

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

abonnementen@boom.nl
www.boom.nl

Implementatie en impact van rookvrijbeleid binnen de verslavingszorg

Een scoping review

MAARTJE VAN LAKERVELD, ANNEKE GOUDRIAAN & MARLOES DERKSEN

Samenvatting

Gezien de hoge prevalentie van rokers binnen de verslavingszorg en de daarmee gepaard gaande mortaliteit en morbiditeit, is ondersteuning van cliënten bij stoppen met roken essentieel. Deze *scoping* review analyseert 39 studies vanaf 2016 over de implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg. De prevalentie van rokers varieert tussen 49% en 94%. Hoewel er evidencebased behandelingen (zoals counseling) en nicotinevervangende middelen beschikbaar zijn, bereiken deze slechts een beperkt aantal cliënten. Andere aspecten van rookvrijbeleid, zoals rookvrije terreinen en training voor medewerkers, zijn ook onderzocht. De effecten van deze maatregelen op stoppen met roken zijn wisselend. Barrières voor succesvol rookvrijbeleid zijn onder andere de implementatie en handhaving van rookvrije terreinen, een sterke rookcultuur en negatieve opvattingen van zowel medewerkers als cliënten. Een uitgebreid rookvrijbeleid, inclusief behandeling, voorlichting, rookvrije terreinen en consistente training van medewerkers, kan ondersteunend zijn, ook in de Nederlandse verslavingszorg.

Trefwoorden: rookvrijbeleid, verslavingszorg, stoppen met roken

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Implementeer een breed rookvrijbeleid in de verslavingszorg, met consequente behandeling, regelmatige training van medewerkers en rookvrije terreinen.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004003>

- ▶ Besteed aandacht aan mogelijke negatieve aannamen bij medewerkers en cliënten, en zorg ervoor dat beide groepen goed geïnformeerd zijn en gemotiveerd om achter het rookvrijbeleid en het doel van stoppen met roken te staan.
- ▶ Zorg voor een wettelijke basis die het rookvrijbeleid ondersteunt en handhaaft.

INLEIDING

.....

In 2020 rookte 22,3% van de wereldbevolking en stierf naar schatting de helft van de rokers die niet stopten aan de gevolgen van roken (WHO, 2023). Voor het tegengaan van tabaksgebruik wereldwijd heeft de World Health Organisation (WHO) een verdrag afgesloten, de WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC; WHO, 2023). In dit verdrag staan beleidsmaatregelen voor landen om dit te realiseren, samengevat onder de termen *monitor, protect, offer help, warn people, enforce bans* en *raise taxes* (afgekort: MPOWER). Onderzoek laat zien dat 71% van de wereldpopulatie nu bereikt wordt met een van de verschillende beleidsopties binnen dit programma gericht op stoppen met roken (SMR; WHO, 2023). Wereldwijd probeert de WHO op deze wijze tabaksgebruik te verminderen.

In Europa worden de verschillende beleidsmaatregelen die landen nemen bijgehouden op de zogeheten Tobacco Control Scale. Nederland stond in 2021 nummer vier op de ranglijst en lijkt daarmee ambitieus binnen Europa, waar het in 2019 nog op de veertiende plek stond (Joossens et al., 2022). In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende stappen gezet om te komen tot een rookvrije generatie. Dit is vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord (Rijksoverheid, 2018). In dit preventieakkoord heeft de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegezegd om in 2025 rookvrij te zijn volgens de gouden standaard van het Global Network of Tobacco Free Healthcare Services (Rijksoverheid, 2018). Deze gouden standaard betekent dat een instelling een breed beleid invoert, met acht pijlers, te weten: (1) bestuur en beleid, (2) communicatie, (3) opleiding, (4) stoppen-met-roken-zorg, (5) rookvrije omgeving, (6) gezonde werkplek, (7) maatschappelijke betrokkenheid, en (8) monitoring en evaluatie.

Voor de verslavingszorg, als onderdeel van de ggz, was de afspraak om in 2020 rookvrij te zijn. De verslavingszorg lijkt dus een voortrekkersrol te vervullen voor het nationale rookvrijbeleid. In de verslavingszorg lijkt het percentage rokers twee tot vier keer hoger te liggen dan in de algemene bevolking (Guydish et al., 2011; Hayhurst et al., 2021; Lien et al., 2021). Bij verslavingszorginstelling Jellinek rookte 75% van de cliënten in de periode 2016 tot en met 2019 (van Lakerveld et al., 2022). Mensen hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden aan de gevolgen van roken dan aan de gevolgen van andere middelen (CDC, 2024). Een longitudinaal onderzoek van Callaghan en collega's (2018) liet zien dat 36% tot 49% van de overlijdens van mensen die in behandeling waren (geweest) voor verslaving (dus voor *substance use disorder*; SUD) toe te schrijven was aan de gevolgen van roken. Dit maakt ro-

ken een van de dodelijkste verslavingen (van Amsterdam et al., 2009). Gezien de hoge prevalentie, morbiditeit en mortaliteit onder deze doelgroep, is een rookvrijbeleid dat mensen bij SMR ondersteunt belangrijk.

In 2017 is een review van Knudsen gepubliceerd die rookvrijbeleid in de verslavingszorg tussen 2000 en 2015 in kaart bracht (Knudsen, 2017). Knudsen concludeerde dat slechts weinig SUD-behandelingsprogramma's counseling of farmacotherapie voor SMR aanboden, en dat er organisatorische barrières waren, zoals beperkte training, inadequate middelen en een rookcultuur. Ook concludeerde Knudsen dat SMR-diensten vaker beschikbaar waren in medisch georiënteerde behandelomgevingen, in grotere behandelprogramma's met uitgebreide diensten en in programma's die afhankelijk waren van vergoedingen (bijvoorbeeld verzekering of Medicaid). Tevens concludeerde ze dat de persoonlijke vaardigheden en attitudes van counselors, hun percepties van de steun van managers en collega's voor SMR, en de beschikbaarheid van middelen gecorreleerd waren met implementatie. Tot slot vond ze dat overheidsbeleid dat vereiste dat behandelprogramma's tabaksbehandeling aanboden zowel de adoptie als de implementatie daarvan verhoogde, maar dat deze diensten nog steeds slechts een bescheiden percentage van de cliënten bereikten.

Het onderzoek van Knudsen geeft een eerste overzicht van rookvrijbeleid in de verslavingszorg tot 2015; na die periode zijn er nieuwe ontwikkelingen geweest. Het doel van deze scoping review is om een overzicht te geven van de onderzoeken vanaf 2016 over implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg, en om te kijken hoe dit mogelijk vertaalt naar de Nederlandse context.

METHODE

.....

Doelstelling

.....

Het doel van deze scoping review is om de literatuur over rookvrijbeleid en de impact ervan in de verslavingszorg vanaf 2016 in kaart te brengen. Vervolgens wordt deze literatuur samengevat in verschillende thema's, teneinde inzicht te krijgen in de huidige stand van de kennis. Tot slot worden aan de hand hiervan aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

Zoekstrategie

.....

In februari en maart 2024 werd op internet een zoekopdracht uitgevoerd door naar literatuur te zoeken in de databases Ovid-EMBASE en MEDLINE, en wel met de zoektermen: 'smoking cessation' OR 'tobacco use cessation' AND 'SUD treatment'. Ook zijn deze databases gebruikt om te zoeken naar Nederlandse literatuur met de zoektermen: 'stoppen met roken' AND 'ver-

slavingszorg' OR 'behandeling verslaving'. Alleen *peer-reviewed* artikelen zijn meegenomen. Daarnaast zijn alleen Engels- en Nederlandstalige artikelen vanaf 2016 meegenomen. Artikelen die geen empirisch onderzoek rapporteerden of abstracts voor conferenties zijn niet meegenomen. Ook zijn artikelen in een andere behandelsetting en artikelen die niet gingen over implementatie of impact van rookvrijbeleid niet meegenomen. De kwaliteit van de geïncludeerde artikelen is niet beoordeeld.

Dataverzameling en analyse

We extraheerden data over locatie, setting (bijvoorbeeld klinisch of ambulant), onderzoeksontwerp en deelnemers. Daarnaast extraheerden we data over de thema's prevalentie, rookvrijbeleid, impact, barrières en faciliterende factoren.

RESULTATEN

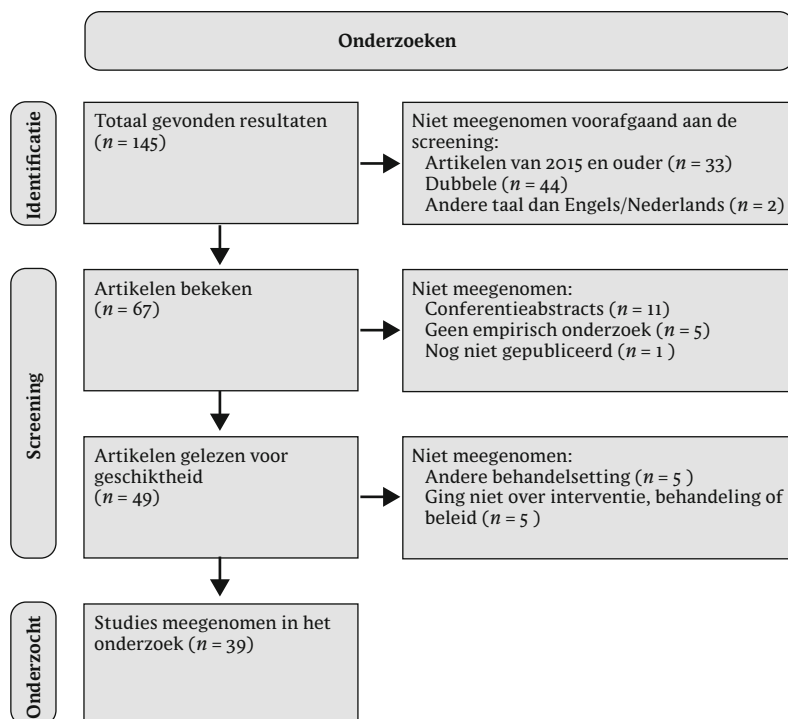
Op basis van de Engelstalige zoekstrategie werden 145 resultaten geïdentificeerd. Uit de Nederlandse zoekstrategie kwamen geen resultaten naar voren. Na screening zijn er in totaal 39 unieke en relevante artikelen geïncludeerd. Het proces van identificatie tot inclusie van de artikelen is weergegeven in een stroomdiagram (zie figuur 1).

Van deze 39 studies werden er 33 uitgevoerd in de Verenigde Staten (VS), twee in Canada, en één per land in Noorwegen, Verenigd Koninkrijk (VK), Australië en Portugal. Er waren 23 artikelen uit een klinische setting, twee vanuit ambulante zorg, één uit dagbehandeling en één na klinische detox. Vier artikelen gingen over alle typen SUD-zorg, twee gebruikten een nationale database en bij drie ging het om zorg voor veteranen. Vier rapporteerden over experimenten (waarvan twee over een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT)), 12 over quasi-experimenten, 17 over observaties, vijf betroffen kwalitatieve studies, en één gebruikte een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden (zie tabel 1 in de bijlage).

THEMA'S EN BEVINDINGEN

Prevalentie van rokers in de SUD-populatie

In 24 artikelen werd de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie benoemd. De laagste prevalentie die werd benoemd is 49% (Hayhurst et al., 2021), en de hoogste prevalenties zijn 93% voor de klinische populatie en 94% voor cliënten van een methadonpoli (Bjørnstad et al., 2022). Dit zijn de percentages van respectievelijk het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.



FIGUUR 1 Stroomdiagram van het proces van identificatie tot inclusie van de artikelen

Rookvrijbeleid

Van de 28 artikelen die rookvrijbeleid onderzochten, benoemden 19 evidencebased behandelingen, zoals counseling, nicotinevervangende middelen (NVM) of farmacotherapie. Zeven artikelen gaven meer gedetailleerde informatie over de aangeboden behandelingen. Zes hiervan rapporteerden dat roken bij cliënten werd uitgevraagd, met een variatie in percentages tussen 62% en 72% (McCuistian et al., 2021, 2024). Eveneens zes artikelen vermeldden dat counseling werd aangeboden, met percentages tussen 30% en 62% (Madden & Fogger, 2021; McCuistian et al., 2024). Alle zeven artikelen gaven aan dat NVM of farmacotherapie beschikbaar was, waarbij de percentages varieerden tussen 21% en 32% (McCuistian et al., 2021, 2024). Daarnaast benoemden vier artikelen dat cliënten werden doorverwezen, met percentages tussen 25% en 40% (McCuistian et al., 2021). Drie artikelen meldten dat cliënten stopadvies ontvingen, met een variatie in percentages tussen 44% en 67% (Guydish, Kapiteni et al., 2020; Madden & Fogger, 2021).

Naast het behandelaanbod werden andere aspecten van een breder rookvrijbeleid besproken. Acht artikelen beschreven de aanwezigheid of implementatie van rookvrije terreinen. Vijf artikelen rapporteerden over speciale trai-

ningen voor medewerkers. Drie artikelen benoemden beleid gericht op breder welzijn (Campbell et al., 2022, 2024; McCuistian et al., 2022). Andere besproken onderwerpen waren: overheidsbeleid (bijvoorbeeld belasting of beloning voor rookvrijbeleid); contingency management (een behandelmethode waarbij een beloning wordt gegeven voor het behalen van behandeldoelen); een SMR-hulplijn; beleid rondom vaperen (het gebruik van e-sigaretten); regels voor medewerkers die samen roken met cliënten; de verspreiding van het beleid in de omgeving; en de rol van de directie bij het ondersteunen van het programma.

Impact

In elf artikelen werden percentage stoppers of rokers aan het einde van de interventie benoemd. Het hoogste percentage stoppers tijdens behandeling was 74% en het laagste 20% (McCuistian et al., 2022; Rohsenow, Tidey et al., 2017). Bij follow-up was het hoogste 14% tot 18% (na 3 maanden) en het laagste 4% tot 2% (na 1 jaar) (Bonevski et al., 2021; Hayhurst et al., 2021).

Zestien artikelen benoemden de impact van beleid op stoppen. Twaalf rapporteerden een significante vermindering van het percentage rokers en/of een vermeerdering van stoppers na behandeling. Zes artikelen rapporteerden geen significante impact op stoppen met roken en twee een toename van roken tijdens behandeling. Vijf artikelen rapporteerden een toegenomen gebruik van NVM. Drie artikelen rapporteerden dat er na interventie minder sigaretten per dag werden gerookt (Bonevski et al., 2021; Madden & Fogger, 2021; Romano et al., 2021). In twee artikelen werd een toename van de stopwens gerapporteerd (Gubner et al., 2019; Hemmy Asamsama et al., 2019).

Ten aanzien van overig rookvrijbeleid lieten Campbell en collega's (2024) zien dat verschillende onderdelen van dergelijk beleid (rookvrije terreinen, behandeling, medewerkerstraining) breed kunnen worden ingevoerd. Rookvrije terreinen lijken effectief in het ondersteunen bij stoppen met roken (Gubner et al., 2019; Romano et al., 2021). Tot slot rapporteerden Rohsenow en collega's (2017) dat contingency management op korte termijn effectief was en Castaldelli-Maia en collega's (2022) dat de medewerkers-training bijdroeg aan kennis en kunde over SMR.

Barrières en faciliterende factoren

Barrières rond rookvrije terreinen werden besproken in zes artikelen. Rookvrije terreinen worden vaak niet volledig nageleefd (Gubner et al., 2019). Zo gaf in één artikel slechts 47% van de medewerkers aan dat hun werkplek volledig rookvrij was (Campbell et al., 2024). Daarnaast maken wettelijke verplichtingen het soms moeilijk om rookvrije terreinen te implementeren (Campbell et al., 2022; McCuistian et al., 2021). Het ontbreken van een rookvrij terrein werd genoemd als een belemmering om te stoppen met roken, terwijl sport-

faciliteiten en rookvrije zones voor niet-rokende cliënten werden voorgesteld als mogelijke oplossingen (DePhilippis et al., 2023; Leal et al., 2021).

Twaalf artikelen benoemden de rol van medewerkers. Vijf artikelen wisten op het belang van training voor medewerkers. Als gevolg van personeelsverloop blijkt er vaak een kloof te bestaan tussen het veronderstelde en het werkelijke aantal medewerkers dat getraind is (Campbell et al., 2022, 2024). Daarnaast speelt de heersende rookcultuur onder medewerkers een rol. Vier artikelen rapporteerden het percentage rokende medewerkers, met een range tussen 22% en 39% (Guydish et al., 2021, 2023). Medewerkers die zelf roken lijken minder toegewijd te zijn aan SMR-zorg (Guydish et al., 2021; Streck et al., 2023). Ook lijken er bij medewerkers mythen rondom SMR te bestaan: rookvrije zorg houdt cliënten af van behandeling, zorgt voor gedragsproblemen, doet af aan de behandeling, hoort niet thuis in de verslavingszorg en het is oneerlijk om tabak af te pakken (R. A. Brown et al., 2017; Castaldelli-Maia et al., 2022; Fallin-Bennett et al., 2018; Hemmy Asamsama et al., 2019).

In zes artikelen werd besproken hoe roken door cliënten wordt gezien. Er is vaak een overtuiging dat roken kan helpen bij het stoppen met andere middelen (Martínez et al., 2023; Matthews et al., 2023) en is er een gebrek aan vertrouwen dat stoppen met roken gaat lukken (Campbell et al., 2020; Fallin-Bennett et al., 2018; Madden & Fogger, 2021). Het consequent aanbieden van behandeling en aan cliënten laten zien dat SMR onderdeel van de behandeling is, waren faciliterende factoren (Campbell et al., 2017; Leal et al., 2021).

Vier artikelen richtten zich op hoe externe factoren en beleid van invloed zijn op SMR-zorg. Zo blijken hoge accijnzen, financiering van zorg vanuit de overheid, uitgebreide verzekeringsdekking en tabaksreclame impact te hebben op SMR (Abraham et al., 2017; Campbell et al., 2016; Yip et al., 2020).

DISCUSSIE

.....

Aangezien iemand een grotere kans heeft om te overlijden aan de gevolgen van roken dan aan ander middelengebruik (CDC, 2024), is het belangrijk om cliënten in de verslavingszorg te ondersteunen bij SMR. Het doel van deze scoping review is om een overzicht te geven van de onderzoeken vanaf 2016 naar implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg. We vonden dat de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie hoog was en varieerde van 49% tot 94% in de onderzochte artikelen. De meeste artikelen beschreven evidencebased behandelingen, waarbij roken vaak wel wordt uitgevraagd, maar counseling en NVM nog niet alle cliënten bereiken. Daarnaast zijn andere onderdelen van een breed rookvrijbeleid onderzocht, zoals rookvrije terreinen en medewerkerstraining. Beleid en interventies hadden wisselende effecten op stoppercentages. Barrières voor rookvrijbeleid waren: een rookvrij terrein niet kunnen implementeren of behouden,

een rookcultuur; en een negatieve houding van medewerkers en cliënten over SMR tijdens behandeling.

De review over SMR in de verslavingszorg tussen 2000 en 2015 toonde aan dat 86% van de cliënten naar hun rookstatus werd gevraagd, 30-40% counseling ontving, en 12-29% nicotinevervangende middelen (NVM) of medicatie kreeg (Knudsen, 2017). In de huidige studie werd roken uitgevraagd bij 62-72% van de cliënten, werd counseling aangeboden aan 30-62%, werd NVM of farmacotherapie geboden aan 21-32%, vond doorverwijzing plaats bij 25-40%, en werd stopadvies gegeven aan 44-67% van de cliënten (Guydish, Kapiteni et al., 2020; Madden & Fogger, 2021; McCuistian et al., 2021, 2024;). Rookstatus lijkt dus minder vaak te worden uitgevraagd, maar behandeling bij tabaksgebruik wordt vaker geboden dan in het onderzoek van Knudsen (2017). Naast het bieden van behandeling werden rookvrije terreinen onderzocht; deze leken in combinatie met behandeling het meest effectief (Gubner et al., 2019; Romano et al., 2021). Het is mogelijk dat behandeling in combinatie met een rookvrije omgeving effectief is omdat cliënten dan geen rook-cues krijgen, waardoor ze mogelijk minder trek ervaren en dus minder terugvallen (Allenby et al., 2020; Betts et al., 2021; Waters et al., 2014).

Binnen deze studie varieert de impact van rookbeleid op stoppen sterk, met stoppercentages tussen 20% en 74% tijdens de behandeling, en tussen 4% en 18% bij follow-up (Bonevski et al., 2021; Hayhurst et al., 2021; McCuistian et al., 2022; Rohsenow, Martin et al., 2017). In 12 artikelen werden positieve resultaten gerapporteerd, maar in zes artikelen geen significante resultaten of zelfs een toename van roken tijdens behandeling. Hierbij kunnen aannamen van cliënten een rol spelen. Zo kwam in het huidige onderzoek naar voren dat er vaak een gebrek aan vertrouwen is dat stoppen met roken gaat lukken (Campbell et al., 2020; Fallin-Bennett et al., 2018; Madden & Fogger, 2021) of dat roken kan helpen bij het stoppen met andere middelen (Martínez et al., 2023; Matthews et al., 2023). Volgens de theorie van gepland gedrag (*theory of planned behaviour*) dragen houding en een gevoel van zelfeffectiviteit (*self-efficacy*) bij aan het voornemen tot gedragsverandering en uiteindelijk tot die gedragsverandering zelf (Ajzen, 1991). Het is mogelijk dat een negatieve houding en/of weinig vertrouwen dat SMR gaat lukken, bijdragen aan het niet behalen van langdurige abstinentie van tabak.

Naast barrières bij cliënten worden in deze review de meeste barrières bij medewerkers benoemd. Dit kan gaan over aannamen bij medewerkers, zoals: rookvrije zorg houdt cliënten af van behandeling, zorgt voor gedragsproblemen, doet af aan de behandeling, hoort niet thuis in de verslavingszorg en het is oneerlijk om tabak af te pakken (R. A. Brown et al., 2017; Castaldelli-Maia et al., 2022; Fallin-Bennett et al., 2018; Hemmy Asamsama et al., 2019). Zoals ook benoemd in de eerdere review van Knudsen (2017), lijkt er sprake te zijn van een rookcultuur, mogelijk in stand gehouden door het hoge percentage rokers onder medewerkers (tussen 22% en 39% in de huidige review). Ook blijkt door hoog personeelsverloop het percentage getrainde werknemers snel te

dalen (Campbell et al., 2022, 2024). Tot slot worden regels rond rookvrije terreinen niet altijd nageleefd (Campbell et al., 2024; Gubner et al., 2019). Dit laat zien dat medewerkers een sleutelrol hebben in effectief rookvrijbeleid en dat het belangrijk is om medewerkers consequent te trainen, met aandacht voor hun houding en aannamen ten aanzien van SMR.

Extern beleid, zoals accijnzen, financiering vanuit de overheid, uitgebreide verzekeringsdekking en tabaksreclame, blijken impact te hebben op SMR (Abraham et al., 2017; Campbell et al., 2016; Yip et al., 2020). Wettelijke verplichtingen maken het soms moeilijk om rookvrije terreinen te implementeren (Campbell et al., 2022; Gubner et al., 2019; McCuistian et al., 2021). Echter, in sommige gevallen kunnen zulke verplichtingen de implementatie ook faciliteren: in de studie van E. Brown en collega's (2012) werd 47% van de SUD-programma's rookvrij omdat dit door de staat verplicht werd gesteld (37% was al rookvrij en 16% werd na de deadline rookvrij).

Belangrijk bij Knudsen (2017) waren onderwerpen als instellingsfactoren (wel of geen medische setting), financiering, systematische implementatie van beleid, lage implementatie van SMR-zorg in de praktijk, en het feit dat ondanks wettelijke regelgeving SMR-zorg slechts een laag percentage cliënten bereikt. Dit zijn thema's die in de in deze review opgenomen onderzoeken weinig tot geen aandacht kregen.

Hoewel de WHO inzet op een wereldwijde reductie van roken, kwamen er van de 39 artikelen 35 uit Noord-Amerika. Hoe generaliseerbaar is de informatie daaruit naar de Nederlandse context? Dertien artikelen kwamen uit Californië, dat wat betreft welvaart en voortrekkersrol mogelijk gelijkenis heeft met Nederland (American Lung Association, 2023; Joossens et al., 2022; US News, z.d.; Yanatma, 2024). Het percentage rokers verschilt echter aanzienlijk: ongeveer 10% in California en 19% in Nederland (American Lung Association, 2024; Bommelé & Willemsen, 2023). Daarnaast is de zorg in de Verenigde Staten anders georganiseerd dan in Nederland (Tikkanen et al., 2020).

Bij gebrek aan Nederlandse artikelen binnen de verslavingszorg kan wel al gekeken worden naar de ziekenhuiszorg. Hierin zien we dat er enige motivatie is bij cliënten en medewerkers om te stoppen en dat er ook negatieve verwachtingen bij behandelaren leefden, maar dat die in de praktijk lijken mee te vallen (van den Berg et al., 2024; Vermeulen et al., 2020). Daarnaast rapporteerde de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in 2023 dat 80% van de ziekenhuizen rookvrij was en in 2024 72%. Vooral op plekken waar cliënten lang verblijven, waar panden worden gedeeld of waar er overlast is van omwonenden is volledig rookvrij worden moeilijker, ook omdat het niet bij wet verplicht is (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2023, 2024).

Sterke punten en beperkingen van de review

Deze review omvat een uitgebreid overzicht van de literatuur tussen 2016 en 2024, waarin alle resultaten gestructureerd zijn weergegeven en in thema's

uitgewerkt. Deze informatie geeft hierdoor aanknopingspunten voor een effectief rookvrijbeleid in de Nederlandse verslavingszorg. Wel zijn de meeste artikelen afkomstig uit Noord-Amerika, waardoor de bevindingen niet volledig te generaliseren zijn naar de Nederlandse context. Daarnaast zijn er beperkte zoektermen gebruikt, waardoor het mogelijk is dat niet alle literatuur is meegenomen. Ook is de kwaliteit van de artikelen in deze review niet getoetst.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

Om in Nederland tot een rookvrije verslavingszorg te komen, kan worden ingezet op een breed rookvrijbeleid, met consequent behandelen, regelmatig trainen van medewerkers en rookvrije terreinen. Om dit mogelijk te maken, is een wettelijke basis ondersteunend. Ook zal het belangrijk zijn om aandacht te hebben voor mogelijke negatieve aannamen van medewerkers en cliënten, en om beide groepen zo te informeren en motiveren dat ze achter het rookvrijbeleid en het doel van SMR gaan staan.

Hoewel de genoemde onderdelen van een rookvrijbeleid uit de literatuur naar voren komen, zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar SMR in de verslavingszorg en naar rookvrijbeleid in Nederland, zodat onderzoek ook in de Nederlandse context meer aanknopingspunten biedt. Ook zou een brede systematische review, gebruikmakend van de methodiek Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR, z.d.), meer in detail kunnen onderzoeken welke determinanten leiden tot het succes of het mislukken van rookvrijbeleid. Ook zou er meer in detail kunnen worden gekeken naar de behandeling van stoornissen in tabaksgebruik, juist omdat mythen en weinig zelfvertrouwen hierbij een rol spelen. Tot slot zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar implementatie van beleid: Hoe wordt dergelijk beleid ingevoerd? Hoe wordt het consequent volgehouden? Hoe wordt er gezorgd voor een cultuuromslag waarin roken niet meer thuishoort in de verslavingszorg?

CONCLUSIE

De internationale literatuur laat zien dat de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie hoog is. Gezien de morbiditeit en mortaliteit van roken, is het belangrijk om cliënten te ondersteunen bij SMR. Een breed rookvrijbeleid, met behandelen en informeren van cliënten, rookvrije terreinen en het consequent trainen van medewerkers, lijkt ondersteunend te kunnen zijn, ook voor de Nederlandse verslavingszorg. Daarnaast is een wettelijke basis die een breed rookvrijbeleid ondersteunt belangrijk en zal er aandacht moeten zijn voor het informeren en motiveren van cliënten en medewerkers om achter het doel van stoppen met roken te staan. Verder onderzoek is echter noodzakelijk.

TABEL 1 *Overzicht van de resultaten*

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Bertucci et al., 2024	VS	Ambulant met veteranen	Experiment	332 cliënten	Prevalentie: 59% Rookvrijbeleid: <i>Treatment as usual</i>; bij wens voor SMR kreeg de controlegroep behandeling in de vorm van counseling en nicotinevervangende middelen (NVM); in de experimentele groep werd verwacht dat cliënten voor hun SUD-behandeling ook naar de behandeling over roken gingen; dit werd ook bijgehouden. Impact: 25% stopte en 55% kreeg NVM in de experimentele groep; en 3% in de controlegroep stopte en 15% kreeg NVM. Ook maakte 72% van de experimentele groep de behandeling af, in vergelijking met 56% van de controlegroep.
McCuis-tian et al., 2024	VS	Klinisch	Quasi-experiment	11 programma's 185 baseline; 225 na interventie	Prevalentie: 60% Rookvrijbeleid: Van de 11 programma's kregen 5 een rookvrij terrein, 3 hadden het al en 3 hebben het niet ingevoerd. Bij 72% werd roken uitgevraagd, 62% ontving counseling, 32% NVM, 33% een verwijzing. Impact: Daling van het aantal rokers van 60,3% naar 40,5% en meer NVM/medicatie voor SMR (van 31,9% naar 45,6%) na de interventie.
Campbell et al., 2024	VS	Klinisch	Quasi-experiment	11 programma's directeuren en staf: 163 pre-interventie en 128 post-interventie	Rookvrijbeleid: Ieder programma moest beleid maken of aanscherpen vanuit het Tobacco Free for Recovery interventieprogramma; moest daarnaast roken uitvragen en cliënten behandelen door getrainde professionals; tot slot moest het beleid doorvoeren dat stoppen met roken en algeheel welzijn verbeterde. Impact: Meer rookvrije terreinen (van 3 naar 8), training van staf (van 1 naar 10) en SMR-ondersteuning van cliënten (NVM van 6 naar 10, psycho-educatie van 6 naar 11). Barrières: Van de rookvrije terreinen die directeuren aangaven, gaf 47% van de medewerkers aan dat het werk daadwerkelijk volledig rookvrij was. 10 van de 11 directeuren gaven aan dat de staf getraind was, maar 50% gaf aan deze training te hebben ontvangen: mogelijk door hoog verloop.

Saloner et al., 2023	VS	Nationale vragenlijst	Observatie	46.895	Prevalentie: SUD 61% en SUD + strafrechtelijke juridische betrokkenheid 77% Impact: De prevalentie van rokers in de SUD-groep ging van 61% naar 51% tussen 2010-2019, een significant verschil. De groep met SUD en een strafrechtelijke juridische betrokkenheid daalde niet significant: van 77% naar 76%. Dit laat zien dat dit een groep is waarin de prevalentie van tabaksgebruik hoog blijft.
DePhilipis et al., 2023	VS	Klinisch met veteranen	Quasi-experiment	312 veteranen in 4 verslavings-klinieken	Rookvrijbeleid: <i>Contingency management</i> om SMR te bekrachtigen met koolstofmonoxidemetingen. Daarnaast was er counseling en NVM. Er waren geen rookvrije terreinen. Barrières: Het niet hebben van rookvrije terreinen of onvoldoende motivatie zijn mogelijke redenen waarom veelal niet het hele programma werd afgemaakt (12 dagen = 44% van het programma werd gemiddeld gedaan).
Pagano et al., 2023	VS	Klinisch	Observatie	395 cliënten	Prevalentie: 69% Rookvrijbeleid: Omdat cliënten die roken vaker ook ander ongezond gedrag laten zien, met psychische en fysieke problemen tot gevolg, zou SMR-zorg zich breder op welzijn moeten richten.
Matthews et al., 2023	VS	Klinisch	Kwalitatief	41 (oud-)cliënten	Rookvrijbeleid: Cliënten gaven aan dat er niet over roken werd gesproken, behalve als ze dit zelf aangaven. Impact: Tijdens behandeling werd er meer gerookt (24% startte, 20% rookte meer, 32% bleef hetzelfde, 20% verminderde en 5% stopte), terwijl er na behandeling minder werd gerookt en meer gestopt (0% startte, 10% rookte meer, 27% bleef hetzelfde, 24% verminderde en 34% stopte). Barrières: 85% gaf aan dat SUD-behandeling geen effect had op roken of roken juist aanmoedigde. Cliënten geloofden vaak dat roken hielp om abstinente te worden van het primaire middel.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Martínez et al., 2023	VS	Klinisch	Observatie	18 instellingen 534 cliënten en 183 klinische staf	Prevalentie: 64% van de cliënten en 23% van de medewerkers. Rookvrijbeleid: 64% van de cliënten gaf aan dat roken was uitgevraagd, terwijl 44% van de medewerkers aangaf het vaak te doen. 23% van de cliënten gaf aan dat ze NVM aangeboden hadden gekregen, terwijl 28% van de medewerkers aangaf deze vaak te gebruiken. Faciliterende factor: Wanneer medewerkers vonden dat NVM-gebruik werd aangemoedigd, was er ook meer wens om te stoppen met roken bij cliënten. Barrières: Cliënten vonden SMR minder belangrijk en hadden minder vertrouwen in de kennis/kunde van behandelaren dan behandelaren zelf dachten te hebben. Deze discrepanties kunnen effect hebben op SMR.
Guydish et al., 2023	VS	Klinisch	Experiment	7 klinische programma's 174 cliënten, 74 staf	Prevalentie: 77% voor cliënten en 39% voor medewerkers. Rookvrijbeleid: Medewerkertrainingen werden gegeven, directie moest achter het programma staan en er werd een beloning gegeven voor het rookvrijbeleid. Impact: Er waren geen significante effecten, voor zowel cliënten als medewerkers. Het roken bij cliënten ging van 77 naar 67%, het vragen naar roken van 72% naar 78%, het krijgen van counseling van 47% naar 45% en het krijgen van medicatie van 35% naar 18% in beide groepen samen.
Streck et al., 2023	VS	Niet gespecificeerd	Mixed methods: kwalitatief en observatie	12 programma's 23 coaches kwantitatief, 20 kwalitatief	Prevalentie: 32% van de coaches. Faciliterende factor: Coaches waren positief over SMR-behandeling. Barrières: 32% rookte zelf en was minder toegewijd aan SMR. Rookcultuur: roken is een geaccepteerde verslaving in verslavingsbehandeling, gaven aan samen met cliënten te roken.

Campbell et al., 2022	VS	Klinisch	Quasi-experiment	6 programma's met 6 directeuren en 165 na 18 maanden bij meting 2	Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen, tabaksgebruik uitvragen en behandelen en beleid gericht op welzijn dat SMR ondersteunt (bijvoorbeeld een sportplek in plaats van een rookruimte). Impact: 5 van de 6 hadden rookvrije terreinen, alle medewerkers kregen trainingen en meer SMR-zorg in alle programma's. Barrières: Eén had geen rookvrij terrein, omdat lokale wetgeving een rookgebied verplichtte. Hier ook 40% van staf had geen training gehad, vanwege verloop.
Bjørnstad et al., 2022	Noorwegen	Alle	Observatie	548 cliënten – 335 geanalyseerd	Prevalentie: 94% voor methadonverstrekking en 93% voor klinische populatie. Impact: 7% van de cliënten van de methadonverstrekking en 32% van de klinische cliënten stopte, wat significante verschillen waren. Met name jonge klinische cliënten hadden meer kans om te stoppen tijdens behandeling.
McCushtian et al., 2022	VS	Klinisch	Observatie	7 programma's 249 baseline, 275 interim, 219 post-interventie	Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen, tabaksgebruik uitvragen en behandelen en beleid gericht op welzijn dat SMR ondersteunt (bijvoorbeeld sportplek in plaats van rookruimte). In het artikel wordt de impact van rookvrije terreinen onderzocht. Impact: Aantal rokers daalde van 54,2% naar 26,6%; pre- en post rookvrij terrein, meer SMR-behandeling van 11,9% naar 25,2%. Het opnemen van SMR in het behandelplan steeg eerst en daalde bij de laatste meting, er was geen verschil wat betreft uitvragen van tabaksgebruik. Barrières: Twee hadden geen rookvrij terrein, omdat lokale wetgeving een rookgebied verplichtte.
Castaldelli-Maia et al., 2022	Portugal	Niet gespecificeerd	Quasi-experiment	203 behandelaren	Rookvrijbeleid: Medewerkerstraining Impact: Artsen en <i>social workers</i> hadden een negatievere houding dan psychologen over SMR. Training verbeterde scores over kennis en kunde SMR-zorg. Barrières: De items waar artsen en social workers hoog op scoorden waren: SMR hoort niet in een verslavingsbehandeling, het kan herstel in de weg staan en het is oneerlijk tabak weg te nemen.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Fokuo et al., 2022	VS	Klinisch	Kwalitatief	16 directeuren	Rookvrijbeleid: Pre-implementatiefase van rookvrijbeleid: invoering van rookvrije terreinen, aanbieden van SMR-behandeling en het trainen van medewerkers. Faciliterende factoren: Voordeel van het beleid ten opzichte van het oude beleid, extern beleid of aanmoediging, commitment en zelfvertrouwen van de directeur en het belang erkennen van opinieleiders. Barrières: Kosten, rookcultuur, rokende medewerkers, te weinig expertise, cliënten niet meenemen in de besluitvorming.
Guydish et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	363 staf 639 cliënten	Prevalentie: 60% cliënten en 22% medewerkers. Rookvrijbeleid: 64% was gevraagd naar rookstatus, 57% kreeg counseling, 26% kreeg medicatie en 33% werd verwezen. Barrières: 22% van de behandelaren rookte, 32% totaal gebruikte tabaksproducten. Hogere percentages rokende medewerkers was geassocieerd met minder SMR-zorg en minder overtuiging dat cliënten zouden moeten stoppen.
Madden & Fogger, 2021	VS	Klinisch	Quasi-experiment	118 vrouwen	Prevalentie: 90% Rookvrijbeleid: Kort advies (67% kreeg kort advies te stoppen) en 30% kreeg counseling en/of NVM. 37% wilde geen behandeling. Impact: Niemand stopte, maar wel minder sigaretten per dag. Barrières: Omgeving nodigde niet uit tot SMR. Cliënten rapporteerden hoge scores wat betreft de wens te stoppen, maar lage scores op zelfvertrouwen.
McCuis-tian et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	24 programma's 576 cliënten	Prevalentie: 68% bij witte cliënten, 55% bij Spaans-Amerikaanse cliënten en 56% bij Afro-Amerikaanse cliënten. Rookvrijbeleid: Spaans-Amerikaanse en Afro-Amerikaanse cliënten ontvingen meer SMR-zorg dan witte cliënten. Van de witte cliënten werd 62% gevraagd naar rookstatus, 36% geadviseerd hoe te stoppen, 25% werd verwezen, 41% kreeg een vorm van counseling en 19%

					kreeg medicatie/NVM. Bij de Spaans-Amerikaanse cliënten werd 66% gevraagd naar rookstatus, 48% geadviseerd hoe te stoppen, 40% werd verwezen, 62% kreeg een vorm van counseling en 21% kreeg medicatie/ NVM. Bij de Afro-Amerikaanse cliënten werd 59% gevraagd naar rookstatus, 57% geadviseerd hoe te stoppen, 36% werd verwezen, 65% kreeg een vorm van counseling en 32% kreeg medicatie/NVM.
Nguyen et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	562 cliënten	Prevalentie: 66%. Het percentage cliënten dat alleen tabak gebruikte was gelijk aan multi-gebruikers (beide 33%). Barrière: Rokers in SUD-behandeling gebruiken vaak meer soorten nicotine, met name degenen die hebben gevapt om te stoppen met roken en mensen met psychische klachten.
Leal et al., 2021	VS	Klinisch	Kwalitatief	4 locaties 59 cliënten en 23 medewerkers	Prevalentie: Per locatie: 74%, 75%, 66% en 65% Rookvrijbeleid: Taking Texas Tobacco Free: rookvrije terreinen, medewerkerstraining, behandeling door clinici, NVM en uitdragen van het beleid naar de omgeving. Barrières: Er waren geen vervangende activiteiten, dus roken bleef een sociale bezigheid. Stress en stigma zorgden voor verminderde stopwens. Staf gaven aan dat gebrek aan organisatiesupport en mythen rondom roken barrières waren. Faciliterende factoren: Het geven van verschillende NVM, regelmatige counselingssessies, opties om te bewegen of te sporten, en het huisvesten van niet-rokende cliënten in niet-rokensecties van de kliniek.
Bonevski et al., 2021	Australië	Na klinische detox	Quasi-experiment	100	Prevalentie: 83% Rookvrijbeleid: NVM of vape meegegeven na detoxopname in combinatie met telefonische SMR-hulplijnsessies. Impact: Beide werden veel gebruikt en er was een afname van het aantal sigaretten per dag bij zowel vape als NVM. Na 3 maanden waren 14% van de cliënten met vape en 18% van de cliënten met NVM gestopt met roken, dit verschil was niet significant.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Hayhurst et al., 2021	VK	Nationale drugsmo-nitor	Obser-vatie	106.472	Prevalentie: 49% Rookvrijbeleid: Slechts 3% kreeg behandeling voor tabaksverslaving. Impact: Roken lijkt in het begin zelfs toe te nemen tijdens behandeling (62% ten opzichte van 57%). Pas later na de behandeling nam roken af: 39% rookte bij de laatste follow-up.
Romano et al., 2021	Ca-nada	Klinisch	Quasi-experi-ment	480 cliënten	Prevalentie: 55% Rookvrijbeleid: Eerst werd een evidencebased behandeling voor tabaks-verslaving geïntroduceerd en hierna ook een rookvrij terrein. Impact: Cliënten die behandeling plus rookvrij-terreinconditie hadden, stopten vaker, rookten minder en deden vaker een stoppoging binnen 3 maanden na behandeling. Van de gehele populatie (inclusief cliënten die niet rookten bij de start) rookte 45% van cliënten niet bij gewone behandeling, 5% meer dan bij de start; bij alleen de evidencebased behandeling rookte 56% niet (ook 5% meer dan bij de start) en bij be-handeling en rookvrij terrein rookte 66% niet (21% meer). Er was geen negatieve behandelimpact op het primaire middel.
Yip et al., 2020	VS	Alle	Obser-vatie	1702 cliënten	Prevalentie: 78% Faciliterende factor: Cliënten in een uitgebreide Medicaid-verstrek-kende staat waren vaker verzekerd (90% vs. 54%) en roken werd meer uitgevraagd (79% vs. 72%). Mensen met verzekering stopten vaker tijdens behandeling (49% vs. 30%).
Guydish, Kapiteni et al., 2020	VS	Klinisch	Obser-vatie	340 cliënten	Prevalentie: 69% Rookvrijbeleid: 65% was gevraagd naar rookstatus, 44% kreeg advies hoe te stoppen, 34% kreeg een verwijzing, 55% kreeg counseling en 28% kreeg medicatie of NVM. Velen wilden stoppen (59% had het afgelopen jaar geprobeerd te stoppen en 33% dacht de komende maand te willen stoppen), maar de meesten wilden hier geen hulp bij (62%).

Campbell et al., 2020	VS	Klinisch	Observatie	562 cliënten – 329 voor analyse	Prevalentie: 61%. Rokers hebben vaker ooit geblowd (93%) en cliënten die ooit geblowd hebben, hebben meer kans op vapegebruik. Rokers die nooit geblowd hadden, wilden vaker stoppen. Barrière: Rokers die wel ooit geblowd hadden, wilden vaker hulp bij het stoppen, omdat ze minder zelfvertrouwen hadden om te stoppen.
Guydish, Wahleithner et al., 2020	VS	Klinisch	Observatie	259 programma's	Rookvrijbeleid: 10,8% van de klinische programma's had een rookvrij terrein. De meesten hadden beleid op vaperen, 48% had regels over samen roken (medewerkers en cliënten) en 35% van de programma's gaf aan interesse te hebben in een rookvrij terrein. Er waren twee manieren van beleid: ofwel cliënten waren verplicht te stoppen bij start behandeling, ofwel zij mochten nog roken buiten het terrein.
Smith et al., 2020	Canada	Ambulant ziekenhuis	Quasi-experiment	105 cliënten	Prevalentie 86% Rookvrijbeleid: Counseling (2 sessies) voor stoppen met roken werd gegeven en NVM waren beschikbaar. 38% wilde stoppen en deed mee aan de interventie. De resultaten hiervan zijn niet gerapporteerd.
Hemmy Asamsama et al., 2019	VS	Klinisch veteranen	Quasi-experiment	117 veteranen	Prevalentie: 82% Rookvrijbeleid: Medewerkers kregen training, tabak werd uitgevraagd, gediagnosticeerd en parallel behandeld. Impact: Roken ging van 82% voor interventie naar 77% na interventie (niet significant). Er was meer gebruik van NVM (van 35% naar 62%) en cliënten hadden ook meer stopwensen na invoering rookvrijbeleid (41% naar 46%). Alleen op de variabelen tabaksgebruik, stoppogingen, abstinentie, belang van SMR en het zelfvertrouwen om te stoppen veranderden waren er geen significante verschillen. Barrière: De angst dat cliënten eerder uit zouden vallen bij een rookvrije opname of gedragsproblemen zouden hebben: dit bleek niet zo te zijn.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Gubner et al., 2019	VS	Klinisch	Quasi-experiment	591 totaal	Prevalentie: 82% Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen werden ingevoerd en de belasting ging 3 maanden later met \$ 2 omhoog (staatsbeleid). Impact: Rookvrije terreinen zorgden voor minder roken, verhoging van de prijs van tabak niet. Het percentage rokers na rookvrije terreinen was 65% en na invoering van belasting 72%. Ook de stopwens steeg eerst en daalde daarna van 41% naar 46% naar 32%. Tot slot was hetzelfde patroon zichtbaar bij medewerkers en cliënten die samen rookten: 35% naar 24% naar 30%. Barrière: Verslappen van het beleid (3x rookpauzes in het programma na het eten) na 3 maanden beleid; dit wordt als verklaring gegeven voor de initiële positieve trend en vervolgens het afzwakken ervan.
Fallin-Bennett et al., 2018	VS	Klinisch	Kwalitatief	10 medewerkers en 42 cliënten	Prevalentie: 93% Faciliterende factoren: Voordelen van stoppen waren gezondheid, ondersteuning hebben en minder opruimen van het terrein. Barrière: Cliënten gaven aan roken te zien als sociale bezigheid en manier van omgaan met stress. Geen alternatieve coping hebben, angst dat rookvrijbeleid cliënten zou weggagen en opzien tegen problemen met implementatie. Cliënten gaven een 7 (op schaal 0-10) voor hoe belangrijk ze SMR vonden, maar slechts een 2 voor vertrouwen.
Acquavita et al., 2017	VS	Klinisch	Kwalitatief	21 vrouwen (zwanger of bevallen binnen 12 maanden)	Prevalentie: Van alle rokende deelnemers rookte 41% door tijdens zwangerschap zonder stoppoging, 32% probeerde te stoppen, maar viel terug, 5% stopte na de bevalling en 14% stopte met roken en bleef gestopt. Hoge prevalentie zwangere rokers onder SUD-populatie. Barrière: Voor deze vrouwen waren een rokende partner en stress barrières. Ze herkenden de risico's voor de gezondheid van hun kind meer dan voor hun eigen gezondheid.

R. A. Brown et al., 2017	VS	Dagbehandeling	Quasi-experiment	19 cliënten in fase 1 en 16 in fase 2	Rookvrijbeleid: Programma voor motiveren tot het gebruik van de al bestaande SMR-hulplijn. Impact: De helft wilde een verwijzing naar een SMR-hulplijn, maar slechts 3 van de 8 heeft 1 of meer sessies bij de hulplijn gedaan. Niemand stopte met roken. Barrière: Angst dat SMR de behandeling voor abstinentie op andere middelen negatief beïnvloedt en geen tijd of geld tijdens verslavingsbehandeling voor aparte SMR-zorg. Omdat weinig mensen in zorg kwamen, bij de grotere RCT een warme overdracht gedaan, dus koud verwijzen is onvoldoende.
Abraham et al., 2017	VS	Niet gespecificeerd	Observatie	10.413 programma's (nationale database)	Rookvrijbeleid: 60% screende voor tabaksverslaving, 41% had counseling voor SMR en 26% gaf farmacotherapie. Faciliterende factor: In staten waar hogere accijnzen op tabak golden en meer geld naar preventie ging, werd meer SMR-zorg gegeven. Dus om SMR-zorg te verbeteren zou accijns op tabak en geld naar preventie verhoogd kunnen worden.
Rohseno, Martin et al., 2017	VS	Klinisch	RCT	363 cliënten	Rookvrijbeleid: 1 groep werd beloond met een steeds oplopend bedrag bij iedere keer negatief CO blazen, anderen kregen vast bedrag. Impact: Vouchers (contingency-managementbehandeling) heeft positief effect op stoppen tijdens de behandeling (20% was volledig abtinent vs. 5% in de non-voucher-groep). Echter, op de lange termijn maakte het geen verschil: na 1 maand (9% vs. 8%), na 3 maanden (5% vs. 3%), na 6 maanden (4% vs. 2%) en na 1 jaar (4% vs. 2% gestopt met roken).
Campbell et al., 2017	VS	Alle	Observatie	683 cliënten	Prevalentie: 92% Impact: 7,6% stopte met roken tijdens behandeling. Faciliterende factoren: Mensen die gezondheidswinst aangaven en SMR als onderdeel zagen van hun eigen behandelplan waren meer succesvol met het stoppen. Cliënten van methadonprogramma stoppen minder vaak dan ambulante cliënten (7% vs. 21%).

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Rohsenow, Tidey et al., 2017	VS	Ambulant	RCT	137 cliënten	Rookvrijbeleid: Cliënten kregen varenicline of een placebo, of kregen NVM of een placebo en beide groepen kregen korte sessies (5-10 minuten) van getrainde psychologen. Impact: Varenicline bleek na 3 maanden beter te werken dan NVM (13% vs. 3% gestopt). Na 6 maanden was er geen significant verschil (9% vs. 3%). Wanneer gekeken werd naar cliënten die in ieder geval 77% van de medicatie hadden genomen (die medicatietrouw waren), dan stopte 27% met varenicline en 4% met NVM; dit bleef na 6 maanden.
Campbell et al., 2016	VS	Alle	Observatie	1113 cliënten in 24 programma's	Prevalentie: 78% Barrière: Het dagelijks geconfronteerd worden met rookreclames en de mate van ontvankelijkheid voor tabaksreclames was geassocieerd met rookstatus. Ontvankelijkheid voor rookreclames was ook geassocieerd met meer roken.
de Dios et al., 2016	VS	Klinisch	Observatie	322 Spaanssprekende cliënten	Prevalentie: 53% Barrière: Roker zijn in de eerste maand van behandeling is geassocieerd met meer kans op terugval in middelengebruik.

Maartje van Lakerveld is gz-psycholoog bij Jellinek en promovendus, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Anneke Goudriaan is gz-psycholoog bij Jellinek en bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Marloes Derksen is universitair docent bij de afdeling Klinische informatiekunde, Amsterdam UMC.

Correspondentieadres: Maartje van Lakerveld, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam. E-mail: maartje.van.lakerveld@jellinek.nl

Summary *Implementation and impact of smoke-free policies within addiction care: A scoping review*

Given the high prevalence of smokers within addiction care and the associated mortality and morbidity, support for smoking cessation is essential. This scoping review analyzes 39 studies since 2016 on the implementation and impact of smoke-free policies in addiction care. The prevalence of smokers ranges from 49% to 94%. Although evidence-based treatments, such as counseling and nicotine replacement therapies, are available, they only reach a limited number of clients. Other aspects of smoke-free policies, such as tobacco free grounds and staff training, have also been investigated. The effects of these measures on smoking cessation are variable. Barriers to successful smoke-free policies include the implementation and enforcement of tobacco free grounds, a strong smoking culture, and negative attitudes of both staff and clients towards smoking cessation during treatment. A comprehensive smoke-free policy, including treatment, client education, smoke-free premises, and consistent staff training, can be supportive, even in Dutch addiction care.

Keywords *smoke-free policy, smoking cessation, SUD treatment*

Referenties

- Abraham, A. J., Bagwell-Adams, G., & Jayawardhana, J. (2017). Availability of tobacco cessation services in substance use disorder treatment programs: Impact of state tobacco control policy. *Addictive Behaviors*, 71, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2017.02.007>
- Acquavita, S. P., Talks, A., & Fiser, K. (2017). Facilitators and barriers to cigarette smoking while pregnant for women with substance use disorders. *Nicotine and Tobacco Research*, 19, 555-561. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw268>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allenby, C., Falcone, M., Wileyto, E. P., Cao, W., Bernardo, L., Ashare, R. L., Janes, A., Loughhead, J., & Lerman, C. (2020). Neural cue reactivity during acute abstinence predicts short-term smoking relapse. *Addiction Biology*, 25, e12733. <https://doi.org/10.1111/adb.12733>
- American Lung Association. (2024, May 14). *Adult cigarette smoking by state*. www.lung.org/research/trends-in-

- lung-disease/tobacco-trends-brief/data-tables/ad-cig-smoking-state
- Bertucci, S., Schultz, E., Stevenson, B., & Fu, S. S. (2024). An opt-out tobacco treatment group intervention within an intensive substance use disorders treatment program: Initial outcomes in the Veterans Health Administration. *Nicotine and Tobacco Research*. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntae134>
- Betts, J. M., Dowd, A. N., Forney, M., Hetelekides, E., & Tiffany, S. T. (2021). A meta-analysis of cue reactivity in tobacco cigarette smokers. *Nicotine and Tobacco Research*, 23, 249-258. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa147>
- Bjørnstad, E. D., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2022). High smoking and low cessation rates among patients in treatment for opioid and other substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04283-6>
- Bommelé, J., & Willemsen, M. (2023). *Kerncijfers roken 2022*. Trimbos-instituut. www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2090-kerncijfers-roken-2022
- Bonevski, B., Manning, V., Wynne, O., Gartner, C., Borland, R., Baker, A. L., Segan, C. J., Skelton, E., Moore, L., Bathish, R., Chiu, S., Guillaumier, A., & Lubman, D. I. (2021). QuitNic: A pilot randomized controlled trial comparing nicotine vaping products with nicotine replacement therapy for smoking cessation following residential detoxification. *Nicotine and Tobacco Research*, 23, 462-470. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa143>
- Brown, E., Nonnemaker, J., Federman, E. B., Farrelly, M., & Kipnis, S. (2012). Implementation of a tobacco-free regulation in substance use disorder treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 319-327. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.006>
- Brown, R. A., Hecht, J., Bloom, E. L., Minami, H., Kahler, C. W., Abrantes, A. M., Dubreuil, M. E., Gordon, A., Price, L. H., & Ondersma, S. J. (2017). Development and preliminary pilot evaluation of a brief tablet computer intervention to motivate tobacco quitline use among smokers in substance use treatment. *American Journal on Addictions*, 26, 587-594. <https://doi.org/10.1111/ajad.12559>
- Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37, 97-105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>
- Campbell, B. K., Le, T., Andrews, K. B., Pramod, S., & Guydish, J. (2016). Smoking among patients in substance use disorders treatment: Associations with tobacco advertising, anti-tobacco messages, and perceived health risks. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42, 649-656. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1183021>
- Campbell, B. K., Le, T., Kapiteni, K., Gubner, N. R., & Guydish, J. (2020). Correlates of lifetime blunt/spliff use among cigarette smokers in substance use disorders treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116, 108064. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108064>
- Campbell, B. K., Le, T., McCuistian, C., Bonniot, C., Delucchi, K., & Guydish, J. (2024). Policy and practice changes associated with a tobacco-free initiative in residential substance use disorder treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.2024.2316278>
- Campbell, B. K., Le, T., McCuistian, C., Hosakote, S., Kapiteni, K., & Guydish, J. (2022). Implementing tobacco-free policy in residential substance use disorders treatment: Practice changes among staff. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100033>

- Campbell, B. K., Le, T., Tajima, B., & Guydish, J. (2017). Quitting smoking during substance use disorders treatment: Patient and treatment-related variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.11.002>
- Castaldelli-Maia, J. M., Gil, F., Torales, J., & Ventriglio, A. (2022). Exploring nicotine dependence treatment commitment and quality of care among Portuguese substance use disorder treatment professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108541>
- CDC. (2024, September 17). *Smoking and Tobacco Use: Cigarette Smoking*. www.cdc.gov/tobacco/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- CFIR. (z.d.). *The Consolidated framework for implementation research – Technical assistance for users of the CFIR framework*. Geraadpleegd 26 oktober 2024 van <https://cfirguide.org>
- de Dios, M. A., Cano, M. Á., Childress, S., Vaughan, E., Cerna, Y., & Niaura, R. (2016). Smoking status and substance use treatment outcomes among Spanish speakers enrolled in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 72, 1037-1048. <https://doi.org/10.1002/jclp.22302>
- DePhilippis, D., Khazanov, G., Christoffer-son, D. E., Wesley, C. W., Burden, J. L., Liberto, J., & McKay, J. R. (2023). History and current status of contingency management programs in the Department of Veterans Affairs. *Preventive Medicine*, 176. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107704>
- Fallin-Bennett, A., Parker, K. A., Miller, A., Ashford, K., & Hahn, E. J. (2018). Smoking and tobacco-free policies in women's residential substance use disorder treatment facilities: A community-engaged approach. *Nicotine and Tobacco Research*, 20, 1386-1392. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx211>
- Fokuo, J. K., McCuistian, C. L., Masson, C. L., Gruber, V. A., Straus, E., Wong, J., & Guydish, J. R. (2022). Pre-implementation assessment of tobacco cessation interventions in substance use disorder residential programs in California. *Substance Use and Misuse*, 57, 1345-1355. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2079139>
- Gubner, N. R., Williams, D. D., Le, T., Garcia, W., Vijayaraghavan, M., & Guydish, J. (2019). Smoking related outcomes before and after implementation of tobacco-free grounds in residential substance use disorder treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.001>
- Guydish, J., Kapiteni, K., Le, T., Campbell, B., Pinsker, E., & Delucchi, K. (2020). Tobacco use and tobacco services in California substance use treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 214. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108173>
- Guydish, J., Le, T., Hosakote, S., Straus, E., Wong, J., Martínez, C., & Delucchi, K. (2021). Tobacco use among substance use disorder (SUD) treatment staff is associated with tobacco-related services received by clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108496>
- Guydish, J., McCuistian, C., Hosakote, S., Le, T., Masson, C. L., Campbell, B. K., & Delucchi, K. (2023). A cluster-randomized trial of a brief multi-component intervention to improve tobacco outcomes in substance use treatment. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 18. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00539-w>
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J., & Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addic-

- tion treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 401-411. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntro48>
- Guydish, J., Wahleithner, J., Williams, D., & Yip, D. (2020). Tobacco-free grounds implementation in California residential substance use disorder (SUD) treatment programs. *Journal of Addictive Diseases*, 38, 55-63. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1713687>
- Hayhurst, K. P., Jones, A., Cairns, D., Jahr, S., Williams, E., Eastwood, B., & Millar, T. (2021). Tobacco smoking rates in a national cohort of people with substance use disorder receiving treatment. *European Addiction Research*, 27, 151-155. <https://doi.org/10.1159/000508869>
- Hemmy Asamsama, O., Miller, S. C., Silvestri, M. M., Bonanno, C., & Kronilou, K. (2019). Impact of implementing a tobacco and recreational nicotine-free policy and enhanced treatments on programmatic and patient-level outcomes within a residential substance use disorder treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 107, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.09.004>
- Joossens, L., Olefir, L., Feliu, A., & Fernandez, E. (2022). *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*. www.tobaccocontrolscales.org/TCS2021
- Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 215-225. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1183019>
- Leal, I. M., Taing, M., Correa-Fernández, V., Obasi, E. M., Kyburz, B., Le, K., Koshy, L., Chen, T. A., Williams, T., Casey, K., O'Connor, D. P., & Reitzel, L. R. (2021). Addressing smoking cessation among women in substance use treatment: A qualitative approach to guiding tailored interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5764. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115764>
- Lien, L., Bolstad, I., & Bramness, J. G. (2021). Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: Prevalence and effect on mental health and quality of life. *BMC Psychiatry*, 21, 244. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03252-9>
- Madden, B. J., & Fogger, S. A. (2021). Implementing clinical practice guidelines for tobacco cessation in a women's residential substance use treatment facility. *Journal of Addictions Nursing*, 32, 159-164. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000403>
- Martínez, C., Lisha, N., McCuistian, C., Strauss, E., Deluchi, K., & Guydish, J. (2023). Comparing client and staff reports on tobacco-related knowledge, attitudes, beliefs and services provided in substance use treatment. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 45. <https://doi.org/10.18332/tid/160974>
- Matthews, H., Diamond, J. B., Morrison, D., Teitelbaum, S. A., & Merlo, L. J. (2023). Patient experiences with tobacco use during substance use disorder treatment and early recovery: A mixed method analysis of phone interview responses. *Journal of Addictive Diseases*, 41, 251-257. <https://doi.org/10.1080/10550887.2022.2103352>
- McCuistian, C., Kapiteni, K., Le, T., Saffier, J., Delucchi, K., & Guydish, J. (2022). Reducing tobacco use in substance use treatment: An intervention to promote tobacco-free grounds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 135, 108640. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108640>
- McCuistian, C., Le, T., Delucchi, K., Pagano, A., Hosakote, S., & Guydish, J. (2021). Racial/ethnic differences in tobacco use and cessation services among individuals in substance use treatment. *Journal of Psychoactive*

- Drugs*, 53, 483-490. <https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1977874>
- McCuistian, C., Lisha, N. E., Campbell, B., Cheng, C., Le, J., & Guydish, J. (2024). Reducing tobacco use in substance use treatment: The California tobacco free initiative. *Addictive Behaviors*, 155, 108025. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108025>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2023, 24 april). 80% van de NVZ-leden is rookvrij. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/80-van-de-nvz-leden-rookvrij>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2024, 7 maart). 72% ziekenhuizen en revalidatiecentra helemaal rookvrij. www.nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/72-ziekenhuizen-en-revalidatiecentra-helemaal-rookvrij
- Nguyen, N., Kapiteni, K., Straus, E. R., & Guydish, J. (2021). Factors associated with dual and polytobacco use among people in residential substance use disorder treatment. *American Journal on Addictions*, 30, 496-504. <https://doi.org/10.1111/ajad.13206>
- Pagano, A., McCuistian, C., Le, T., Campbell, B. K., Delucchi, K., Woodward-Lopez, G., & Guydish, J. (2023). Smoking behavior and wellness among individuals in substance use disorder treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55, 330-341. <https://doi.org/10.1080/02791072.2022.2095942>
- Rijksoverheid. (2018). *Nationaal preventieakkoord*. www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Tidey, J. W., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2017). Treating smokers in substance treatment with contingent vouchers, nicotine replacement and brief advice adapted for sobriety settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.012>
- Rohsenow, D. J., Tidey, J. W., Martin, R. A., Colby, S. M., Swift, R. M., Leggio, L., & Monti, P. M. (2017). Varenicline versus nicotine patch with brief advice for smokers with substance use disorders with or without depression: Effects on smoking, substance use and depressive symptoms. *Addiction*, 112, 1808-1820. <https://doi.org/10.1111/add.13861>
- Romano, I., Costello, M. J., Sousa, S., Li, Y., Bruce, D., Roth, D., Mackillop, J., & Rush, B. (2021). Evaluating the associations between exposure to tobacco interventions during inpatient treatment and substance use outcomes: Findings from a natural experiment. *Journal of Addiction Medicine*, 15, 201-210. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000737>
- Saloner, B., Li, W., Flores, M., Progovac, A. M., & Lê Cook, B. (2023). A widening divide: Cigarette smoking trends among people with substance use disorder and criminal legal involvement. *Health Affairs (Project Hope)*, 42, 187-196. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00901>
- Smith, P. M., Seamark, L. D., & Beck, K. (2020). Integration of an evidence-based tobacco cessation program into a substance use disorders program to enhance equity of treatment access for northern, rural, and remote communities. *Translational Behavioral Medicine*, 10, 555-564. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz162>
- Streck, J. M., Regan, S., Werner, M., Glynn, A., Villanti, A. C., Park, E. R., Wakeman, S. E., Evins, A. E., & Rigotti, N. A. (2023). Preliminary feasibility of integrating tobacco treatment into SUD peer recovery coaching: A mixed-methods study of peer recovery coaches. *Addiction Science and Clinical Practice*, 18, 25. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00380-3>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020).

- International profiles of health care systems 2020*. Commonwealth Fund.
- US News. (z.d.). *States with the highest household income* | US News best states. Geraadpleegd 25 oktober 2024 op www.usnews.com/news/best-states/rankings/opportunity/economic-opportunity/household-income
- van Amsterdam, J. G. C., Opperhuizen, A., Koeter, M. W. J., van Aerts, L. A. G. J. M., & van den Brink, W. (2009). *Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. RIVM.
- van den Berg, C., van Berkel, C. J. M., van der Meer, P. B., Tijsterman, B. W. A., van Balkom, A. W. M., Scheepers, F. E., & Batalla, A. (2024). Effecten van een rookvrijbeleid op attitudes zorgpersoneel en agressie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66, 70-75.
- van Lakerveld, M. C., Koster, J. C. A., de Wildt, W. A. J. M., Blankers, M., & Goudriaan, A. E. (2022). Impact van rookvrijbeleid op rookgedrag van cliënten in behandeling voor stoornis in middelengebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 604-608.
- Vermeulen, J. M., Doedens, P., Schirmbeck, F., van den Brink, W., & de Haan, L. (2020). Implementatie van een stoppen-met-rokenprogramma in een psychiatrisch ziekenhuis: Eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 266-273.
- Waters, A. J., Szeto, E. H., Wetter, D. W., Cinciripini, P. M., Robinson, J. D., & Li, Y. (2014). Cognition and craving during smoking cessation: An ecological momentary assessment study. *Nicotine and Tobacco Research*, 16. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt108>
- World Health Organization (WHO). (2023, July 31). *Tobacco*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
- Yanatma, S. (2024, July 8). *European average salary rankings: Where does your country stand?* Euronews. www.euronews.com/business/2024/07/08/european-average-salary-rankings-where-does-your-country-stand
- Yip, D., Gubner, N., Le, T., Williams, D., Delucchi, K., & Guydish, J. (2020). Association of Medicaid expansion and health insurance with receipt of smoking cessation services and smoking behaviors in substance use disorder treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 47, 264-274. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09669-1>