

Reactie op de column ‘Roken?’

Robert van de Graaf · Eric Blaauw

Allereerst willen we collega Jaap van der Stel hartelijk danken voor zijn belangrijke column over roken in de verslavingszorg en ggz (zie nummer 2015/1). Hij pleit er niet alleen voor om roken prominenter op de agenda te plaatsen van de verslavingszorg, maar ook dat zorgmedewerkers zich op en om hun werk onthouden van het roken van tabak (Van der Stel 2015). Wij zijn het roerend met hem eens en hebben beide punten al langer op de zorgagenda staan. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland is in het voorjaar van 2014 daarom ook de eerste kliniek (jongerenkliniek DOK3) volledig rookvrij gemaakt.

Net als collega Van der Stel achten wij het een pijnlijk punt dat de verslavingszorg roken veronachtzaamt en dat een gerenommeerd onderzoeksinstituut als het Trimbos-instituut roken als een leefstijlfactor etiketteert en er verder geen aandacht aan besteedt (Van der Stel 2015). Roken heeft daarmee nu ongeveer de status die cocaine had, toen het in de jaren zestig van de vorige eeuw populair werd bij de jetset om lekker fris op feestjes te kunnen zijn. Ook is de status vergelijkbaar met die van cannabis, dat in het midden van de negentiende eeuw door kunstenaars werd gebruikt ter bevordering van de creativiteit en dat momenteel nog door velen wordt beschouwd als een ongevaarlijk goedje dat past bij de levensstijl van veel jongeren.

Hoewel deze middelen nu wel behoren tot de ‘echte’ verslavingen, hoort roken kennelijk bij de ‘andere’ verslavingen die meer wijzen op ongezonde leefwijzen. De verslavingszorg richt zich op de echte verslavingen en laat de andere verslavingen graag over aan anderen (zoals de huisarts of longarts). En juist dit maakt dat een goede behandeling hen meestal niet of te laat bereikt en dat te veel van onze patiënten ziek worden of te vroeg overlijden. Als rokers al behandeld worden, dan gebeurt dat vaak door kwakzalvers die gebruik maken van deze kwetsbare groep tabaksverslaafden. Veel rokers worden echter niet behandeld en blijven de dodelijke tabaksverslaving onderhouden. Daardoor worden ook telkens weer kinderen gebo-

Drs. R. van de Graaf (✉) · Dr. E. Blaauw
Verslavingszorg Noord Nederland,
Groningen, Nederland
e-mail: r.vandegraaf@vnn.nl

ren die vanaf dag één worden geconfronteerd met tabaksrook en op latere leeftijd de gevolgen daarvan ervaren. Soms begint de confrontatie al in de buik, maar zeker gebeurt dit in de armen van hun rokende vaders en moeders.

Roken is de belangrijkste te voorkomen doodsoorzaak voor onze patiënten (Mackowick 2012) en hun kinderen; dat kunnen we nu toch echt niet meer negeren. Roken verdient daarmee toch al onze aandacht? Op 18 juni 2015 zal het Trimbos-instituut een onderzoeksrapport over het rookbeleid in de ggz aanbieden aan het Ministerie van VWS, tijdens een symposium over roken. Gegeven het voorafgaande, is het niet verwonderlijk dat uit dit onderzoek blijkt dat ggz en verslavingszorg een onvoldoende tabaksontmoedigend en veelal zelfs een tabaksaanmoedigend beleid hanteren, en dat hun ‘stoppen met roken’-behandeling meestal volstrekt onder de maat is.

Mooi zo’n onderzoek en symposium, maar wat is de nieuws waarde en wat is het nut? Onze patiënten en hun kinderen gaan nog steeds te vroeg dood aan de gevolgen van de sigaret. We doen patiënten ernstig tekort door in klinieken toe te staan dat patiënten en medewerkers daar mogen roken; vaak doen ze dit zelfs gezamenlijk. Vanuit de wetenschap dat de therapeutische relatie een hoofdbestanddeel vormt voor verbetering, is een rokende therapeut moeilijk als goed voorbeeld te beschouwen (‘modeling’) en moeilijk serieus te nemen bij de inventarisatie van nadelen van gebruik en voordelen van stoppen (cognitieve gedragstherapie).

Daarnaast betekent het toelaten van roken in klinieken dat we steeds ‘cue-exposure’ toepassen, zonder de daarbij behorende bewuste en geplande blootstelling aan gedraguitlokkende ‘cues’ en zonder de daarbij behorende responspreventie. Hebben we binnen de verslavingszorg dan nog wel kennis van en geloof in de werkzame bestanddelen van onze eigen behandelingen? Bovendien weten we uit de multidisciplinaire richtlijnen bij comorbide stoornissen dat een geïntegreerde aanpak de juiste wijze van aanpak is en dat het niet-gelijktijdig aanpakken van comorbide stoornissen de effectiviteit van een behandeling kan verminderen. Hoe denken we dan comorbide stoornissen goed te kunnen behandelen, terwijl we zien en ruiken dat onze patiënten hun mentale en fysieke staat de gehele dag doordrenken met nicotine en andere schadelijke stoffen uit tabak? Bovendien laat buitenlands onderzoek zien dat onze patiënten waarschijnlijk 40–50 procent van alle tabak roken (Lawn en Champion 2013; Moss et al. 2010) en vaak langer, meer en zwaardere tabak roken dan elders in de maatschappij (Lawn en Champion 2013; Stockings et al. 2014; Moss et al. 2010; Mackowick et al. 2012).

Het is toch wrang dat patiënten in feite alleen naar de verslavingszorg kunnen voor hulp en dat die ‘niet thuis’ geeft? Het is nu aan ons om op te staan voor onze patiënten en te zorgen dat we deze mensen en hun kinderen goed gaan helpen. En dan hebben we het nog niet eens gehad over de schade die onze medewerkers dag in dag uit oplopen in onze doorrookte behandelcultuur. Het is tijd voor actie: onze klinieken dienen op korte termijn volledig rookvrij te worden. Medewerkers en patiënten moeten ophouden zichzelf en anderen dagelijks te beschadigen met hun rookgedrag.

Dat dit goed mogelijk is, bleek al in een kliniek van Verslavingszorg Noord Nederland. Daar werd – zonder incidenten en met veel lofbetuigingen achteraf – een

volledig rookvrije kliniek gecreëerd. Navolging van dit beleid in alle instellingen zou onze patiënten eindelijk in staat stellen om überhaupt te kunnen proberen te stoppen met roken. Dat is niet alleen goed voor henzelf of het effect van hun behandeling, maar ook goed voor hun kinderen en onze medewerkers. (Meer informatie over ons initiatief kan opgevraagd worden via stoppenmetroken@vnn.nl.)

Literatuur

- Lawn, S., & Champion, J. (2013). Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 4224–4244.
- Mackowick, K.M., et al. (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *14*, 478–485.
- Moss, T.G., et al. (2010). A tobacco reconceptualization in psychiatry: toward the development of tobacco-free psychiatric facilities. *American Journal on Addictions*, *19*, 293–311.
- Stel, J.C. van der. (2015). Roken? *Verslaving*, *11*, 17–19.
- Stockings, E.A., et al. (2014). The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*, 617–633.

Drs. Robert van de Graaf is AIOS verslavingsgeneeskunde bij Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen.

Dr. Eric Blaauw is forensisch gz-psycholoog en senior onderzoeker Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen.