



HANDREIKING
SLUITING INTERNE
ROOKRUIMTES SPECIFIEKE
DOELGROEPEN
Voorbeelden vanuit de praktijk

Maart 2023

Deze handreiking is een product dat tot stand is gekomen vanuit een samenwerkingsverband tussen ActiZ en de kennisnetwerken Gerontopsychiatrie, Huntington, Korsakov en NAH plus.

Mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS



De handreiking Sluiting interne rookruimtes specifieke doelgroepen is een product dat tot stand is gekomen vanuit een samenwerkingsverband tussen ActiZ en de kennisnetwerken Gerontopsychiatrie, Huntington, Korsakov en NAH plus. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

Copyright

© Maart 2023

Vormgeving IJzersterk.nu

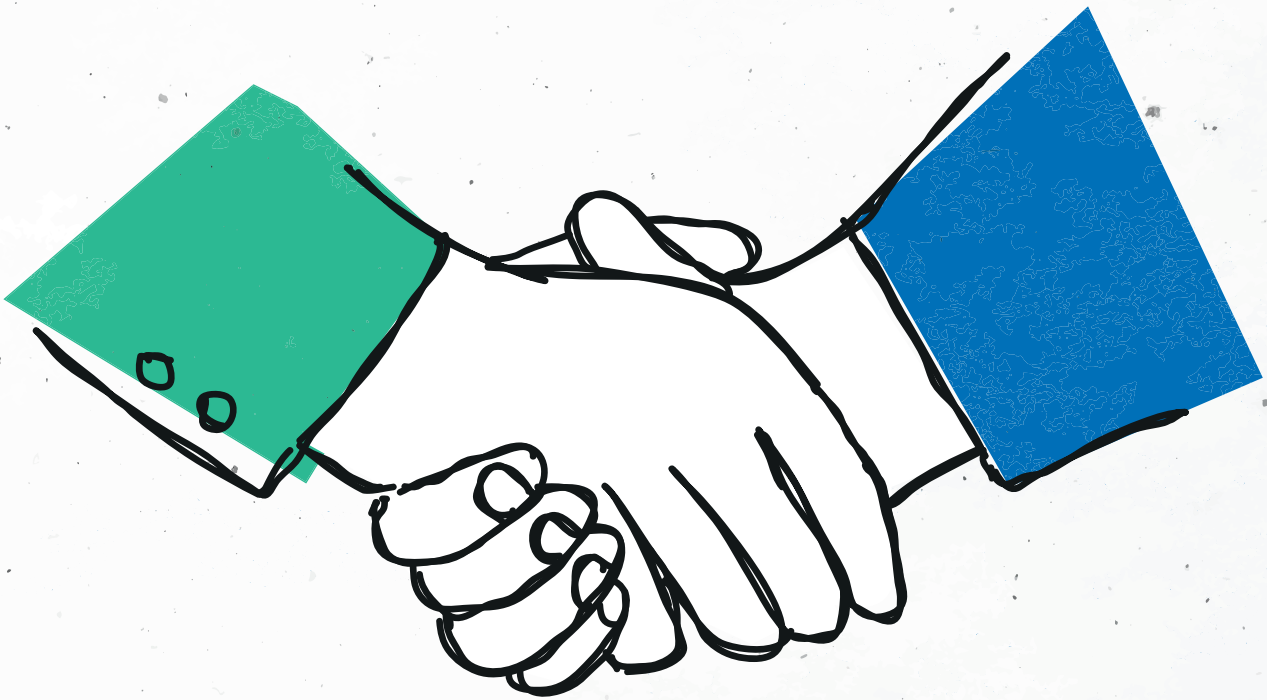
Vrijwaring

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.



INHOUDSOPGAVE

Aanleiding	5
Achtergrond	5
Leeswijzer	6
1 Knelpunten in de praktijk	7
2 Van knelpunten naar plan van aanpak	9
3 Voorbeelden voor sluiting interne rookruimtes	11
4 Tot slot	15
Bijlage 1. Survey sluiting interne rookruimtes	16
Bijlage 2. Ervaren knelpunten. Citaten uit de survey	18
Bijlage 3. Checklist sluiten interne rookruimtes	21



WOORD VOORAF

Met dit document geven we handvatten mee voor de zorgpraktijk om de interne rookruimtes te sluiten op afdelingen waar binnen de langdurige zorg mensen vanuit de specifieke 'laag volume hoog complexe' doelgroepen verblijven met zorg.

Voor en door de zorgpraktijk

In het proces om te komen tot de handreiking is lering getrokken uit de best practises die al reeds werken in de praktijk. Ook is opgenomen een link naar een video met een voorbeeld uit de zorgpraktijk. De handreiking sluit aan bij de speerpunten van de Rookvrije Zorg.

Inspanning

Het sluiten van de interne rookruimten is voor sommige organisaties een flinke uitdaging, zeker gezien de kenmerken van de specifieke doelgroepen en de zorg die zij behoeven. Tegelijk is het ook een proces geweest dat tot verbinding en samenwerking heeft geleid, veel zorgorganisaties zijn bij elkaar te rade gegaan, hebben elkaar gevonden in de vraagstukken én de oplossingen om het proces om te komen tot het sluiten van rookruimten zo goed mogelijk te laten verlopen.

Veel dank

En niet in de laatste plaats danken we alle zorgorganisaties die met veel energie en denkkracht hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit document.

AANLEIDING

Eind 2018 ondertekenden meer dan 70 bedrijven en maatschappelijke organisaties het Nationaal Preventieakkoord. Met deze ondertekening zegden ze hun steun toe aan de ambitie om in 2040 een rookvrije generatie, minder overgewicht (van 50% naar 38% van de volwassenen) en minder overmatig alcoholgebruik (van 8,9% naar 5%) te realiseren.

Een van de maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord is om (gemeenschappelijke) rookruimtes in alle sectoren af te schaffen. Om uitvoering te geven aan deze maatregel, geldt sinds 1 juli 2021 een verbod op rookruimtes in (semi)-publieke en openbare gebouwen (zie publicatie Staatsblad)¹. Oud-staatssecretaris Paul Blokhuis (VWS) onderstreepte deze maatregel in 2021 als volgt: "Jaarlijks sterven meer dan 20.000 mensen in Nederland door roken of meeroken. We willen leed voorkomen door ervoor te zorgen dat mensen een zo laag mogelijke drempel over moeten om te stoppen met roken en een zo hoog mogelijke om te beginnen. Daarnaast heeft elke Nederlander recht op een gezonde omgeving."²

Voor alle sectoren geldt een verbod op rookruimtes, waaronder dus ook de gezondheidszorg. De Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) houdt toezicht op het handhaven van het rookverbod. ActiZ, de branchevereniging van circa 400 zorgorganisaties in de langdurige zorg, deelt de ambitie naar een rookvrije samenleving, maar voorzagt dat de directe sluiting van rookruimtes ook problemen kan opleveren in de langdurige zorg voor specifieke groepen bewoners met een bepaald ziektebeeld. Bij het in consultatie gaan van het rookverbod heeft ActiZ hier aandacht voor gevraagd.

Naar aanleiding hiervan hebben gesprekken plaatsgevonden tussen het ministerie van VWS, ActiZ en de kennisnetwerken van specifieke doelgroepen. De NVWA heeft daarop, op verzoek van het ministerie van VWS, meer tijd gegeven (tot 30 juni 2023) om oplossingen te vinden voor instellingen met bewoners met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrische problematiek of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) plus (gedragsproblematiek).^{3 4}

ACHTERGROND

Mensen met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrische problematiek of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) plus, kunnen in een instelling voor langdurige zorg wonen. Het gaat vaak om een relatief kleine groep bewoners die met zeer complexe zorgvragen te maken heeft. We spreken om die reden van 'laag volume en hoog complex (LVHC)'. In de anamnese van de meeste cliënten is sprake van een veelheid van zorgvraagstukken en diagnoses. Dit varieert van ernstige verslavingsneiging (craving) tot mobiliteitsproblemen (waaronder bedlegerigheid, noodzaak tot gebruik van een rolstoel, niet zelfstandig kunnen verplaatsen), motorische problemen, cognitieve problemen, psychiatrische problematiek, ernstige gedragsproblemen, een verstoord zelfbeeld en een gebrek aan ziekte-inzicht. De duur van het verblijf van deze bewoners is vaak langdurig; ze verblijven veelal tot overlijden in het verpleeghuis.

Voor bewoners van deze specifieke doelgroepen is meer tijd nodig om de interne rookruimtes op de betreffende locaties/afdelingen te sluiten. Niet alleen is het aandeel mensen dat rookt binnen deze doelgroepen relatief hoog ten opzichte van alle verpleeghuisbewoners, ook roken zij tot nu toe voornamelijk

1 Ministerie van VWS (2021). Factsheet sluiting rookruimtes per 1 juli.

2 Nieuwsbericht Rijksoverheid.nl (2020). [Blokhuis: Alle rookruimtes op het werk en in openbare gebouwen vanaf 2022 definitief gesloten](#). Geraadpleegd december 2021.

3 Blokhuis, P (2021). *Gedoogconstructie rookruimten specifieke clientgroepen*. Brief Directie Voeding, gezondheidsbescherming en Preventie, kenmerk: 2378469-1010931.

4 ActiZ (4 juni 2021). Plan van Aanpak Overbruggingsperiode verbod rookruimtes in zorglocaties voor specifieke doelgroepen. ActiZ.

onder toezicht of begeleiding in een interne rookruimte.

In de regel is het niet mogelijk op hun eigen kamer/privéruimten te roken omdat:

- medewerkers recht hebben op een rookvrije werkplek, wat niet het geval is als de bewoner in de eigen kamer rookt en de zorgverlening op de eigen kamer plaatsvindt (bijvoorbeeld ondersteuning bij ADL);⁵
- de cliënt, door zijn cognitieve beperkingen en het ontbreken van ziekte-inzicht gecombineerd met ernstige gedragsproblematiek, voor brandgevaar zorgt bij het roken op de eigen kamer en dus een onveilige situatie veroorzaakt.

Verder zijn er ook bewoners die zich vanwege een gedwongen opname (rechterlijke machtiging (RM)) of andere wettelijke maatregel niet zelfstandig buiten de muren van de instelling mogen bewegen. Bij een RM veroorzaakt de cliënt een gevaar voor zichzelf of de directe omgeving.

Om bovengenoemde redenen gedooft de NVWA op verzoek van het ministerie van VWS de interne rookruimtes nog twee jaar voor locaties met bewoners in de langdurige zorg met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrische problematiek en NAH plus. Dit betekent dat deze locaties en afdelingen de interne rookruimtes niet per 1 juli 2021 hoefden te sluiten, maar zij gebruik kunnen maken van een overbruggingsperiode. Uiterlijk 30 juni 2023 geldt het verbod op interne rookruimten ook voor hen.³ Met dank aan het ministerie van VWS kunnen de locaties die daar behoefte aan hebben, hierbij ondersteuning krijgen.

Deze handreiking geeft inzicht in de uitdagingen die verpleeghuislocaties ervaren en biedt handvatten om te komen tot de sluiting van interne rookruimtes.

De handreiking is tot stand gekomen op basis van deskresearch, input van (landelijke) cliëntorganisaties en de resultaten van een survey. Deze survey is verspreid onder zorgorganisaties in de langdurige zorg die zorg en behandeling bieden aan mensen met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrische problematiek of NAH plus.

De handreiking is tot stand gekomen vanuit een samenwerkingsverband tussen ActiZ en de kennisnetwerken Gerontopsychiatrie, Huntington, Korsakov en NAH plus.

LEESWIJZER

Hoofdstuk 1 schetst een beeld van ervaren knelpunten in de praktijk bij het sluiten van interne rookruimtes. In hoofdstuk 2 worden belangrijke pijlers beschreven die bijdragen aan het komen tot sluiting van de interne rookruimtes. Aan de hand van een checklist kan elke locatie controleren aan welke pijlers ze aandacht kunnen besteden en wat er eventueel nog nodig is. Dit ter ondersteuning voor een plan van aanpak op maat. In hoofdstuk 3 worden succesvolle voorbeelden uit de praktijk gegeven om interne rookruimtes te sluiten. Hoofdstuk 4 bevat ten slotte een uitnodiging en advies voor het nemen van verdere stappen richting een rookvrije zorg.

⁵ In de [Tabakswet](#) staat dat werknemers recht hebben op een rookvrije werkplek. Een instelling kan het roken op de kamer verbieden wanneer iemand zorg in natura krijgt. Dat heeft te maken met het feit dat men geen huurder van de kamer of appartement is, maar dat de kamer of woning onderdeel uitmaakt van een aanspraak vanuit de Wlz of Zvw. Roken op de kamer kan niet worden verboden voor mensen met een volledig of modulair pakket thuis en die hun kamer en/of appartement los huren van de zorgorganisatie of een andere verhuurder. Zij zijn vrij om in hun privéruimte persoonlijke keuzes te maken, waarover de verhuurder geen zeggenschap heeft.

[De rol van cliëntenraden inzake de nieuwe rookregels - LOC Cliëntenraden \(clienraad.nl\)](#)

1 KNELPUNTEN IN DE PRAKTIJK

Instellingen in de langdurige zorg ervaren op verschillende vlakken knelpunten om tot de sluiting van interne rookruimtes over te gaan. In dit hoofdstuk lichten we de ervaren knelpunten toe. De knelpunten zijn verzameld door via ActiZ en de betreffende doelgroepnetwerken een online survey te verspreiden (zie ook bijlage 1). De survey is ingevuld door 48 mensen, die vanuit 36 verschillende zorgorganisaties zorg verlenen aan een of meerdere doelgroepen.

Opvallend is dat de knelpunten met name worden ervaren bij de volgende aspecten:

- het begeleiden van bewoners
- autonomie en waarden
- gedrag en veiligheid
- faciliteiten

Hieronder geven we per aspect een beeld van de ervaren knelpunten en aandachtspunten in de praktijk voor bewoners en medewerkers. In bijlage 2 zijn citaten uit de survey weergegeven.

Begeleiding

Meerdere medewerkers hebben aangegeven dat het sluiten van de interne rookruimtes leidt tot meer begeleiding van de bewoners. Als bewoners niet naar een interne rookruimte maar naar buiten moeten worden begeleid, kost dat immers tijd. De extra begeleiding geldt bijvoorbeeld voor bewoners van gesloten afdelingen, minder mobiele of minder zelfstandige bewoners en bewoners die niet op de begane grond wonen. Door de extra begeleiding neemt de druk op de zorg toe, zeker omdat er ook toezicht moet worden gehouden op bepaalde groepen bewoners.

Medewerkers geven verder aan dat de relatie tussen begeleider en bewoners verstoord kan raken vanwege het naar buiten begeleiden en het bij de bewoners blijven om toezicht te houden: "Straks moet ik als een politieagent gaan optreden."

Naast de extra begeleiding en toezicht geven medewerkers in de survey tot slot aan dat het voor hen zelf lastiger wordt om te roken op het werk en dat rookpauzes langer kunnen worden door de langere afstand naar rookplaatsen buiten. Deze tijd gaat ten koste van de zorgtijd. Hierover worden discussies gevoerd binnen teams op locaties.

Autonomie en waarden

Medewerkers zijn veelal gericht op het ondersteunen van bewoners die in een verpleeghuis wonen (als een thuis) en het zo aangenaam mogelijk maken van hun woon- en leefomgeving. Een belangrijk onderdeel hierbinnen is het respecteren van de autonomie en eigen regie van de bewoner. Bewoners vinden het ook belangrijk zelf te kunnen bepalen en houden graag vast aan gewoontes. Het sluiten van interne rookruimtes en het begrenzen van het rookgedrag om bewoners te beschermen tegen de schade die roken teweeg kan brengen, staat haaks op het maken van eigen keuzes. Dit kan als een moreel dilemma worden ervaren.

"Bewoners en medewerkers zijn soms fel tegen deze nieuwe regels", zo is aangegeven in de survey.

Tegelijkertijd kan ook een moreel dilemma worden ervaren doordat medewerkers enerzijds de autonomie van bewoners belangrijk vinden en het anderzijds zelf belangrijk vinden te werken in een rookvrije omgeving: "Medewerkers hebben ook recht op een gezonde werkomgeving."

Gedrag en veiligheid

Medewerkers dragen ook zorg voor een veilige woonomgeving voor alle bewoners en voor een veilige werkomgeving. Die veiligheid kan onder druk komen te staan. Medewerkers van diverse locaties hebben de zorg geuit dat als bewoners niet tijdig kunnen roken, dit zich kan uiten in agressie en onbegrepen gedrag. Roken blijkt ook vaak een onderdeel in de de-escalatie en wordt op locaties gebruikt als beloning. Daarnaast wordt de zorg geuit dat de sociale contacten afnemen bij sluiting van interne rookruimtes, doordat bewoners naar buiten moeten om te roken en daardoor minder vaak met elkaar in de huiskamer blijven zitten. Verder is aangegeven dat het risico groot is dat bewoners, wanneer er geen acceptabel alternatief is, stiekem binnen gaan roken met brandgevaar tot gevolg. Tot slot is benoemd dat de druk op de zorg wordt verhoogd vanwege de begeleiding buiten. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit en veiligheid van zorg voor andere bewoners.

Faciliteiten

Knelpunten die worden ervaren bij faciliteiten hebben veelal te maken met het niet beschikbaar zijn van een 'goed' alternatief voor interne rookruimtes. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de beschikbaarheid van buitenruimte en de inrichting hiervan.

2 VAN KNELPUNTEN NAAR PLAN VAN AANPAK

Op diverse vlakken worden knelpunten ervaren bij het komen tot de sluiting van interne rookruimtes. De verschillende knelpunten kunnen vragen om een andere aanpak.

Er is in die zin niet één methode die voor elke locatie werkt. Zo kan het in de ene locatie belangrijk zijn draagvlak te creëren bij leidinggevend en medewerkers door in te zetten op het 'waarom' van de sluiting, op het vergroten van de kennis rondom de gezondheidswinst van een rookvrije omgeving en op het organiseren van de begeleiding. Bij een andere locatie kan het juist effectiever zijn de bewoners en de cliëntenraad meer te betrekken in de plan- en besluitvorming, etc.

Om locaties te helpen bepalen wat voor hen het beste werkt, hebben we drie stappen op een rij gezet om tot een plan van aanpak te komen.

Stap 1

Belangrijk is om eerst de grootste knelpunten van de sluiting in kaart te brengen. Inventariseer de knelpunten die medewerkers én bewoners zien, zodat een zo goed mogelijk beeld ontstaat van alle knelpunten.

Stap 2

Leg deze knelpunten naast de acht pijlers die ondersteunen bij het komen tot een succesvolle sluiting van interne rookruimtes en tot een rookvrije omgeving. Bekijk per pijler of er aanknopingspunten zijn voor een plan van aanpak.

De pijlers omvatten de volgende thema's⁶:

1. Bestuur, beleid en commitment

Een belangrijke stap in het sluiten van de interne rookruimtes is het verkrijgen van commitment van de raad van bestuur, directie en leidinggevend. De raad van bestuur moet de sluiting ondersteunen en de zorgorganisatie moet duidelijk en sterk leiderschap tonen bij het systematisch implementeren van het beleid voor rookvrije interne ruimtes.

2. Communicatie

Het is van essentieel belang dat de organisatie het beleid voor rookvrije interne ruimtes op een positieve manier tijdig communiceert met bewoners en medewerkers. De zorgorganisatie heeft een communicatiestrategie ter ondersteuning van de bewustwording en implementatie van het beleid.

3. Opleiding en training

De zorgorganisatie zorgt voor passende training en opleiding van medewerkers.

Het is belangrijk dat er voldoende kennis is bij medewerkers over de schade van roken, hoe te stoppen met roken en het bespreekbaar maken hiervan.

4. Stoppen-met-roken-zorg

De zorgorganisatie kan rokers passende zorg en ondersteuning bieden bij het minderen/stoppen met roken. Zowel voor bewoners als medewerkers geldt dat het belangrijk is dat ze hierbij worden gefaciliteerd.

5. Rookvrije omgeving

De zorgorganisatie heeft strategieën om de interne ruimtes rookvrij te houden en toe te werken naar een rookvrij terrein.

⁶ Gebaseerd op [Rookvrije Zorginstellingen - Rookvrije Zorg](#) en de Leidraad van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2020) [GGZ-handleiding-rookvrije-verplichte-zorg-NVVP-2020.pdf \(rookvrijezorg.com\)](#).

6. Gezonde werkplek

De zorgorganisatie heeft personeelsbeleid en ondersteuningsprogramma's die inzetten op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van iedereen die werkzaam is binnen de organisatie.

7. Maatschappelijke betrokkenheid

De zorgorganisatie draagt bij aan en bevordert tabaksontmoediging en -preventie in de lokale gemeenschap. Dit bijvoorbeeld door hierin samen te werken met andere organisaties.

8. Monitoring en evaluatie

De zorgorganisatie monitort en evalueert regelmatig de implementatie van het (rookvrij)beleid en de pijlers.

Deze pijlers zijn gebaseerd op de evidence based standaard Toolkit Rookvrije Zorg en Global Network for Tobacco Free Healthcare Services.^{7 8}

De acht pijlers kunnen door de locatie als zelfreflectietool worden gebruikt. In bijlage 3 is hiervoor een checklist opgenomen met vragen per pijler.

Stap 3

Kijkende naar de knelpunten en de vragen bij de pijlers (bijlage 3) kun je je als locatie de volgende vragen stellen:

- Wat is de huidige situatie?
- Wat is er al geïmplementeerd en wat nog niet?
- Aan welke onderdelen moet nog aandacht worden besteed?
- Welke pijler ondersteunt hierbij?
- Welke acties zijn nodig, door wie en wanneer?

Hiermee krijgt de locatie inzicht in wat er al goed loopt en welke onderwerpen meer aandacht nodig hebben. Dit geeft input voor een plan van aanpak op maat, met als doel te komen tot een succesvolle sluiting van de interne rookruimtes.

7 Gebaseerd op de evidence based standaard Toolkit Rookvrije Zorg: [Rookvrije Zorginstellingen - Rookvrije Zorg](#)

8 Gebaseerd op [Global Network for Tobacco-Free Healthcare Services|Homepage \(tobaccofreehealthcare.org\)](#)

3

VOORBEELDEN VOOR SLUITING INTERNE ROOKRUIMTES

Bij het schrijven van deze handreiking zijn locaties die zich hebben aangemeld voor ondersteuning nog volop bezig met het komen tot de sluiting van de interne rookruimtes. Toch zijn al een aantal succesvoorbeelden te noemen. Ter inspiratie en om van elkaar te leren, hebben verschillende locaties voorbeelden gedeeld. Hieronder zijn de voorbeelden weergegeven aan de hand van de acht pijlers. De voorbeelden bieden een handreiking, waarbij iedere locatie zelf kan bekijken wat hiervan bruikbaar is.

Wat werkt? Voorbeelden uit de praktijk

1. Bestuur, beleid en commitment

- Zorg dat het bestuur en management het belang van het sluiten van de interne rookruimtes ondersteunen en uitdragen en het goede voorbeeld geven indien zij zelf roken.
- Maak een plan van aanpak gebaseerd op de checklist (bijlage 3) met acht pijlers. Dit maakt duidelijk welke stappen kunnen worden genomen, door wie en wanneer, zodat je tot concrete acties komt.
- Richt een veranderorganisatie/projectgroep in (zie bijlage 3).
- Geef rokers een plaats in de projectgroep, evenals cliënten/CR of naastbetrokkenen van cliënten/naastenberaad. Ditzelfde geldt voor een medewerker(s). Doe het samen.
- Belangrijk is aandacht te hebben voor het creëren van draagvlak. Bij een locatie is ervoor gekozen om breed in de organisatie inspraak te geven in en mensen te consulteren over hoe te komen tot de sluiting van de interne rookruimtes.
- Een moreel beraad kan ondersteunen in het verkrijgen van inzicht in verschillende waarden, die met elkaar kunnen botsen. Van hieruit kun je samen bekijken welke stappen kunnen worden gezet.
- Maak van de nood een deugd. Zo is er een locatie die deelt dat ze direct tot sluiting van interne rookruimtes is overgegaan toen het coronavirus uitbrak.
- Op een locatie is ervoor gekozen in één klap rookvrij te worden. Dit heeft in een korte periode veel gevraagd van medewerkers, maar “het was verbazingwekkend hoe snel bewoners aan de nieuwe routine gewend zijn geraakt”.

2. Communicatie

- Communiceer goed en veelvuldig met bewoners en medewerkers over de sluiting van de interne rookruimtes. Maak duidelijk wat het belang is van de sluiting, wat dit betekent en wat er van bewoners en medewerkers wordt verwacht. Benoem het tijdsplan. Werk toe naar de datum waarop het ingaat en blijf de boodschap herhalen.
- Bij het communiceren aan bewoners en medewerkers over de sluiting kun je een oproep doen en vragen wie in een gezamenlijke werkgroep wil meedenken over de nieuwe bestemming van de rookruimte die na sluiting leeg komt staan (denk aan draagvlak). Laat voormalige rookruimtes inrichten door de bewoners zelf, maak er iets leuks van. Een voorbeeld van een locatie is dat in de oude rookruimte nu een pooltafel staat, waar de bewoners blij mee zijn. Bij een andere locatie is de bestaande rookruimte betrokken bij de woonkamer. Dit biedt meer ruimte en wordt als prettig ervaren door bewoners.
- Herinner bewoners steeds aan het elders roken en neem ze waar nodig zelf mee, of laat hen meegaan met medebewoners die al weten waar roken wel mag.
- Neem het rookvrije beleid op in de huisregels. Betrek de cliëntenraad hierbij.
- Wees zorgvuldig in de communicatie over het rookvrije beleid naar nieuwe bewoners en hun naasten. Dit zodat ze een weloverwogen keuze kunnen maken voor een verhuizing naar de locatie.
- Creëer duidelijke zones waar wel (buiten) mag worden gerookt en geef heel duidelijk aan waar niet mag

worden gerookt.

- Werkgevers moeten duidelijkheid bieden over het wel (en zo ja waar) of niet toelaten van rookgedrag van medewerkers.
- Communiceer de sluiting van de interne rookruimtes ook met externe partijen.
- Zorg dat het durven aanspreken en de aanspreekcultuur binnen de organisatie heel duidelijk in het beleid en de werkafspraken terugkomt.
- Kies een positieve insteek bij het sluiten van de rookruimtes: "We gaan voortaan naar buiten."
- Zoek ambassadeurs onder de bewoners om het rookbeleid te ondersteunen.
- Kijk met bewoners en medewerkers maar wat er al bereikt is rondom roken. Sta hierbij stil en vier successen.

3. Opleiding en training

- Het is belangrijk dat medewerkers voldoende kennis hebben om de sluiting van de interne rookruimtes (en rookvrij beleid) daar waar nodig met bewoners te bespreken en hen te wijzen op de mogelijkheden voor ondersteuning. Dit kan door hier in teamvergaderingen met regelmaat aandacht aan te besteden.
- Er is een e-learning van de GGZ Ecademy over rookvrije zorg beschikbaar. Deze is ontwikkeld voor professionals door Verslavingskunde Nederland en de Nederlandse ggz: [Gratis e-learning over rookvrije zorg](#).

In de e-learning is aandacht voor het ontstaan van tabaksgebruik en wordt ingegaan op de vraag wat een rookvrije organisatie betekent en hoe het rookvrij beleid kan worden uitgedragen. Ook wordt aandacht besteed aan kennis over tabak en tabaksverslaving, hoe de behandeling van tabaksverslaving er uitziet en wat de eigen rol is van de medewerker.

4. Stoppen-met-roken-zorg

- Zet bij elk multidisciplinair overleg en zorgleefplan-gesprek het onderwerp op de agenda en bespreek dit. Deel succeservaringen en benoem de voordelen van het minderen/stoppen met roken⁹. Het heeft meerwaarde bewoners ervan te overtuigen dat ze er goed aan doen te stoppen met roken. Dit vergemakkelijkt het sluiten van de interne rookruimtes.
- Bespreek met bewoners dat als ze minder roken, ze meer geld kunnen overhouden.
- Met elkaar kun je een doel stellen: als bewoners het geld dat ze voorheen besteden aan tabaksproducten opzij zetten, kunnen ze van het gespaarde geld op vakantie gaan of een wens in vervulling laten gaan.
- Betrek een arts of een gedragsdeskundige die het team begeleidt wanneer er gedragsvragen komen vanuit of over de bewoners.
- Er is een locatie die de interne rookruimtes heeft gesloten en drie rookmomenten per dag aanbiedt. Dit gaat goed en leidt ertoe dat mensen veel minder roken dan eerder het geval was.
- Maak zo nodig met bewoners en de behandelaar een individuele afspraak over het roken in een zorgafstemmingsgesprek. Leg de afspraken over roken en het rookbeleid vast in het elektronisch cliëntendossier, zodat voor iedere medewerker duidelijk is wat wel/niet mag.
- In de afgenomen survey is een zorg geuit dat het sluiten van interne rookruimtes tot een toename in agressie bij bewoners kan leiden. Bij een locatie die de interne rookruimtes heeft gesloten, bleek zich geen toename in agressie voor te doen, dus deze zorg hoeft niet altijd realiteit te worden.¹⁰

⁹ Meer lucht krijgen, beter kunnen ontspannen, verbetering van de bloedvoorziening, hartklachten en COPD nemen af, houdt flink veel geld over.

¹⁰ Dit is ondersteund door onderzoeken die aangeven dat de kans op toename van agressie beperkt is indien diverse voorzorgsmaatregelen in acht worden genomen. Denk bijvoorbeeld aan het goed communiceren van het rookbeleid, goede voorlichting en voorbereiding van zowel bewoners als medewerkers. Daarnaast is het waarschijnlijk dat draagvlak binnen een afdeling en de maatschappelijke discussie een positieve invloed op de reactie hebben van bewoners. Zie onderzoek: A. Neven, A., Vermeulen, J.M., Noordraven, E., & Bonebakker, A.E. (2019). Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije GGZ? Een literatuurstudie. Tijdschrift voor Psychiatrie 61(6), 392-402.

5. Rookvrije omgeving

- Laat de afdeling huisvesting/bouwcommissie meedenken over de vraag hoe buiten iets te realiseren is voor rokers binnen de gegeven kaders.¹¹
- Zorg dat de wandeling naar de rookplek buiten prettig is en dat iedereen deze makkelijk kan vinden.
- Zet de verandering naar het buiten roken in gang in een periode dat het wat mooier weer is. Dan is het veel gemakkelijker dit nieuwe patroon positief te laten 'inslijten' dan tijdens de wintermaanden.
- Kijk naar alternatieven voor dagbesteding, in afstemming met activiteitenbegeleiders.
- Een locatie geeft aan: "Soms is het gewoonweg een kwestie van DOEN, zoals wij hebben gedaan. Gewoon de rookruimte sluiten, zonder pardon en zonder ellenlange discussies. Dit zorgt maar kortstondig voor wat ongemak."

Om deze ongemakken te ondervangen, is het volgens de locatie raadzaam heel duidelijk te zijn over het beleid en bewoners daar waar mogelijk te ondersteunen:

- de eerste 1 à 2 weken weten bewoners niet altijd waar wel mag worden gerookt. Bewoners hierin begeleiden is dan essentieel: verwijs ze naar buiten (inslijten) of loop mee;
- plaats asbakken alleen buiten en sta ze binnen niet toe;
- richt één terras in als rookterras; het andere is voor de bewoners die niet roken;
- maak asbakken vast aan bijvoorbeeld tafels of palen, zodat ze niet kunnen worden meegenomen naar binnen;
- plaats aanstekerpalen op het rookterras (voor bewoners die geen vuur bij zich mogen hebben).

6. Gezonde werkplek

- Geef medewerkers voorlichting over de risico's van meeroken.
- Betrek medewerkers bij het sluiten van de interne rookruimtes en het opstellen van (intern) rookvrij beleid.
- Maak afspraken met medewerkers over het roken tijdens werktijd.
- Zet rookvrijwilligers in om zorgpersoneel te ontlasten.

7. Maatschappelijke betrokkenheid

- Etiketteer het sluiten van de interne rookruimtes en het meewerken aan de rookvrije zorg als een positieve beweging. Roken en zorg gaan niet samen.
- Het is belangrijk inzichten over de sluiting van interne rookruimtes te delen binnen de organisatie en daarbuiten, in samenwerkingsverbanden en doelgroepnetwerken. Dit om van en met elkaar te leren wat werkt en wat niet werkt.
- Het is belangrijk samen te werken met onder andere huisartsen en verslavingszorgprofessionals en hen te informeren over het (interne) rookvrije beleid.

8. Monitoring en evaluatie

- De voortgang rondom het komen tot de sluiting van de interne rookruimtes wordt cyclisch gemonitord en geëvalueerd.

Vragen hierin zijn onder andere:

Is er nog voldoende draagvlak? Is de communicatie met bewoners en medewerkers voldoende? Is er voldoende kennis in de organisatie? Wordt er nog gerookt in de interne rookruimtes? Tegen welke knelpunten lopen medewerkers en bewoners aan? Is er terugkoppeling naar het management en bestuur? De vragen in bijlage 3 zijn hierin ook ondersteunend.

¹¹ NWWA, Uitzonderingen rookverbod: privéruimten, buitenterrassen, buitenterreinen en open lucht



Voorbeeld uit de praktijk: video Vincent van Gogh

In deze video vertelt verpleegkundig specialist ggz Jeroen Swinkels hoe ggz-instelling Vincent van Gogh de stap heeft gezet om de interne rookruimtes in de instelling te sluiten. Jeroen vertelt in de video dat het ergens gek is dat mensen die behandeld worden voor hun verslaving wel gewoon mogen roken. Hij legt uit dat het rookvrij maken van de interne rookruimtes bij Vincent van Gogh geen makkelijk traject was, maar dat hun aanpak uiteindelijk wel goed heeft gewerkt. Een van de stappen die zijn gezet, gold voor de medewerkers. 'Medewerkers mochten niet meer zichtbaar zijn als rokers, want dat is niet uit te leggen aan de bewoners.' Maar de belangrijkste stap was het meenemen van de bewoners in de overgang naar rookvrije ruimtes. Die bleken vooral behoefte te hebben aan duidelijkheid. 'We hebben dus gewoon een datum geprikt', legt Jeroen in de video uit. 'Op 1 september was de interne rookruimte dicht, en werden bewoners gevraagd buiten te gaan roken. We verwachtten weerstand, maar er gebeurde eigenlijk helemaal niks, 15 van de 17 bewoners gingen moeiteloos naar buiten.' Volgens Jeroen hebben inmiddels alle rokers de route naar buiten gevonden. 'Prik gewoon een datum. En sluit ze gewoon. Niet te bang zijn.'

Bekijk de video: <https://youtu.be/57fToLbZf2c>

4 TOT SLOT

In dit document is het belang aangegeven van het sluiten van interne rookruimtes voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek, de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov of NAH plus. We hebben ervaren knelpunten weergegeven in het komen tot de sluiting. In grote lijnen zien we dezelfde uitdagingen terug bij de verschillende locaties. Dit heeft een beeld gegeven van het proces van het sluiten van de interne rookruimtes. Daarbij is ingegaan op acht pijlers om te komen tot de sluiting en zijn goede voorbeelden gedeeld van wat werkt in de praktijk. Zo is het belangrijk dat het bestuur achter de sluiting staat en dit uitdraagt. Ook is het van belang dat bewoners en zorgmedewerkers worden betrokken bij het sluiten van de interne rookruimtes en dat er met regelmaat wordt gecommuniceerd over de sluiting en welke stappen hierin zijn gezet.

Kijkende naar de resultaten van de vragenlijst, de gesprekken met coaches die de locaties ondersteunen en de literatuur is duidelijk dat een aanpak op maat nodig is voor iedere locatie. Het zomaar sluiten van interne rookruimten kan tot onbegrip en weerstand leiden en komt de relatie tussen de bewoners en medewerkers niet ten goede. Belangrijk is te kijken wat nodig is en af te stemmen met bewoners, naasten, cliëntenraad en medewerkers.

Ten slotte is het interessant een doorkijkje te geven naar de toekomst. Deze handreiking heeft zich gericht op het sluiten van de interne rookruimtes voor de specifieke doelgroepen per juli 2023. Een volgende stap is het komen tot een rookvrij terrein in 2030. In het Nationaal Preventieakkoord is de doelstelling geformuleerd dat in 2030 de gehele zorg rookvrij is, in aansluiting op de maatschappelijke beweging 'de Rookvrije generatie'². Er zijn locaties die dit perspectief bij het beleid rondom de sluiting van de interne rookruimtes alvast meenemen. Voor anderen gaat de aandacht hiernaar uit na juli 2023. Voor wie wel alvast een stap in de richting hiervan wil zetten: meer informatie en handvatten voor het realiseren van een rookvrije werk- en begeleiding-/behandelcultuur is te vinden via: [Rookvrije Zorginstellingen - Rookvrije Zorg](#).

BIJLAGE 1

SURVEY SLUITING INTERNE ROOKRUIMTES

Per 1 juli 2021 dienden vanuit het Nationaal Preventieakkoord de rookruimtes in (semi)-publieke en openbare gebouwen gesloten te worden. Voor een aantal specifieke groepen is een overbruggingsperiode gegeven tot 1 juli 2023.

Dit geldt voor locaties en afdelingen waar uitsluitend bewoners zijn gehuisvest met: het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, niet-aangeboren hersenletsel (NAH) plus of gerontopsychiatrische problematiek.

Met deze overbruggingsperiode hebben instellingen en locaties tot 1 juli 2023 de tijd om de interne rookruimtes te sluiten.

Om jullie te kunnen ondersteunen in dit proces, willen we jullie vragen onderstaande vragenlijst in te vullen. Hiermee kunnen we van elkaar leren en elkaar handvatten geven, zodat we niet allemaal het wiel hoeven uit te vinden.

Zouden jullie de vragenlijst uiterlijk 4 februari a.s. willen invullen?

Alvast heel erg bedankt!

- Wat is je naam en e-mailadres? Dit zodat we contact kunnen opnemen n.a.v. het invullen van de vragenlijst.
- Vanuit welke organisatie vul je de vragenlijst in?
- Vult vragenlijst in voor:
 - Gerontopsychiatrie
 - Huntington
 - Korsakov
 - NAH plus
- 1. Wat hebben jullie al gedaan om de interne rookruimtes te kunnen gaan sluiten?
Licht dit zo concreet mogelijk toe. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het opstellen van een plan van aanpak, het bespreken van casuïstiek in MDO of moreel beraad m.b.t. het sluiten van de rookruimtes.
 - 1a. Wat is al gelukt en waardoor is dit gelukt?
 - 1b. Wat is nog niet gelukt en waardoor is het nog niet gelukt?
- 2. Hoe zijn of worden bewoners betrokken bij het sluiten van de interne rookruimtes? Licht dit toe aan de hand van voorbeelden.
 - 2a. Welke knelpunten ervaren jullie voor bewoners ten aanzien van het sluiten van interne rookruimtes? Geef concrete voorbeelden.
- 3. Hoe zijn of worden medewerkers betrokken bij het sluiten van de interne rookruimtes? Licht dit toe aan de hand van voorbeelden
 - 3a. Welke knelpunten ervaren jullie voor medewerkers ten aanzien van het sluiten van interne rookruimtes? Geef concrete voorbeelden (denk hierbij bijvoorbeeld ook aan de bouwkundige situatie en wat dit betekent).

4. Hebben jullie onderzoek lopen in het kader van rookvrije zorg en <Gerontopsychiatrie, Huntington, Korsakov, NAH plus>? En zo ja, welk onderzoek en door wie wordt dit gedaan?
5. Welke adviezen, tips en/of best practices hebben jullie voor andere organisaties op basis van jullie ervaringen met (het komen tot) het sluiten van interne rookruimtes?
6. Is het mogelijk om jullie plan voor de sluiting van de interne rookruimtes met ons te delen? Dit ter ondersteuning van andere organisaties. Zo ja, dan nemen we graag contact op. Alvast heel erg bedankt!
 - o Ja, we willen ons plan van aanpak delen en anderen hiermee ondersteunen
 - o Nee, we delen ons plan van aanpak liever niet
 - o Nee, dat is niet mogelijk omdat we nog geen plan van aanpak hebben
7. Heb je behoefte aan kennis en ondersteuning bij het sluiten van interne rookruimtes? Zo ja, bij welk onderdeel?

BIJLAGE 2

ERVAREN KNELPUNTEN. CITATEN UIT DE SURVEY

Begeleiding

“De cliënten wonen op een gesloten afdeling, er moet dus altijd begeleiding mee en ze mogen niet alleen van de afdeling. De druk op de zorg wordt hoger.”

“De afdeling is gesitueerd op de 2e verdieping. We moeten veel meer ondersteunen in bewoners naar beneden en weer terug begeleiden. Bij nachtelijk roken is het bereiken van de buitenruimte een belasting.”

“We hebben veelal te maken met cliënten met een beperking, die minder mobiel en minder zelfstandig zijn. Zelfstandig kan de cliënt dan niet altijd naar de rookplek buiten de locatie.”

“Gezien de veiligheid en het bieden van een gezonde werkplek is het niet toegestaan om in de eigen kamer te roken. Cliënten moeten daarom naar buiten toe. Cliënten kunnen vaak niet zelfstandig naar buiten om te roken en hebben begeleiding nodig. Hier is niet altijd tijd voor.”

“Een cliënt kon voorheen in de rookruimte zitten om te roken, waarbij de medewerker er vanuit het restaurant zicht op had. Nu moet de medewerker samen met een cliënt mee naar buiten.”

“Bij de doelgroep is een groot percentage rokers. Bij een deel daarvan is sprake van overmatig roken als er geen kaders gesteld worden van hoe, wanneer, waar roken mag. Dit wordt nu gekaderd met behulp van de rookruimte, waar tevens veiligheid is om cliënten zelfstandig te laten roken. Als de rookruimte weggaat zal gezocht moeten worden naar alternatieven, waarbij wij verwachten dat er een groter appel gedaan zal worden op zorgmedewerkers (een deel van de cliënten kan en/of mag niet zelfstandig naar buiten). Kijkend naar de hoeveelheid/frequentie die er gerookt wordt, zal dit mogelijk betekenen dat dit beperkt gaat worden (niet haalbaar voor zorgmedewerkers om hierin telkens begeleiding te bieden). Dit kan leiden tot boosheid en weerstand.”

“We hebben niet altijd zicht meer op het vertrek van een bewoner, die naar buiten is gegaan om te roken en meteen met de taxibus kan instappen als die komt.”

Autonomie en waarden

“Het voelt dubbel dat cliënten in hun eigen leefomgeving niet binnen mogen/kunnen roken.”
“Het staat haaks op ons beleid: bij ons woont u zoals thuis.”

“Roken is een verslaving, iedereen weet inmiddels wel dat roken slecht is voor de gezondheid dus wie nu nog rookt, krijg je waarschijnlijk onmogelijk van het roken af. En als je hen de ene verslaving afpakt, gaan ze waarschijnlijk over naar een andere verslaving (alcohol).”

“Cliënten zijn claimend omdat ze vinden dat ze recht hebben om te roken en dat dit dan ook wel gelijk dient te gebeuren. Dit betekent nog meer individuele afspraken voor de cliënten, waarvan de medewerkers op de hoogte moeten zijn, om dit alles in goede banen te leiden.”

“Er is een forse rookverslaving onder bewoners van deze doelgroep. Bewoners hebben geen wens om dit gedrag te veranderen. Er is ook geen wens bij de zorg om het rookgedrag van bewoners te veranderen.”

“Het kan ook morele stress geven, omdat cliënten worden ingeperkt in hun bewegingsvrijheid en autonomie, terwijl medewerkers er juist voor willen zorgdragen dat cliënten zoveel mogelijk vrijheid kunnen ervaren.”

Gedrag en veiligheid

“Het kan voor bepaalde doelgroepen juist ontregelend gedrag veroorzaken en wat weegt zwaarder?”
“Ik zie problemen voor deze doelgroep omdat hen dit structuur geeft, ik verwacht meer agressie.”

“Bewoners zijn vaker geagiteerd omtrent het rookbeleid. Dit is al te merken als de rookruimte binnen dicht moet door bijvoorbeeld een defect in de afzuiging.”

“Roken is een tijdsbesteding. Bewoners zitten nu ‘gezellig’ bij elkaar in de rookruimte. Dit willen ze niet opgeven.”

“Bij het sluiten van de interne rookruimtes nemen de sociale contacten af. Cliënten drinken minder gezamenlijk koffie en blijven minder vaak in de huiskamer zitten om met elkaar te kletsen, tv te kijken, gezelschap te hebben. Cliënten trekken zich meer terug en moeten gehaald worden voor gezellig activiteiten of gewoon met elkaar zijn.”

“Leerbaarheid is een knelpunt. Cliënten hebben beperkte cognitie waardoor zij niet begrijpen dat zij op bepaalde plaatsen niet mogen roken.”

“Merendeel van de bewoners rookt. Bewoners moeten buiten roken wat meer onrust geeft. Bewoners raken geagiteerd als zij verwezen worden naar andere plekken. Met name bij bewoners:

- die het niet goed kunnen begrijpen waarom het niet mag
- die vinden dat zij dat zelf bepalen waar zij roken omdat het hun woonplek is
- die ineens afhankelijk zijn van begeleiding naar buiten daar waar ze voorheen zelfstandig in waren.”

“Als er voor cliënten geen acceptabel alternatief komt, is de kans zeer groot dat ze stiekem roken in toiletten en/of eigen kamer met risico op brand.”

“Medewerkers zijn van de etage tijdens het begeleiden van het roken en daardoor niet beschikbaar voor zorg. Andere cliënten blijven misschien alleen achter.”

Faciliteiten

"We zitten in een huurpand waardoor er geen bouw mogelijk is."

"Er is hier geen overkapping dus bewoners staan in weer en wind buiten. Bewoners worden geïrriteerd en onrustig. Sommige bewoners zijn afhankelijk van ons omdat wij hun de jas aan moeten doen."

"Het is moeilijk om alternatieven te vinden."

"Er is geen alternatief beschikbaar in de nabijheid. De doelgroep woont op de tweede verdieping zonder buitenruimte."

"Bij het activiteitscentrum ervaren zij dat de Abri minder comfortabel is dan de interne rookruimte (met name de temperatuur)."




"Als er niet veel buitenruimte beschikbaar is, dan kunnen andere cliënten en medewerkers buiten alsnog hinder ondervinden van het rookgedrag van anderen, bijvoorbeeld door de penetrante geur."

BIJLAGE 3 CHECKLIST SLUITEN INTERNE ROOKRUIMTES

Belangrijk is aandacht te hebben voor het creëren van draagvlak breed in de organisatie en om de bewoners, naastbetrokkenen en medewerkers te betrekken.

Pijlers	Vragen	Betrokkenheid ¹³
<p>1. Bestuur, beleid en commitment</p> 	<p>Steunt de leiding van de locatie de sluiting?</p> <p>Is er een positieve en motiverende visie met beleid gecommuniceerd naar bewoners, naasten en medewerkers?</p> <p>Toont de leiding een voorbeeldfunctie?</p> <p>Is er een verander-organisatie/ projectgroep ingericht?</p>	<p>Leidinggevende Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>
<p>2. Communicatie</p> 	<p>Wordt er een aanzienlijke periode gecommuniceerd (intern/extern) over het sluiten van de interne rookruimtes?</p> <p>Worden er interactieve bijeenkomsten georganiseerd voor/met bewoners en medewerkers?</p> <p>Zijn bewoners en de cliëntenraad betrokken?</p> <p>Is het beleid in de huisregels opgenomen?</p>	<p>Leidinggevende Communicatieadviseur Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>

¹³ Welke betrokkenheid is wenselijk voor een ideale inrichting van de veranderorganisatie/projectgroep?

Pijlers	Vragen	Betrokkenheid ¹³
<p>3. Opleiding en training</p> 	<p>Is er voldoende kennis over roken, schade van roken, hoe te stoppen met roken?</p> <p>Is er voldoende kennis bij medewerkers om het beleid en alternatieven bespreekbaar te maken met bewoners en naasten?</p>	<p>Leidinggevende Afdeling (bij)scholing Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>
<p>4. Stoppen-met-roken-zorg</p> 	<p>Is het very brief advice (VBA) een standaard onderdeel van de behandeling (en uitgebreider stop advies waar dat kan)?</p> <p>Is er een stoppen-met-roken cursus en begeleiding beschikbaar voor bewoners en medewerkers?</p> <p>Is het stoppen/minderen met roken onderwerp van het multidisciplinair en zorgleefplan gesprek?</p> <p>Wordt gedrags-verandering rondom minderen/stoppen met roken gestimuleerd?</p>	<p>Leidinggevende Behandelaar Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>
<p>5. Rookvrije omgeving</p> 	<p>Is duidelijk voor iedereen die de locatie bezoekt dat het een rookvrije locatie is?</p> <p>Welke borden worden gebruikt om aan te geven dat de locatie rookvrij is?</p> <p>Is de route goed aangegeven naar de plaats waar eventueel wel gerookt mag worden?</p> <p>Worden mensen die binnen roken door iedereen aangesproken?</p>	<p>Leidinggevende Facilitair management Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>

Pijlers	Vragen	Betrokkenheid ¹³
<p>6. Gezonde werkplek</p> 	<p>Kunnen alle medewerkers hun werk rookvrij doen?</p> <p>Zijn medewerkers zich voldoende bewust van meerookschaade?</p> <p>Betrekken we medewerkers bij het beleid en sluiten van de interne rookruimtes?</p> <p>Motiveren we onze collega's voldoende om zelf te stoppen met roken?</p>	<p>Leidinggevende HR Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>
<p>7. Maatschappelijke betrokkenheid</p> 	<p>Is de locatie bereid trots te zijn op haar rookvrije (interne) beleid en dit te delen met de omgeving?</p> <p>Wordt samenwerking gezocht met andere instanties op het gebied van verslaving aan tabak en de rookvrije (interne) omgeving?</p>	<p>Leidinggevende Communicatieadviseur Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>
<p>8. Monitoring en evaluatie</p> 	<p>Monitoren en evalueren we de vorderingen rondom de pijlers en sluiting van de interne rookruimtes?</p>	<p>Leidinggevende Medewerkers (rokers/niet rokers) Bewoners en naastbetrokkenen</p>

