicated as risk factors for tobacco use in a range of populations, including people living with other health conditions, those from disadvantaged communities, those in the military, and those in the general population. Accordingly, **this indicates the need to develop tailored interventions that target the identification and implementation of alternative coping strategies for individuals with mental health conditions**."*

(…)

"Conclusions
Environmental context and resources, knowledge, social influences, intentions, and emotion are key factors influencing smoking cessation in mental health settings. ***Specific barriers to the delivery of intentions by MHPs include competing demands on time and resources and limited knowledge in relation to tobacco use and its links with mental health. Enablers to enhance patients' engagement with smoking cessation support include tailored, personalized support, and the teaching of alternative coping strategies, and the inclusion of social networks with pro-quitting social norms.*** *Targeting or exploiting these factors are more likely to result in successful interventions. Future research should explore the enablers and barriers to smoking cessation in low- and middle-income countries to identify contextual differences that may have an impact on smoking-related behaviors. Lastly, further research is required to seek the perception of the informal carers and patients' social networks in relation to the support offered to address smoking in mental health settings."*

- Attitudes of staff towards smoke-free environments in psychiatric hospitals in Germany, Deniz Cerci, **2022** – Attitudes of staff towards smoke-free environments in psychiatric hospitals in Germany - PMC (nih.gov)

Dit onderzoek gaat over Duitsland.[10]

"Smoke-free environments have already been successfully introduced in hospitals world-wide. But despite convincing evidence of their success, many countries still struggle to make the necessary changes. Not only is the smoking prevalence higher amongst people with mental health problems and staff working in psychiatric units, ***but employees in psychiatry often resist the implementation of smoke-free policies. This study explores staff attitudes towards smoke-free environments in psychiatric hospitals in Germany and tries to identify barriers and opportunities for implementation****."* (…) *"****Results****:* ***Psychiatric staff present contradictory attitudes towards implementing smoke-free regulations. On the one hand****, a majority recognizes the need for smoke-free environments as they promote physical well-being of staff and patients.* ***On the other hand****, a majority opposes comprehensive restrictions like a complete smoking ban. Smokers are more likely than non-smokers to resist restrictive measures and show a tendency to only support those measures which they deem unlikely to affect their own smoking habits.* ***Conclusions:*** *The contradictory attitudes towards implementing smoke-free regulations present an entry point to elicit behavior change and a shift in attitudes, for example in staff training on smoke-free environments. Staff who smoke, in particular, should be motivated to reflect on the contradiction that is presented by their private smoking behavior and their role as healthcare professionals."*

[10] Een land dat het overigens niet goed doet op het vlak van een breder antitabaksbeleid. In de Tobacco Control Scale zit het al lange tijd in de staartgroep: 2021 edition – Tobacco Control Scale.

*"**These contradictory views could be the starting point for eliciting a shift in attitude in psychiatric staff who smoke. It should be taken into account that evidence shows that smoking restrictions have an effect on people's attitudes and that staff often change their views after a complete smoking ban is introduced. But staff resistance against measures to create smoke-free hospital environments can also be overcome through staff training schemes. Training health professionals in smoking cessation has been found to be cost-effective and to have a measurable effect in performance.** The conflicting views of staff who smoke could be a target when providing staff training on smoking cessation in psychiatry. Motivational interviewing is an approach which explores ambivalence to encourage behavior change. The psychological distress caused by contradictory information or views can serve as the focus of an intervention."*

- Nurses' Perspectives on Smoking Policies, Safety and Cessation Support in Psychiatric Wards: A Cross-Sectional Survey, E. Chawłowska e.a., **2022** - Nurses' Perspectives on Smoking Policies, Safety and Cessation Support in Psychiatric Wards: A Cross-Sectional Survey - PMC (nih.gov)

"A high prevalence of smoking and low rates of smoking cessation interventions can be observed in psychiatric wards. A questionnaire-based, cross-sectional study was performed in five hospitals among 107 psychiatric ward nurses. The aim was to investigate nurses' views on patients' smoking practices and their influence on the safety of both the patients and medical personnel. In addition, we asked about the availability of smoking cessation support.

***Most of the respondents noticed the negative impacts of smoking on patients and medical personnel.** Nearly a third of our respondents (29.0%) recalled smoking-related accidents in their facilities. In 45.2% of these accidents, a patient set someone else on fire. Around one fifth of nurses had rather permissive attitudes towards tobacco use in hospital wards. **Significant associations were identified between respondents' smoking status and their opinions on amending smoking policies and on unsupervised smoking.** Regarding professional help available to smoking patients, 88.8% of participants reported that interventions to address smoking were available in their wards. **Psychiatric hospitalisation can be an opportunity to offer tobacco treatment to patients with mental health conditions. To make use of this opportunity, smoke-free policies need to be put in place and hospital personnel, particularly nurses, should be trained and equipped with the knowledge and skills needed to assist in the smoking care of psychiatric ward patients**."*

"The prevalence of smoking among psychiatric nurses in our study was 27.1%, and reached 29.9% among female professionals. While the study sample was small, it was notable that the latter proportion is high compared to that of the general population, with 18.9% of Polish females aged 15 years and older estimated to smoke in 2018." (…) *"One of the reasons for a higher prevalence of tobacco use in this professional group might be due to work-related stress, which has been suggested to be elevated among nurses and has reached higher levels among mental healthcare staff than in other healthcare specialties. Thus, smoking may be their stress coping strategy. On the other hand, **high smoking rates in mental health settings constitute a smoking culture with "a long and entrenched history",***

which affect healthcare professionals through peer pressure, and inevitably influence psychiatric patients through role modelling.

It was pointed out that frequent observations of smoking professionals and other patients challenged patients' own attempts to quit this unhealthy habit." (…). *"According to our respondents,* ***smoking treatment was not available in all study sites****; 11.2% of participants indicated that there were no such services in their workplaces. Although our observations cannot be generalised to all psychiatric facilities, they may serve as a warning signal that the situations should be monitored as some wards might need more support to be able to help patients quit. This is unfortunate, as there are a number of treatment options which have been found to be effective for patients in mental health facilities."* (…) *"****An important element of settings and environments which make them more conducive to smoking cessation is the presence of smoke-free policies.****" (…) "In contrast, the lack of a smoking ban in psychiatric units was found to increase the number of patients who started smoking, probably owing to the influence of hospitalised smokers." (…) "Given the cross-sectional nature of our study, it would be difficult to seek causality in the association we found between nurses' smoking status and their opinions on smoke-free policies. On the one hand, the association might mean that the smoking nurses were reluctant to modify the health-compromising behaviour in patients when they engaged in it themselves. On the other hand, smoking-related culture prevalent in a given setting might have influenced nurses' smoking status." (…) "Our study also touched upon the topic of* ***smoking-related accidents****."* (…) *"****Indeed, the available research seems to suggest that an assumption of a connection between stricter smoking policies and fewer accidents is well-grounded****."*

"Conclusions

Given the scarcity of similar studies in Poland, the presented results may lead to a better understanding of how the current smoking practices in psychiatric wards may influence smoking safety and support tobacco cessation. ***Smoke-free health settings are proven to be not only healthier but also safer to patients and staff alike.*** *Unfortunately, the implementation of certain tobacco policies and treatments in hospital premises often requires making decisions which, although evidence-based, may be unpopular and possibly hindered by high prevalence of smoking addiction among psychiatric ward patients and staff, and by permissive personnel attitudes towards smoking.*

Hospitalisation in a psychiatric ward can be an opportunity to provide ***holistic treatment*** *to a patient. One health problem that could be targeted is smoking, which is especially prevalent among and harmful to mentally ill persons****. The group which can be particularly significant in providing smoking care is psychiatric nurses, who are not only comprehensively trained health professionals but are also able to deliver context-specific interventions to their patients in mental health facilities. However, engaging nurses in effective smoking cessation treatment is contingent upon three conditions****. Firstly****, nurses should be equipped with up-to-date knowledge regarding the influence of smoking on health and on psychiatric patients in particular.* ***Secondly****, they should receive continuous training in providing smoking cessation support to be able to apply modern, evidence-based methods and approaches and, if necessary, to tailor individual solutions.* ***Last but not least****, they should be encouraged and supported to give up smoking if they suffer from tobacco addiction themselves because health professionals acting as role models can become a powerful inspiration towards positive behaviour change and support in patients."*

2.4 Rookstop(methoden)

Verergert stoppen met roken de situatie van mensen met mentale gezondheidsproblemen, zoals sommige rokers en gezondheidsprofessionals geloven?

- **Cochrane, Taylor GMJ e.a. Does stopping smoking improve mental health?, 2021** - [Does stopping smoking improve mental health? | Cochrane]

"Authors' conclusions:
*Taken together**, these data provide evidence that mental health does not worsen as a result of quitting smoking, and very low- to moderate-certainty evidence that smoking cessation is associated with small to moderate improvements in mental health**. These improvements are seen in both unselected samples and in subpopulations, including people diagnosed with mental health conditions. Additional studies that use more advanced methods to overcome time-varying confounding would strengthen the evidence in this area."*

- Roken en rookstop bij psychiatrische patiënten, Boudrez, 2014 - [(PDF) Smoking and smoking cessation in psychiatric patients (researchgate.net)]

Besluit
De groep psychiatrische patiënten vertoont een hoge rookprevalentie, een hoge fysieke en psychologische afhankelijkheid, een groot aantal zware rokers en hoge gemiddelde dagconsumpties. Een associatie tussen roken en de psychiatrische stoornissen depressie, suïcidaliteit en schizofrenie mag aangenomen worden. In geval van depressie wordt er gewezen op een wederkerige relatie: depressie leidt tot een hoger risico op roken en omgekeerd. Sommige onderzoeken suggereren, andere expliciteren causaliteit. Een paar onderzoeken ontkennen die echter na een controle voor mogelijke verstorende factoren, waardoor de vraag naar causaliteit niet definitief beantwoord kan worden voor depressie en suïcidaliteit. In geval van schizofrenie wordt de associatie aangenomen, maar toegeschreven aan een genetische component. Verschillende hypothesen, zowel genetische, biologische als psychologische, werden geformuleerd om deze associatie te verklaren. ***Niettegenstaande de lagere stoppercentages zijn psychiatrische patienten gemotiveerd en ook in staat om te stoppen met roken.*** *Een majeure depressie gaat weliswaar gepaard met minder en minder geslaagde stoppogingen en meer ontwenningsverschijnselen tijdens een stoppoging. Bij stoppen met roken moet de kans op een dysfore reactie als ontwenningsverschijnsel wellicht hoger worden ingeschat bij personen met depressie in de voorgeschiedenis.* ***Een globale deterioratie van de psychiatrische conditie bij rookstop werd echter niet aangetoond. Integendeel zelfs, in geval van een geslaagde rookstop stelt men een verbetering vast van een aantal psychiatrische kenmerken, op voorwaarde dat de psychiatrische aandoening voldoende gestabiliseerd is****. De* ***counseling- en motivationele methoden*** *toegepast bij niet-psychiatrische rokers kunnen aangewend worden bij psychiatrische patiënten die willen stoppen met roken.*

*Daarnaast bieden een aantal **bijkomende psychotherapeutische interventies** mogelijkheden bij psychiatrische patiënten: gedragsthera-peutische programma's, „contingency management", „mood management" en „mindfulness", **hoewel de doeltreffendheid ervan niet afdoende werd aangetoond**. **Dezelfde farmaca (nicotinesubstitutie, bupropion en varenicline) die gebruikt worden bij rookstop in de algemene bevolking, kunnen aangewend worden bij psychiatrische patiënten (op voorwaarde dat de psychiatrische conditie gestabiliseerd is)**. Doeltreffendheid en veiligheid werden aangetoond voor de diverse producten bij zowel patiënten met depressie als patienten met schizofrenie. In geval van een wijziging in het rookgedrag wordt er aanbevolen om de psychiatrische medicatie te herevalueren. Stoppen met roken kan de concentratie van bepaalde actieve stoffen beïnvloeden en leiden tot toxische reacties. Anderzijds kan rookrecidief de farmacologische concentraties afbreken en leiden tot een heropflakkering van de aandoening".*

- Advies over de e-sigaret, Hoge Gezondheidsraad, 2022 - 20220616_hgr-9549_advies_e-sigaret_vweb_0.pdf (belgium.be)

In dit advies gaat hoofdstuk 6 over het mogelijke gebruik van de e-sigaret door mensen met een psychische kwetsbaarheid. We komen later in deze tekst terug op dit advies, maar hier is interessant dat in dit hoofdstuk ook wordt ingezoemd op het gegeven dat rookstop voor deze groep moeilijker is:

"*Ondanks de ernst van de tabaksproblematiek, wijzen Brose et al. erop dat mensen met psychische gezondheidsproblemen wel gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, om minder te roken, om nicotine-vervangende therapieën of e-sigaretten te gebruiken. Velen hebben geprobeerd om te stoppen in het afgelopen jaar (Brose et al., 2020).*

Het effectief stoppen met roken in de groep van mensen met EPA, is om verschillende redenen echter moeilijk (Sharma et al., 2017).

De klassieke rookstopmethoden slaan minder goed aan in deze groep (Sharma et al., 2017; Ratschen, 2014). Ook Schluger stelt vast dat er voor de groep van EPA-patiënten, weinig effectieve methodes van rookstop of schadebeperking zijn (Schluger, 2014).

Ondanks de wil om te stoppen met roken, zal dit voor een aantal onder hen met b.v. schizofrenie, extra moeilijk zijn omwille van de socio-economische situatie, de cognitieve beperking of de afwezigheid van sociale ondersteuning door familie of peers (Gartner et al., 2015)." (zie p. 60)

- 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, R. M. Anthenelli e.a., 2016 - (PDF) 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 (researchgate.net)

Abstract

Background

Substantial concerns have been raised about the neuropsychiatric safety of the smoking cessation medications varenicline and bupropion. Their efficacy relative to nicotine patch largely relies on indirect comparisons, and there is limited information on safety and efficacy in smokers with psychiatric disorders. *We compared the relative neuropsychiatric safety risk and efficacy of varenicline and bupropion with nicotine patch and placebo in smokers with and without psychiatric disorders.*

Methods

We did a randomised, double-blind, triple-dummy, placebo-controlled and active-controlled (nicotine patch; 21 mg per day with taper) trial of varenicline (1 mg twice a day) and bupropion (150 mg twice a day) for 12 weeks with 12-week non-treatment follow-up done at 140 centres (clinical trial centres, academic centres, and outpatient clinics) in 16 countries between Nov 30, 2011, and Jan 13, 2015. Participants were motivated-to-quit smokers with and without psychiatric disorders who received brief cessation counselling at each visit. Randomisation was computer generated (1:1:1:1 ratio). Participants, investigators, and research personnel were masked to treatment assignments. The primary endpoint was the incidence of a composite measure of moderate and severe neuropsychiatric adverse events. The main efficacy endpoint was biochemically confirmed continuous abstinence for weeks 9-12. All participants randomly assigned were included in the efficacy analysis and those who received treatment were included in the safety analysis. The trial is registered at ClinicalTrials.gov (number NCT01456936) and is now closed.

Findings

8144 participants were randomly assigned, 4116 to the psychiatric cohort (4074 included in the safety analysis) and 4028 to the non-psychiatric cohort (3984 included in the safety analysis). In the non-psychiatric cohort, 13 (1·3%) of 990 participants reported moderate and severe neuropsychiatric adverse events in the varenicline group, 22 (2·2%) of 989 in the bupropion group, 25 (2·5%) of 1006 in the nicotine patch group, and 24 (2·4%) of 999 in the placebo group. The varenicline-placebo and bupropion-placebo risk differences (RDs) for moderate and severe neuropsychiatric adverse events were -1·28 (95% CI -2·40 to -0·15) and -0·08 (-1·37 to 1·21), respectively; the RDs for comparisons with nicotine patch were -1·07 (-2·21 to 0·08) and 0·13 (-1·19 to 1·45), respectively. In the psychiatric cohort, moderate and severe neuropsychiatric adverse events were reported in 67 (6·5%) of 1026 participants in the varenicline group, 68 (6·7%) of 1017 in the bupropion group, 53 (5·2%) of 1016 in the nicotine patch group, and 50 (4·9%) of 1015 in the placebo group. The varenicline-placebo and bupropion-placebo RDs were 1·59 (95% CI -0·42 to 3·59) and 1·78 (-0·24 to 3·81), respectively; the RDs versus nicotine patch were 1·22 (-0·81 to 3·25) and 1·42 (-0·63 to 3·46), respectively. Varenicline-treated participants achieved higher abstinence rates than those on placebo (odds ratio [OR] 3·61, 95% CI 3·07 to 4·24), nicotine patch (1·68, 1·46 to 1·93), and bupropion (1·75, 1·52 to 2·01). Those on bupropion and nicotine patch achieved higher abstinence rates than those on placebo (OR 2·07 [1·75 to 2·45] and 2·15 [1·82 to 2·54], respectively). Across cohorts, the most frequent adverse events by treatment group were nausea (varenicline, 25% [511 of 2016 participants]), insomnia (bupropion,

12% [245 of 2006 participants]), abnormal dreams (nicotine patch, 12% [251 of 2022 participants]), and headache (placebo, 10% [199 of 2014 participants]). Efficacy treatment comparison did not differ by cohort.

Interpretation
The study did not show a significant increase in neuropsychiatric adverse events attributable to varenicline or bupropion relative to nicotine patch or placebo. Varenicline was more effective than placebo, nicotine patch, and bupropion in helping smokers achieve abstinence, whereas bupropion and nicotine patch were more effective than placebo."

Een bespreking van dit onderzoek is beschikbaar in het Nederlands: Minerva (minerva-ebm.be)

- The challenge of reducing smoking in people with serious mental illness, R. Sharma e.a., **2016** - Sharma_et_al_LRM_postprint.pdf (kcl.ac.uk)

"***Abstract***

The high prevalence of smoking in people with serious mental illness contributes substantially to the disproportionately high morbidity and premature mortality in this population. ***There is an urgent need to help people with serious mental illness to quit smoking. We discuss competing explanations for the high prevalence of smoking in people with serious mental illness and the effectiveness of available smoking cessation interventions. We propose trials of harm reduction options, such as nicotine replacement therapy and electronic cigarettes (e-cigarettes), as long-term substitutes for cigarettes in smokers with serious mental illness who are unable to quit smoking. We also propose that smoke-free psychiatric units provide smoking cessation support on patient admission to the hospital and after discharge****."*

"Key messages
· Reducing the prevalence of smoking among people with serious mental illness is vital to decreasing the health inequities faced by this population.
· ***Smoking bans in psychiatric facilities should be encouraged and enforced with the provision of smoking cessation support, such as nicotine replacement therapy and counselling****.*
· Innovative approaches such as internet and mobile phone-based smoking cessation interventions should be trialled as they could improve access of smokers with serious mental illness to smoking cessation support.
· ***Tobacco harm reduction options such as e-cigarettes should be evaluated in smokers with serious mental illness who are not able to quit with standard cessation approaches****."* (p. 835)

- Cessation support for smokers with mental health problems: a survey of resources and training needs, E. Simonavicius e.a., **2017** - Cessation support for smokers with mental health problems: a survey of resources and training needs - ScienceDirect

"***Highlights***
- *Smokers with mental health problems benefit hugely from smoking cessation.*

- *However, these smokers encounter multiple barriers when looking for cessation support.*
- ***Stop smoking clinics lack resources to provide tailored support for these smokers.***
- ***Cessation practitioners want to expand their limited knowledge on mental health.***

Abstract

Aims

Around thirty percent of smokers have a mental health problem. Smoking cessation has been associated with mental health benefits, but smoking prevalence remains high in populations with mental health problems. This study aimed to assess mental health related knowledge, practice, and training needs of practitioners supporting smoking cessation.

Methods

UK stop smoking practitioners (n = 717) recruited via a database of a national provider of smoking cessation training in June 2016 sufficiently completed an online survey about available resources, knowledge, confidence, and training needs related to smoking cessation and mental health. *Responses were described and compared between practitioners with a mental health lead and those without such a lead in their service using chi-square statistics and t-tests.*

Results

A considerable proportion agreed (37%) or were undecided (28.9%) that smoking helped people with mental health problems feel better and agreed (17.2%) or were undecided (30.2%) that cessation would exacerbate mental health symptoms. Only 11.6% said their service had designated funding for smokers with mental health problems and 26.5% were or had a staff member who was a dedicated lead practitioner for mental health work. Practitioners from services that had a dedicated mental health lead were more confident in supporting smokers with different mental health problems and using different pharmacotherapies (all $p < 0.001$) and were more likely to disagree that cessation was detrimental ($p = 0.001$). ***A majority of practitioners were interested in training, particularly about smoking cessation effects on psychiatric medication (84.3% of n = 632) and how to tailor stop smoking support to clients with mental health problems (82.4%).***

Conclusion

Practitioners who support smoking cessation have ***limited knowledge about mental health and smoking but are willing to learn and improve.*** *However, they are hindered by a lack of resources.*"

(…)

"Conclusions

Smokers who have mental health problems want and can stop smoking, and would hugely benefit from smoking cessation; however, there is a significant minority of practitioners whom this message has yet to fully reach. Practitioners supporting smoking cessation have limited knowledge of some of the main issues with smoking cessation in those with mental health problems, and are hindered by a lack of resources."

- Innovative approaches to support smoking cessation for individuals with mental illness and co-occurring substance use disorders, S. Das, J.J. Prochaska, **2017** - Innovative approaches to support smoking cessation for individuals with mental illness and co-occurring substance use disorders - PubMed (nih.gov)

*"**Abstract***

*Tobacco remains the leading preventable cause of death in the US, accounting for over 520,000 deaths annually. While the smoking prevalence has declined over the past 50 years, those with mental illness and addictive disorders continue to smoke at high levels and with significant tobacco-related health problems. **Areas covered: This review highlights the epidemiology, contributing factors, and evidence-base for intervening upon tobacco use in those with mental illness and addictive disorders.***

*Historically underprioritized, a growing body of literature supports treating tobacco within mental health and addiction treatment settings. Critically, treating tobacco use appears to support, and not harm, mental health recovery and sobriety. **This review also summarizes novel, emerging approaches to mitigate the harms of cigarette smoking.** Expert commentary: People with mental illness and addictive disorders have a high prevalence of tobacco use with serious health harms. Treating tobacco use is essential. **Evidence-based strategies** include individual treatments that are stage-matched to readiness to quit and combine cessation medications with behavioral therapies, supported **by smoke-free policies** in treatment settings and residential environments. Emerging approaches, with a **focus on harm reduction**, are electronic nicotine delivery systems and tobacco regulatory efforts to reduce the nicotine content in cigarettes, thereby reducing their addiction potential."*

- Rookbeleid in de GGZ; documentonderzoek en enquête, Hopman, Blankers, Dom, Keet, **2017** - Rookbeleid in de ggz; documentonderzoek en enquête - Tijdschrift voor Psychiatrie

*"**Achtergrond***
Mensen met psychische stoornissen roken meer en vaker dan gemiddeld, wat veel negatieve consequenties voor de gezondheid heeft. Stoppen met roken heeft binnen de ggz vaak geen hoge prioriteit.

Doel
Inzicht geven in het formele en informele rookbeleid van Nederlandse ggz-instellingen, het aanbod ondersteuning bij stoppen-met-roken aan cliënten en mogelijkheden voor verbetering in de klinische praktijk.

Methode
Documentonderzoek naar het gevoerde rookbeleid van 61 geïntegreerde ggz-, verslavingszorginstellingen en ribw's, interviews met direct betrokkenen van instellingen (n = 10), alsmede vragenlijstonderzoek onder medewerkers van instellingen (n = 600) naar de uitvoeringspraktijk van het rookbeleid.

Resultaten
Een derde van de instellingen had geen formeel rookbeleid op schrift staan, en binnen de andere instellingen varieerde het rookbeleid onderling sterk. Het behandelaanbod was beperkt, sterk afhankelijk van individuele medewerkers en er werd weinig gebruik gemaakt van bewezen effectieve methoden zoals medicatie.

Conclusie
Veel ggz-cliënten willen stoppen met roken, en behandelingen zijn dikwijls effectief. De psychiater staat centraal bij het integreren en implementeren van stoppen-met-rokenbeleid voor de individuele cliënt."

Diversiteit in rookbeleid

Ruim twee derde (69%) van de onderzochte instellingen had een formeel rookbeleid op schrift staan. Bij deze instellingen viel de grote pluriformiteit in het formele rookbeleid op. In de meeste (81%) van deze instellingen werd een gedeeltelijk rookverbod gehanteerd; roken was alleen toegestaan in de daarvoor aangewezen rookruimten. In een klein deel van de instellingen (17%) gold een algeheel rookverbod op het terrein van de instelling. In het formele rookbeleid kwam in ongeveer de helft van de gevallen blootstelling van medewerkers aan de rook van cliënten aan bod, en in ongeveer een kwart van de gevallen het voorbeeldgedrag van medewerkers wat betreft (niet-) roken en het bieden van stoponderstеuning aan cliënten en medewerkers. Wanneer we afgaan op de interviews leek formeel rookbeleid niet altijd actief te worden uitgevoerd. Zo waren er soms discrepanties tussen het formele en het informele rookbeleid, bijvoorbeeld rond het gezamenlijk roken door cliënten en medewerkers" (p. 112-113).

"***Onvoldoende stoponderstеuning***

Uit de survey bleek dat bijna de helft van de onderzochte zorgverleners in de ggz nooit cliënten ondersteunde bij het stoppen met roken. Dit was verenigbaar met de bescheiden plek van stoppen-met-rokenbegeleiding in de beleidsdocumenten. Iets meer dan de helft (55%) van de medewerkers gaf aan in het verleden minimaal één cliënt te hebben geholpen met stoppen met roken - ongeveer de helft van hen deed dit het voorgaande jaar nog." (p. 113)

"***Betrokkenheid instelling en training medewerkers***

Een ruime meerderheid (80%) van de ggz-medewerkers vond dat cliënten meer zouden moeten worden aangemoedigd om te stoppen met roken. Men achtte het belangrijk dat er aandacht is voor stoppen met roken bij cliënten, en vond het doorgaans een taak van de ggz-sector om cliënten vaker en beter de benodigde ondersteuning te bieden. Medewerkers waren over het algemeen gematigd positief over de ondersteuning die ze vanuit de instellingen kregen; de helft voelde zich wel, en een kwart voelt zich niet voldoende toegerust om iets aan de nicotineverslaving van cliënten te doen. Driekwart van de medewerkers was van mening dat medewerkers meer en beter zouden moeten worden getraind op het gebied van stoponderstеuning aan cliënten." (idem)

- Patient receipt of smoking cessation care in four Australian acute psychiatric facilities, A. P. Metse e.a., **2018** - Patient receipt of smoking cessation care in four Australian acute psychiatric facilities - Metse - 2018 - International Journal of Mental Health Nursing - Wiley Online Library

"This study aimed to report the receipt of smoking care, and associated clinical and smoking characteristics among smokers admitted to four public psychiatric inpatient facilities in New South Wales, Australia. Between October 2012 and July 2014, adult smokers (N = 236) were surveyed during admission to and 1 month following discharge from the facilities. Measures of smoking care receipt were reported descriptively, and logistic regression analyses were used to explore characteristics associated with care receipt. The majority of participants were offered (78%) and used (78%) nicotine replacement therapy (NRT), with 66% of NRT-users reporting the amount provided was sufficient to reduce cravings. A minority of participants (16%) received information or advice to quit smoking, and 60% reported smoking throughout their admission.

Patients not contemplating quitting and those with non-psychotic disorders were more likely to receive an offer of NRT. ***The findings suggest the provision of smoking care in Australian acute psychiatric units is sub-optimal overall, with an indication that care may be provided selectively to certain patients, rather than systematically to all. Development and dissemination of interventions to increase smoking care provision in inpatient psychiatry are needed****."*

"Relevance for clinical practice

*Compared to the general population, persons with a mental illness experience disproportionately high tobacco-related morbidity and mortality (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2013) due to a higher smoking prevalence (de Leon & Diaz 2005; Metse et al. 2017), higher levels of nicotine dependence (de Leon & Diaz 2005; McClave et al. 2010), and greater difficulty in quitting (de Leon & Diaz 2005; McClave et al. 2010****). Due to the notably high smoking rates among persons admitted to acute psychiatric facilities, and the positive impact of a supported smoke-free admission on post-discharge quitting behaviour (Stockings et al. 2014), a particular need has been recognized for systematic and adequate smoking care while admitted to hospital (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2013).* *Guidelines for the district where this research was undertaken stipulate that all identified patients that smoke should be provided with* ***brief advice to quit and adequate NRT*** *(New South Wales Department of Health, 2002). This study suggests that such care elements are not currently provided systematically to all smokers admitted to acute psychiatric facilities.* ***Opportunities to address patient smoking should be maximized by staff, with the importance of doing so supported by clinical leaders. Interventions to support staff to improve smoking care provision in psychiatric inpatient settings are needed****."*

- Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Smoking Cessation App Designed for Individuals With Co-Occurring Tobacco Use Disorder and Serious Mental Illness, R. Vilardaga e.a., **2019** - Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Smoking Cessation App Designed for Individuals With Co-Occurring Tobacco Use Disorder and Serious Mental Illness - PMC (nih.gov)

"***Abstract***

Introduction
High rates of tobacco use among people with serious mental illness (SMI), along with their unique needs, suggest the importance of developing tailored smoking cessation interventions for this group. Previous early-phase work empirically validated the design and content of Learn to Quit, a theory-based app designed for this population.

Methods
In a pilot randomized controlled trial, we compared the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of Learn to Quit versus QuitGuide, an app designed for the general population. All participants received nicotine replacement therapy and technical assistance. Daily smokers with SMI (N = 62) participated in the trial with outcomes assessed at weeks 4, 8, 12, and 16.

Results
Compared to QuitGuide, Learn to Quit participants had similar number of days of app use (34 vs. 32, p = .754), but larger number of app interactions (335 vs. 205; p = .001), longer durations of app use (4.24 hrs. vs. 2.14 hrs; p = .044), and higher usability scores (85 vs. 79, p = .046). At week 16, Learn to Quit led to greater reductions in cigarettes per day (12.3 vs. 5.9 for QuitGuide; p = 0.10). Thirty-day point prevalence abstinence was verified in 12% of Learn to Quit participants versus 3% of QuitGuide participants (odds ratio = 3.86, confidence interval = 0.41 to 36, p = .239). Changes in psychiatric symptoms and adverse events were not clinically significant between conditions.

Conclusions
This pilot trial provides strong evidence of Learn to Quit's usability, feasibility, and safety. Preliminary evidence suggests the app may be efficacious. A randomized controlled efficacy trial is needed to test the app in a larger sample of smokers with SMI.

Implications
This study suggests that the Learn to Quit app is a feasible approach to deliver smoking cessation treatment in patients with co-occurring tobacco use disorder and SMI. ***This means that, if found efficacious, this technology could be used to deploy smoking cessation treatment to larger segments of this population, hence improving public health.*** *Therefore, a randomized controlled trial should be conducted to examine the efficacy of this digital intervention.*"

(…)

"*This is the first pilot randomized controlled trial of a smartphone smoking cessation app designed for patients with SMI that demonstrates that mHealth technology can be potentially used to reduce tobacco use in this population.* ***The trial demonstrated that a tailored theory-based smoking cessation app is more usable and engaging compared to a nontailored active intervention that rigorously controlled for time and attention. A randomized controlled trial powered to reliably detect smoking cessation outcomes is now needed to evaluate the efficacy of this novel digital intervention in a larger sample of the population.***"

- Tobacco craving and withdrawal symptoms in psychiatric patients during a motivational enhancement intervention based on a 26-hour smoking abstinence period, I. Keizer e.a., **2019** - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205071/

"Introduction
In psychiatric patients, tobacco withdrawal symptoms are frequently seen as a barrier to smoking cessation; however, further studies are warranted in this specific population. METHODS: Patients receiving in- or out-patient mental health care participated in a motivational enhancement program including a 26-hour tobacco abstinence experience with professional support and optional nicotine replacement therapy. *The study included 174 subjects, of whom 159 were evaluated 1 week before and at the end of the 26-hour abstinence period. Repeated assessments included the Minnesota Nicotine Tobacco Withdrawal Scale Revised (MNWS-R), two items of the Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS) regarding craving, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S), the Beck Depression Inventory (BDI-21), and the World Health Organization Well-Being Index (WHO-5).*

RESULTS*: More than half the participants (52.3%) succeeded in 26-hour smoking abstinence. Craving was the most frequent MNWS-R withdrawal symptom (28.3% scored ≥3 on a 0–4 scale). Comparison of pre- and post-intervention data revealed significant improvements in 13 of 16 MNWS-R symptoms as well as craving (MPSS) and well-being, and significant decreases in anxiety and depression. Increasing MNWS-R craving scores and greater depression were both significantly associated with lower success in the 26-hour smoking abstinence period.*

Conclusions
he negative effects of tobacco withdrawal symptoms in psychiatric patients may be substantially overestimated. Participation in a supportive structured motivational intervention with a 26-hour smoking cessation experience was well tolerated and contributed to temporary improvements in mental state. Craving is an interesting symptom to evaluate during smoking cessation attempts*."*

- Implementation of a stop-smoking support program for patients and employees in a psychiatric hospital: First results, J.M. Vermeulen e.a., **2020** - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32388848/

Artikel beschikbaar in Nederlands:
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/1/62-2020-4-artikel-vermeulen.pdf

“Achtergrond
In tegenstelling tot enkele andere landen wordt een tabaksverslaving tijdens opname in een Nederlands psychiatrisch ziekenhuis niet op gestructureerde wijze behandeld. ***Doel****: **Implementatie van een stoppen-met-rokenbehandelprogramma voor groepen patiënten en werknemers van een opnameafdeling van een universitair psychiatrisch ziekenhuis.** **Methode****: Prospectief kwalitatief en kwantitatief implementatieonderzoek naar een stoppen-metrokenbehandeling voor patiënten en medewerkers van de afdeling Psychiatrie van het Amsterdam umc, locatie amc.* ***Deelnemers konden gratis 7 groepsbijeenkomsten bijwonen of individuele coaching ontvangen. Daarnaast werden nicotinepleisters én -zuigtabletten aangeboden. Resultaten****: Gedurende 14 maanden waren er 65 aanmeldingen: 39 patiënten en 26 medewerkers. De groepsbijeenkomsten werden door 45 deelnemers (29 patiënten en 16 medewerkers) gemiddeld 2,6 maal bezocht.Van deze groep kwamen er 20 (6 patiënten en 14 medewerkers) drie keer of vaker naar een groepsbijeenkomst of coaching.Van hen was 55% minimaal 3 maanden na de eerste sessie nog gestopt met roken. Medewerkers stopten duidelijk vaker met roken dan patiënten. Uit interviews bleek dat het programma aansloot bij de interesse van rokers, maar dat de combinatie van medewerkers en patiënten in dezelfde groep als belemmering werd ervaren door het verschil in tempo van informatieverwerking.* ***Conclusie****: **Het aanbod van een stoppen-met-rokenprogramma in een academisch psychiatrisch ziekenhuis werd positief ontvangen. Toch nam slechts de minderheid van medewerkers en patiënten deel aan het behandelprogramma en bleek stoppen met roken slechts voor enkele patiënten haalbaar. Stoppen met roken in een psychiatrisch ziekenhuis vraagt waarschijnlijk volhardende, substantiële inzet op screening, diagnostiek, behandeling en tabaksontmoediging.**”*

“In dit onderzoek evalueren we de implementatie van een stoppen-met-rokengroepsbehandeling voor patiënten en medewerkers op de klinische afdeling Psychiatrie van een universitair medisch centrum. ***De eerste resultaten laten zien dat het aantal aanmeldingen bescheiden is en deelnemers het programma vaak niet lang volhouden. Werknemers die deelnamen aan het programma stopten vaker met roken dan patiënten. Toch wordt het aanbod door deelnemers positief gewaardeerd, onder andere door de steun en het begrip van andere deelnemers.***” (p. 269) (…) *“Gerandomiseerde onderzoeken laten zien dat de te verwachten effecten van een behandeling tijdens opname (Metse e.a. 2017) of na opname (Gilbody e.a. 2019)* ***bescheiden zijn en er vaak terugval plaatsvindt*** *na ontslag.* ***Echter, het gaat niet enkel om behandeling van het roken, maar ook om screening en diagnostiek van nicotineafhankelijkheid****. Het feit dat er ook na de implementatie nog steeds een gebrek was aan diagnosticering (aantal diagnoses in de probleemlijst) terwijl er na de implementatie wel een toename was van behandeling (aantal geplakte nicotinepleisters) illustreert dat de zorg voor patiënten met een tabaksverslaving in ons ziekenhuis nog niet optimaal is.* ***Ondanks de toename van het aantal patiënten in behandeling, bleek het niet mogelijk om het merendeel van patiënten te includeren en in de groepen te houden. Het is bekend dat individuen met een ernstige psychiatrische stoornis een moeizamer stoptraject hebben dan mensen zonder psychische klachten*** *(Robson & McNeill 2019). Het is belangrijk in de toekomst te onderzoeken hoe deelname aan en de juiste toepassing van stoppen-met rokenzorg vergroot kan worden om de stopkans zo hoog mogelijk te maken. Een meta-analyse naar interventies voor gewichtsreductie bij patiënten met schizofrenie liet zien dat individuele begeleiding effectiever is dan groepsbehandeling (Vancampfort e.a. 2019).*

Er is meer onderzoek nodig om te beoordelen of individuele stoppen-metrokenbehandeling bij opgenomen patiënten effectiever is dan groepsbijeenkomsten."

*"**Implicaties voor het beleid***

Tijdens deze studie van 14 maanden hebben 65 rokers interesse in hulp getoond, zijn er 45 rokers in behandeling geweest en zijn er 3 rookruimtes gesloten. ***Het bleek dat vooral medewerkers in staat zijn met behulp van groepsbijeenkomsten succesvol te stoppen met roken. Slechts een minderheid van de rokende patiënten werd aangemeld en een zeer klein deel van de patiënten stopte met roken. Het aanbieden van een groepsbehandeling om te stoppen met roken kan een eerste stap zijn in de verandering van de cultuur wat betreft roken door patiënten en medewerkers. Echter, er zijn intensieve screening, diagnostiek, behandeling en tabaksontmoediging nodig om hier een begin mee te maken. Ondanks onze maatregelen wordt er nog behoorlijk gerookt rondom de afdelingen. Het bleek voor patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en opgenomen op een psychiatrische afdeling moeilijk om langdurig deel te nemen aan het programma. Het is bekend dat het voor deze groep lastiger is om te stoppen met roken (Metse e.a. 2017). Dit is ernstig omdat het laat zien dat het effect van nationale veranderingen in het rookbeleid nihil blijkt te zijn op patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis.*** *In Australië werd de prijs van een pakje sigaretten verdubbeld en de prevalentie van roken is daar onder volwassenen tussen 1997 en 2016 met 12% gedaald. Echter, de prevalentie van roken onder patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis bleef gelijk (Cooper e.a. 2012; Lawrence & Williams 2015). Het verschil in prevalentie van roken tussen psychiatrische patiënten en de algemene bevolking neemt daardoor toe."*

*"**Conclusie***

Dit alles maakt het extra belangrijk dat zorgverleners binnen de psychiatrie patiënten helpen om van hun verslaving af te komen. Deze implementatiestudie is een voorbeeld van hoe opname op een afdeling psychiatrie kan worden aangegrepen om een behandeling voor tabaksverslaving aan te bieden. ***Een hardnekkige verslaving aan roken behoeft echter meer dan een groepsaanbod van hulp bij stoppen. Dit zou in combinatie met aanscherping van het rookbeleid van het ziekenhuis tot een paradigmaverschuiving omtrent roken onder zorgverleners en patiënten kunnen leiden.*** *Een stoppen-met-rokenbehandeling is een verandering waarmee fysieke, psychische en cognitieve gezondheidswinst te behalen is (Taylor e.a. 2014; Vermeulen e.a. 2018).* ***Veranderingen op meerdere niveaus zijn nodig om de gedateerde zienswijze op roken door psychiatrische patiënten te veranderen****. Roken is geen (effectieve) zelfmedicatie, het verbod op roken is geen vorm van straf en hulp bij het stoppen van een tabaksverslaving is geen luxe, maar bittere noodzaak om zowel de psychische als de lichamelijke gezondheid te verbeteren en de levensverwachting te verhogen."*

- An observational study of system-level changes to improve the recording of very brief advice for smoking cessation in an inpatient mental health setting, G. Spaducci e.a., **2020** - An observational study of system-level changes to improve the recording of very brief advice for smoking cessation in an inpatient mental health setting - PubMed (nih.gov)

"***Abstract***

Background

Smoking prevalence among people with psychosis remains high. Providing Very Brief Advice (VBA) comprising: i) ASK, identifying a patient's smoking status ii) ADVISE, advising on the best way to stop and iii) ACT (OFFER), offering a referral to specialist smoking cessation support, increases quit attempts in the general population. ***We assessed whether system-level changes in a UK mental health organisation improved the recording of the provision of ASK, ADVISE, ACT (OFFER) and consent to referral to specialist smoking cessation support (ACT (CONSENT)).***

Methods

We conducted a study using a regression discontinuity design in four psychiatric hospitals with patients who received treatment from an inpatient psychosis service over 52 months (May 2012-September 2016). ***The system-level changes to facilitate the provision of VBA comprised****: A) financially incentivising recording smoking status and offer of support (ASK and ACT (OFFER)); B) introduction of a comprehensive smoke-free policy; C) enhancements to the patient electronic healthcare record (EHCR) which included C1) a temporary form to record the financial incentivisation of ASK and ACT (OFFER) C2) amendments to how VBA was recorded in the EHCR and C3) the integration of a new electronic national referral system in the EHCR. The recording of ASK, ADVISE, ACT (OFFER/CONSENT) were extracted using a de-identified psychiatric case register.*

Results

There were 8976 admissions of 5434 unique individuals during the study period. Following A) financial incentive, the odds of recording ASK increased (OR: 1.56, 95%CI: 1.24-1.95). Following B) comprehensive smoke-free policy, the odds of recording ADVICE increased (OR: 3.36, 95%CI: 1.39-8.13). Following C1) temporary recording form, the odds of recording ASK (OR:1.99, 95%CI:1.59-2.48) and recording ACT (OFFER) increased (OR: 4.22, 95%CI: 2.51-7.12). Following C3) electronic referral system, the odds of recording ASK (OR:1.79, 95%CI: 1.31-2.43) and ACT (OFFER; OR: 1.09, 95%CI: 0.59-1.99) increased. There was no change in recording VBA outcomes following C2) amendments to VBA recording.

Conclusions

Financial incentives and the recording of incentivised outcomes, the comprehensive smoke-free policy, and the electronic referral system, were associated with increases in recording individual VBA elements, but other changes to the EHCR were not. System-level changes may facilitate staff recording of VBA provision in mental health settings."

- Comparison of Smoking Cessation Program Registration, Participation, Smoking Cessation Medication Utilization, and Abstinence Rates Between Smokers With and Without Schizophrenia, Schizo-affective Disorder, or Bipolar Disorder, J. Kertes e.a., **2022** - Comparison of Smoking Cessation Program Registration, Participation, Smoking Cessation Medication Utilization, and Abstinence Rates Between Smokers With and Without Schizophrenia, Schizo-affective Disorder, or Bipolar Disorder - PubMed (nih.gov)

*"**Abstract***

Introduction

People with serious mental illness (SMI) are three times more likely to smoke and be heavy smokers than smokers without SMI. Counseling combined with smoking cessation medication (SCM) is the recommended treatment. However, until 2017, SCM prescription for SMI smokers was discouraged (FDA black box warning). This study compared use of smoking cessation programs (SCP) and SCM between smokers with and without SMI.

Aims and Methods

***Data regarding SCP and SCM use were extracted from the database of a large HMO that offers free Group and telephone SCP**. SCP registration, participation, completion, and abstinence rates between July 2013 and December 2019 were compared between smokers with and without SMI, controlling for demographic and health variables.*

Results

*48 000 smokers registered for a SCP during the study period. **Smokers with SMI were 1.8 times more likely to register for a SCP than smokers without SMI. Smokers without SMI were, however, 1.2 times more likely to start the SCP, 1.5 times more likely to complete the SCP, and 1.6 times more likely to have quit by the end of the program.** The strongest factors predicting abstinence were SCP completion and SCM use. Smokers with SMI were less likely to purchase SCM, although their purchase rate increased after the black box warning was lifted.*

Conclusions

Smoking cessation programs and SCM use should be encouraged in the SMI population. Providing support during the quit attempt and adapting SCP to the needs of smokers with SMI, combined with SCM prescription promotion, should improve abstinence.

Implications

Smokers with serious mental illness (SMI) were more likely to seek professional help to quit smoking than non-SMI smokers, with over 30% achieving abstinence, discrediting healthcare professional beliefs that SMI smokers don't want to and cannot quit.** Smoking cessation program (SCP) completion and smoking cessation medication (SCM) utilization were the strongest predictors of abstinence. SMI smokers were more likely to drop out of SCPs and less likely to use SCMs. **Providing support during the quit attempt and adapting SCPs to the needs of smokers with SMI, combined with SCM prescription promotion, should improve abstinence."

- History and Correlates of Smoking Cessation Behaviors Among Individuals With Current or Past Major Depressive Disorder Enrolled in a Smoking Cessation Trial, M. H. Quinn e.a., **2022** - History and Correlates of Smoking Cessation Behaviors Among Individuals With Current or Past Major Depressive Disorder Enrolled in a Smoking Cessation Trial - PMC (nih.gov)

*"**Abstract***

Introduction
Smoking among adults with major depressive disorder (MDD) is at least double that of the general US population. More effective smoking cessation interventions for depressed smokers may be facilitated through a better understanding of the smoking and depression-related characteristics of this population.

Methods
We used baseline data from 300 participants enrolled in randomized clinical trial for smokers with current or past MDD. We described history of smoking cessation behaviors (ie, quit attempts, quit motivation, and cessation treatment utilization) and used multivariate regression to identify demographic and depression-related correlates of these behaviors.

Results
Sixty-eight percent of participants reported at least one quit attempt in the past year, nearly 51% reported motivation to quit in the subsequent 30 days, and 83% reported prior use of a nicotine replacement therapy. A greater readiness to quit smoking was associated with increased age ($p = .04$) and lower cigarettes per day ($p = .01$). Greater use of smoking cessation medication was associated with greater education and nicotine dependence, minority race, and greater use of complementary reinforcers (eg, activities associated with increased reinforcing value of smoking; p's $< .05$).

Conclusions
These data indicate that smokers with current or past MDD are highly motivated to quit smoking and have a history of engaging in efforts to quit. Interventions to promote smoking cessation behaviors should address younger and lighter smokers, who may perceive less risk from tobacco use, and efforts to promote smoking cessation medications and counseling should address minority smokers who are engaging in complementary reinforcers.

Implications
These data are inconsistent with the assumption that smokers with serious mental illness are not willing to quit smoking and suggest the need for studies that test behavioral interventions that address complementary reinforcers to treat tobacco use in this community."

(…)

"This study characterized smoking behaviors that are highly predictive of cessation among smokers with MDD and examined correlates of these behaviors to help guide smoking cessation interventions for this underserved community of smokers. ***Overall, the results indicate that smokers with MDD report a high rate of quit motivation, an active history of quit attempts, and substantial use of medications to treat tobacco use, albeit very low rates of smoking cessation behavioral counseling. These results also identify potential factors associated with these smoking behaviors that could help guide treatment development, namely alternative reinforcers.*** *These findings challenge the notion that smokers with MDD are disinterested in quitting smoking but* ***highlight the need to improve the utilization of smoking cessation counseling and varenicline*** *since these approved treatments appear to be greatly underutilized. These results also help to identify demographic, smoking, and behavioral characteristics that could be useful in the development of smoking cessation interventions for this population."*

(…) *"Furthermore, most of the study participants reported using a medication to quit smoking, but the vast majority used nicotine replacement therapy, rather than more effective medications like* ***varenicline****. These data also converge well with studies with the general population of smokers and with smokers with SMI. In contrast, as with past studies with the general population of smokers and smokers with an SMI smokers with MDD* ***generally greatly underutilize smoking cessation behavioral counseling, indicating the need to prioritize this form of treatment for this population*** *since we know that the addition of behavioral counseling to medication use offers the best chances for cessation."*

"***The present results also offer guidance on potentially how to target interventions to increase cessation behaviors. Interventions developed to increase smoking cessation behaviors among smokers with MDD may need to be targeted to smokers who report lower CO, are younger, and report less experience with behavioral therapies for SMI.*** *Previous studies have suggested that younger adults and those with lower CO may be less motivated to quit smoking and less engaged in tobacco cessation treatment. This may reflect a reduced perception of risk given that more serious tobacco-related disease morbidity occurs later in life and that lower consumption may limit health risk. Lastly, participants who are from* ***racial/ethnic minority groups report fewer quit attempts and less engagement with smoking cessation medications****; considering the substantial disparities in the adverse effects of tobacco use among racial/ethnic minority groups,* ***future efforts to address tobacco use among those with SMI should similarly target underserved subgroups with enhanced efforts to promote FDA-approved tobacco cessation medications.****"*

"Lastly, the content of behavioral counseling treatments for smokers with MDD may improve quit rates by focusing ***on increasing substitute reinforcers and decreasing complementary reinforcers, consistent with behavioral activation models****. BA is a counseling approach first developed to treat smoking, but subsequently adapted for tobacco use, and it focuses on addressing tobacco use by encouraging smokers to reduce engagement in complementary reinforcers while increasing engagement in substitute reinforcers. Several relatively small studies have suggested that BA may be a promising new behavioral counseling model to treat tobacco use."*

(…)

"Nevertheless, the results from this study provide important support to challenge long-held beliefs about smokers with an SMI and offer information that can help guide efforts to develop and evaluate smoking cessation interventions with this important subgroup of smokers. Smokers with current or past MDD are motivated to quit smoking, receptive to interventions, and engage in repeated quit attempts. ***Boosting the use of behavioral interventions—particularly those that address alternative reinforcers to smoking—and varenicline is needed, as are efforts to increase smoking cessation behaviors among racial/ethnic minority groups, younger smokers, and lighter smokers. With increased efforts to address smoking in this underserved population, important health disparities may be reduced****."*

- Bittoun R. Nicotine in the context of mental health, lezing voor de KULeuven (September **2022**): Nicotine en psychiatrie: waar vuur is, is rook! | Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (upckuleuven.be)

"Professor Renee Bittoun (Australië) bespreekt de neuropsychofarmacologie van nicotine in de context van geestelijke gezondheidszorg. Ze deelt haar rijke ervaring met rookstop en rookbeleid in psychiatrische ziekenhuizen en voorzieningen aan de hand van case studies en voorbeelden."

Zie ook: Rookgedrag in de psychiatrie: een dodelijk probleem | Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (upckuleuven.be)

- Promoting and Maintaining Changes in Smoking Behavior for Patients Following Discharge from a Smoke-free Mental Health Inpatient Stay: Development of a Complex Intervention Using the Behavior Change Wheel, E. Shoesmith e.a., **2023** - https://academic.oup.com/ntr/article/25/4/729/6761978

"*Abstract*

Introduction

Evidence suggests that smokers can successfully quit, remain abstinent or reduce smoking during a smoke-free mental health inpatient stay, provided behavioral/pharmacological support are offered. However, few evidence-based strategies to prevent the return to prehospital smoking behaviors post-discharge exist.

Aims and Methods

We report the development of an intervention designed to support smoking-related behavior change following discharge from a smoke-free mental health stay. We followed the Behavior Change Wheel (BCW) intervention development process. ***The target behavior was supporting patients to change their smoking behaviors following discharge from a smoke-free mental health stay****. Using systematic reviews, we identified the barriers and enablers, classified according to the Theoretical Domains Framework (TDF). Potential intervention functions to address key influences were identified by consulting the BCW and Behavior Change Technique (BCT) taxonomy. Another systematic review identified effectiveness of BCTs in this context. Stakeholder consultations were conducted to prioritize and refine intervention content.*

Results

Barriers and enablers to supporting smoking cessation were identified *within the domains of environmental context and resources (lack of staff time); knowledge (ill-informed interactions about smoking); social influences, and intentions (lack of intention to deliver support).* ***Potential strategies to address these influences included goal setting, problem-solving, feedback, social support, and information on health consequences.*** *A strategy for operationalizing these techniques into intervention components was agreed upon: Pre-discharge evaluation sessions, a personalized resource folder, tailored behavioral and text message support post-discharge, and a peer interaction group, delivered by a trained mental health worker.*

Conclusions

The intervention includes targeted resources to support smoking-related behavior change in patients following discharge from a smoke-free mental health setting.

Implications

Using the BCW and TDF supported a theoretically and empirically informed process to define and develop a tailored intervention that acknowledges barriers and enablers to supporting smoking cessation in mental health settings. The result is a novel complex theory- and evidence-based intervention that will be formally tested in a randomized controlled feasibility study."

2.5 E-sigaret als rookstopmiddel en vorm van schadebeperking (harm reduction)

- Views and Preferences for Nicotine Products as an Alternative to Smoking: A Focus Group Study of People Living with Mental Disorders, C. Meurk e.a., **2016** - Views and Preferences for Nicotine Products as an Alternative to Smoking: A Focus Group Study of People Living with Mental Disorders - PubMed (nih.gov)

"***Conclusions***
Encouraging consumers and clinicians to consider tobacco harm reduction options could help to reduce the disproportionate burden of disease people living with mental disorders experience. Achieving this goal will require communication that challenges black and white thinking, in which smoking cigarettes or quitting all nicotine are viewed as the only legitimate options; this type of perfectionism serves to support the continuance of smoking in practice. *Reframing nicotine products as a viable alternative to smoking outside a "quitting" context could make them more acceptable to these smokers. Local health organisations and CSOs could help consumers by subsidising trials of multiple nicotine products to find the most acceptable alternative to smoking that reduces health harms.* ***Policy and regulatory changes could provide healthier choices for consumers who wish to stop smoking but are unable or unwilling to stop using nicotine."*** *(p. 16).*

De onderzoekers formuleren implicaties van hun onderzoek voor communicatie, gedragsverandering en beleid & praktijk.

- A pre-post pilot study of electronic cigarettes to reduce smoking in people with severe mental illness, L. M. Hickling e.a., 2018 - A pre-post pilot study of electronic cigarettes to reduce smoking in people with severe mental illness | Psychological Medicine | Cambridge Core

"***Abstract***

Background
Smoking is the largest single contributor to poor physical health and increased mortality in people with serious mental illnesses. The aim of the study was to investigate the utility of electronic cigarettes (e-cigarettes) as a harm reduction intervention in this population.

Method
Fifty tobacco smokers with a psychotic disorder were enrolled onto a 24-week pilot study (ClinicalTrials.gov: NCT02212041) investigating the efficacy of a 6-week free e-cigarette intervention to reduce smoking. Cigarette and e-cigarette use was self-reported at weekly visits, and verified using carbon monoxide tests. Psychopathology, e-cigarette acceptability and adverse effects were assessed using standardised scales.

Results
There was a significant (⩾50%) reduction in cigarettes consumed per day between baseline and week 6 [F(2.596,116.800) = 25.878, p < 0.001], and e-cigarette use

was stable during this period [F(2.932,46.504) = 2.023, p = 0.115]. These changes were verified by significant carbon monoxide reductions between these time points [F(3.335,126.633) = 5.063, p = 0.002].

Conclusions

The provision of e-cigarettes is a potentially useful harm reduction intervention in smokers with a psychotic disorder."

- Electronic Cigarette Use During a Randomized Trial of Interventions for Smoking Cessation Among Medicaid Beneficiaries with Mental Illness, C. L. Bianco e.a., **2019** - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31169077/

"***Abstract***

Objective

People with mental illness have high rates of cigarette smoking, but many wish to quit. Electronic cigarette (e-cigarette) use has become increasingly common, especially among smokers who wish to quit, but research on whether this facilitates quitting has been mixed, and little research has examined e-cigarette use among smokers with mental illness. ***This secondary analysis examined the associations between spontaneous e-cigarette use during cessation treatment and 6-month outcomes within a cessation trial among Medicaid beneficiaries with mental illness****. Main outcomes were previously reported.* ***Methods****: Adult Medicaid beneficiaries receiving mental health services were recruited between 2012 and 2015. Eligible daily smokers were randomized, using equipoise stratification, to one of six cessation treatment conditions (combinations of prescriber visit for pharmacotherapy, behavioral interventions, and abstinence incentives; e-cigarette use was not a recommended intervention). Presence of any self-reported e-cigarette use, all tobacco product use, quit attempts, and biologically verified abstinence were assessed at 3, 6, 9, and 12 months. The 456 participants who completed the 6-month assessment were included in logistic regressions, adjusting for subject characteristics and treatment condition, examining associations between self-reported, spontaneous e-cigarette use and 6-month outcomes. We evaluated three outcomes: biologically verified abstinence at 6 months, quit attempts over the treatment period, and heavy smoking (≥20 cigarettes per day) at 6 months.* ***Results****: Any use of e-cigarettes was reported by 192 participants (42.1%) during the treatment period. Use of pharmacotherapy was not different between those who used e-cigarettes and those who did not use e-cigarettes. A total of 13.5% of participants (n = 61) had achieved biologically verified abstinence at the 6-month assessment. E-cigarettes were not significantly associated with biologically verified abstinence, use of cessation pharmacotherapy, self-reported quit attempts, or heavy smoking at the 6-month assessment.* ***Conclusions****:* ***Spontaneous e-cigarette use during cessation treatment was common among smokers with mental illness and was not associated with positive or negative treatment outcomes. The high rate of naturalistic e-cigarette use in this group suggests that e-cigarettes are an appealing strategy to obtain nicotine during cessation treatment that could be harnessed as a smoking cessation tool or for harm reduction***."

- Are electronic cigarettes an effective aid to smoking cessation or reduction among vulnerable groups? A systematic review of quantitative and qualitative evidence, S. Gentry e.a., **2019** - Are electronic cigarettes an effective aid to smoking cessation or reduction among vulnerable groups? A systematic review of quantitative and qualitative evidence - PMC (nih.gov)

"***Introduction***
Smoking prevalence remains high in some vulnerable groups, including those who misuse substances, have a mental illness, are homeless or are involved with the criminal justice system. E-cigarette use is increasing and may support smoking cessation/reduction.

Methods
Systematic review of quantitative and qualitative data on the effectiveness of e-cigarettes for smoking cessation/reduction among vulnerable groups. Databases searched were MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL, ASSIA, ProQuest Dissertations and Theses and Open Grey. Narrative synthesis of quantitative data and thematic synthesis of qualitative data.

Results
2628 records and 46 full texts were screened; 9 studies were identified for inclusion. ***Due to low quality of evidence, it is uncertain whether e-cigarettes are effective for smoking cessation in vulnerable populations.*** *A moderate quality study suggested e-cigarettes were as effective as nicotine replacement therapy. Four studies suggested significant smoking reduction, however three were uncontrolled and had sample sizes below 30. A prospective cohort study found no differences between e-cigarette users and non-users. No significant adverse events and minimal side effects were identified. Qualitative thematic synthesis revealed barriers and facilitators associated with each component of the COM-B (capability, opportunity, motivation, behaviour) model, including practical barriers; perceptions of effectiveness for cessation/reduction; design features contributing to automatic and reflective motivation; smoking bans facilitating practical opportunity; and social connectedness increasing social opportunity.*

Conclusion
Further research is needed to identify the most appropriate device types for practicality and safety, level of support required in e-cigarette interventions, and to compare e-cigarettes with current best practice smoking cessation support among vulnerable groups."

(…)

"***Implications***
This review highlights the need for further research into the role of e-cigarettes for vulnerable groups and the challenge of making recommendations for public health policy.

The available evidence assessing effectiveness of e-cigarettes for smoking cessation for vulnerable groups was limited. No serious adverse events were identified, and side effects were minimal. In view of the harm caused by tobacco, recommendations from PHE that e-cigarettes be considered for those who have been unable to stop smoking appears ***appropriate for vulnerable groups as well as the general population.***

Qualitative data highlighted concerns about e-cigarettes reversing de-normalisation of smoking. However, tobacco is arguably yet to be de-normalised among these groups. Consideration of the differences in harm between e-cigarettes and tobacco is needed before including the former in smoking bans. *PHE report negligible levels of nicotine in ambient air and no health risks for bystanders have been identified. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust, an English mental health trust, implemented a 'smoke-free' policy including guidance supporting e-cigarette use in bedrooms and grounds for patients who have tried other cessation methods.*

No cost-effectiveness studies were identified. Unlike NRT, e-cigarettes are unlicensed and not available on prescription, thus users pay for the. 'Starter kits' including battery, charger and replaceable nicotine cartridges cost £17-90.

Future directions

Pilot studies comparing different intervention designs for usability and safety for vulnerable groups would be beneficial. Adequately powered RCTs comparing e-cigarettes with best practice smoking cessation support are needed. Comparison of e-cigarette interventions with and without associated support would help to identify how they may be used effectively. Qualitative process evaluations alongside trials could elucidate method of action and acceptability. Cost-effectiveness studies are required. No studies were found involving the CJS. With moves towards banning smoking in UK prisons and elsewhere such research is needed. Future studies should also consider the role e-cigarettes could play in smoking relapse prevention for vulnerable groups.

Conclusion

Due to the low quality of available evidence it is uncertain whether e-cigarettes are effective for smoking cessation for vulnerable groups. However, included studies identified no serious adverse events and qualitative studies suggested e-cigarettes could attain to key aspects of smoking addiction, including habit and social connectedness. In view of the harm tobacco causes, PHE recommendations that e-cigarettes be considered for those unable to stop smoking appear appropriate for vulnerable groups as well as the general population. Further research is needed to identify the most appropriate type of device, level of support required and to compare e-cigarettes with best practice smoking cessation support among vulnerable groups."

- Mental health professionals' perceptions, judgements and decision-making practices regarding the use of electronic cigarettes as a tobacco harm reduction intervention in mental healthcare: A qualitative focus group study, C. A. Smith e.a., **2019** – Mental health professionals' perceptions, judgements and decision-making practices regarding the use of electronic cigarettes as a tobacco harm reduction intervention in mental healthcare: A qualitative focus group study - ScienceDirect

"***Abstract***

Background
Smoking prevalence remains significantly higher among individuals with mental health conditions compared with the general population. ***Tobacco harm reduction (THR) in the form of replacing cigarettes for electronic cigarettes (ECs) is an alternative approach which may prove useful for these smokers who find it difficult to quit. Exploring how mental health professionals' (MHPs) perceive ECs, and how these influence decision making regarding their use in clinical settings is essential to determine the feasibility of incorporating ECs into the treatment pathway.***

Methods
We conducted six focus groups between March and August 2017. A total of 39 MHPs were recruited from mental healthcare services in England. Discussions were guided by a semi-structured guide, and responses were recorded, transcribed and coded using thematic framework analysis.

Results
MHPs generally adopt a ***risk-averse approach*** *when judging the safety and suitability of ECs. Risk-aversion was influenced by perceived obscurity surrounding ECs and THR, as well as high exposure to adverse and unreliable information regarding ECs, and perceived analogies between ECs and conventional cigarettes. Some MHPs adopt a* ***pragmatic approach*** *when making decisions based on THR and EC use in daily practice by considering the context of treatment and patient circumstances.* ***However, this is often accompanied by a high degree of caution and misconceptions which limits the potential benefit this intervention could have in mental healthcare settings****.*

Conclusion
mproved dissemination of national guidance and scientific literature regarding THR and ECs is essential in mental healthcare to eliminate misconceptions and better inform MHPs evidence-based decision-making practices*."*

(…)

"Highlights
- Quitting smoking is difficult to achieve among smokers with mental health conditions.
- ECs may be a promising harm reduction intervention for these smokers.
- **MHPs hold misconceptions regarding ECs which may undermine this intervention.**
- **Improved dissemination of the THR and EC evidence-base is needed in mental healthcare.**"

(…)

"***Conclusion***
In summary, our findings provide insight into how MHPs perceive THR and ECs, and how they make decisions regarding the implication of such approaches in mental healthcare. ***These findings suggest that improved dissemination of the evidence-base supporting THR and ECs as effective tobacco control interventions is warranted.*** *Further exploration is required in order to determine how the acceptability of THR and ECs can be improved among MHPs, as this is essential if such approach is to be successfully integrated across the mental healthcare pathway as a viable tobacco control approach for smokers with mental health conditions.*"

- What is the value of peer involvement in advancing tobacco harm reduction? Caitlin Notley e.a., **2019** - https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0275-1

*"**In the UK, the peer involvement approach has also extended to stop smoking services, who have increased their enthusiasm for listening to and working with vapers.** In Leicester (a city in the Midlands, England), for example, adoption of an action-based research model was influential**, where vapers were invited to team meetings and were surveyed post-quit to establish what particularly it was about the vaping experience that meant this quit was more successful than previous attempts** ('I don't know, it just looked like smoke, and that made me feel happier'). Initially suspicious of e-cigarettes in 2014, the team shared feedback from service users, becoming more confident to be bolder in talking about vaping.*

One advisor observed that 'vapers are becoming stop smoking "advisors'. Unlike those who had quit smoking with licensed medication, those who quit with vaping became powerful advocates for switching among their friends and family, sharing their devices and giving encouragement to those still smoking to try vaping. ***Evidence from stop smoking services in England demonstrates superior quit rates among those who chose a non-licensed product, of between 14 and 20% greater than for prescribable nicotine replacement therapy alone. Currently, we are seeing the involvement of peers shaping smokefree policies by advising on approaches to supporting vaping as a smoking cessation tool.***

Further examples of peer involvement in advancing tobacco harm reduction can be seen among a sub-group of smokers who urgently need support: people with poor mental health. In this group, rates of tobacco smoking are much higher than the general population. There are many mental health trusts in England now where the successful use of e-cigarettes has helped inpatients cope with smoke-free policies, encouraging others to see the benefits, including health improvement, ease of maintaining nicotine levels without flouting local policy, financial savings and a tool to maintain a smoke-free life on discharge. *The pace of change we see now would not have happened if early adopters had not been heard when they held their vaporiser up and said 'This does it for me'. Such* ***clarion examples of how peer influence can have an impact on real-world outcomes*** *should be a positive trigger for other research departments to adopt the expertise of those with lived experience.*

In future, we hope to see vapers as advocates advancing the research agenda through posing new research questions. The value of peer involvement in tobacco harm reduction is that, through interdisciplinary research, equally valuing the input of 'experts by experience' with academic specialisms, we will reach evidence-based answers to important research questions exploring what is essentially a peer-led phenomenon, with unprecedented potential for harm reduction."

- Discussions between health professionals and smokers about nicotine vaping products: results from the 2016 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey, S. Gravely e.a., **2019** - Discussions between health professionals and smokers about nicotine vaping products: results from the 2016 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey - PubMed (nih.gov)

"Background and aims
***Debate exists about whether health professionals (HPs) should advise smokers to use nicotine vaping products (NVPs) to quit smoking. The objectives were to examine in four countries**: (1) the prevalence of HP discussions and recommendations to use an NVP; (2) who initiated NVP discussions; (3) the type of HP advice received about NVPs; and (4) smoker's characteristics related to receiving advice about NVPs."*

(…)

Findings
Among the 6615 smokers who visited an HP in the last year, 6.8% reported discussing NVPs with an HP and 2.1% of smokers were encouraged to use an NVP (36.1% of those who had a discussion). Compared with Australia (4.3%), discussing NVPs with an HP was more likely in the United States [8.8%, odds ratio (OR) = 2.15, 95% confidence interval (CI) = 1.41-3.29] and Canada (7.8%, OR = 1.87, 95% CI = 1.26-2.78). Smokers in Australia were less likely to discuss NVPs than smokers in England (6.2%), although this was not statistically significant (OR = 1.47, 95% CI = 0.98-2.20). Overall, the prevalence of HPs recommending NVPs was three times more likely in the United States than in Australia (OR = 3.07, 95% CI = 1.45-6.47), and twice as likely in Canada (OR = 2.28, 95% CI = 1.06-4.87) than in Australia. Australia and England did not differ (OR = 1.76, 95% CI = 0.83-3.74). Just over half (54%) of respondents brought up NVPs themselves; there were no significant differences among countries.

Conclusions
***Discussions in Australia, Canada, England, and the United States between smokers and health professionals about nicotine vaping products appear to be infrequent, regardless of the regulatory environment. A low percentage of health professionals recommended vaping products. This was particularly evident in Australia, which has the most restrictive regulatory environment of the four countries studied**."*

(…)

"Conclusions
Despite the need for more evidence on their efficacy and long-term safety, NVPs are now a more popular method for cessation than licensed NRT and prescription stop-smoking medications in many countries. ***In light of this, HPs should be prepared to provide balanced information about NVPs, particularly to smokers who are unable to stop smoking with approved cessation therapies, and for those who are requesting guidance regarding NVPs as a smoking cessation aid.*** *Overall, the results from this study have shown that discussions between smokers and HPs about both quitting smoking, and the possible role NVPs could play as a cessation aid, were* ***infrequent*** *in the four countries in 2016.* ***This may represent a lost opportunity for encouraging quitting smoking by providing a potentially attractive option to help smokers quit.*** *Some country differences were evident, particularly in Australia, which has the strictest regulatory environment, and where HPs were less likely to discuss and endorse NVPs."*

- Robson, D., King's College London, Widening access to e-cigarettes for people with mental health and/or substance use problems, lezing tijdens 'E-cigarette London', **2019** - https://www.e-cigarette-summit.co.uk/wp-content/uploads/sites/82/2019/11/16.20-Deborah-Robson.pdf

"Summary
- *Smoking rates remain high in this group*
- *Need to increase quit attempts and translate these into successful quits*
- ***E-cigarettes appear to be supporting the implementation of smokefree polices in NHS mental health organisations in England***
- ***Emerging evidence that e-cigs can help his group quit or reduce cigarette intake (with the right e-cig product)***
- ***Should not just settle on harm reduction (i.e. reduced smoking) – as this will just increase inequalities***
- ***Whilst at the same time redefining what success looks like for this group of smokers – and understand what outcomes they value most"***

- Mental health, smoking, harm reduction and quit attempts – a population survey in England, L. S. Brose, 2020 - (PDF) Mental health, smoking, harm reduction and quit attempts – a population survey in England (researchgate.net)

"Abstract

Background
Tobacco control strategies have engendered overall declines in smoking; however, a large gap remains between people with and without mental health problems, causing substantial health inequalities. Population-level information on barriers and opportunities for improvements is scarce. We aimed to assess mental health status of cigarette smokers and recent ex-smokers ('past-year smokers') in England, and smoking and harm reduction behaviour and quit attempts by mental health status. ***Methods****: Data were collected from 5637 current and 434 recent ex-smokers in 2016/17 in household surveys of representative samples of adults. We calculated weighted prevalence of different indicators of mental health problem: a) ever diagnosis, b) none, moderate, serious past-month distress, c) past-year treatment. We compared weighted smoking status, cigarette type, dependence, motivation to stop smoking, cutting down, use of nicotine replacement therapy or e-cigarettes, short-term abstinence, and quit attempts according to mental health status.* ***Results****: Among past-year smokers: 35.9% ever had a diagnosis; 24.3% had experienced moderate, an additional 9.7% serious, past-month distress; 21.9% had had past-year treatment. Those with an indication of a mental health problem were more highly dependent and more likely to smoke roll-your-own cigarettes but also more likely to be motivated to stop smoking, to cut down, use nicotine replacement therapy or e-cigarettes and to have attempted to quit in the past year.* ***Conclusions****:* ***About a third of cigarette smokers in England have mental health problems. Interventions should address their increased dependence and leverage higher prevalence of harm reduction behaviours, motivation to stop and attempts to stop smoking****."*

(…)

"Some implications for policy and clinical practice can be drawn from the findings. The relatively higher levels of motivation, attempts to stop smoking and harm reduction behaviours such as e-cigarette use among smokers with mental health problems compared to those without should be capitalised on by clinicians to reduce the burden from smoking*. Specific challenges such as higher dependence on tobacco need to be addressed by making effective support available. A combination of behavioural support and medication is most effective in the wider population of smokers and has been shown to be effective for smokers with severe mental illness and for smokers with and without mental health problems making quit attempts.*

In quit attempts and accompanied by behavioural support, e-cigarettes have been shown to be more effective than NRT. In the Smoking Toolkit Study, they were also associated with increased success rates for smokers with and without mental health problems. Additionally, smaller studies in smokers with severe mental illness who were not interested in quitting found that substantial proportions reduced their smoking by at least 50% when supplied with e-cigarettes. *Clinicians should ensure that patients (both inpatient and community) have their smoking status identified and recorded in health care records.* ***All***

***smokers irrespective of their mental health status should be advised about the most effective way to quit and either provided with treatment or referred for specialist stop smoking support. Ensuring harm reduction strategies are accessible should also be considered. Recently in England, the National Health Service has committed to funding tobacco treatment services for all smokers admitted to hospital, including the option to switch to e-cigarettes for mental health patients**. Future research needs to assess associations for specific mental health problems or groups of problems should also be assessed in addition to a catch-all category of any diagnosis."*

- *E-cigarettes versus NRT for smok*ing reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial, B. O'Brien, **2020** - (PDF) E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial (researchgate.net)

"Abstract

Background
People with mental illness have higher rates of smoking than the general population and are at greater risk of smoking-related death and disability. ***In smokers from the general population, electronic cigarettes (e-cigarettes) have been shown to have a similar effect on quit rates as nicotine replacement therapy, but little is known about their effect in smokers with mental illness**.*

Method
Secondary analysis of data from the ASCEND trial involving 657 dependent adult smokers motivated to quit, randomised to 16 mg nicotine e-cigarette, 21 mg nicotine patch, or 0 mg nicotine e-cigarette, with minimal behavioural support. Using self-reported medication use and the Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, we identified 86 participants with mental illness and analysed their cessation and smoking reduction outcomes.

Results
For e-cigarettes alone, and all interventions pooled, there was no statistically significant difference in biochemically verified quit rates at six months between participants with and without mental illness, nor in smoking reduction, adverse events, treatment compliance, or acceptability. Rates of relapse to smoking were higher in participants with mental illness. Among this group, differences between treatments were not statistically significant for cessation (patch 14% [5/35], 16 mg e-cigarette 5% [2/39], 0 mg e-cigarette 0% [0/12], p = 0.245), adverse events or relapse rates. However, e-cigarette users had higher levels of smoking reduction, treatment compliance, and acceptability.

Conclusions
The use of e-cigarettes for quitting appears to be equally effective, safe, and acceptable for people with and without mental illness. For people with mental illness, e-cigarettes may be as effective and safe as patches, yet more acceptable, and associated with greater smoking reduction."

- Fire Incidents in a Mental Health Setting: Effects of Implementing Smokefree Polices and Permitting the Use of Different Types of E-Cigarettes, D. Robson e.a., **2020** – Fire Incidents in a Mental Health Setting: Effects of Implementing Smokefree Polices and Permitting the Use of Different Types of E-Cigarettes - PMC (nih.gov)

*"**Abstract***

***Comprehensive smokefree policies in health care settings can have a positive impact on patients' smoking behaviour, but implementation is impeded by concern that surreptitious smoking may increase fire incidents. We investigated the incidence of routinely reported fire and false alarm incidents in a large mental health organisation in England over an 81-month period when different elements of a smokefree policy were implemented**. We used negative binomial regression models to test associations between rates of fire and false alarm incidents and three hospital smokefree policy periods with mutual adjustment for occupied bed days: (1) an indoor policy which allowed disposable e-cigarettes; (2) a comprehensive policy which allowed disposable e-cigarettes; and (3) a comprehensive policy with all e-cigarette types allowed. We identified 90 fires and 200 false alarms. Fires decreased (incidence rate ratio (IRR): 0.35, 95% CI: 0.17-0.72, p = 0.004) and false alarms increased (IRR: 1.67, 95% CI: 1.02-2.76, p = 0.043), each by approximately two-thirds, when all e-cigarette types were allowed, after adjusting for bed occupancy and the comprehensive smokefree policy. **Implementation of smokefree policies in mental health care settings that support use of all types of e-cigarettes may reduce fire risks, though measures to minimise effects of e-cigarette vapour on smoke detector systems may be needed to reduce false alarm incidents.**"*

(…)

*"**Conclusions***
*The tradition of supporting smoking and failure to provide access to tobacco-dependence treatment in mental health care settings has contributed to increased morbidity and mortality among people who smoke who use mental health services. Given the popularity of e-cigarettes, the growing evidence base for their effectiveness as cessation aids and the regulations in place**, it is important to ensure that people who smoke and use mental health services are afforded the same opportunities as those in the wider general population to take control of their health and choose to vape instead of smoke. The results of our statistical analysis show that, after mutual adjustment for policy changes and for occupied bed days, the introduction of a comprehensive smokefree policy was associated with a reduction in the rate of fire alarms, while the policy change from a comprehensive smokefree policy which included allowing the use of disposable e-cigarettes only to a comprehensive smokefree policy which allowed the use of all types of e-cigarettes was associated with a decreased monthly rate of fires but an increased rate of false alarms.** Providing care in a safe environment is an essential component of any public service.*

Implementation of a comprehensive smokefree policy which supports use of all types of e-cigarettes in mental health care settings has potential to reduce fire risk though measures to minimise the effects of e-cigarette vapour on smoke detector systems in these care settings may be needed to reduce false alarm incidents."

- *Depression causes vaping! Lezing tijdens de E-cigarette Summit London (**2021**) door Caitlin Notley* - Depression causes vaping! - The E-Cigarette Summit UK, 2022 (e-cigarette-summit.co.uk). Video: https://vimeo.com/649054668

"In this talk Professor Notley will discuss the latest evidence exploring associations between nicotine use and common mental health conditions, including depression. Complex intersectional relationships between nicotine use in different forms and depression will be explored, with consideration of alternative interpretations of observed associations in epidemiological datasets. ***Interpretive assumptions will be drawn out, including inappropriate claims of causal relationships between vaping and depression. The pleasure enhancing and beneficial self-soothing effects of using nicotine via different routes of administration, through smoking versus vaping, will be considered to underpin the thesis that habitual nicotine use can serve an important function in individuals lives, and that supporting those who are unable to stop using nicotine to use it in less harmful ways, is a social justice issue."***

- A Single-Arm, Open-Label, Pilot, and Feasibility Study of a High Nicotine Strength E-Cigarette Intervention for Smoking Cessation or Reduction for People With Schizophrenia Spectrum Disorders Who Smoke Cigarettes, P. Caponnetto e.a., **2021** - Single-Arm, Open-Label, Pilot, and Feasibility Study of a High Nicotine Strength E-Cigarette Intervention for Smoking Cessation or Reduction for People With Schizophrenia Spectrum Disorders Who Smoke Cigarettes | Nicotine & Tobacco Research | Oxford Academic (oup.com)

"***Abstract***

Introduction
An estimated 60%–90% of people with schizophrenia smoke, compared with 15%–24% of the general population, exacerbating the already high morbidity and mortality rates observed in this population.

Aims and Methods
This study aimed to assess the feasibility of using a new-generation high strength nicotine e-cigarette to modify smoking behavior in individuals with schizophrenia spectrum disorders who smoke cigarettes*. A single-arm pilot study was conducted with 40 adults with schizophrenia spectrum disorders who smoked and did not intend to reduce or quit smoking. Participants were given a 12-week supply of a JUUL e-cigarette loaded with a 5% nicotine pod. The primary outcome was smoking cessation at week 12. Additional outcomes included: smoking reduction, continuous abstinence at week 24, adoption rate, adherence to the e-cigarette, feasibility, acceptability, and subjective effects.*

Results
Sixteen (40%) participants quit by the end of 12 weeks. For the whole sample, we observed an overall, sustained 50% reduction in smoking or smoking abstinence in 37/40 (92.5%) of participants and an overall 75% reduction in median cigarettes per day from 25 to six was observed by the end of the 12 weeks ($p < .001$).

Conclusions

A high strength nicotine e-cigarette has the potential to help people with schizophrenia spectrum disorders to quit or reduce smoking. *Further research with a larger sample and a comparator group is needed. The results provide useful information and direction to augment the existing body of knowledge on smoking cessation for people with schizophrenia spectrum disorders.*

Implications

Considering that most people with schizophrenia spectrum disorders continue smoking, alternative and efficient interventions to reduce or prevent morbidity and mortality are urgently needed. This study showed that adults who smoke and were not motivated to quit, when provided a new-generation e-cigarette with high nicotine content, demonstrated substantially decreased cigarette consumption without causing significant side effects. *Although not specifically measured in this study, nicotine absorption in new-generation devices has been shown to be consistently superior compared with the first generation of e-cigarette devices, and this may help explain the lower quit rates in studies using earlier generation devices.*"

- Harm perceptions of nicotine-containing products and associated sources of information in UK adults with and without mental ill health: A cross-sectional survey, P. R. Perman-Howe, **2021** – Harm perceptions of nicotine-containing products and associated sources of information in UK adults with and without mental ill health: A cross-sectional survey - Perman-Howe - 2022 - Addiction - Wiley Online Library

"Background and aims

People with mental ill health are more likely to smoke and experience smoking-related harm than those without. Switching from combustible tobacco to lower-risk nicotine-containing products may be of benefit; however, misperceptions of harm may prevent their use. We aimed to assess, among adults with and without mental ill health, (1) perceptions of harm from nicotine and relative harm and addictiveness of different nicotine-containing products and (2) sources of information associated with harm perceptions."

(…)

"Conclusions

Among adults with a history of tobacco and/or e-cigarette use, those with serious mental distress appear to have less accurate harm perceptions of nicotine and nicotine-containing products than those with no/low distress, despite reporting similar sources of information."

(…)

"To conclude
in general, a large proportion of adults with a history of smoking tobacco and/or EC use in the United Kingdom have inaccurate harm perceptions of nicotine and nicotine-containing products. ***Those with serious mental distress are, overall, less likely to have accurate harm perceptions than those with no/low or moderate mental distress.*** *The most popular sources of information on the health effects of nicotine, cigarette smoking and ECs are opinions expressed by scientific experts and reports in the media and there is little variation according to level of mental distress.*

These findings suggest a need for clear and accurate information to be provided by the scientific community and accurately portrayed in the media in order to correct misperceptions of the harms of nicotine and nicotine-containing products. *There should be a focus upon* ***providing additional tailored information and support*** *for those with mental ill health who are substantially more likely to smoke and experience harm from smoking than the general population, but who are also more likely to have misperceptions of the health effects of nicotine and nicotine-containing products".*

- Characteristics of and reasons for electronic cigarette use among adult smokers with schizophrenia/schizoaffective disorder, J.A. Wong, **2022** - Characteristics of and reasons for electronic cigarette use among adult smokers with schizophrenia/schizoaffective disorder - PubMed (nih.gov)

"***Abstract***

Background
The objective of our study was to determine lifetime and current e-cigarette use among adult cigarette smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder, and to describe characteristics of these e-cigarette users.

Methods
Adult daily tobacco smokers with schizophrenia who were psychiatrically stable in outpatient treatment (n = 162) were enrolled in a motivational intervention study from 2013 to 2015 and followed for 6 months. Approximately 80% (n = 140) completed a 6-month follow-up, including the Population Assessment of Tobacco and Health survey.

Results
Among the 140 participants, 46% (n = 64) reported ever using e-cigarettes and 15% (n = 21) reported current use. Participants were significantly more likely to report ever-use if they were younger (Chi-square = 11.7, P < .01), lesbian/gay/bisexual (LGB) (Chi-square = 4.8, P = .03), or reported recent drug use (Chi-square = 6.5, P = .01). In a multivariate model, only age remained a significant predictor of ever-use (coefficient: 0.03; P = .02). The most common reasons for using e-cigarettes were "helps people quit cigarettes" and "less harmful to me or to people around me than cigarettes." Current e-cigarette users had significantly lower carbon monoxide levels than past e-cigarettes users (T = 2.08, P = .04).

Conclusions

Almost one-half of smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder reported ever using e-cigarettes. Interventions for tobacco use among this demographic should incorporate recognition of e-cigarette use, particularly among younger adults, illicit drug users, and LGB individuals."

- Electronic Cigarettes: an Overlooked Tool to Alleviate Disparities in Tobacco Use Disorder Among People with Mental Health and Substance Use Disorder, J. T. Vuong e.a., **2023** - https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-023-08137-z

*"**Abstract***

The remarkable decline in cigarette smoking since 1964 has plateaued; approximately 12.5% of Americans still smoke. ***People who continue to smoke are largely members of marginalized groups, such as people with behavioral health conditions (BHC), encompassing both mental health and substance use disorders.*** *Certified smoking cessation interventions can increase smoking abstinence in trials in people with BHC, yet smoking rates remain markedly increased, leading to increased mortality from smoking-related diseases, and worsening health disparities.* ***A novel approach tailored to the unique needs, characteristics, and circumstances of people with BHC is mandated****. One promising approach, the electronic cigarette, has not been embraced in the USA, likely due to an understandable concern for non-smoking young people among whom electronic cigarettes have been popular.* ***Recent data confirm that electronic cigarette use is declining among young people, yet cigarette smoking is not declining among people with BHC. We propose smoking cessation trials utilizing electronic cigarettes in people with BHC****. To this goal, the UK has already begun allowing companies to submit their products for approval as medically licensed electronic cigarettes that can be prescribed as smoking cessation aids. Our proposal is timely, backed by evidence, and aims to save hundreds of thousands of American lives."*

(…)

Summary

Although not a panacea, electronic cigarettes may represent a powerful harm reduction tool amongst subpopulations traditionally left behind in conventional smoking cessation movements. The argument in favor of studies of electronic cigarettes as a smoking cessation, harm reduction intervention in people with BHC is multi-faceted. *People with BHC have higher levels of smoking burdens and nicotine addiction compared to the general population, and they quit at lower rates.* ***Unlike NRT, the nicotine delivery from an electronic cigarette mimics the nicotine pharmacokinetics of tobacco cigarettes unaccompanied by high levels of toxicants and carcinogens. Thus, electronic cigarettes may be well positioned to satisfy this nicotine addiction, and mitigate the intense nicotine withdrawal symptoms that sabotage many quit attempts.*** *People with BHC want to stop smoking, and indicators suggest that electronic cigarettes would be an acceptable and well-received intervention.*

Ideally, people with BHC would use electronic cigarettes only as long as necessary to quit smoking completely (no dual use), and then when ready, also quit electronic cigarettes. People with BHC including both mental illness and SUD have frequent interactions with healthcare providers, starting from a young age—providing an opportunity for tailored support for quit attempts*. One could envision* ***initiating electronic cigarette protocols within the facilities that treat BHC, paired, finally, with an unconditional ban on combustible tobacco cigarettes****. Furthermore, if the implementation of electronic cigarettes for smoking cessation proves to be successful in individuals with BHC, this would encourage further trials in other marginalized communities that are vulnerable to cigarette-associated disparities. We argue that the implementation of a bespoke, multi-pronged approach that includes electronic cigarettes, as well as certified cessation for people with BHC, parallel to that used in the general population, has the* ***potential to alleviate disparities and improve tobacco-related health outcomes among the nation's most disadvantaged populations****, and saving, literally, hundreds of thousands of lives."*

- Associations between smoking and vaping prevalence, product use characteristics, and mental health diagnoses in Great Britain: a population survey, E. Taylor e.a., 2023 – (PDF) Associations between smoking and vaping prevalence, product use characteristics, and mental health diagnoses in Great Britain: a population survey (researchgate.net)

*"**Abstract***

Background

Rates of diseases and death from tobacco smoking are substantially higher among those with a mental health condition (MHC). Vaping can help some people quit smoking, ***but little is known about vaping among people with MHCs or psychological distress. We assessed the prevalence and characteristics (heaviness, product type) of smoking and/or vaping among those with and without a history of single or multiple MHC diagnoses and with no, moderate or serious psychological distress.***

Methods

Data from 27,437 adults in Great Britain surveyed between 2020 and 2022. Multinomial regressions analysed associations between smoking, vaping and dual use prevalence, smoking/vaping characteristics and (a) history of a single or multiple MHC and (b) moderate or serious psychological distress, adjusted for age, gender, and socioeconomic status.

Results

Compared with people who had never smoked, those who currently smoked were more likely to report a history of a single (12.5% vs 15.0%, AOR=1.62, 95% CI=1.46-1.81, p<.001) or multiple MHCs (12.8% vs 29.3%, AOR=2.51, 95% CI=2.28-2.75, p<.001). Compared with non-vapers, current vapers were more likely to report a history of a single (13.5% vs 15.5%, AOR=1.28, 95% CI=1.11-1.48, p<.001) or multiple MHCs (15.5% vs 33.4%, AOR=1.66, 95% CI=1.47-1.87, p<.001). Dual users were more likely to report a history of multiple MHCs (36.8%), but not a single MHC than exclusive smokers (27.2%) and exclusive vapers (30.4%) (all p<.05). Similar associations were reported for those with moderate or serious psychological distress.

Smoking roll-your-own cigarettes and smoking more heavily, were associated with a history of single or multiple MHCs. There were no associations between vaping characteristics and a history of MHCs. Frequency of vaping, device type and nicotine concentration differed by psychological distress.

Conclusions

Smoking, vaping and dual use were substantially higher among those with a history of MHC, especially multiple MHC, and experiencing past month distress than those not having a history of MHC or experiencing past month distress respectively. Analysis used descriptive epidemiology and causation cannot be determined*.*

(…)

"The association between comorbid mental health and smoking and vaping is complex and needs greater investigation. Future research should investigate if certain clusters of comorbid MHCs are associated with smoking and vaping, and how stop smoking interventions can help these specific groups. Future research should also explore dual use among those with MHCs and psychological distress and how targeted interventions can help people transition from dual use to exclusive vaping and/or use of other cessation aids to completely stop tobacco cigarette smoking."

- *University Oxford, Let's talk e-cigarettes (podcast die hoort bij de e-cigarettes Cochrane systematic review)* ***2023*** *-* June 2023 Sarah Pratt | University of Oxford Podcasts

"Associate Professor Jamie Hartmann-Boyce and Dr Nicola Lindson discuss the new evidence in e-cigarette research and interview Associate Professor Sarah Pratt from Dartmouth University. This podcast is a companion to the electronic cigarettes Cochrane living systematic review and shares the evidence from the monthly searches.

Sarah Pratt discusses her research and her study of e-cigarette provision to people with serious mental illness to support them transitioning away from combustible tobacco. *This research is funded by the US National Institute on Drug Abuse. An abstract of this work was presented at the Society for Research into Nicotine and Tobacco, SRNT, meeting in 2023 and published in Nicotine & Tobacco Research last year.* ***People with serious mental illness (SMI) have great difficulty quitting and sustaining abstinence, warranting novel harm reduction strategies, including switching to potentially reduced-harm nicotine products, such as e-cigarettes****. Sarah Pratt and her team conducted the first-ever trial of e-cigarette provision with instructions on their safe use versus usual care in 240 chronic smokers with SMI. They tested whether substitution of e-cigarettes could reduce harm as measured by the cigarette metabolite and carcinogen NNAL (the nitrosamine (4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol). The e-cigarette group had significantly lower NNAL at 4 weeks but the group difference was attenuated at 8 weeks.* ***This study demonstrated rapid short-term harm reduction among chronic smokers with SMI assigned to receive e-cigarettes. The attenuation of this effect at 8 weeks suggests that smokers with SMI require more than e-cigarette provision alone to maintain reduced smoking.***

Sarah and her team conclude that development of a behavioural intervention in addition to e-cigarette provision seems warranted to prevent morbidity and early mortality in this high-risk group of smokers.

For more information on the study see: Pratt SI, Ferron JC, Brunette MF, Santos M, Sargent J, Xie H. E-Cigarette Provision to Promote Switching in Cigarette Smokers with Serious Mental Illness-A Randomized Trial. Nicotine Tob Res. 2022 Aug 6;24(9):1405-1412. doi: 10.1093/ntr/ntac082. PMID: 35363874; PMCID: PMC9356685.

SRNT 2023, abstract PPS22-5, RCT assessing the effect of e-cigarettes versus usual smoking on NNAL among chronic smokers with serious mental illness."

Dit is de link naar de studie: E-Cigarette Provision to Promote Switching in Cigarette Smokers With Serious Mental Illness-A Randomized Trial - PubMed (nih.gov). De 'Implications' vermeld in deze studie:

"Implications
This was the first prospective study to compare e-cigarette provision with assessments only to evaluate the appeal and impact of e-cigarettes on smoking behavior, carbon monoxide exposure, and nicotine dependence among smokers with SMI who had tried but were unable to quit and were not currently interested in cessation treatment. ***The finding that e-cigarette provision led to significant reductions in smoking and carbon monoxide without increasing nicotine dependence has implications for reducing harm not only among the millions of smokers with SMI who struggle to quit, but also for other vulnerable smokers who cannot achieve cessation****."*

3 Rapporten en adviezen

- Public Health england, Smokefree mental health services in England, 2016 - Smokefree mental health services in England - guidance for providers (publishing.service.gov.uk)
- Public Health England: Health matters: smoking and health, 2020 - Health matters: smoking and mental health - GOV.UK (www.gov.uk)
- Public Health England, GOV.UK, Guidance 'E-cigarettes: use by patients in NHS mental health organisations', **2020** - E-cigarettes: use by patients in NHS mental health organisations - GOV.UK (www.gov.uk)
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence): Smoking: acute, maternity and mental health services, **2013** - Smoking: acute, maternity and mental health services | Guidance | NICE . Geüpdatet en vervangen door: tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence, last updated November **2023** - https://www.nice.org.uk/guidance/ng209

  "*Smoking is a major risk factor for these conditions and* ***introducing smokefree policies*** *has been recommended to mental health service providers in England by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), in their Public Health Guideline 48: Smoking: acute, maternity and mental health services*."

In het geüpdate advies (Overview | Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence | Guidance | NICE) zijn 2 onderdelen interessant als het gaat over een rookvrije psychiatrische setting:

- Recommendations on treating tobacco dependence | Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence | Guidance | NICE
  - Zie 1.12: 'Stop-smoking interventions' (er worden 4 categorieën onderscheiden: gedragsinterventies (gedragsmatige ondersteuning, kort advies), medisch erkende producten (bupropion, varenicline, NRT), Allen Carr en e-sigaretten met nicotine
  - Zie 1.14: 'Support to stop smoking in secondary care services'
  - Zie 1.15: 'Supporting people who do not want, or are not ready, to stop smoking in one go to reduce their harm from smoking'
- Recommendations on policy, commissioning and training | Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence | Guidance | NICE

- Hoge Gezondheidsraad (HGR), elektronische sigaret: evolutie, **2022** - 20220616_hgr-9549_advies_e-sigaret_vweb_0.pdf (belgium.be)

(Woorden en zinnen in vet hieronder door Vlaams Instituut Gezond Leven)

De HGR bevestigt in een kernboodschap van het advies dat de e-sigaret verschillende opportuniteiten heeft voor rokers en een constructieve rol kan opnemen binnen een rookbeleid gericht op kwetsbare rokers zoals psychiatrische patiënten:

"*Het relatieve risico van de e-sigaret ten opzichte van roken is eveneens duidelijk: de e-sigaret wordt substantieel minder schadelijk ingeschat dan roken. Ze vormt voor rokers een* ***beter alternatief*** *dan roken en kan als* ***rookstopmiddel*** *gebruikt worden. Aangezien roken sterk samenhangt met een maatschappelijk kwetsbare positie (psychiatrische patiënten, mensen in gevangenissen, mensen met een beperkte opleiding, mensen met een lager inkomen, enz.)* ***kan de e-sigaret ook een positieve rol spelen in het toekomstig rookstopbeleid bij deze kwetsbare groepen van hardnekkige zware rokers****. Volgens de huidige kennis zou haar exclusief gebruik voor (ex-)rokers kunnen leiden tot een duidelijke daling van de gezondheidsrisico's, op voorwaarde dat ze effectief stoppen met roken."* (p. 1-2)

De vraag of er bepaalde gebruikersprofielen zijn die wel/niet gebaat zijn met de e-sigaret als rookstopmiddel wordt als volgt beantwoord als het gaat over psychiatrische patiënten:

"***Er is een acuut en urgent probleem wat het rookgedrag betreft bij mensen met psychische problemen****: de prevalentie is heel hoog en een groot gedeelte van de gezondheidsproblemen en sterfte bij deze groep, is te wijten aan het roken. De klassieke methoden van rookstop lijken minder of niet aan te slaan binnen deze groep. Daarom wordt door verschillende onderzoekers de e-sigaret als een alternatief naar voren gebracht. Sommige experten in de HGR wijzen ook op het vroegere en huidige gebrek aan interesse voor klassieke rookstopbegeleiding binnen de geestelijke gezondheidszorg.*

De e-sigaret wordt volgens onderzoek (zie hoofdstuk 6) aanvaard door de doelgroep zelf en het 'vapen' is minder schadelijk dan het roken van tabak, tenminste op korte termijn, wat er zou voor pleiten om de e-sigaret als rookstopmiddel binnen deze doelgroep aan te bieden. ***Psychiaters zouden ook beter op de hoogte moeten zijn van e-sigaretten, zodat een shared decision met de patiënt kan worden genomen over het al dan niet gebruiken van e-sigaretten voor rookstop. De eerste prioriteit hierbij blijft het verminderen van het tabaksgebruik.***

Op basis van geïnformeerde keuze en shared decision, kan de beste manier worden geselecteerd om tot rookstop te komen voor de roker uit deze specifieke doelgroep. Daarbij blijven uiteraard ook de klassieke rookstopmethoden via de ***tabakologen*** *van groot belang. Tabakologen die erin geïnteresseerd zijn om deze kwetsbare groepen rookstophulp aan te bieden, zullen wel experten moeten worden in het begeleiden van deze groepen en ook vertrouwd moeten worden gemaakt met het gebruik van de e-sigaret als rookstopmiddel, in het geval na een geïnformeerde keuze de e-sigaret de methode van voorkeur blijkt te zijn.* ***Ook de combinatie NRT en e-sigaret is een optie.****"* (zie p. 21-22)

Hoofdstuk 6 van het advies gaat over het gebruik van e-sigaretten door mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de probleemstelling wordt aangegeven dat er een hoge prevalentie van roken wordt vastgesteld bij mensen met psychische problemen en dat de prevalentie hoog blijft. Mensen in deze kwetsbare situatie overlijden vroegtijdig, maar vooral als gevolg van hun ongezonde leefwijze – waarbij rookgedrag een grote impact heeft -, en niet per se door hun psychiatrische aandoening.

Mensen met psychische gezondheidsproblemen zijn wel gemotiveerd om te stoppen met roken, om minder te roken, NRT of e-sigaretten te gebruiken. Rookstop is voor deze groep echter moeilijker en de klassieke rookstopmethoden slaan bij hen om verschillende redenen minder goed aan. "*Daarom kan worden nagegaan of en hoe e-sigaretten in deze groep van mensen met psychische problemen een alternatief kunnen zijn, zeker wanneer meer veiligheidsgaranties kunnen aangetoond worden*." (p. 60). Verschillende auteurs, die aangehaald worden in het advies, geven aan dat de e-sigaret een rookstopmiddel en een vorm van harm reduction kan zijn (zie p. 60-63).

Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de onderzoeksresultaten en bedenkingen bij het (mogelijke) gebruik van de e-sigaret door mensen met een psychische problematiek (zie p. 60-63 en de 'bespreking' op p. 63-64).

"Er wordt geregeld gesproken over 'harm reduction' of schadebeperking als men voorstelt om bij mensen met een psychische aandoening e-sigaretten te introduceren om te komen tot minderen of stoppen met roken. De vergelijking die dan soms wordt gemaakt met het toedienen van methadon als substitutieproduct voor heroïne, loopt echter mank. De veiligheidsstandaarden voor methadon zijn duidelijk, die voor de e-sigaret (nog) niet. Langs de ene kant zou men vanuit het voorzorgsprincipe kunnen stellen dat men enkel vervangproducten zou mogen aanraden en aanbieden waarbij de veiligheidsstandaarden in orde zijn. Langs de andere kant zijn veiligheidsstandaarden zelden of nooit absoluut maar kan men wel streven naar een zo veilig mogelijk gebruik. ***Hierbij is het van belang om de balans te vinden tussen enerzijds de veiligheid van het product (e-sigaret) en anderzijds vermijden dat het niet meer of veel minder zal worden gebruikt. Het afraden van e-sigaretten omdat ze niet 100 % veilig zijn, kan ertoe leiden dat rokers met een psychische***

***gezondheidsprobleem blijven roken, waarbij er hoogstwaarschijnlijk een veel hoger risico zal zijn voor de gezondheid**.*

Het vinden van deze balans, zal allicht een proces van langere adem zijn. Terwijl er enerzijds werk moet worden gemaakt van het zo veilig mogelijk maken van de e-sigaret, sluit dit echter niet uit dat er tegelijkertijd kan worden ingezet op het opstarten van een degelijk en breed gedragen rookbeleid in de verslavings- en psychische gezondheidszorg met eventueel gebruikmaking van de e-sigaret als bijkomend rookstopmiddel voor de doelgroep van mensen met een psychische aandoening." (p. 65)

In het advies wordt aangegeven dat het resultaat van inzetten op de e-sigaret (stoppen met tabak roken, harm reduction) ondanks verschillende mogelijke bedenkingen *"voor deze specifieke doelgroep van rokers met een mentaal gezondheidsprobleem ook ontzettend belangrijk is."* (p. 66).

Het hoofdstuk eindigt met een '**gewenste evolutie: opinies van de experten'**: "*Geestelijke gezondheidszorg, zoals psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en centra geestelijke gezondheidszorg zouden meer moeten gaan inzetten op een rookbeleid en op stoppen met roken als onderdeel van dit rookbeleid. Roken zou niet meer benaderd moeten worden als een vrije keuze of een leefstijl, maar als een verslaving die om behandeling vraagt. Elke patient dient, geintegreerd in zijn/haar psychiatrische behandeling, een aanbod te krijgen op begeleiding van zijn/haar rookgedrag. Er zou dringend moeten worden ingezet op zo veilig mogelijke e-sigaretten, idealiter als erkend medicinaal rookstopmidddel en zo lang dat niet het geval is, als consumentenproduct met zo veel mogelijk veiligheidsgaranties. De verkoop van tabak en nicotineproducten via automatische distributeurs op het terrein van psychiatrische ziekenhuizen zou verboden moeten worden. De distributie van nicotinevervangers zou een officiëler element moeten worden bij de hulpverlening aan rokers. De HGR pleit alvast voor een tussenkomst in de aanschafprijs van NRT. Ook de prijs van een e-sigaret blijft best op een toegankelijk niveau."* (p. 66)

- Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, advies nr 81, rookverbod in FPC's, **2022** - Advies nr. 81 - Rookverbod in FPC's | FOD Volksgezondheid (belgium.be)

(Woorden en zinnen in vet hieronder door Vlaams Instituut Gezond Leven)

'Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek' kreeg deze vraag voorgelegd: "***Wat is uw advies over het al dan niet (gedeeltelijk) invoeren van een rookverbod in een forensisch psychiatrische instelling?*"** (p. 5) Enkele klemtonen die in het advies gelegd worden zijn de volgende:

"*De vraag die door de forensische psychiatrische centra (FPC) wordt voorgelegd, raakt voornamelijk aan **vier ethische principes**. Er is vooreerst **de autonomie van de patiënten en hun vrijheid om al dan niet tabak te gebruiken**. Er is het **principe van het niet-schaden van derden** (patiënten en personeel). Vervolgens en daarmee samenhangend is er de **plicht van de overheid om zich met de volksgezondheid in te laten**. Tot slot is er het **principe van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten en geïnterneerden**. Wat dat laatste betreft moeten we er rekening mee houden dat geïnterneerden over zeer weinig vrijheden*

beschikken en dat hun zeer beperkte eigen woonruimte ook steeds voor het personeel toegankelijk is en deel uitmaakt van hun werkplek.

***Er rijzen verschillende vragen**. Hoe kan in een dergelijke context de autonomie en de vrijheid om te roken worden verzoend met het recht op een gezonde verblijfs- en werkomgeving voor niet-rokers? In hoeverre kan het recht op roken worden verzoend met de feitelijke organisatie en werking van een FPC? Hoe kan het respect voor individuele autonomie verzoend worden met gezondheidspreventie? Wat is de visie op gezondheid die ten grondslag ligt aan de bestrijding van het tabaksgebruik? Is het legitiem om een verdere beperking van de vrijheid op te leggen aan mensen die tegen hun wil zijn opgesloten en wier vrijheid reeds ernstig is beperkt?"*

Vervolgens komen in het advies de **verschillende aspecten van roken aan bod**: culturele, sociologische, epidemiologische en gezondheid en veiligheid (brandgevaar) (zie p. 8-23). Op deze bladzijden wordt onder meer vermeld dat vertegenwoordigers van de FPC's in Antwerpen en Gent aangeven dat 80% van de patiënten rokers zijn.

"*Op dergelijke plaatsen heerst een soort **rookcultuur** die ervoor kan zorgen dat ook niet-rokers die daar aankomen na verloop van tijd beginnen te roken. Zowel onder de patiënten als onder het personeel zijn er een aantal "neo-rokers", d.w.z. mensen die bij aankomst niet-rokers waren en die beginnen te roken wanneer zij met anderen in contact komen.*

*In psychiatrische instellingen en afdelingen blijkt bovendien dat niet alleen onder de patiëntenpopulatie, maar **ook onder het personeel bovengemiddeld veel wordt gerookt**. Samen roken wordt door het personeel soms gezien als een manier om de dialoog met patiënten te vergemakkelijken. Roken dient als afleiding en zou ook een sociale functie vervullen. Veel interacties vinden plaats bij en rond het gebruik van tabak: discussies, uitwisselingen, maar ook smokkel, conflicten, zelfs geweld. **Tot voor kort leek er in veel psychiatrische inrichtingen een hoge tolerantie voor roken te bestaan. In dit opzicht is de situatie aan het veranderen**: de betrokken afdelingen worden zich steeds meer bewust van het gevaar van roken voor de gezondheid van deze bijzonder kwetsbare bevolkingsgroep, voor de schade aan derden (personeel en patiënten die niet roken, maar passief meeroken) en de negatieve gevolgen van het roken voor de algemene werking."* (p. 12)

Het **juridische kader** beslaat een omvangrijk deel van het advies (zie p. 24-36). Eerst wordt uitgelegd hoe het begrip 'bescherming van de maatschappij' geëvolueerd is. Daarna wordt kort ingegaan op het rookverbod in de forensische psychiatrische centra: "*Het **basisprincipe van de huidige wetgeving** inzake roken is dat iedereen het recht heeft om te roken behoudens waar dit verboden is. Zo is roken over het algemeen toegelaten in openlucht of in privéwoningen. Kenmerkend voor gesloten instellingen is enerzijds dat geïnterneerden er gedwongen verblijven en niet altijd de mogelijkheid hebben om zich vrij naar buiten te bewegen en anderzijds dat de instellingen de werkplaats zijn van het personeel. In werkplaatsen geldt in principe een rookverbod. De algemene bepaling van artikel 3, § 1, Wet 22 december 2009 legt een rookverbod op in gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek. Dit verbod is ook van toepassing op openbare gebouwen, ziekenhuizen en zorginstellingen."* (p. 26-27)

Er wordt vervolgens dieper ingegaan op de **wettelijke basis voor het rookverbod**. Na het opsommen van een aantal door ons land geratificeerde verdragen waarin principes zijn opgenomen die van toepassing zouden kunnen zijn op een mogelijk rookverbod wordt verwezen naar verschillende artikels van de 'Wet van 22/12/2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook'. Belangrijk daar is: "***Op basis van artikel 11, § 2, is het algemeen verbod niet van toepassing in de als private vertrekken te beschouwen plaatsen in een gesloten instelling**. Wie in een gesloten instelling moet verblijven heeft immers niet de mogelijkheid om zich vrij naar buiten te bewegen. Nochtans zijn deze private plaatsen ook een werkplaats voor het personeel die in principe recht hebben op een rookvrije werkplek."* (p. 29). (…) "*De wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook verbiedt het roken in gesloten centra niet helemaal.*

Gelet op de bijzondere omstandigheden in gesloten centra geldt het rookverbod niet in de private gedeeltes. Dit werd ook door het Grondwettelijk Hof bevestigd weliswaar toegespitst op de gevangenissen. Hierbij is de wetgever voorbijgegaan aan het feit dat het personeel ook toegang moet hebben tot deze private gedeeltes en dus kan onderworpen worden aan passief roken. Nochtans is de wet bedoeld om de rechten van de werknemers te beschermen." (p. 34)

Ook wordt ingegaan op de vraag of een rookverbod niet haaks staat op de toepassing van de 'Wet op de patiëntenrechten' (22:8/2002), onder meer omdat artikel 8 ervan bepaalt dat de patiënt het recht heeft geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. "*Het rookverbod houdt geen medische behandeling in zodat de wet patiëntenrechten geen beletsel is om een rookverbod in te voeren zonder akkoord van de patiënt. Een verplichte medisch begeleide ontwenning is wel een medische handeling en vergt het akkoord van de patiënt. De wet patiëntenrechten staat als dusdanig een algemeen rookverbod afwijkende van de vrijheid in de globale samenleving niet in de weg.*" (p. 34).

"***Een algemeen rookverbod zou wel een wetswijziging vereisen in die zin dat de uitzondering van artikel 11, § 2, van de wet van 22 december 2009 moet worden geschrapt**. Deze uitzondering zou dan idealiter moeten geschrapt worden voor alle gesloten instellingen dus ook voor de gevangenissen, des te meer daar veel patiënten in FPC's eerst in een gevangenis hebben verbleven.*" (p. 34-35).

Wat de specifieke situatie betreft van gedetineerden en geïnterneerden moet rekening gehouden worden met de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de **rechtspositie van de gedetineerde**. "*Inzake de rookrestricties of het instellen van een rookverbod betekent dit dat moet worden nagegaan of deze niet als een **bijkomende straf** kunnen worden gezien. Indien dat het geval zou zijn, gaat dit in tegen de rechtspositie van gevangenen en geïnterneerden. Het rookbeleid mag niet gebruikt worden om mensen extra te straffen voor andere feiten en moet los staan van het feit dat het van toepassing is op mensen die strafrechtelijke feiten hebben gepleegd.*" (p. 32)

In het advies wordt verder nog gekeken naar een arrest door het Grondwettelijk Hof waarin de situatie in de gevangenissen geanalyseerd wordt. Ook wordt er ingegaan op de verschillende toepassing van art. 11 van de wet van 2009 in verschillende gesloten instellingen.

Een volgend hoofdstuk van het advies is gewijd aan **ethische beschouwingen** (p. 36-46): "*Om de gestelde vraag om advies vanuit een ethisch perspectief te benaderen, zijn de volgende beginselen en concepten het meest relevant:*

- ***autonomie**: recht op zelfbepaling, recht om het eigen leven vorm te geven op basis van eigen inzichten omtrent het goede leven;*
- ***gelijkwaardige (rechtvaardige) behandeling van mensen**;*
- ***paternalisme**: manier om met gezaghebbende welwillendheid de andere te behandelen vanuit een visie op het goede waarbij geen rekening met eventuele voorkeuren van individuen wordt gehouden. In de praktijk kan er paternalisme worden waargenomen bij professionele zorgverleners en publieke overheden;*
- ***niet-schaden en beschermen van de ander**: zich gedragen op een manier die anderen niet in gevaar brengt en dit gedrag bevorderen."* (p. 36)

Er zijn **twee ethische dilemma's**: dat tussen een paternalistische visie op gezondheid en respect voor autonomie en dat tussen het respect voor anderen en het respect voor autonomie.

*"De strijd tegen het tabaksgebruik komt dus voort uit een **dubbele visie**. Enerzijds is er een visie die als paternalistisch kan beschouwd worden omdat ze tot doel heeft dat rokers niet of minder roken om aldus hun eigen gezondheid en de openbare gezondheid te beschermen. Anderzijds is er een beschermende visie die erop gericht is de slachtoffers van tabak uit de omgeving van de roker te beschermen. Bovendien is autonomie in de huidige samenleving een dominante waarde. De eisen voor een vrije keuze of zelfbepaling komen sterk tot uiting, vooral wanneer het ons lichaam en onze gezondheid aanbelangt. In dit verband kunnen maatregelen ter voorkoming van risicogedrag als illegitieme vrijheidsbeperkingen worden beschouwd.*" (p. 37)

Wat het eerste dilemma betreft: "*Het is niet omdat mensen in een gesloten centrum verblijven, ze strafrechtelijke feiten hebben gepleegd of een psychiatrische aandoening hebben dat hun zomaar een specifieke opvatting van het goede leven, i.c. een gezond leven, kan worden opgelegd. Dat deze mensen in hun handelen worden beperkt ter bescherming van de maatschappij, rechtvaardigt op geen enkele manier een paternalistische of utilitaristische behandeling inzake rookgedrag. Deze patiënten hebben net als alle andere mensen het recht om, weliswaar binnen hun beperkte omstandigheden, hun eigen leven vorm te geven op basis van wat zij zelf het meest waardevol vinden. De keuze om in meer of mindere mate gezond te leven behoort daartoe."* (p. 38)

Wat het tweede dilemma betreft: "*Het tweede dilemma heeft enerzijds betrekking op het respect voor de autonomie van de persoon die ervoor kiest roker te zijn en anderzijds het respect voor de anderen (geïnterneerden of werknemers) die dezelfde omgeving delen zonder de mogelijkheid te hebben van omgeving of plaats te veranderen en die dus onvrijwillig worden blootgesteld aan de onaangename (geuren) en schadelijke (gezondheidsrisico) aspecten van tabaksrook. De autonomie van de roker tast het recht van anderen aan om niet blootgesteld te worden aan passief roken, hun recht op een gezonde werkomgeving (voor het personeel) en leefomgeving (voor de geïnterneerden). De architectuur van de ruimten en de interne organisatie ervan maken het niet altijd mogelijk ruimten aan te bieden waar gerookt kan worden zonder anderen schade te berokkenen. Omdat niet-rokers onder het*

personeel en patiënten de met rook doordrongen plaatsen niet kunnen verlaten, beschikken zij niet over keuzevrijheid." (…) "

Net als in alle gesloten centra ligt de problematiek van passief roken bijzonder gevoelig in FPC's. De geïnterneerden worden gedwongen daar te verblijven en hebben weinig of geen mogelijkheden om naar buiten te gaan. De kamers zijn voor de rokers een privéruimte, maar voor het personeel een werkplek. Bovendien zijn ruimten die speciaal zijn aangewezen als "rookruimten" niet altijd voldoende uitgerust om te voorkomen dat de rook zich naar de gangen en niet-rokersruimten verspreidt. Als patiënten in de huidige structuur van de FPC's mogen roken, berokkent dit bijna onvermijdelijk schade aan niet-rokers. Aan elke keuze zijn nadelen verbonden: door roken toe te staan, wordt schade toegebracht aan niet-rokers en aan de werking van de organisatie; door roken te verbieden, wordt inbreuk gemaakt op de autonomie van de patiënt. Deze specifieke belangen moeten proportioneel tegen elkaar worden afgewogen. Heeft de autonomie van de rokende patiënt voorrang op de gezondheid van de niet-roker in het bijzonder het personeel en de werking van het FPC of niet?" (p. 39)

Het eigen ethische standpunt van het Comité is vervolgens gebaseerd op de volgende redeneringen:

- **Legitimiteit van antirookmaatregelen**: in de brede samenleving wordt roken door de overheid ontraden maar niet verboden. "*Het Comité is van mening dat het rookbeleid in gesloten inrichtingen zo veel mogelijk in overeenstemming moet zijn met het rookbeleid dat voor de algemene bevolking geldt. Dit betekent dat voor het rookbeleid in de eerste plaats het beginsel van niet-schaden en het recht op autonomie van toepassing zouden moeten zijn, door middel van informatie en keuzevrijheid.*" (p. 40)
- **Dilemma paternalisme – autonomie**: "*Het Comité is van mening dat in het dilemma tussen een paternalistische visie op gezondheid en het respect voor autonomie, het niet zozeer van belang is om de autonomie als zodanig centraal te stellen, maar veeleer een proces van "empowerment"*". (p. 40)
- **Belangrijkste probleem: het spanningsveld tussen de autonomie van rokers en de bescherming van niet-rokers**: "*Juridisch gezien is roken in privéruimten in principe niet verboden – ook niet in gesloten instellingen. In de praktijk is roken in de kamers van de FPC's echter wel verboden, aangezien deze ook de werkplek van het personeel zijn. Ter compensatie wordt de mogelijkheid gecreëerd om op aangewezen plekken binnen en buiten te roken. Het Comité heeft begrip voor deze pragmatische oplossing die de vrijheid van de roker met het recht van het personeel probeert te verzoenen. Wij merken daarnaast op dat deze oplossing in de praktijk niet afdoende is. Ten eerste is het de facto niet altijd mogelijk om de rook in de gesloten ruimten te houden. Vaak verspreidt de geur van rook zich door het hele gebouw. Ten tweede is het niet mogelijk het personeel volledig uit deze aparte rookruimten te weren, aangezien het soms moet ingrijpen en ter plekke aanwezig moet zijn. Ten derde kan de vrijheid om te roken de werking van de instellingen bemoeilijken. De individuele vrijheid en de autonomie van de roker kunnen botsen met de bescherming van de gezondheid van het personeel en van de andere bewoners, en met de goede organisatie en werking van de instelling. Hoewel het Comité geen voorstander is van een volledig rookverbod in FPC's, is het van mening dat de vrijheid van rokers de niet-rokers niet in gevaar mag*

brengen. De concrete oplossingen om deze conflicten op te lossen zijn beslist niet eenvoudig." (p. 41-42)

- **Kan een totaal rookverbod ingesteld worden?** Het Comité is om verschillende redenen geen voorstander (vrijheid van de bewoners wordt al sterk beperkt, roken heeft een rustgevend effect en is vorm van tijdverdrijf, het is niet zonder risico (agitatie, agressie, mogelijk incidenten, schadelijk voor de sereniteit en goed functioneren van de instelling), het is weinig realistisch en zelfs riskant, het gaat verder dan het rookbeleid in de gewone samenleving en kan als een onevenredige inbreuk op de persoonlijke vrijheid geïnterpreteerd worden en dit voor mensen wier vrijheid al ernstig beperkt is).
- **Naar gedeeltelijke of geleidelijke abstinentie?** "*Ook als roken is toegestaan, hebben patiënten en personeel het recht zoveel mogelijk tegen passief roken te worden beschermd. Bijgevolg zou de uitdaging voor de FPC's erin bestaan een beleid te voeren dat roken (op beperkte wijze) toestaat zonder dat het anderen en hun werkomgeving schade berokkent. Ook de levenskwaliteit en de organisatie van de instellingen moet in aanmerking worden genomen. Het is legitiem om het gedrag en de rookmogelijkheden van de bewoners te reguleren in het licht van het goed functioneren van de instelling.*

  Roken kan in dat opzicht worden beperkt tot afgesproken uren en zones. Tegelijkertijd helpt het beperken van de rookmogelijkheden om het aanstekelijke aspect van roken te bestrijden. Het is wenselijk om te investeren in middelen die de bestaande rookcultuur kunnen doorbreken. Dit is in het algemeen belang van het functioneren van de instelling en in het belang van de gezondheid van de mensen die er werken en wonen. In dit verband moet de instelling ook investeren in een antirookbeleid dat door het hele team en in de hele instelling wordt aangemoedigd. Hoewel stoppen met roken niet eenvoudig kan worden opgelegd, moet het gefaciliteerd en aangemoedigd worden. Daartoe stelt het Comité voor om de negatieve gevolgen van rookgedrag via bewustmaking en informatievoorziening aanhoudend onder de aandacht te brengen van rokers zonder hen daarbij te veroordelen of te stigmatiseren. Rekening houdend met hun individuele rechten kunnen er maatregelen genomen worden die de stimulans om te gaan roken zo veel mogelijk beperken. Het Comité wenst ook dat er verder wordt gezocht naar middelen om het vermogen van rokers om weloverwogen keuzes te maken te versterken." (p. 43)
- **Voor een globale benadering van gezondheid: "***Het antirookbeleid maakt deel uit van een algemene visie op een gezonde levensstijl voor patiënten en een gezonde werkomgeving voor het personeel. Het rookpreventiebeleid van een FPC zou onderdeel moeten zijn van een alomvattend gezondheidsbeleid dat patiënten aanmoedigt om ook in andere opzichten een betere levensstijl na te streven. Behalve geestelijke gezondheid kan een FPC zich als zorginstelling ook expliciet richten op de lichamelijke gezondheid van de patiënten."* (p. 44)
- **Uitvoeringsbeginselen:** bij het nagaan van de praktische manieren waarop de FPC's hun doelen om roken te voorkomen, serieus te beperken of te verbieden en de maatregelen die kunnen genomen worden geeft het Comité aan dat deze elementen belangrijk zijn: optimalisering van de toegang tot algemene zorg en de bevordering van een globale visie op gezondheid, het

creëren van een klimaat dat aanzet tot bewustmaking van de schadelijke gevolgen van tabak, voortdurende multidisciplinaire ondersteuning voor degenen die willen stoppen met roken, het aanbieden en promoten van alternatieven voor tabak (medicatie, NRT, e-sigaret) en waakzaamheid om rokers niet te stigmatiseren.

Het loont de moeite om de **conclusies** (p. 46-47) eens te lezen. Het antwoord op de aan het Comité gestelde vraag wordt samengevat in 7 punten (zie meer uitleg in de adviestekst zelf):

- "De bestrijding van het roken in gesloten centra, of zelfs het verbieden van het roken aldaar, is best **in overeenstemming met het rookbeleid dat van toepassing is op de algemene bevolking**."
- *"Het Comité is zich ervan bewust dat het recht van geïnterneerden om te roken in de praktijk vaak onverenigbaar is met de bescherming van niet-rokers onder zowel het personeel als de geïnterneerden. In de praktijk blijkt de spanning tussen het recht om te roken en het recht op een rookvrije omgeving moeilijk op te heffen. Om dit op te lossen is een* ***totaal rookverbod in FPC's juridisch en ethisch gezien niet vanzelfsprekend de beste of meest ideale optie****."*
- "*Het is aangewezen dat de wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije gesloten plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook, wordt Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek – Advies nr. 81 van 24 november 2022 47 herbekeken in het licht van de problematiek die zich stelt in de FPC's.* ***Een wetswijziging is aangewezen om expliciet de oplossing van afzonderlijke rookruimtes voor geïnterneerden te voorzien als een volwaardig alternatief voor het roken in de private ruimtes.*** *Sommige leden van het Comité menen dat er ook moet onderzocht worden in welke mate het op juridisch en mensenrechtelijk vlak mogelijk is de vrijheid om te roken dwingend in te vullen met het gebruik van de e-sigaret. Andere leden menen dat dergelijk onderzoek geen zin heeft, omdat het enkel tot doel heeft het roken van tabak te vervangen door het gebruik van de e-sigaret en als dusdanig neerkomt op een rookverbod. Zowel het invoeren van het gebruik van de e-sigaret als alternatief voor het gewone roken als een algemeen rookverbod vergen een wetswijziging. Om een schending van het gelijkheidsbeginsel te voorkomen zou de wetswijziging voor alle vergelijkbare gesloten instellingen moeten gelden*."
- "*Wat betreft de manieren om een rookvrije cultuur tot stand te brengen, kan het beste gebruik worden gemaakt van* ***bewustmaking, overreding en is het beter om te handelen met medewerking van de betrokkenen****."*
- *"Het zou wenselijk zijn om een "****denormaliseringsproces****" van het tabaksgebruik in de instellingen op gang te brengen."*
- *"Antirookmaatregelen zijn effectief in het verbeteren van de lichamelijke gezondheid en van de levensverwachting van patiënten met een psychiatrische aandoening. Zij moeten* ***deel uitmaken van een globale visie op de gezondheid van de geïnterneerde****, waarin passende somatische en psychologische zorg, bewustmaking en voorlichting over een gezonde levensstijl zijn geïntegreerd."*
- "*Deze verschillende conclusies kunnen* ***als inspiratie dienen voor maatregelen ter bestrijding van het tabaksgebruik in andere gesloten***

instellingen *waar patiënten met een psychiatrische aandoening zijn ondergebracht (inrichtingen tot bescherming van de maatschappij, gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische bijgebouwen van gevangenissen).”* (p. 47-48)

Hoe is de e-sigaret aanwezig in het advies?

In het advies krijgt de e-sigaret aandacht als vorm van harm reduction (schadebeperking) voor de roker zelf en als alternatief voor roken dat tot veel minder gezondheidsschade leidt voor het personeel:

- “*In het geval van psychiatrische comorbiditeit is de inzet van dezelfde therapeutische middelen als bij andere rokers tot op zekere hoogte doeltreffend, zij het minder dan bij de algemene bevolking.* ***De moeilijkheid om het volledig stoppen met roken te bereiken kan leiden tot een strategie van risicobeperking****. Dit kan worden bereikt door het chronische sigarettenverbruik te verminderen of door vervangingsmiddelen te gebruiken. Een lager verbruik (minder dan 5 sigaretten per dag) wordt nog steeds in verband gebracht met een toename van mortaliteit en morbiditeit in vergelijking met helemaal geen verbruik.*

  Risicovermindering in de vorm van nicotinevervangers als eerste optie of elektronische sigaretten als tweede optie lijkt derhalve de voorkeur te verdienen.” (p. 21)

- Als het over de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerde gaat (zie hierboven), wordt dit geopperd over de e-sigaret: “*De vraag dient gesteld of een algemeen rookverbod geen bijkomende straf is. Daarom lijkt het aangewezen bij een eventuele wetswijziging een* ***genuanceerde oplossing*** *te voorzien waarbij aan het recht tot roken in de instellingen van maatschappelijke dienstverlening en de gevangenissen is voldaan wanneer een volwaardig alternatief wordt aangeboden zoals* ***aparte rookruimtes****. Het zou ook interessant zijn dat op gezondheidsvlak en op juridisch niveau de bevoegde instanties verder* ***onderzoeken in welke mate de e-sigaret als alternatief aangeboden kan worden.*** *En dit met name in die contexten waar het niet mogelijk is om het roken van de gewone sigaret toe te staan zonder veel schade aan derden (geuroverlast, passief roken).* ***De e-sigaret blijkt immers niet alleen minder ongezond voor de roker, maar vooral ook minder schadelijk voor derden en laat veel minder geur na*** *dan de gewone sigaret, sigaar of pijp.*” (p. 35)

- Als het over het eigen ethisch standpunt van het Comité en over de wens om het beginsel van niet-schaden en het recht op autonomie toe te passen op het rookbeleid en dit door middel van informatie en keuzevrijheid: “*De paternalistische overweging dat roken schadelijk is voor de gezondheid van de patiënt is van secundair belang. Deze paternalistische overweging dient beperkt te blijven tot maatregelen die bijdragen tot de bewustmaking en responsabilisering, zonder daarbij de toevlucht te nemen tot dwangmaatregelen, die onrechtmatig zijn uit hoofde van het zelfbeschikkingsrecht****. Het schadebeginsel eist echter dat er gezocht wordt naar een manier om het roken toe te staan zonder dat daarbij andere patiënten of personeel gezondheidsschade oplopen. Dit kan in principe***

door goed daarvoor uitgeruste aparte rookruimtes of door het gebruik van de e-sigaret." (p. 40)

- Als het belangrijkste probleem ter sprake komt m.n. het spanningsveld tussen de autonomie van rokers en de bescherming van niet-rokers en het Comité aangeeft dat het geen voorstander is van een volledig rookverbod in FPC's, maar het ook niet wil dat de vrijheid van rokers de niet-rokers in gevaar brengen wordt dit gesteld: "*Hoewel het Comité geen voorstander is van een volledig rookverbod in FPC's, is het van mening dat de vrijheid van rokers de niet-rokers niet in gevaar mag brengen. De concrete oplossingen om deze conflicten op te lossen zijn beslist niet eenvoudig. Dat kan bij het ontwerp en/of bij de indeling van de lokalen (zoals het inrichten van "rookvrije" wandelroutes in de gebouwen), door extra investering in de infrastructuur, de luchtzuivering en afzuigsystemen van rooklokalen,* ***maar ook door het gebruik van de e-sigaret die geen rook nalaat en minder schadelijk is voor derden. Sommige leden menen dat het interessant zou zijn om voor de FPC's die het roken van gewone sigaretten willen verbieden te onderzoeken in welke mate het praktisch haalbaar en juridisch te verdedigen is om enkel nog elektronische sigaretten toe te staan.*** *De e-sigaret zou volgens deze leden een middenweg kunnen zijn tussen stoppen met roken en het tabaksgebruik. Andere leden menen dat dergelijk onderzoek geen zin heeft, omdat het enkel tot doel heeft het roken van tabak te vervangen door het dampen met e-sigaretten en als dusdanig neerkomt op een rookverbod."* (p. 42)
- Als het in het advies gaat over de vraag of een totaal rookverbod kan worden ingesteld: "*Als er echter toch een totaal rookverbod of een maatregel die het roken sterk beperkt in de FPC's wordt ingevoerd, zou dit gepaard moeten gaan met duidelijke informatie over de redenen ervan, en met compensaties zoals langdurige begeleiding met gratis hulpmiddelen om te stoppen met roken (zoals nicotinevervangende middelen, geneesmiddelen, ondersteunende psychotherapie, enz.). Er zou eventueel een duidelijk omschreven uitzondering kunnen worden gemaakt voor patiënten die niet naar buiten mogen en weigeren te stoppen ,* ***of er zou kunnen worden bepaald dat zij op elektronische sigaretten mogen overschakelen. Zoals aanbevolen door de HGR zou het (tijdelijk) gebruik van e-sigaretten een middenweg kunnen zijn voor kwetsbare personen in gevangenschap****. Om de risico's van vaping op te sporen en op te volgen zou, net als in het Verenigd Koninkrijk, een systeem van farmacovigilantie kunnen worden opgezet zodat de neveneffecten van de e-sigaret gerapporteerd worden.*" (p. 43)
- "*Welke besluiten de FPC's ook nemen om roken te voorkomen, serieus te beperken of te verbieden, ze dienen te onderzoeken met welke middelen en op welke praktische manieren zij hun doelstellingen best kunnen bereiken. Het zou kunnen gaan om samenwerking met een tabakoloog, het installeren van efficiënte ventilatieapparatuur, het ter beschikking stellen van een aparte rookruimte, het aanbieden om alleen buiten te roken, het opleiden van personeel om te helpen bij het stoppen met roken,* ***de e-sigaret te faciliteren of te verplichten****, enz. Veel van deze maatregelen vragen extra middelen of personeel. Het is aangewezen dat de overheid tussenkomt in de kosten hiervan.* ***Zoals hierboven vermeld , zou de mogelijkheid om (tijdelijk) over te schakelen van sigaretten op e-sigaretten een geschikte oplossing kunnen zijn in de context van FPC's.***" (p. 44-45) (…) Als het gaat over de maatregelen die kunnen genomen worden in dit verband: "*het aanbieden en promoten van alternatieven voor tabak (medicatie, nicotinepleisters, …) en in tweede instantie* ***de elektronische sigaret die de mogelijkheid biedt om***

patiënten te laten roken zonder veel schade te berokkenen aan derden." (p. 45)

- *"Een volledig verbod is een onevenredige inbreuk op de vrijheid, die niet zomaar kan worden ingeroepen in naam van het nul-risico ten aanzien van derden. Dat risico moet echter wel steeds zoveel mogelijk worden beperkt. Een aparte rookruimte (met optimale rookafzuiging, enz.) zou een efficiënte oplossing moeten kunnen bieden**. De e-sigaret kan een bijkomende oplossing zijn. Los van de vragen of een rookverbod haalbaar is of de e-sigaret verplicht kan worden, is het hoe dan ook wenselijk dat rokers gestimuleerd worden om te stoppen met roken of om op de e-sigaret over te schakelen.***" (p. 46)

4 Standpunten, initiatieven, (praktijk)tools, leidraden …

UK

- Mental Health and Smoking Partnership: Mental Health and Smoking Partnership - ASH: e-cigarettes and mental health, experts by experience, Mental Health and Smoking Information Network, Reports and submissions, Resources to support practice, Webinars

- Quality Improvement in Tobacco Treatment (QuITT) | Royal College of Psychiatrists (rcpsych.ac.uk)
- Our PMHIC partners and first partnership activity| Royal College of Psychiatrists (rcpsych.ac.uk)

Australië

- The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: Smoking cessation | RANZCP
- Zelfde organisatie over e-sigaret, maar enkele jaren vroeger (niet compatibel met vorige document): E-cigarettes and vaporisers | RANZCP

- 'Quick guide to drug interactions with smoking'. Overzicht over link tussen medicatie en rookstop: tool-7-guide-dug-interactions.pdf (nsw.gov.au)

Nederland

Nederlandse vereniging voor psychiatrie, leidraad rookvrije GGZ in de context van verplichte zorg. Nieuwe leidraad: rookvrije ggz in de context van verplichte zorg (nvvp.net)

Vlaanderen

- **Rookstopaanbod**

Het is belangrijk dat de psychiatrische ziekenhuizen die een rookstopaanbod aanbieden en/of ernaar doorverwijzen zich richten op *alle* effectieve rookstopmiddelen en -methoden die meer kansen op succes garanderen. Daarbij moet rekening houden worden met de vrije keuze van de zorgvragers.

In Vlaanderen erkent het Vlaams Consortium Tabak (Vlaams Instituut Gezond Leven, VRGT, Kom op tegen Kanker, Stichting tegen Kanker) 6 effectieve rookstopmethoden:

  - Tabakoloog
  - E-sigaret
  - Rookstopmedicatie (zowel medisch erkende nicotinevervangers die vrij verkrijgbaar zijn als rookstopmedicatie die alleen op voorschrift beschikbaar is)
  - Tabakstop (telefoonhulplijn)
  - Allen Carr
  - Hulp van de apotheker en huisarts

Meer info daarover hier: folder-stoppen-met-roken-digitaal.pdf (gezondleven.be)

Correcte kennis van de risico's en opportuniteiten van de e-sigaret is eerder beperkt vandaag, ook bij medische professionals. Zie voor meer info: E-sigaret | Gezond Leven

- **Rookbeleid**

Het Vlaams Instituut Gezond Leven heeft zelf heel wat ervaring met het uitwerken en begeleiden van een kwaliteitsvol rookbeleid, en dit in diverse settings waaronder de ziekenhuizen. Zie daarvoor:

Rookbeleid in de zorg | Gezond Leven

- **Gedragsverandering**

Zie het model van het gedragswiel dat Vlaams Instituut Gezond Leven ontwikkelde: Het Gedragswiel | Gezond Leven

5 Conclusies op basis van de literatuur

- Bij mensen met psychische problemen wordt een hoge prevalentie van roken vastgesteld. Er is een **sterke samenhang tussen roken en iemands mentale conditie**.

    - Mensen met mentale problemen kennen een (veel) lagere levensverwachting en roken is daarvan een hoofdoorzaak. Tabaksgerelateerde gezondheidsongelijkheid speelt het sterkst bij degenen met ernstige mentale aandoeningen (tot twee derde van hun lagere levensverwachting heeft te maken met de desastreuze gevolgen van roken). Maar kijken we naar het aantal mensen dat te maken krijgt met de problematiek van roken en een slechte mentale gezondheid, dan is de impact het grootst bij degenen met veelvoorkomende mentale gezondheidscondities, zoals depressie en angsten.
    - Roken verhoogt ook het risico op een slechtere mentale gezondheid in de hele populatie. Onrechtstreeks door de negatieve impact op de fysieke gezondheid, het inkomen en de kans op werkgelegenheid (roken maakt mensen armer). En rechtstreeks door het verhogen van het risico op sommige mentale aandoeningen (zoals schizofrenie en depressie) en het creëren van verslaving, die een negatieve impact heeft op het mentale welzijn.
    - Een minder goede geestelijke gezondheid versterkt op zijn beurt tabaksafhankelijkheid en vergroot gezondheidsongelijkheden (= ‘cyclus van afhankelijkheid’).
    - Nicotinegebruikers – zowel rokers, vapers als dubbelgebruikers - hebben een hogere kans op een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen.

- De **cultuur van roken** in de geestelijke gezondheidszorg kent een lange geschiedenis. In het verleden werden sigaretten door patiënten gebruikt als betaalmiddel en door het personeel als een instrument van ‘patiëntenbeheer’. Instellingen zetten in het verleden niet in op het voeren van een rookbeleid en op een rookvrije omgeving, want men ging er vanuit dat mensen met een psychische conditie zo’n beleid niet konden verdragen. De vraag over een rookvrije psychiatrie ging ook gepaard met een hevig debat over rechten, keuzevrijheid en zorgplicht.

  Deze cultuur van roken heeft een belangrijke rol gespeeld bij het bestendigen van de fysieke, sociale en economische gevolgen van roken, die mensen met een psychische aandoening in deze setting ervaren. Hoewel de afgelopen decennia in verschillende landen wel een begin werd gemaakt met een (succesvolle) verschuiving naar (gedeeltelijk) rookvrije psychiatrische instellingen, moeten nog veel uitdagingen worden aangepakt.

- Met roken hangen in deze setting veel **mythes en misvattingen** samen. Die sporen niet met feiten, wetenschap en onderzoek, maar zijn ook een potentiële barrière voor de introductie en kwaliteitsvolle implementatie van een beleid dat inzet op rookstop en een rookvrije omgeving. Idem voor de **attitudes van het zorgpersoneel en de patiënten** tav roken en een rookbeleid. De relatie tussen attitudes en overtuigingen enerzijds en

anderzijds intenties en gedrag, die verhinderen dat er ingezet wordt op roken, is goed gedocumenteerd.

Over welke sterke maar anachronistische en foute ideeën, overtuigingen, visies …, die vaak nog leven bij een significant deel van de betrokkenen (zorgvragers, zorgverstrekkers, directie), gaat het dan?

- Patiënten hebben het 'recht' om te roken (roken is eerder vrije keuze dan verslaving). Rookverboden zijn paternalistisch en belemmeren de vrije keuze.
- Patiënten zijn niet geïnteresseerd in stoppen, maar ze kunnen het ook niet. Het is voor hen te veel gevraagd om dit er nog bij te nemen.
- Roken heeft ook nuttige kanten en dit voor zowel zorgverleners en zorgvragers (veel zorgverleners in deze setting roken). Voor patiënten is het een van de weinige pleziertjes, roken gaat verveling tegen, het is een manier om controle uit te oefenen en heeft een sociale functie.
- Roken is voor patiënten een vorm van zelfmedicatie, een copingstrategie om met problemen en stress om te gaan. Stoppen met roken kan de symptomen van de mentale conditie verergeren. Inzetten op stoppen met roken heeft een negatieve impact op de behandeling van patiënten met een ernstige psychische problematiek (bv. op de medicatie).
- Rookpauzes zijn acceptabel, want roken zorgt voor sociale connectie en helpt tegen verveling. Roken tijdens de pauzes heeft een therapeutische functie omdat het de roker tot rust brengt.
- Inzetten op een rookbeleid verergert de werkomstandigheden in psychiatrische instellingen, die al niet gemakkelijk zijn (burn-out, stress, tevredenheid job …). En het beïnvloedt de relatie tussen zorgverstrekker en zorgverlener op een negatieve manier.
- Stoppen met roken en inzetten op een rookbeleid zorgen voor meer agressie en fysiek en verbaal geweld in de instelling.
- Het is niet de rol van het personeel van de instellingen om ervoor te zorgen dat zorgvragers stoppen met roken (het is wel hun rol om illegaal druggebruik aan te pakken, want dat is urgenter).
- Er is geen verschil tussen tabak (roken) en nicotine (gebruiken op een andere manier). Nicotine is een van de grootste oorzaken van de gezondheidsschade die optreedt bij roken. De onderbouwing voor de e-sigaret als rookstopmiddel is niet consistent. De e-sigaret is (minstens) even schadelijk als de tabakssigaret. Alternatieven voor stoppen (voor degenen die niet kunnen stoppen met roken), zoals het gebruik van minder schadelijke alternatieven (e-sigaret), bieden weinig of geen voordeel voor de patiënten.
- …..

Inzetten op het counteren van deze misvattingen die de cultuur van roken in stand houden, is een nuttig onderdeel van een degelijk rookbeleid.

In de wetenschappelijke literatuur gaat onder meer veel aandacht naar de vraag of een rookbeleid leidt tot een toename van agressie en verbaal en fysiek geweld. Roken wordt immers beschouwd als een copingstrategie om

spanningen te reguleren. De consensus daarover lijkt te zijn: neen, er hoeft geen toename te zijn, tenzij tijdelijk of als gevolg van andere factoren die spelen (andere dan het rookbeleid zelf).

Sommige onderzoekers geven aan dat de kans op een toename beperkt is als bepaalde voorzorgsmaatregelen in acht genomen worden en er rekening gehouden wordt met bepaalde randvoorwaarden: goede communicatie en voorbereiding, training van de staf, rokende personeelsleden een rookstopbehandeling aanbieden ….

- Mispercepties over roken en de potentiële voordelen van rookstop voor de patiënten zijn een belemmering om stappen vooruit te zetten en een kwaliteitsvol rookbeleid te voeren. Andere obstakels hebben te maken met de omgeving (van de setting zelf) en met de beperkte ondersteuning die er is bij het voeren van een rookbeleid.

  Als er een rookbeleid is, wordt het vaak onvolledig uitgevoerd. Of het rookbeleid is niet coherent of wordt niet consistent toegepast. De omgevingscontext en mogelijke middelen, maar ook (het ontbreken van) kennis, sociale invloeden, intenties en emoties zijn sleutelfactoren die een invloed hebben op stoppen met roken en een rookbeleid in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

  Uitdagingen voor een goede of volledige implementatie, die in het onderzoek regelmatig opduiken, zijn:

  - De potentiële voordelen van aanpakken van roken bij patiënten verkeerd begrijpen (zorgpersoneel)
  - Intrinsieke vooroordelen over het vermogen en de wensen van patiënten om hun rookgedrag aan te pakken (zorgpersoneel)
  - Gebrek aan tijd, middelen, zelfvertrouwen en deskundigheid bij zorgverleners. Onder meer een gebrek aan vertrouwen om het rookgedrag van patiënten te kunnen veranderen. Maar ook: beperkte kennis van tabaksgebruik en -afhankelijkheid en van de link tussen roken en mentale gezondheid.
  - De invulling die men geeft aan de beroepsrol: de verantwoordelijkheid en/of prioriteiten van het eigen takenpakket worden ervaren als niet compatibel met (steun voor) het rookbeleid (zorgpersoneel), de eigen rol (functie) en de bestaande besluitvormingsprocessen gerelateerd aan het aanpakken van gedrag worden belangrijker geacht dan inzetten op roken (zorgpersoneel)
  - Ontbreken collegiale ondersteuning als het gaat over roken en rookbeleid (zorgpersoneel)
  - Gemakkelijke toegang tot tabak in de setting (alle betrokkenen)
  - Toegeeflijk staan tegenover roken, waardoor het slechts beperkt besproken wordt (bv. alleen tijdens een eerste beoordelingsgesprek), niet opgevolgd wordt en de link met samenhangende problemen (financiële lasten, gezondheidsongelijkheid, armoede …) niet gelegd en opgevolgd wordt (zorgpersoneel)
  - Zich niet kunnen identificeren met het gevoerde/te voeren rookvrije beleid of onbekendheid met het rookvrije beleid (zorgpersoneel)

- Gebrek aan vaardigheden die de handhaving van het rookbeleid moeilijk maken (zorgpersoneel)
- Gebrek aan efficiënte training en opleiding over roken en rookbeleid (bv. een verplichte online training maar inhoud wordt niet onthouden en toegepast) of gebrek aan psychologisch vermogen om zich de trainingsinhoud te herinneren (zorgpersoneel)
- Relevantie van bijkomende training/deskundigheidsbevordering over roken voor de dagelijkse klinische werkzaamheden betwijfelen (zorgpersoneel)
- Perceptie dat rookvrije beleid en bijbehorende opleiding beperkt toepasbaar zijn, wat een reden is om zich niet vertrouwd te maken met dit beleid (zorgpersoneel)
- Een hardnekkige rokerscultuur (alle betrokkenen)
- Vrees dat het geweld zal toenemen indien een sterker rookbeleid gevoerd wordt (zorgpersoneel)
- Gebrek aan afleiding en alternatieven voor roken, gebrek aan alternatieve copingstrategieën (zorgvragers)
- Prioriteit toekennen aan andere gedragingen die meer prioriteit hebben dan roken, zoals het misbruik van illegale middelen en patiënten die hiermee kampen niet aanmoedigen om ook in te zetten op stoppen met roken (zorgpersoneel)
- De aanpak van schadebeperking ('harm reduction approaches') verkeerd begrijpen, met name denken dat deze weinig of geen voordelen bieden voor de patiënten bij het stoppen, onder meer als gevolg van een verkeerde inschatting van de stof nicotine (zorgpersoneel)
- ….

Hefbomen of randvoorwaarden, die een rookbeleid en implementatieproces kunnen ondersteunen of versnellen en betrokkenen kunnen motiveren, kunnen onder meer zijn:

Zorgverleners/personeel:

- Het delen van succeservaringen en goede praktijken door instellingen (als een manier om andere instellingen te informeren en motiveren)
- Het behoren tot een netwerk van rookvrije ziekenhuizen
- Voorbereiding en een coherente aanpak (stappenplan)
- Sterke ondersteuning en heldere communicatie van de directie (ook naar patiënten en het publiek toe) en leiderschap opnemen
- Meer tijd om aan roken te besteden
- Meer ondersteuning, onder meer deskundigheidsbevordering of training (op maat) over:
  - mispercepties, rookstop en een rookbeleid, de voordelen van stoppen met roken, de link tussen roken en mentale gezondheid/gezondheidsongelijkheid
  - technieken die toelaten het gesprek met patiënten over roken te voeren
- Rookstophulp op maat van de setting

- Toegang tot (informatie over) nicotinevervangers (Nicotine Replacement Therapy of medische nicotinevervangers) en andere rookstopbehandelingen en -instrumenten: e-sigaret, tabakoloog, spirometer, CO-meter …
- Rookstopaanbod voor het personeel dat rookt (want een voorbeeldrol of rolmodel)
- Het bestaan van een (gedeeltelijk) wettelijk rookverbod dat het onmogelijk maakt nog te roken op de eigen kamer (wetgeving)
- Een omgeving die inzet op de sociale norm van niet-roken
- Een rookbeleid dat inzet op een mix van interventies
- Een aanscherping van het rookbeleid, dat ook leidt tot een 'paradigmaverschuiving' in de rokerscultuur bij personeel en patiënten
- …..

Zorgvragers:

- Rookstoponderstеuning op maat en gepersonaliseerd
- Meer mogelijkheden en alternatieve activiteiten voor het uitdrukken van autonomie, het voelen van sociale connectie, stressvermindering, het tegengaan van verveling …. (alternatieve copingstrategieën)
- Meer deel uitmaken van een sociaal netwerk dat stoppen met roken gunstig gezind is en een andere sociale norm – met name die van niet-roken – uitdraagt
- Roken als onderwerp ter sprake (kunnen) brengen
- Laagdrempelige toegang tot rookstophulp
- Laagdrempelige toegang tot minder schadelijke alternatieven voor roken
- …

- Verschillende onderzoeken tonen aan dat de attitude van het personeel tegenover het rookbeleid in de psychiatrische setting mee bepaald wordt door de eigen professionele rol en het eigen rookgedrag. Niet-rokers en de medische staf steunen een volledig rookvrije setting méér dan leden van de niet-klinische staf, die eerder instemmen met een gedeeltelijk rookverbod. Training is belangrijk om de attitudes van het personeel positief te beïnvloeden tav rookstop door de patiënten en tav het voeren van een rookbeleid.
- Inzetten op rookstop (aanbod, training) wordt sterker gesteund door niet-rokers en door personeelsleden die training kregen of interesse hadden om ze te krijgen (dat laatste suggereert mogelijk dat het krijgen van training eerder bestaande attitudes versterkt dan verandert).

  Maar niet alles draait rond attitudes en intenties. Het inbedden van een rookbeleid in de dagelijkse klinische praktijk is ook het resultaat van actie (doen!).

- Rokers met mentale problemen hebben (nog) meer moeite om te stoppen met roken dan rokers in de algemene bevolking. Het klassieke rookstopaanbod slaat bij hen ook minder goed aan. Wat kunnen we besluiten over rookstop(methoden) bij deze groep? Stoppen met roken verslechtert de situatie van mensen met mentale gezondheidsproblemen niet. Rokers met (serieuze) psychische aandoeningen zijn wel degelijk gemotiveerd om te stoppen en om zich te engageren voor stoppogingen en rookstophulp (de

negatieve effecten van ontwenningsverschijnselen kunnen sterk overschat worden door zorgverstrekkers). De rookstopmiddelen die gebruikt worden bij de algemene bevolking kunnen ook bij deze groep ingezet worden. Inzetten op rookstop en op een rookbeleid waarbij de setting (gedeeltelijk) rookvrij gemaakt wordt horen samen.

Stoppen-met-rokenprogramma's in groep worden door patiënten van een psychiatrisch ziekenhuis goed onthaald en kunnen een eerste stap zijn in de verandering van de rookcultuur, maar stoppen is voor hen zeer lastig: het aantal deelnemers en volhouders die het traject blijven volgen is laag, alsook het aantal rokers dat effectief stopt. Een rookstopaanbod vraagt waarschijnlijk volhardende inzet op screening, diagnostiek, behandeling en tabaksontmoediging. In de literatuur wordt ook vermeld dat bepaalde rokers met psychische aandoeningen ("major depressive disorder") gemotiveerd zijn om te stoppen en een actieve geschiedenis van rookstoppogingen en medicatiegebruik kennen, maar nog weinig beroep doen op gedragsmatige ondersteuning en varenicline. En dat deze vormen van rookstophulp 'boosten' nuttig is.

In de literatuur van bijna een decennium geleden wordt al verwezen naar (het evalueren van) 'harm reduction options', zoals (langdurig gebruik van) nicotinevervangers (NRT) en de e-sigaret. Wat schadebeperking (harm reduction) betreft zijn de volgende conclusies mogelijk:

Minder schadelijke alternatieven voor tabak roken, zoals de e-sigaret, kunnen bijdragen aan het reduceren van de onevenredige ziektelast waarmee mensen met mentale aandoeningen te maken krijgen (in grote mate als gevolg van roken). Dat vereist afstand nemen van zwart-wit denken, waarbij stoppen met roken én stoppen met alle andere vormen van nicotinegebruik gezien worden als de enige goede uitkomsten (in de praktijk betekent dit immers vaak: rokers blijven roken). Een studie meldt dat spontaan e-sigaretgebruik vaak voorkomt tijdens de rookstopbehandeling van rokers met mentale aandoeningen, en dat dit niet gepaard gaat met positieve of negatieve behandelresultaten (wellicht zijn e-sigaretten aantrekkelijk op dat moment als nicotinebron).

Het is onzeker of e-sigaretten een effectief rookstopmiddel zijn voor kwetsbare groepen die roken (druggebruikers, mensen met een mentale aandoening, daklozen, criminelen), maar e-sigaretten hebben voor hen ook geen ernstige bijwerkingen en onderzoek suggereert dat ze belangrijke aspecten van tabaksverslaving kunnen vervangen, namelijk gewoonte en sociale connectie. Later onderzoek (vanaf 2020) stelt dat e-sigaretten als rookstopmiddel even effectief, veilig en acceptabel zijn als nicotinepleisters voor mensen met en zonder mentale aandoeningen. Maar dat ze voor rokers met mentale aandoeningen meer acceptabel zijn en geassocieerd worden met een grotere afname van tabak roken. In het VK zijn er wellicht inspirerende praktijkvoorbeelden voorhanden m.b.t. het gebruik van de e-sigaret in de setting van de psychiatrie. Belangrijk is ook om te kijken naar wat succes betekent voor deze rokers zelf. E-sigaretten in de psychiatrie kunnen ook het brandrisico verminderen.

Professionals en zorgverstrekkers in de sector van de geestelijke gezondheid staan vaak een risicomijdende aanpak voor als ze de veiligheid en bruikbaarheid van e-sigaretten (moeten) beoordelen. Weinigen bevelen ze vandaag aan. Dat hangt samen met misvattingen en een gebrekkige kennis van de wetenschappelijke literatuur, die een rem zetten op het potentieel van schadebeperking in deze setting. Meer kennis en verspreiding van de evidence-based aanpak mbt de e-sigaret en schadebeperking zijn nodig. Zorgverstrekkers moeten evenwichtige info kunnen verstrekken, zeker aan rokers die niet kunnen stoppen met behulp van het medisch-psychologische aanbod en aan hen die zelf kiezen voor e-sigaretten.

In het VK lijken e-sigaretten vandaag de implementatie van een rookvrijbeleid in de psychiatrische setting te ondersteunen. Ook 'peer involvement' is nuttig in deze setting, m.n. rokers die 'early adopters' van de e-sigaret zijn en de opportuniteiten van vapen (in vergelijking met roken) uitdragen. Dit ligt echter niet voor de hand, want rokers die in ernstige mentale nood verkeren hebben minder nauwkeurige risicopercepties van nicotine en nicotinebevattende producten (dan degenen die geen of een matige geestelijke nood kennen). Informatie en ondersteuning op maat van deze rokers is nodig.

De e-sigaret biedt opportuniteiten voor diverse (sub)groepen rokers met mentale aandoeningen en sommige groepen (bv. rokers met schizofrenie) gebruiken ze ook al meer. Chronische rokers met ernstige mentale aandoeningen die er niet in slagen om te stoppen met roken kunnen door over te schakelen naar de e-sigaret op korte termijn (2 maanden) hun gezondheidsschade beperken (het roken neemt significant af, alsook de koolmonoxidewaarde en dit zonder de nicotineafhankelijkheid te verhogen). Na die termijn neemt het effect af, wat erop wijst dat er méér nodig is dan het verstrekken van e-sigaretten alleen om minder te blijven roken (naast het aanbieden van e-sigaretten is een gedragsinterventie nodig om ziekte en vroegtijdige sterfte te voorkomen bij deze risicogroep en bij andere kwetsbare groepen rokers die niet kunnen stoppen).

- De Hoge Gezondheidsraad (HGR) bracht in 2022 een advies over de e-sigaret uit (waaraan het Vlaams Instituut Gezond Leven actief meewerkte). De opportuniteiten van de e-sigaret voor volwassen rokers en de rol die ze kan spelen binnen een rookbeleid gericht op kwetsbare groepen, zoals psychiatrische patiënten, wordt daarin toegelicht.

  De HGR beklemtoont het acute en urgente probleem van het rookgedrag van psychiatrische patiënten: hoge prevalentie, ernstige gevolgen (gezondheid, tabaksgerelateerde gezondheidsongelijkheid …) en de klassieke methoden van rookstop die minder of niet lijken aan te slaan. Psychiaters zouden beter op de hoogte moeten zijn van de e-sigaret en patiënten beter geïnformeerd, zodat ze een 'geïnformeerde keuze' en 'shared decision' kunnen nemen over het gebruik ervan. Er kunnen vragen gesteld worden over de (absolute) veiligheid van de e-sigaret, maar dat zou niet mogen verhinderen dat ze toch gebruikt wordt. Niet mogen/kunnen gebruiken kan ertoe leiden dat rokers met een psychisch gezondheidsprobleem blijven roken en dat is hoogstwaarschijnlijk een veel groter risico voor hun gezondheid.

Binnen het plaatje van rookstop in deze setting blijven ook de tabakologen – als deskundige en professionele rookstopbegeleiders - van groot belang. Zij moeten wel de nodige expertise hebben of ontwikkelen om met deze specifieke doelgroep aan de slag te kunnen gaan. En moeten vertrouwd zijn met de e-sigaret voor het geval de patiënt ervoor kiest. Ook nicotinevervangers zouden veel goedkoper moeten beschikbaar zijn voor deze doelgroep. Finaal pleit de HGR voor het opstarten van een rookbeleid in de psychische gezondheidszorg met eventueel gebruikmaken van de e-sigaret als bijkomend rookstopmiddel en als consumentenproduct dat zoveel mogelijk veiligheidsgaranties moet hebben, en waarvan de prijs toegankelijk moet zijn.

Zie een samenvatting van de delen van het HGR-advies over mensen met een psychische kwetsbaarheid in hoofdstuk 3 van dit rapport.

Ook het recente advies over een (mogelijk) rookverbod in de FPC's van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2023) spreekt zich eerder aanmoedigend uit over de e-sigaret. Er wordt naar verwezen als een vorm van schadebeperking voor de roker zelf en als een alternatief voor roken zonder daarbij veel schade te berokkenen aan derden. Sommige leden van het adviescomité stellen voor om te onderzoeken of het (juridisch) haalbaar is om tabakssigaretten te verbieden en alleen nog e-sigaretten toe te staan. Zie de korte inhoud van dit advies in hoofdstuk 3 van dit rapport.

- Regelmatig duikt in de literatuur het argument op dat roken in psychiatrische instellingen ook anderen – lees: niet-rokende zorgverstrekkers en andere niet-rokers – schade toebrengt. Dan gaat het over de problematiek van passief roken of onvrijwillig meeroken. In het advies van het Comité voor Bio-ethiek wordt het spanningsveld tussen de autonomie van de rokers en de bescherming van niet-rokers (tegen passief roken) goed uitgewerkt en er wordt aangegeven dat de concrete oplossingen om deze conflicten op te lossen "beslist niet eenvoudig zijn". Het is inderdaad een belangrijk argument dat moet meespelen in een kwaliteitsvol rookbeleid, de gezondheidsschade van passief roken is immers groot.

- Argumenten uit de medische ethiek horen tot het discours en de discussie over een rookvrije psychiatrie. In het onderzoek gaat het vaak over ethische principes en beginselen, zoals de autonomie van de patiënten (en hun vrijheid om tabak te gebruiken), het principe van niet-schaden van derden, de plicht van de overheid om zich met de volksgezondheid in te laten …

  Ook zijn er ethische vragen die te maken hebben met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van patiënten, met gerechtigheid (gelijkwaardige en rechtvaardige behandeling van mensen), weldadigheid, het niet-schaden van de patiënt … Beschouwingen die daarmee samenhangen gaan over paternalisme, niet-schaden en beschermen van de ander … Het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek geeft hiervan een mooie uitwerking, onder meer in de uitwerking van twee ethische dilemma's die spelen: dat tussen een paternalistische visie op gezondheid en respect voor autonomie en dat tussen het respect voor anderen en het respect voor autonomie.

Het (mogelijk toekomstige) juridische kader beslaat een groot deel van dit advies. Vragen die aan bod komen, en opnieuw samenhangen met ethische vragen, zijn: is het algemeen verbod op roken in de werkplaats strijdig met de mogelijkheid om te roken in de zogenaamde private vertrekken van gesloten instellingen (vertrekken waar het personeel ook aanwezig is en dus onvrijwillig meerookt)? Staat een rookverbod niet haaks op de toepassing van de wet op de patiëntenrechten? Kan het instellen van een rookverbod gezien worden als een bijkomende straf voor de geïnterneerde? Hoe roken toestaan (en schade toebrengen aan niet-rokers en aan de werking van de organisatie) en tegelijk roken verbieden (en inbreken op de autonomie van de patiënt)?

De antwoorden van het comité zijn gebaseerd op specifieke redeneringen en leiden tot bepaalde conclusies, zoals een afwijzing van het instellen van een totaalverbod op roken. Lees er meer over in de samenvatting van het advies in hoofdstuk 3 van dit rapport.

- Wat doorschemert in de vele studies die ons onder ogen kwamen: een rookbeleid ontwikkelen dat inzet op een rookvrije omgeving in de psychiatrische setting is geen eenmalige gebeurtenis, maar een langdurig proces. Duiken daarbij problemen of uitdagingen op, dan betekent dat niet dat de aanpak onjuist of mislukt is. Om de schade die tabak toebrengt aan mentaal kwetsbare mensen te counteren is een meervoudige aanpak vereist. Er is volharding en een langetermijnperspectief nodig om te komen tot een rookvrije geestelijke gezondheidszorg en tot een breed gedeelde cultuur van niet-roken in de setting. Bovendien is een algemene toepassing van een algemeen beleid wellicht niet succesvol. Er moet gezocht worden naar oplossingen op maat.