

Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ – „Health Promotion in Prisons“

Herausgegeben von Heino Stöver und Jutta Jacob

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein angemessenes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können.“ Diese Gedanken leiten die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ein, die 1986 von einer internationalen Konferenz verabschiedet wurde. Versucht man den Leitgedanken der Ottawa-Charta, die Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit, auf den Strafvollzug zu beziehen, stößt man schnell an Grenzen der Übertragbarkeit: Äußere Beschränkungen, Fremdbestimmungen, eingeschränkte Rechte prägen das Leben und die gesundheitliche Lage der Gefangenen.

Mit der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“ wollen wir Beiträge veröffentlichen, die innovative gesundheitspolitische Anregungen für den Justizvollzug geben und gesundheitsfördernde Praxisformen des Vollzugsalltags vorstellen.

Außerhalb des Vollzugs bewährte Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen werden auf ihre Relevanz zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation Inhaftierter hin überprüft und auf die Bedingungen des Justizvollzugs bezogen.

Letztendlich kann nur eine größere Transparenz und Durchlässigkeit des Systems „Justizvollzug“ dazu beitragen, individuelle gesundheitsorientierte Potenziale Gefangener anzuregen und zu fördern.

Die HerausgeberInnen

Catherine Ritter

**Tabakgebrauch und Kontrolle in
Gefängnissen – ein Literatur Review**
**Tobacco Use and Control in Detention
Facilities – a Literature Review**

Band 23 / Volume 23



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Oldenburg, 2012

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2541
26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de
Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2266-0

Ich danke Heino Stöver, der mir die Möglichkeit gegeben hat, dieses spannende Thema zu untersuchen, und für seine Anmerkungen und Unterstützung bei der Publikation dieser Literaturstudie in zwei Sprachen (Deutsch-Englisch).

I would like to thank Heino Stöver for giving me the opportunity to explore this fascinating subject, and for helping me to edit and publish this review in two languages (German and English).

Catherine Ritter

I

Deutsch

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	13
1 Einleitung	17
2 Methoden	19
3 Prävalenz von Tabakkonsum	21
3.1 Allgemeine Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb und außerhalb von Haftanstalten	21
3.2 Männer	22
3.3 Frauen	26
3.4 Jugendliche/Heranwachsende	29
3.5 Bedienstete	30
3.6 Entwicklung der Prävalenzen in den letzten Jahren	31
3.7 Zusammenfassung der Prävalenzdaten	32
4 Analyse der Prävalenzdaten	33
4.1 Charakteristika von Gefangenen	33
4.1.1 Tabakabhängigkeit	34
4.1.2 Tabakrauchen und Gesundheit	34
4.1.3 Tabakrauchen und (multipler) Drogenkonsum	37
4.1.4 Tabakrauchen und psychische Störungen	38
4.1.5 Sozio-ökonomischer Hintergrund	40
4.1.6 Alter	41

4.1.7	Ethnische Unterschiede	42
4.2	Charakteristika der Umgebungsbedingungen	42
4.2.1	Passivrauchen – Passivrauchbelastung	44
4.2.2	Zugang zur Tabakentwöhnung	45
4.2.3	Verhaltensnormen und Kultur	47
4.2.4	Bewältigung von Langeweile und Stress	48
4.2.5	Instrumentalisierung von Zigaretten: Belohnung und Währung	48
4.2.6	Zigarettenkauf und Hausgeld	49
4.2.7	Tabakrauchen und Genuss	49
4.2.8	Tabakrauchen und Gewalt	50
4.2.9	Juristische Überlegungen	51
4.3	Zusammenfassung der Analyse der Prävalenzdaten	52
5	Resultate zur Tabakentwöhnung	53
5.1	USA	53
5.1.1	Männer	53
5.1.2	Frauen	55
5.2	Kanada	55
5.3	Australien	56
5.4	Europa	57
5.5	Zusammenfassung	58
6	Tabakkontrolle in Hafteinrichtungen	59
6.1	Einleitung	59
6.1.1	Motive zur Veränderung	60
6.1.2	Verantwortliche Schlüsselakteure	61
6.2	Meilensteine der WHO-Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle (WHO FCTC)	61
6.3	Entwicklung von Tabakkontrollstrategien: Beispiele aus drei Ländern	63

6.3.1	Australien	64
6.3.2	Großbritannien	65
6.3.3	Schweiz	67
6.4	Hindernisse für eine wirksame Tabakkontrolle	67
6.5	Jugendstrafanstalten	70
6.6	Individuelle Ebene: Verhaltensänderung von Rauchern	70
6.6.1	Rauchreduktion und -kontrolle	70
6.6.2	Unterstützung von Gefangenen bei der Tabakentwöhnung	72
6.6.3	Unterstützung von Bediensteten bei der Tabakentwöhnung	77
6.6.4	Sozialmarketing	78
6.7	Auswirkungen auf die Umgebung	79
6.7.1	Totalverbot (Rauchen ist drinnen und draußen verboten)	79
6.7.2	Partielles Verbot (Rauchen in gemeinsamen Räumen ist verboten)	82
6.7.3	Tabakkauf durch den Gefangenen – Tabakausgabe durch die Anstalt	83
6.8	Tabakkonsum und Schadensminderung	83
6.9	Zusammenfassung	85
7	Fazit	87
	Literaturverzeichnis	165

Geleitwort

Dieses Dokument ist eine theoretische Einführung in Forschung, die im Jahr 2011 in deutschen Gefängnissen durchgeführt wurde. Bei der Ausführung dieser Arbeit haben wir versucht, so gründlich wie möglich zu sein. Das Thema wird sich jedoch ständig weiterentwickeln, da regelmäßig neue Publikationen herausgegeben werden.

Wir beschreiben die Rauchsituation in Gefängnissen weltweit unter Berücksichtigung der Raucherprävalenzen unter Häftlingen (differenzierte Daten zwischen Männern, Frauen und jungen Häftlingen, wenn vorhanden, vergleichbare Daten in der Allgemeinbevölkerung) und Bediensteten; der Exposition gegenüber Passivrauch oder SHS (Second-Hand Smoke); der Wünsche, das Rauchen zu beenden und der bisher dafür entwickelten Strategien. In der folgenden Diskussion untersuchen wir einerseits die komplexe Beziehung zwischen Gefängenschaft und Rauchen, die spezifischen Funktionen des Zigarettenkonsums für inhaftierte Personen und einige Eigenschaften des Gefängniswesens. Andererseits betrachten wir den Zusammenhang zwischen der Arbeit in einer geschlossenen Einrichtung, der Rauchmuster und der Vorschriften bezüglich der Gesundheit am Arbeitsplatz.

Das Rauchen in Gefängnissen zu erwägen, setzt voraus, diese Problematik aus mehreren Blickwinkeln zu betrachten. In geschlossenen Einrichtungen, wo es für Menschen wenig Aussichten gibt, gilt das Rauchen als „letztes“ Vergnügen. Das Rauchen wird lediglich als ein körperliches und psychologisches Empfinden wahrgenommen und verstanden. Der tägliche Stress wird im Gefängnis sogar noch viel mehr als in der Freiheit durch das Rauchen bewältigt. Eine Erleichterung der Belastung, die die Haft mit sich trägt, sowie die Bewältigung der Schuldgefühle können oft durch das Rauchen erzielt werden. Darüber hinaus sind Zigaretten zusammen mit Kaffee eine Währung für den Handel von Waren und Diensten in einem Umfeld, in dem kein Bargeld erlaubt ist. Studien, die das Rauchen untersuchen sollten demzufolge die Bedeutung sowie der Zweck des Rauchens und des Tabaks in Bezug auf die besonderen Eigenschaften des Gefängnislebens berücksichtigen. Forschung

in diesem Bereich wird oft als feindlich, noch unterdrückender und noch beschränkender gegenüber befriedigenden Verhaltensweisen betrachtet. Aus diesem Grund war jegliche Diskussion über das Rauchen oder die Passivrauchbelastung für lange Zeit tabu.

Die durchgeführte Studie betrachtet die Gründe für das Rauchen, die Rauchmuster und die Auswirkungen des Rauchens. Sie strebt an, Insassen zu betreuen, die aus verschiedenen Gründen, vor allem aber finanziellen, mit dem Rauchen aufhören oder ihren Zigarettenkonsum reduzieren wollen. Ausgaben verbunden mit dem Tabakkonsum übersteigen häufig die Hälfte des monatlichen Einkommens, das ungefähr zwischen 50 und 100 Euro liegt. Gefangene mit denen wir uns unterhalten haben, haben vom finanziellen Standpunkt her die Tabakabhängigkeit oft als äußerst einschränkend empfunden.

Rauchervorschriften in Hafteinrichtungen sollten berücksichtigen, dass Menschen, die wünschen, weniger zu rauchen, oder das Rauchen ganz aufgeben wollen, eine vielfältige Unterstützung bezüglich beruflicher, sportlicher Tätigkeiten usw. anzubieten ist, die für Gefangene eine Alternative zum Rauchverhalten darstellen und ihnen ermöglichen, neue Wege zu finden, um mit ihrem Leben umzugehen. Eine Schadensminderung bezüglich Tabakkonsums oder eine Raucherentwöhnungsunterstützung sollte für Raucher in Gefängnissen genauso zur Verfügung stehen wie für Raucher in Freiheit.

Für viele Jahre diente das Rauchen dem Zweck, Vergnügen zu bereiten. Wenn wir Romane betrachten, die sich mit dem Thema Gefängnis befassen (z.B. Hans Fallada: Wer einmal aus dem Blechnapf frisst, verfasst im Jahr 1934), stellt sich heraus, dass genau dieser Zweck schon vor achtzig Jahren erwähnt wurde. Gefängnis und Rauchen sind derart untrennbar miteinander verbunden, dass die bloße Erwähnung einer Veränderung als bedrohlich empfunden wird. Dies weist auf eine außergewöhnliche Art der Tabakabhängigkeit, die besonders mit dem Gefängnisalltag verbunden zu sein scheint. Demnach trägt die Haft stark zur Tabakabhängigkeit bei, die nicht einfach bei der Entlassung bewältigt werden kann. Das Bewusstsein zu diesem Aspekt der Gesundheitsvorsorge trägt die besondere Verantwortung mit sich, Gefangenen, die mit dem Gedanken spielen ihre Rauchgewohnheiten zu ändern, eine Unterstützung anzubieten.

Die Situation der Bediensteten stellt ebenfalls eine Herausforderung dar, da die Raucherprävalenzraten für diese Personengruppe die Raten ähnlicher Gruppen außerhalb der Anstalten (Polizei, Feuerwehr usw.) übertreffen. Ihre

Rauchgewohnheiten können wahrscheinlich nur im besonderen Kontext des Rauchens im Gefängnis nachvollzogen werden. Demzufolge sind Bedienstete Teil des Gefängnislebens und bewältigen ihre Arbeitslast möglicherweise durch das Rauchen. Natürlich wurde dies für lange Zeit nicht hinterfragt und als Bestandteil von Gesundheitsstrategien berücksichtigt. Aber sobald die Gesundheit am Arbeitsplatz und der Schutz vor der Exposition gegenüber Passivrauch Teil der allgemeinen Gesundheitsdebatte wurde, wurde auch das Rauchen des Gefängnispersonals thematisiert. Im Gegensatz zu den Insassen können Bedienstete die Einrichtung entweder während der Pause oder nach der Arbeit verlassen. Da Gefängnisse öffentliche Gebäude sind, ist der Nicht-raucherschutz zum Leitsatz geworden und das Rauchen am Arbeitsplatz ist nicht mehr erlaubt. Wenn das Rauchen als Abhängigkeit betrachtet wird (ICD-10), so sind Betreuungsdienste denjenigen zur Verfügung zu stellen, die nicht in der Lage sind, ein Gebäude zum Rauchen zu verlassen (in Sonderabteilungen, die z.B. durch Kameras überwacht werden).

Schließlich ist es wesentlich, akzeptable Methoden zu finden, Rauchvorschriften für beide Zielgruppen, d. h. für Gefangene sowie für Bedienstete, einzuführen. Mit anderen Worten sollte das Rauchen der Gefangenen in ihrer Privatsphäre (Zelle) geduldet werden. Zugleich sollten diese aber dem Wunsch der Nichtraucher, die vor unbeabsichtigten Schäden des Zigarettenrauchs geschützt werden wollen, nachkommen. Das richtige Gleichgewicht zu finden, setzt voraus, dass das Personal entweder in ausgewiesenen Bereichen (das Rauchen in Innenräumen kann nur eine vorübergehende Lösung sein, daher wird das Rauchen in Zukunft höchstwahrscheinlich nur draußen erlaubt sein) rauchen darf oder dass Bediensteten Tabak- Schadensminderungs- und Raucherentwöhnungsprogramme zur Verfügung gestellt werden.

Wie es Alfred Polgar vor achtzig Jahren schon erwähnte, sind diese Entscheidungen von äußerster Wichtigkeit: *„Die Möglichkeit, das Rauchen zu erlauben oder zu verbieten, gibt den Leitern der Gefängnisse das wirksamste Mittel in die Hand, ein Maximum an guten Willen im Gefangenen hochzuziehen, und mit dem Rauch der Zigarette mag ein Großteil der Wut und des Hasses, die sich in seiner Seele ansammeln, gefahrlos entweichen. Zudem schafft das Recht, zu rauchen, noch eine Art Verbindung zwischen dem Eingekerkerten und der Gesellschaft, die ihn ausgeschlossen hat; sein Verlangen, auch anderer Rechte, die sie vergibt, wieder teilhaftig zu werden, steigert sich, die Tendenz, Frieden mit ihr zu machen, wird in ihm gestärkt, kräftiger gewiß als durch frommen Zuspruch oder unbedingte Brutalität der Behandlung.“* (Alfred

Polgar, Kleine Schriften, Band I Musterung, (Hrsg. v. Marcel Reich-Ranicki in Zusammenarbeit mit Ulrich Weinzierl, Rowohlt, 1994).

Heino Stöver, Januar 2012

1 Einleitung

Weltweit sind zurzeit mehr als neun Millionen Menschen inhaftiert. Daten zeigen, dass es unter den Gefangenen eine hohe Raucherprävalenz gibt, die je nach Land und Gefängnis von 64 bis über 90 Prozent reicht. Im Gegensatz zu den Fortschritten in der Freiheit haben in Gefängnissen fast keine Veränderungen stattgefunden. Ein erheblicher Rückgang der Raucherprävalenzraten konnte in der Allgemeinbevölkerung beobachtet werden (WHO, 2007a).

Da es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rauchen und einer Vielzahl von Krankheiten gibt, kann ein Tabakentwöhnungsprogramm auch als Hilfe zur Reintegration gesehen werden (Kauffman, Ferketich, Murray, Bellair, & Wewers, 2010) (National Offender Management Service, 2004).

Der positive Effekt, der mit einer erfolgreichen Rauchentwöhnung einhergeht, kann dazu ermutigen, weitere Änderungen im Leben vorzunehmen. Rauchen sollte als ein Verhalten betrachtet werden, das zu gesundheitlichen Ungleichheiten führt. Zudem ist es ein potenzielles Hindernis für eine erfolgreiche Wiedereingliederung (Kauffman, Ferketich, & Wewers, 2008) (MacAskill, 2008).

Innerhalb von Gefängnissen sind Häftlinge gezwungen den Großteil ihrer Zeit in geschlossenen Räumen zu verbringen. Die bestehende Lüftung ist dort meist mangelhaft. Somit ist die Bedrohung durch eine Exposition gegenüber Passivrauch (Second-Hand Smoke – SHS) besonders hoch. Die Passivrauchbelastung ruft einen Bedarf an wirksamen Maßnahmen hervor, um indirekte Gesundheitsrisiken für Gefangene und Bedienstete zu reduzieren.

Das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Meinungsvertreter für die Gefahren des Passivrauchs (SHS) zu schärfen, ist maßgeblich, um das Verstehen und die Unterstützung der Gesellschaft zu gesetzlichen Maßnahmen zu gewinnen (WHO, 2009a). Dies kann auch durch Forschung im Gefängnis erreicht werden. Darüber hinaus ist die Generierung von nationalen epidemiologischen Erkenntnissen effektiver als die Verwendung internationaler Statistiken, um Politiker zum Handeln zu bewegen (WHO, 2007b). Diese

Untersuchung zum Thema Passivrauch (SHS) in deutschen Gefängnissen verfolgt genau diese beiden Ziele.

In der Gesellschaft ist im Allgemeinen die Akzeptanz der Gesetzgebung zum Schutz der Bevölkerung vor Passivrauchbelastung von 52,9 Prozent Mitte 2005 auf 74 Prozent im Jahr 2010 wesentlich gestiegen. Dieselbe Tendenz kann sogar bei regelmäßigen Rauchern in Bezug auf rauchfreie Lokale und Bars (mit 26% im Jahr 2007 und 40% im Jahr 2010) festgestellt werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Gesundheit www.drogenbeauftragte.de, 2011).

2 Methoden

Die Daten und Informationen zur Prävalenz zu gesundheitspolitischen Strategien wurden aus vier Datenbanken bezogen:

- Systematische Übersichts- und Literatursuchmaschinen (Pubmed, Informahealthcare, PsycInfo, Saphir, Up to date, WHO, BDSF): Die verwendeten Suchbegriffe waren: Rauch* (rauchen, Raucher, rauchfrei), Verbot, Raucherentwöhnung, Tabak, Strategie, Prävalenz, Gefängnis, Häftling*, Bedienstete, kardiovaskulär Risikofaktoren und Gesundheit, Frauen und Schwangerschaft.
- Persönliche Kommunikation: Dieser Ansatz ist praktisch, da zu diesem Themenbereich bisher wenig Literatur vorhanden ist, aber Fachleute dennoch diverse Strategien entwickeln und erproben, die von großer Bedeutung für diese Arbeit sind.
- Newsletters über Forschung in Gefängnissen: Diese informieren über veröffentlichte Strategien oder Richtlinien, um die Passivrauchbelastung in Gefängnissen zu verringern.
- Webseiten, die sich mit Tabak im Allgemeinen beschäftigen: Diese wurden sorgfältig und regelmäßig nach Literatur über Haftanstalten oder Entwicklungen von Richtlinien für Strategien untersucht, um die Exposition gegenüber Passivrauch in diesem speziellen Rahmen anzugehen.

3 Prävalenz von Tabakkonsum

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf Prävalenz in der Fachliteratur dargestellt. Dabei wird versucht, die Raucherinnen- und Raucherraten in der Allgemeinbevölkerung mit denen von Gefängnisinsassinnen und -insassen in Beziehung zu setzen. Die Ergebnisse werden differenziert für vier Gruppen dargestellt:

- Männliche Gefangene
- Weibliche Gefangene
- Jugendliche und Heranwachsende
- Bedienstete

Auch wenn eine globale Übersicht über das Rauchverhalten unter Gefangenen und Bediensteten angestrebt ist, kann dies jedoch nur für die geografischen Räume realisiert werden, für die bereits Prävalenzdaten vorliegen. Nicht alle geografischen Gebiete konnten erfasst werden, da nicht für alle Länder epidemiologische Daten vorliegen.

3.1 Allgemeine Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb und außerhalb von Haftanstalten

Im Jahr 2005 waren in allen europäischen Ländern, abgesehen von Island und Schweden, die Fallzahlen für Rauchen bei Männern höher als bei Frauen. Mit einem Unterschied von 46,9% zeigen Daten aus Georgien die größte Kluft zwischen den Geschlechtern, gefolgt von fünf osteuropäischen Ländern mit einer Gender-Differenz von mehr als 40% (Armenien, Weißrussland, Kirgistan, Republik Moldau und Russische Föderation). Ein kleinerer Unterschied von weniger als 10% zwischen männlichen und weiblichen Prävalenzdaten des Rauchens konnte in 18 (meist westeuropäischen) Ländern gefunden werden (WHO, 2007a).

Generell sind in Gefängniseinrichtungen die Prävalenzraten von Raucherinnen und Rauchern zwei- bis viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Im Großen und Ganzen stimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher innerhalb der Haftanstalten mit dem Anteil von Nichtraucherinnen und Rauchern außerhalb der Haftanstalten überein (z.B. sind 75% der Häftlinge Raucherinnen und Raucher gegenüber 25% der Allgemeinbevölkerung) (Patrick & Marsh, 2001).

In Gefängnissen weisen Männer und Frauen ähnlich hohe Raucherinnen- und Raucherraten auf (K. L. Cropsey, Jackson, Hale, Carpenter, & Stitzer, 2011; Stöver & Thane, 2011).

Nur in Australien hat lediglich eine Studie über höhere Prävalenzzahlen von inhaftierten Frauen gegenüber inhaftierten Männern berichtet, was im Gegensatz zur Situation außerhalb der Haft steht: Hier rauchen mehr Männer als Frauen (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000).

3.2 Männer

Kanada

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 16% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“)¹ ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 21% (WHO, 2009b).

In Hafteinrichtungen:

- Quebec 72% (1995) und 71% (2008), N= 73 (Guyon et al., 2010)
- Quebec 75% bis 80% (vor der Studie 2008), Schätzwerte (Guyon et al., 2010)

USA

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 20% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 25% (WHO, 2009b).

1 Beinhaltet Gelegenheitsraucher

In Hafteinrichtungen:

- 60% bis 80% (Carpenter, Hughes, Solomon, & Powell, 2001)
- 70% bis 80% (K. Cropsey et al., 2008)
- 62% (Hammond & Emmons, 2005)
- 60% bis 80% (Kauffman et al., 2010), N= 200, 79.8%
- 76% Prävalenz vor der Inhaftierung; 78.5% unter partiellem Rauchverbot (Kauffman, Ferketich, Murray, Bellair, & Wewers, 2011)
- 69.6%, N=1174 (K. Cropsey, Crews, & Silberman, 2006)
- 37.8% der Landesgefangenen (*state inmates*) und 38.6% der Bundesgefangenen (*federal inmates*) haben im Monat ihres Arrests im Jahr 2005 geraucht (The national center on addiction and substance abuse at, 2010)
- 70% (verglichen mit 21% der Allgemeinbevölkerung), N=??, 65% Raucher (Proescholdbell, Foley, Johnson, & Malek, 2008)
- 70% (verglichen mit 23% der Allgemeinbevölkerung) (Chavez et al., 2005)
- 60% bis 80% (verglichen mit 21% der Allgemeinbevölkerung) (Kauffman et al., 2008)
- 50.4% (verglichen mit 23.9% der Allgemeinbevölkerung), N=14373 (Binswanger, Krueger, & Steiner, 2009)
- 82.5%, N=200 (Lincoln et al., 2009)
- Eine andere Studie liegt 74.2% vor, N=1200 neu eintretende Insassen (verglichen mit 19.7% der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2003) (Lincoln et al., 2009)
- Eine Studie, die im Jahr 1996 veröffentlicht wurde, führt 75% an (Patrick & Marsh, 2001)
- 63.3%, N= 147 gewalttätige Männer (Stuart, Moore, Kahler, Ramsey, & Strong, 2004)

Australien

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 19% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 22% (WHO, 2009b).

In Hafteinrichtungen:

- 71%, N= 5959, Bereich zwischen 48% und 97% (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000)
- 72% (N. Awofeso, Irwin, & Forrest, 2008)
- 78%, N= 747 (Belcher, Butler, Richmond, Wodak, & Wilhelm, 2006)
- NSW 2001: 90%; 1996: 88% (Butler, Richmond, Belcher, Wilhelm, & Wodak, 2007)
- 87%, N=446 (Holmwood, Marriott, & Humeniuk, 2008)
- 77% und 83%, verglichen mit 17.4% in der allgemeinen Gesellschaft (R. L. Richmond et al., 2006)

Ein Unterschied in der Prävalenz zwischen Städtischen Gefängnissen (77%) und nicht städtischen Gefängnissen (69%) wurde beschrieben ($p < 0.001$) (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000).

Asien

Vergleichsdaten für die Allgemeinbevölkerung sind nicht erhältlich für Taiwan. Für China wird über eine Prävalenzrate von 31%, für die Philippinen von 27% und für Japan von 25% berichtet (WHO, 2009b).

Taiwan

- 92.8%, N= 1129 (Lai, Chang, & Liao, 2008)
- N= 77, Durchschnittswert im Fagerström-Test 5.57 (Chang, Huang, & Chen, 2010)

Europa

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die angenommenen Raucherprävalenzdaten unter Erwachsenen haben sich bei etwa 28.6% in der WHO Region eingependelt. Die Raucherprävalenz unter erwachsenen Männern in der WHO Region liegt etwa bei 40%: In 14 (meist osteuropäischen) Ländern besteht eine höhere Prävalenz, während sie in 12 (meist westeuropäischen) Ländern unter 30% liegt (WHO, 2007a).

In Hafteinrichtungen:

- Lithauen 85.5%, N=1122 (Narkauskaitė, Juozulynas, Mackiewicz, Surkiene, & Prapiestis, 2007). In der Allgemeinbevölkerung liegen vergleichbare Werte bei 52%.

- Polen 81%, N = 944 (Sieminska, Jassem, & Konopa, 2006)
- Polen, Litauen, Estland und Ungarn zusammengenommen: 66% (N= 314)
Zusammengerechnet wurden 490 Insassen mithilfe von selbst ausfüllbaren Fragebögen untersucht. Die Verteilung auf die Länder sieht wie folgt aus: Estland 167, Ungarn 102, Litauen 107, Polen 114. 64.1% der Stichprobe waren Männer (N=314).
Die Raucherraten unter Insassen in den einzelnen Ländern sind:
Polen 60.7%, Litauen 88.4%, Estland 82.1%, Ungarn 37.7% (Stöver & Thane, 2011).
- Frankreich, eine statistische (DREES) Studie ergab (Sahajian, P, & J, 2006): 79% (N=8728) in 1997 und 78% (N=6087) in 2003
- Frankreich 83%, N= 1463 (Sahajian et al., 2006)
- Frankreich 90%, N= 210 (Sannier et al., 2009)
- Frankreich 78.5%, N=? (Dupont, 2008)
- Frankreich 98%, N= 893 2003-2006 (Pauly et al., 2010)
- Griechenland 91.8%, N= 353 (N. P. Lekka, Lee, Argyriou, Beratis, & Parks, 2007)
- Griechenland 80%, N= 173 (Papadodima et al., 2010)
- Italien 67.5%, N=650 (Nobile 2011)
- Italien 77%, N= 1267 (Rezza et al., 2005)
- GB London 78%, N= 78 (Heidari, 2007)
- GB Süd-West 60% bis 80% N= ? (Department of Health South West Regional, 2007)
- GB 89% (MacAskill, 2008)
- GB (Department of Health and HM Prison Service, 2007) 78% bis 88% in einem Pilotprojekt im Gefängnis. In England & Wales, 78% der Verurteilten und 85% der Insassen in Untersuchungshaft rauchten (im Vergleich zur männlichen Allgemeinbevölkerung (26%) und zur unterprivilegierten männlichen Bevölkerung (zwischen 56% und 78%) außerhalb von Gefängnissen)
- GB 80% sind Raucher, 22% in der Allgemeinbevölkerung (nosmokingday.org.uk, 2011)
- Schottland 79% N= ? (SPS, 2008)
- Schweiz: Im Jahr 2004 wurde in einem Schweizer Untersuchungsgefängnis eine Studie durchgeführt, die aufzeigte, dass sich die Prävalenzdaten von Häftlingen mit guten Schlafgewohnheiten deutlich von denen unterschieden, die unter Schlaflosigkeit litten. 74% der schlafgestörten Patienten

ten gegen 53% der Häftlinge mit guten Schlafgewohnheiten rauchten während der Haft ($p=0.007$) (Elger, 2004).

- Schweiz, im Jahr 2010 83%, N = 470 (Etter & Ritter et al., wird noch veröffentlicht)
- Schweiz, Welschschweiz 69.5% im Jahr 2005, N=1510 (Eytan et al., 2010)
- Schweiz, Welschschweiz 61.5% im Jahr 2007, N= 2195 (Wolff et al., 2011)

Deutschland

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die Prävalenzrate von männlichen Rauchern ist zwischen dem Jahr 2002 und 2005 von 32.6 % auf 31.7% gesunken (WHO, 2007a). Das Rauchen hat in der Allgemeinbevölkerung abgenommen. 32,8% der Männer (zwischen 18 und 64 Jahren) rauchen gemäß den Daten des Suchtsurvey 2009 (DHS, 2011).

Im Jahr 2006 rauchten 31% der männlichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 37% (WHO, 2009b).

Verfügbare Informationen sind in Hafteinrichtungen sehr gering:

- 88%, N= 217, (Tielking, Becker, & Stöver, 2003)
- 36%, N= ? (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) (U-Haft)
- 64%, N= ? (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) Strafhafte: Freiheitsstrafe
- 85% geschätzte Daten beim Bundesministerium der Justiz (Lehman, 2010)

3.3 Frauen

Für Frauen liegen weniger Daten vor als für Männer.

Kanada

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 13% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 18% (WHO, 2009b).

In Hafteinrichtungen:

- 95%, N= 40 in 2008 (Guyon et al., 2010)

USA

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 14% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 19% (WHO, 2009b).

In Hafteinrichtungen:

- 73%, N= 866 (K. Cropsey, Eldridge, & Ladner, 2004)
- 42% bis 91% (Eldridge & Cropsey, 2009)
- 62.4%, N=101 (K. Cropsey et al., 2006)
- 64% aktuelle oder ehemalige Raucherinnen, N=200 (Heng, Badner, & Freeman, 2006)
- 24%, N=261, in einem rauchfreien Gefängnis (Khavjou et al., 2007)
- 90.7% in NYC (N=422); 41.7% in LA (N=503) in 1997 (Durrach, 2005)
- 62.2%, N=98 gewalttätige Frauen (Stuart, Meehan, Moore et al., 2006)
- 66.7%, N=102 gewalttätige Frauen (Stuart, Moore, Kahler, Ramsey, & Strong, 2005)
- 80% der Frauen, die an einer Studie zum weiblichen Zyklus teilnahmen (N=446) (Allsworth et al., 2007)

Australien

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Im Jahr 2006 rauchten 16% der weiblichen Bevölkerung täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 19% (WHO, 2009b).

In Hafteinrichtungen:

- 81%, N= 5959 (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000)
- 83%, N= 167 (Belcher et al., 2006)
- 88%, N=72 (Holmwood et al., 2008)
- 82.9% der weiblichen Gefangenen, die an einer Gesundheitsumfrage teilnahmen (Queensland, N=212) waren Raucherinnen (Young, Waters, Falconer, & O'Rourke, 2005).

Asien

Japan: Eine Studie, die in einem rauchfreien Gefängnis durchgeführt wurde, zeigte Resultate hinsichtlich Rauchgewohnheiten vor der Inhaftierung auf. Der Prozentanteil der inhaftierten Raucherinnen vor der Menopause betrug 78%, während der Anteil der Postmenopause-Gruppe bei 45% lag. Prämenopausale weibliche Gefangene zeigten einen signifikant höheren Konsum in Bezug auf Zigaretten, Drogen und Alkohol (Nara & Igarashi, 1998).

Europa

Die Vergleichsdaten für Raucherinnen in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Die Raucherprävalenz unter erwachsenen Frauen in der WHO Region liegt etwa bei 18,2%. In 24 (meist osteuropäischen Ländern) besteht eine höhere Prävalenz, während sie in 8 (meist westeuropäischen) Ländern bei ungefähr 10% liegt (WHO, 2007a).

Hafteinrichtungen:

- Litauen 82.1%, N=67 (Narkauskaitė et al., 2007), 85.3% N= 71 (dieselbe Hafteinrichtung wurde im Jahr 2009 wieder erforscht). Vergleichsdaten in der Allgemeinbevölkerung liegen ungefähr bei 17% (Narkauskaite, Juozulynas, Mackiewicz, Venalis, & Utkuviene, 2010)
- Polen, Litauen, Estland und Ungarn zusammengefasst: 67% (N= 176) Zusammengerechnet wurden 490 Insassen mithilfe von selbst ausfüllbaren Fragebögen untersucht. Die Verteilung auf die Länder sieht wie folgt aus: Estland 167, Ungarn 102, Litauen 107, Polen 114. 35.9% der Stichprobe waren Frauen (N=176).
Die Werte der weiblichen Insassen, die in den einzelnen Ländern rauchen sind:
Polen 63.3%, Litauen 86.8%, Estland 74.7%, Ungarn 16.0% (Stöver & Thane, 2011)
- Frankreich 63%, N= ? (Dupont, 2008)
- GB 85%, N= 502 (Plugge, Foster, Yudkin, & Douglas, 2009)
- Nach einer Literaturstudie rauchen 66% der schwangeren Frauen, N= 838 (Knight & Plugge, 2005)
- GB 34% bis 99% (2007) sind in Gefängnissen im Süd-Westen des Landes Raucherinnen (Department of Health South West Regional, 2007)

- Schweiz, Welschschweiz 59.2% im Jahr 2007, N=1510 (Eytan et al., 2010)

Deutschland

In Deutschland hat die Prävalenzrate der Raucherinnen zwischen den Jahren 2002 und 2005 von 22,7 % auf 22,4% abgenommen (WHO, 2007a). Im Jahr 2006 rauchten 22% der weiblichen Bevölkerung in Deutschland täglich. Alle Rauchmuster zusammengenommen („current smoking“) ergeben eine leicht höhere Gesamtprävalenz von 26% (WHO, 2009b). Gemäß nationalem „Suchtsurvey“, eine im Jahr 2009 durchgeführte Umfrage, rauchten 25,5% der Frauen (im Alter zwischen 18 und 64 Jahren) (DHS, 2011).

Keine Daten sind für inhaftierte Frauen vorhanden.

3.4 Jugendliche/Heranwachsende

Weltweit liegen nur wenige Daten zur Prävalenz des Rauchens bei jungen Gefangenen vor, was die geringe Forschung in dieser Population widerspiegelt. Ein weiterer Grund könnte das generelle Rauchverbot für junge Erwachsene in Haft und jugendliche Gefängnisinsassen sein.

USA

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

18% der jungen Männer und 15,9% der jungen Frauen (zwischen 13 und 15 Jahren alt) rauchen (WHO, 2009b). Jugendliche und heranwachsende Inhaftierte weisen höhere Raucherprävalenzraten auf, als vergleichbare Gruppen in der Allgemeinbevölkerung.

- 70.6% Lebenszeitprävalenz, 46.6% tägliche RaucherInnen, N= 4381 (K. L. Cropsey, Linker, & Waite, 2008)

Australien

Die Vergleichsdaten für Raucher in der Allgemeinbevölkerung sind wie folgt:

Unter Gymnasialschülerinnen und -schülern (17 Jahre alt) rauchten 19% der jungen Männer und 17% der jungen Frauen innerhalb der letzten Woche.

(<http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-6-prevalence-of-smoking-secondary-students>).

Innerhalb von Hafteinrichtungen mit totalem Rauchverbot rauchten

- 58% (Belcher et al., 2006)
- 6% regelmäßiger Raucher setzten ihren Konsum in Haft fort (Butler et al., 2007)

Europa

Vergleichbare Werte aus der Allgemeinbevölkerung können für jedes europäische Land auf der WHO-Webseite bezogen werden (<http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2404>). Für Deutschland ergibt sich im Allgemeinen eine RaucherInnenprävalenz von 33% (33.7 bei jungen Frauen und 32.2% bei jungen Männern).

Daten über die Prävalenz des Rauchens unter jugendlichen Inhaftierten sind nicht erhältlich. Gleichwohl überprüften zwei in Irland (Lawrence & Welfare, 2008) und England (Kipping, Martin, & Barnes, 2006) durchgeführte Studien die Auswirkungen einer rauchfreien Strategie in Jugendhaftanstalten.

3.5 Bedienstete

Allgemein sind wenige Daten zum Raucherverhalten von Bediensteten in Haftanstalten vorhanden. In einigen Ländern sind die Prävalenzwerte von Bediensteten in Hafteinrichtungen entweder höher als die in der Bevölkerung oder sie sind annähernd gleich.

Die Datenlage ist jedoch zu prekär, um detaillierte Aussagen treffen zu können.

Kanada/Quebec

40% Raucher, N= 27 (Männer und Frauen) (Guyon et al., 2010). Die Vergleichsprävalenz in der männlichen und weiblichen Allgemeinbevölkerung liegt bei 15%, damit ist sie im Vollzug 2,5 mal höher.

Im Jahr 2007 wurden in einer Studie in Quebec 1288 Gefängnisbedienstete mithilfe eines selbst ausfüllbaren Fragebogens in Bezug auf Drogenkonsum im Monat vor der Studie untersucht. Regelmäßige Raucher standen mit dem

Konsum psychotroper Substanzen im Zusammenhang (PR=1.5, 95% CI 1.1–2.0) (Lavigne & Bourbonnais, 2010).

USA

24% sind Raucher, 38% sind Ex-Raucher, N= 321 (Carpenter et al., 2001).

Über ein Viertel der Justizvollzugsbeamten verwenden oder verwendeten Tabak (Patrick & Marsh, 2001).

Australien

Die Prävalenz ist hoch (nicht spezifiziert). Es finden sich Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeitnehmer hier weniger dazu bereit sind Aktionen und Programme zur Raucherentwöhnung zu fördern (Baker et al., 2006). Andere Daten, die aus einer Studie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Justizvollzugsbeamten in Neusüdwaales hervorgehen, weisen darauf hin, dass 13% (N=30) der Befragten aktuelle Raucher sind. Die Rate ist von 44,3% im Jahr 1982 auf einen Wert gesunken, der tiefer als der der Allgemeinbevölkerung liegt (Vergleichswerte liegen bei 18,6%) (Bond, 2007).

GB

17% Raucher, N= 144, 32% möchten das Rauchen aufgeben und 16% reduzieren (Department of Health South West Regional, 2007).

Schweiz

Eine in der Deutschschweiz durchgeführte Studie belegte, dass 26% der Bediensteten Raucher sind (N=51). Der Anteil der ehemaligen Raucher unter den Bediensteten beträgt 39% verglichen mit 9% unter den Gefangenen ($p<0.001$) (Ritter et al., 2010).

3.6 Entwicklung der Prävalenzen in den letzten Jahren

Studien über Raucherprävalenzen in Hafteinrichtungen reichen höchstens über 15 Jahre zurück. Die Daten sind demzufolge nicht ausreichend, um eine Evolution über die Jahre hinweg zu zeigen. Nur wenige Maßnahmen sind eingeleitet worden, um die Belastung durch Passivrauch abzubauen, was auf die geringe Priorität dieses Aspekts in den Gesundheitsförderungsmaßnahmen weist. Veränderungen können nur ansatzweise festgestellt werden.

In den USA lassen sich positive Veränderungen verzeichnen. Im Jahr 1997 war die Raucherprävalenz in Los Angeles bei inhaftierten Frauen geringer als in New York City. Den Hintergrund für diesen Unterschied bildet die in Kalifornien frühzeitig eingeführte und erfolgreiche Tabakkontrollpolitik, die in den neunziger Jahren bereits existierte. Diese Politik bewährte sich bei inhaftierten Frauen, die Drogen missbrauchten (vgl. Ergebnisse in den vorstehenden Daten zur Raucherprävalenz unter weiblichen Gefangenen). In NYC wurden entsprechende Maßnahmen erst sehr spät eingeführt und können daher im Justizvollzug bisher nur geringe Erfolge verzeichnen (Durrah, 2005).

Die allgemeine Raucherprävalenz australischer weiblicher und männlicher Gefangener betrug im Jahr 2001 79%, was zu den im Jahr 1996 gesammelten Daten von 77% passt. Es wurden nur wenige Fortschritte bei der Dezimierung der Raucher in Gefängnissen gemacht, während in der Allgemeinbevölkerung eine Reduzierung um 5 oder 7% im gleichen Zeitraum bewirkt werden konnte (Belcher et al., 2006) – ein Erfolg, der auf die Anstrengungen zur Verringerung der Passivrauchbelastung in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen ist (Butler et al., 2007; Butler & Stevens, 2010).

Im Jahr 2008 berichtete der schottische Strafvollzug keine neuen Veränderungen in der Prävalenz: 80% (2004), 78% (2005 und 2006) (SPS, 2008).

3.7 Zusammenfassung der Prävalenzdaten

Die berichteten Prävalenzdaten über inhaftierte männliche Raucher variierten innerhalb der letzten 10 Jahren zwischen 36.8% und 82.5% in den USA, zwischen 48% und 90% in Australien und zwischen 66% und 98% in Europa. Die Prävalenzraten bei inhaftierten Frauen waren entweder komparabel oder höher. Für die Gruppen der Jugendlichen bzw. Heranwachsenden und Bediensteten waren kaum Daten vorhanden.

Allgemein lagen die Prävalenzraten von Raucherinnen und Rauchern bei der Gefängnispopulation ungefähr zwei bis vier Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung und sind bisher nicht zurückgegangen. Das lässt den Schluss zu, dass veränderte Nichtraucher- und Tabakkontrollpolitiken in Hafteinrichtungen bisher mit unzureichender Wirkung geblieben sind. Aus den vorliegenden Studiendaten geht nicht hervor, wie lange ein solcher Prozess dauern würde.

4 Analyse der Prävalenzdaten

Wie können die vorliegenden Ergebnisse der Prävalenz-Studien nunmehr interpretiert werden? Warum sind die Prävalenzen in Hafteinrichtungen im Vergleich zur Situation außerhalb der Gefängnisse so hoch?

Wir versuchen im Folgenden Faktoren zu identifizieren, die zu einer Klärung beitragen können. Grundsätzlich bietet sich an, im Spannungsfeld von individuellem Verhalten und institutionellen Verhältnissen nach Erklärungen zu suchen. Die spezifischen Charakteristika von Gefangenen und Umgebungsbedingungen müssen bei einer Umsetzung von WHO FCTC-Strategien (Strategien des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle – WHO Framework Convention on Tobacco Control) in geschlossenen Institutionen berücksichtigt werden (6.2 Meilensteine der WHO-Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle (WHO FCTC)).

4.1 Charakteristika von Gefangenen

Haftanstalten beherbergen viele vulnerable Gruppen, bei denen der Konsum von Psychotropika und insbesondere Tabak ohnehin weit verbreitet ist. Solche Gruppen setzen sich aus psychiatrischen Patienten oder Drogen- bzw. Alkoholkonsumenten zusammen (Baker et al., 2006), d. h. Gruppen, die gegenüber Rauchstopp-Strategien in Freiheit „resistent“ sind (K. Cropsey et al., 2006) (MacAskill, 2008; R. Richmond et al., 2009). Insofern spiegeln Gefängnisse die epidemiologischen Rauchverhältnisse von sozialen Unterschichten, DrogenkonsumentInnen und anderen vulnerablen Gruppen überproportional wieder. Für die USA kann gesagt werden, dass 70% der Inhaftierten unterprivilegiert sind, 80% Drogen gebrauchen und 40% psychiatrische Störungen aufweisen (Chavez et al., 2005).

4.1.1 *Tabakabhängigkeit*¹

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die oftmals wiederholte Versuche braucht, um eine langfristige Abstinenz zu erreichen.

Gefangene, die rauchen, weisen einen hohen Grad von Tabakabhängigkeit auf (Butler et al., 2007) (Belcher et al., 2006), der mit einer geringen Wahrscheinlichkeit des Rauchstopps ohne intensive Interventionen korreliert. Die Rate selbstinitiiertem Rauchstopps unter Gefangenen ist gering (K. Cropsey et al., 2008).

In einer Studie, die in Polen durchgeführt wurde, zeigte die Mehrheit der Raucher einen hohen Grad von Tabakabhängigkeit auf. 50% rauchten 11 bis 20 Zigaretten pro Tag und 79% innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen (Sieminska et al., 2006).

Eine Studie aus der Schweiz berichtet, dass Raucher (56% bis 75%, N = 470) 12–20 Zigaretten pro Tag rauchen und innerhalb von 5 bis 15 Minuten nach dem Aufstehen die erste Zigarette anzünden (Etter et al. wird noch veröffentlicht).

In einer Studie, die in Australien unter 30 männlichen Gefangenen durchgeführt wurde, wiesen Teilnehmer einen hohen Abhängigkeitsgrad und Tabakkonsum (alles handgedrehte Zigaretten) auf sowie ein für das Rauchen junges Initiierungsalter (R. L. Richmond et al., 2006).

4.1.2 *Tabakrauchen und Gesundheit*

Die Exposition gegenüber Passivrauch (SHS) kann ernsthafte Gesundheitsrisiken für Nichtraucher herbeiführen (das Risiko einer Herzerkrankung und Lungenkrebs steigt um 25% bis 30%) (US Department of Health, 2006). Es gibt keine Grenze, unterhalb derer die Exposition gegenüber Passivrauch risikofrei ist und Maßnahmen wie die Trennung der Raucher von Nichtrauchern und die Installation spezieller Lüftungsanlagen sind entweder unzureichend oder oft nicht praktikabel (Proescholdbell et al., 2008; US Department of Health, 2010; WHO, 2007a, 2007b, 2009a).

¹ Wir beziehen uns auf die Unterscheidung von Tabak- und Nikotinabhängigkeit von K. O. Fagerström (2010): Präsentation auf dem Deutschen Suchtkongress 2010 in Tübingen/ Deutschland

Passivrauch wurde von 34% der Raucher und von 53% der Nichtraucher unter den Gefangenen als Gesundheitsgefahr eingeschätzt (Belcher et al., 2006). Vielen Insassen war bewusst, dass Lungenkrebs und Herzerkrankungen durch das Rauchen und die Passivrauchbelastung verursacht werden (Kauffman et al., 2011).

In Polen waren sich Gefangene mit einer Sekundar- oder Hochschulbildung (28% der 164 befragten Personen) eher über die negativen Einflüsse des Tabakkonsums auf ihre Gesundheit bewusst als Gefangene mit einer Grundschulbildung (Sieminska et al., 2006). Auch in Großbritannien sind die gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen des Rauchens unter den Häftlingen bekannt. Die Entlassung war für das Interesse an der Aufrechterhaltung der Gesundheit eine wichtige Motivation (Department of Health and HM Prison Service, 2007). In der Deutschschweiz gehen 74% der Inhaftierten davon aus, dass Rauchen ihre Gesundheit gefährdet (Ritter et al., 2010).

In einer australischen Studie verfügten Insassen, die rauchten, über verhältnismäßig weniger Wissen in Bezug auf Tabak und dessen Gefahren (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000). Wissen über die gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchs, die Vorteile rauchfreier Umgebungen, einschließlich des Arbeitsplatzes, steht im Zusammenhang mit einem reduzierten Zigarettenkonsum (Durrah, 2005).

Gesundheitliche Langzeitschäden und positive Nebeneffekte der Passivrauch-Reduktion werden in der Gesellschaft als wichtig erachtet und es wurde bereits erwiesen, dass an rauchfreien Arbeitsplätzen eine wesentliche Verbesserung der Atemwege festgestellt werden konnte (Proescholdbell et al., 2008). Es wurde eine Studie (USA) an 49 Häftlingen, die kurz vor ihrer Entlassung standen, durchgeführt. 67% gaben an, dass sich ihre Gesundheit nach der Einführung des Rauchverbots deutlich gebessert habe. Diese Auffassung stand mit dem Vorhaben das Rauchen bei der Entlassung aufzugeben im Zusammenhang und kann demzufolge als großer Motivationsfaktor und Interventionspunkt für Veränderungsansätze gesehen werden, da die Inhaftierung auch als eine Zeit für positive Verhaltensänderungen gegenüber Gesundheitsfragen betrachtet werden kann (Thibodeau, Jorenby, Seal, Kim, & Sosman, 2010).

Mundhygiene ist vom Rauchen direkt betroffen, denn Raucher haben eine schlechtere Mundgesundheit als Nichtraucher (K. Cropsey et al., 2006). In einer Studie, die unter älteren männlichen Insassen in Hong Kong durchge-

führt wurde, hatten Raucher über mehr Folgen der Mundhygiene auf ihre Lebensqualität als Nichtraucher berichtet ($p < 0.01$) (McGrath, 2002).

Weitere Erkrankungen, die durch das Rauchen verschlimmert oder gar ausgelöst werden können, sind Lungenerkrankungen (COPD), Herz-Kreislauf-erkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina) und Diabetes (K. Cropsey et al., 2006) (K. L. Cropsey, Jones-Whaley, Jackson, & Hale, 2010; Thibodeau et al., 2010). In einer Studie, in der 866 weibliche Insassen über Tabakkonsum befragt wurden, berichteten 12,5% (von den 619 Raucherinnen) über Tabakinduzierte medizinische Probleme (keine genaue Angabe über die Art des Problems) (K. Cropsey et al., 2004). Eine Prävalenz-Studie über chronische Erkrankungen aus den USA zeigt, dass Häftlinge und Gefangene signifikant öfter an Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Asthma, Arthritis, Gebärmutterhalskrebs und Hepatitis leiden als nicht-institutionalisierte Erwachsene (Binswanger et al., 2009). In einer Studie unter 4350 jungen Männern in den USA war eine vorherige Inhaftierung mit Bluthochdruck und linksventrikulärer Hypertrophie verbunden (Wang et al., 2009). Obwohl weitere Studien nötig sind, um diesen Zusammenhang zu untersuchen – vor allem, wenn dieser kausal ist – ist die Bedeutung der Raucherprävention erhöht. Es ist von höchster Wichtigkeit kardiovaskuläre Risikofaktoren in Hafteinrichtungen anzugehen.

Faktoren für HIV/HCV, HBV/HCV und HIV/HBV Koinfektionen wurden an männlichen Gefangenen in Italien untersucht. Rauchen und Drogenabhängigkeit standen mit diesen Koinfektionen im Zusammenhang (OR = 3.73; $p = 0.033$; OR = 1.42; $p = 0.088$; OR = 4.25; $p = 0.053$). 70% der Befragten (N = 1136) waren Raucher (La Torre et al., 2007).

In einer Studie unter 219 weiblichen Gefangenen war der Tabakkonsum ein Risikofaktor für HPV-Infektionen (multivariate Datenanalyse, OR 2.62, 95% CI 1.01–6.73). Die Autoren berichteten, dass dieser Zusammenhang in anderen Studien nicht eindeutig sei, dass aber Rauchgewohnheiten dazu beitragen können, Frauen zu erkennen, die weniger auf ihre Gesundheit achten und demzufolge eher sexuellen Risiken ausgesetzt sind (Gonzalez et al., 2008)

4.1.3 *Tabakrauchen und (multipler) Drogenkonsum*

Verschiedene Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Gebrauch anderer Drogen.

In einer australischen Studie, die unter 914 erwachsenen männlichen Insassen durchgeführt wurde, stand illegaler Drogenkonsum in engem Zusammenhang mit Tabakkonsum – etwa 90% der Häftlinge, die jemals Drogen injiziert oder Cannabis konsumiert hatten, waren ebenso Raucher. Ehemaliger Cannabis- oder Drogenkonsum waren unabhängige Prädiktoren der aktuellen Raucher. (Belcher et al., 2006). In einer französischen Studie waren 29% (N = 408 von insgesamt Teilnehmer n = 1410) der Gefangenen Gebraucher, Missbraucher oder abhängig von zwei der fünf Substanzen: Tabak, Alkohol, Cannabis, Drogen und weitere illegale Substanzen. Die häufigsten Verbindungen waren Tabak, Alkohol und Cannabis (Sahajian et al., 2006). Diese Ergebnisse ähneln denen einer statistischen Studie, die im Jahr 2003 unter Gefangenen durchgeführt wurde (n=6087): Ein Drittel betrieb missbräuchliches Konsumverhalten oder war abhängig von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Pauly et al., 2010).

Marihuana stellt einen Risikofaktor für das Rauchverhalten und für einen eventuellen Rückfall dar (K. L. Cropsey et al., 2008). Alkohol wird auch als wichtiger Auslöser für Rückfälle ins Rauchverhalten angesehen. In einer Studie an 944 männlichen Inhaftierten in Polen berichteten Personen, die nie geraucht haben über einen signifikant geringeren Alkoholkonsum und/oder Drogenkonsum als aktuelle Raucher. Von den Alkohol- und illegalen Drogenkonsumenten berichten 90% aktuell auch Zigaretten zu rauchen. Häftlinge, die Alkohol missbrauchen und eine hohe Nikotinabhängigkeit vorweisen, gehören zu der Gruppe, die keine Erfolgsquote bei Nikotinentwöhnungsprogrammen zu verzeichnen hat (Sieminska et al., 2006). Die Adressierung des Rauchverhaltens wirkt sich nicht negativ auf andere medikamentöse Behandlungen aus (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

In den USA wurden 49 Häftlinge (über drei Viertel Raucher) vor und einen Monat nach ihrer Entlassung untersucht. Ein Trend zum Alkoholkonsum im Zusammenhang mit dem Rauchen konnte bei der Entlassung beobachtet werden, aber die Ergebnisse waren unsignifikant (Thibodeau et al., 2010).

In einer australischen Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen, berichteten die Teilnehmer, dass sie mit dem Tabakkonsum im

Gefängnis angefangen haben. Es handelte sich dabei um eine Drogenalternative zum Gebrauch von anderen Substanzen (R. Richmond et al., 2009).

In einer Studie, die unter Frauen in einem Gefängnis in Litauen durchgeführt wurde, stand das Rauchen mit dem Drogenkonsum im Zusammenhang: 64.5% der Raucherinnen und 26.6% der Nichtraucherinnen haben mindestens einmal in ihrem Leben Drogen ausprobiert. ($p < 0.05$) (Narkauskaite et al., 2010).

Im Jahr 1997 wurde eine Untersuchung an weiblichen Gefangenen in zwei US Amerikanischen Städten durchgeführt. Dabei kam heraus, dass die hohe Raucherprävalenz in beiden Gefängnissen nicht auf den Drogenkonsum zurückzuführen war. Der Drogengebrauch war in beiden Haftanstalten vergleichbar, die Zahl der Raucherinnen war in NYC jedoch um einiges höher als in Kalifornien, wo Anti-Rauch-Richtlinien erfolgreich auf drogenabhängige Frauen erweitert worden waren (Durrain, 2005).

4.1.4 Tabakrauchen und psychische Störungen

Die Prävalenz von psychisch kranken Menschen ist im Gefängnis höher als in der Allgemeinbevölkerung und nimmt stetig zu. Zu den häufigsten Störungen gehören psychotische Erkrankungen, Depressionen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen. In einer Studie, die im größten Untersuchungsgefängnis der Schweiz durchgeführt wurde, stand das Rauchen vor allem mit Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang (Eytan et al., 2010).

Psychisch kranke oder Drogen gebrauchende Häftlinge nutzen Tabakkonsum häufig als Selbstbehandlung. Verschiedene biologische Faktoren, wie z.B. eine mögliche Verringerung der negativen Symptome, eine Verbesserung von Angst, Stress und Depressionen, ein verbesserter Stoffwechsel von antipsychotischen Medikamenten (Baker et al., 2006) sowie verbesserte Wirkungen beim Konsum legaler und illegaler Drogen (N. Awofeso, 2005) wurden beschrieben.

In einer Studie zur Untersuchung der Auswirkungen der Haft auf den Tabakkonsum unter 200 männlichen Gefangenen (USA) wurden ebenfalls Daten bezüglich „belastender Kindheitserfahrungen“ („adverse childhood experiences“ – ACEs, einschließlich sexuellen Missbrauchs und Störungen des Sozialverhaltens) erhoben. Die Antwortquote erhob sich auf ganze 97%. Allerdings ging der Autor davon aus, dass im Gegensatz zu Studien, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden, das vorliegende Ergebnis

einer in der Größe begrenzten Untersuchungsprobe zur Schlussfolgerung eines klaren Zusammenhangs zwischen ACEs und Tabakkonsum unzureichend sei. Unbedeutende Trends deuteten auf das Vorhandensein einer solchen Korrelation hin (Kauffman, 2010).

Das Rauchen hat Wechselwirkungen mit verschiedenen psychiatrischen Behandlungen, indem der Katabolismus dieser Medikamente durch die Leber beschleunigt wird. Konkret benötigen Patienten, die rauchen, höhere Dosierungen als Nichtraucher (Hofstetter, Rohner, & Müller-Isbener, 2010).

Eine Studie, die sich mit dem Konsum von Nikotin, Koffein und Alkohol der Benzodiazepingebräucher befasste, erwies eine positive Korrelation zwischen dem Konsum von Benzodiazepinen und Zigaretten. Der Tabakkonsum trat viel öfter in der Gruppe von Patienten auf, die einen hohen Benzodiazepingebrauch aufwiesen als bei Kontrollpersonen oder bei Patienten, die einen geringen Benzodiazepingebrauch zeigten. Die Autoren erklären dieses Ergebnis durch den existierenden Antagonismus zwischen Benzodiazepinen und Nikotin. Die Wechselwirkung beider Substanzen kann zu einer Situation führen, die der Abstinenz entspricht und einen erhöhten Benzodiazepin- und Tabakkonsum zur Folge hat. Die Autoren erwähnen auch die längere Halbwertszeit von Benzodiazepin bei Nichtrauchern, die durch andere Studien belegt wurde. Sie kommen zum Schluss, dass Benzodiazepine für starke Raucher mit Vorsicht zu verschreiben sind (N. Lekka, Paschalis, & Beratis, 1997).

Jüngeres Alter und höhere Depressionswerte können in Griechenland Auskunft über die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten einer forensischen Population (N= 353) geben. Hier wurde eine Studie zur Identifizierung demographischer und klinischer Variablen zur Vorhersage des Rauchverhaltens im Gefängnis durchgeführt. Angst war kein unabhängiger Prädiktor für das Rauchen. Für die Allgemeinbevölkerung wurden die Zusammenhänge von Angst- und Depressionsstörungen bereits beschrieben. Dabei kam heraus, dass Raucher eher dazu neigten Ängste und affektive Störungsmuster zu zeigen als Nichtraucher. Das Rauchverhalten anzugehen setzt auch eine psychische Betreuung voraus (N. P. Lekka et al., 2007).

Einer aktuellen dänischen Studie zufolge steht das Rauchen mit einem erhöhten Risiko eine Depression zu entwickeln im Zusammenhang, was darauf hindeutet, dass Depressionen unter den Erkrankungen zu betrachten sind, die dem Tabakkonsum zuzuschreiben sind (Flensburg-Madsen et al., 2011).

Betreffende Ergebnisse und Strategien zur Raucherentwöhnung von psychisch kranken Häftlingen sind hilfreich und sollten beim Angehen der Passivrauchbelastung in Gefängnissen berücksichtigt werden (Ratschen, J., Doody, Gillian, & McNeill, 2009).

4.1.5 Sozio-ökonomischer Hintergrund

Häftlinge sind schulisch, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010; Hartwig, Stöver, & Weilandt, 2008) (Lincoln et al., 2009) (Pauly et al., 2010; Sieminska et al., 2006) (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007); ihre Gesundheitsversorgung ist mangelhaft (Binswanger et al., 2009; MacAskill, 2008), sie neigen zu riskanten Verhaltensweisen (O’Neill, 2010) und sind tendenziell kränker (Kauffman et al., 2008).

Mit dem Rauchverhalten ist ein niedriger sozioökonomischer Status verbunden (Stuart, Meehan, Moore et al., 2006). Das Rauchen trägt zur sozialen Ausgrenzung, Armut und zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei. Die Wahrscheinlichkeit das Rauchen erfolgreich aufzugeben, ist für benachteiligte Raucher geringer als für privilegiere Raucher (Bryant, Bonevski, Paul, O’Brien, & Oakes, 2010).

Häftlinge gehören zu mehr als nur einer marginalisierten Subgruppe der Bevölkerung; sie treffen meist mehrere Stigmata: psychische Krankheiten, sowie Alkohol und Drogen Missbrauch (Sieminska et al., 2006). In Frankreich waren sie jünger und weniger gut integriert als Drogengebraucher, die Beratung auch außerhalb des Gefängnisses aufsuchten (Pauly et al., 2010).

In einer französischen Studie unter inhaftierten Männern zeigten Raucher mit multiplem Stoffgebrauch proportional weniger Einkommen und berufliche Tätigkeit als Nichtraucher (Sahajian et al., 2006).

In einer Studie, die unter 30 männlichen Insassen in Australien durchgeführt wurde (über drei Viertel Raucher), kamen Teilnehmer aus niedrigen sozioökonomischen Familienverhältnissen, sie verfügten über eine beschränkte Ausbildung und waren während ihrer Kindheit oft institutionalisiert (R. L. Richmond et al., 2006).

Rauchgewohnheiten und Bildungsstand hängen zusammen. Diejenigen, die eine bessere Bildung genossen haben und regelmäßig Sport treiben rauchen weniger. Ebenso zeigt sich eine berufliche Beschäftigung vor der Inhaftierung und ein höheres Bildungsniveau als Prädiktor für eine geringere Wahr-

scheinlichkeit Zigaretten zu konsumieren. Insassen, die rauchen haben seltener einen Schulabschluss (Belcher et al., 2006). In einer Häftlingsstudie aus Polen (N=1122) hatten aktive Raucher einen niedrigeren Bildungsstand als die untersuchten Nichtraucher ($p < 0.0001$) (Sieminska et al., 2006).

4.1.6 *Alter*

Allgemein kann man sagen, dass Haftanstalten mit jungen Menschen besetzt sind (in GB sind 95% der Männer jünger als 45 Jahre) (MacAskill, 2008), obwohl es immer öfter ältere Häftlinge mit chronischen Erkrankungen in der Gefängnispopulation gibt.

Jüngere Menschen haben vielleicht noch nicht unter sichtbaren Langzeitschädigungen des Rauchens zu leiden gehabt oder haben womöglich noch nicht lang genug gelebt, um Zeit zu haben mit dem Rauchen aufzuhören. In einer Studie, die in der Schweiz durchgeführt wurde, belief sich der Anteil der ehemaligen Raucher unter den Bediensteten auf 39% verglichen mit 9% unter den Gefangenen ($p < 0.001$). Ein entscheidender Faktor könnte möglicherweise das Alter sein (mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren bei den Gefangenen und 46 Jahren bei den Bediensteten ($p < .001$)) (Ritter et al., 2010).

In einer Australischen Studie unter 914 erwachsenen männlichen Insassen gaben 86% der unter 25-jährigen an, Raucher zu sein, gegenüber 64% der über 40-jährigen Häftlinge: Der Altersunterschied ist bedeutend (Belcher et al., 2006). In einer Querschnittstudie zum Thema Mundgesundheit und Tabakkonsum waren Ex-Raucher viel älter als Raucher oder Nichtraucher (K. Cropsey et al., 2006). Der Gebrauch jeglicher Substanzen nahm mit zunehmendem Alter ab (Sahajian et al., 2006).

Das Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln ist, wenn man in der Jugend gelegentlich geraucht hat höher, als wenn man in einer späteren Lebensphase damit begann (Scollo & Winstanley, 2008). Dieses spezielle Risiko sollte in Betracht gezogen werden, wenn es um den Zugang zu Mitteln zum Rauchstopp geht sowie bei der Anpassung der Prävention zur Einschränkung des Übergangs vom Gelegenheitsrauchen zum festen Rauchen. Dabei sollten Präventionsbotschaften für Gelegenheitsraucher oder Nichtraucher entwickelt werden (K. L. Cropsey et al., 2008). Andere Risikofaktoren, die das Rauchen in einem jungen Alter anregen, sollten ebenfalls betrachtet werden: THC Gebrauch, Kamaraden, die rauchen und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (K. L. Cropsey et al., 2008).

Zigarettenkonsum und Drogenbehandlung sollten gemeinsam in Betracht gezogen werden: Ein Abbau des Zigarettenkonsums nach einer Drogenbehandlung konnte mit einer Abnahme des Gebrauchs anderer Substanzen in Verbindung gebracht werden. Eine Studie aus den USA (die 429 jugendliche Straftäter über einen Zeitraum von 36 Monaten untersuchte) hat nachgewiesen, dass die Familie eine entscheidende Rolle spielt: Nur Behandlungen, welche die Familie miteinbezogen, konnten das Rauchverhalten beeinflussen, sodass der Zigarettenkonsum und das Begehen von Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum reduziert wurde. Drogenbehandlung wurde als Methode zur Förderung der Reduktion straffälligen Verhaltens in Betracht gezogen. Daher könnten Grundsätze des Rechtssystems, die dazu beitragen würden Familien in diesen Prozess miteinzubeziehen, helfen die Effizienz eines solchen Vorgangs zu steigern (Chassin, Knight, Vargas-Chanes, Losoya, & Naranjo, 2009).

4.1.7 Ethnische Unterschiede

Unterschiede der Erfolgsraten in Bezug auf ethnischen Status wurden in den USA unter weiblichen Häftlingen untersucht, denn dort sind derartige Studien anhand der Bevölkerungsmerkmale gerechtfertigt. Der Artikel fasst die Hauptunterschiede schwarzer und weißer Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf das Rauchverhalten zusammen: Schwarze Frauen bevorzugten eher Menthol-Zigaretten, rauchen weniger aber dafür intensiver. Weiße Frauen hatten im Vergleich zu schwarzen öfter mit dem Rauchen aufgehört (K. L. Cropsey et al., 2009). In früheren Studien des gleichen Autors war die Prävalenz bei weißen Raucherinnen höher als bei schwarzen Frauen, die weniger Zigaretten am Tag rauchten (K. Cropsey et al., 2004; K. L. Cropsey, Eldridge, Weaver, Villalobos, & Stitzer, 2006).

4.2 Charakteristika der Umgebungsbedingungen

Nachstehend werden einige Aspekte des Rauchverhaltens im Zusammenhang mit der spezifischen Umgebung geschlossener Einrichtungen vorgelegt. Inwieweit beeinflussen die Intra-Institutionellen Bedingungen eines Gefängnisses den Tabakkonsum?

Die Literatur verweist mehrheitlich auf den negativen Einfluss der Gefängnisumgebung auf das Rauchverhalten. Nur selten findet sich ein Bericht der auf die positiven Aspekte der institutionellen Umgebung verweist, bzw.

Rückfallverhindernde Aspekte wie z.B. stressbedingte Rauchrückfälle (u. a. durch Haushaltsführung, Bedürfnisse der Kinder decken) oder den erschwerten Zugang zu Zigaretten benennt (Kiosks verkaufen nur 1 Mal pro Woche zum Beispiel) (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Einige Personen erhöhen ihren Tabakkonsum oder fangen mit dem Rauchen während ihrer Haftzeit an (Belcher et al., 2006) (SPS, 2006). Die Mehrheit berichtet über ein stärkeres Bedürfnis im Gefängnis zu rauchen (Sieminska et al., 2006), wobei andere mit dem Rauchen aufhören oder ihren Zigarettenkonsum reduzieren. Die proportionale Mehrheit steigert allerdings seinen Konsum oder beginnt das Rauchen erst während der Haft (K. Cropsey et al., 2008) (Eldridge & Cropsey, 2009).

In einer Studie unter 550 inhaftierten Frauen, die in den USA durchgeführt wurde, berichteten 14,2%, dass sie erst in Haft begonnen haben zu rauchen, 50,8% sagten, dass sie während ihrer Haftzeit mehr geraucht haben, 15,8% gaben an, im Gefängnis weniger Tabak konsumiert zu haben und 0,4% haben in Haft das Rauchen beendet. Allgemein wurde das Rauchen in Gefängnissen für riskanter gehalten (K. Cropsey et al., 2008).

Die Länge der Haftzeit scheint einen Einfluss auf die Raucherprävalenz zu haben, denn Raucherinnen und Raucher, die mehr als ein Jahr Haftzeit haben, schienen weniger zu rauchen. Die Untersuchungsgruppe, in der diese Tendenz beobachtet werden konnte, beinhaltete jedoch ältere Häftlinge, was auch zu diesem Ergebnis hat beitragen können (Belcher et al., 2006).

Das Verhalten bezieht sich auf die Rauchregelung innerhalb der Gefängnisse und wurde in den USA (N=200) in einer Einrichtung mit Innenverbot (Rauchen war außerhalb des Gebäudes erlaubt) untersucht. Im Vergleich zu Daten vor der Inhaftierung (76% waren Raucher) stieg die Anzahl der Raucher (auf 78,5%), wobei die effektive Zahl der gerauchten Zigaretten *per capita* erheblich zurückgegangen war. 22,2% der Nichtraucher haben mit dem Tabakgebrauch angefangen (inklusive rauchfreien Tabak). Ehemalige Raucher waren viel eher dazu geneigt, im Gefängnis mit dem Rauchen wieder anzufangen, als dass Nichtraucher in Versuchung gerieten mit dem Rauchen zu beginnen. Der Konsum von rauchfreiem Tabak war gestiegen (Kauffman et al., 2011).

4.2.1 *Passivrauchen – Passivrauchbelastung*

Passivrauchen wurde als ein sehr ernstes Gesundheitsrisiko für Nichtraucher identifiziert (es steigert das Risiko für Herzkrankheiten und Krebs um 25% bis 30%), ohne dass es ein risikofreies Niveau in geschlossenen Räumen gäbe. Die Trennung von Rauchern und Nichtrauchern sowie Ventilation sind ungenügende Maßnahmen, um Nichtraucher zu schützen (Proescholdbell et al., 2008).

Auf Grund der hohen Prävalenz von Tabakrauchern, Überbelegung, schlechter Belüftung und ungenügender Befolgung von Rauchverboten/-einschränkungen birgt das Passivrauchen in Gefängnissen demzufolge ein bedeutend höheres Gesundheitsrisiko auf (Eldridge & Cropsey, 2009) (Guyon et al., 2010; Hammond & Emmons, 2005).

Im Jahr 2006 wurden Haftanstalten in den USA als Orte mit dem höchsten Wert an Passivrauchaussetzung bezeichnet (Guyon et al., 2010). Bei Überbelegung ist das Belüftungssystem überlastet und Insassen werden in Bereichen untergebracht, die eigentlich nicht für eine Unterbringung geeignet sind (Hammond & Emmons, 2005).

Zwei Hauptindikatoren werden zur Messung der Raumluftqualität verwendet: Der Nikotingehalt und der Feinstaub. Ersterer ist zur Passivrauchbelastung äußerst spezifisch, wobei Letzterer (obwohl weniger spezifisch) dazu dient, die Entwicklung der Raumluftqualität über einen bestimmten Zeitraum an einem gewissen Ort zu verfolgen.

Vor und nach Einführung eines Nichtraucherschutzes wurde die Passivrauchbelastung anhand von Luftproben in definierten Bereichen einer Hafteinrichtung in den USA gemessen. Das Rauchverbot führte zur erheblichen Reduzierung der Nikotinkonzentration in der Luft, jedoch ohne vollständige Beseitigung der Passivrauchbelastung. In besagter Studie waren die verbliebenen hohen Werte auf die geringe Effektivität der Raucheinschränkungen zurückzuführen (Hammond & Emmons, 2005).

Eine andere Studie aus den USA führte eine Überprüfung der Feinstaubbelastung (Feinstaub 2.5 µm im Durchmesser (PM2.5 mit state TSI SidePak moniters)) nach der Einführung eines Rauchverbots durch. In manchen Bereichen, in denen Rauchen vor dem Verbot erlaubt war, wurde eine Reduktion der Luftschadstoffe von 77% beobachtet (Proescholdbell et al., 2008).

In Quebec berichteten zwischen 65% und 92% der Bediensteten (abhängig von ihrem Arbeitsplatz) darüber, während der Arbeitszeit Tabakrauch ausgesetzt zu sein. Diese Werte waren drei- bis viermal höher als die, denen die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt ist (Guyon et al., 2010).

Eine Studie, die in der Schweiz durchgeführt wurde, erwies, dass ein partielles Rauchverbot zu einer signifikanten Reduktion der Nikotinkonzentration in der Raumluft führte, der Schutz war jedoch nicht vollständig gewährleistet, da der Nikotinwert zehnfach über den Vergleichswerten außerhalb der Haftanstalten lag (Ritter, Huynh, Etter, & Elger, 2011).

Nikotinmessapparaturen (Probennahmegeräte) können auch eingesetzt werden, um die Passivrauchbelastung für Individuen zu messen. Dies kann von Interesse für die Nichtraucher unter den Bediensteten sein und wurde in zwei schweizerischen Gefängnissen benutzt (Neuchâtel, Genf). Das Maß an Passivrauchen wird in Zigarettenäquivalente umgerechnet, die es einfacher machen, die Gesundheitsrisiken zu verstehen, als Resultaten, die in mg ausgedrückt sind (Huynh, Moix, & Dubuis, 2008).

4.2.2 Zugang zur Tabakentwöhnung

Im Großen und Ganzen haben marginalisierte Menschen wie Häftlinge einen erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007) (O'Neill, 2010) (Butler et al., 2007). In einer umfangreichen epidemiologischen Studie unter Haftantrètern in Frankreich hatten nur 53% der Gefangenen in den letzten 12 Monaten vor ihrer Inhaftierung ihren Hausarzt aufgesucht (Pauly et al., 2010).

Es besteht ein hoher Bedarf an Raucherentwöhnungsprogrammen, die sich an überrepräsentierte Gesellschaftsgruppen im Gefängnis richten (R. Richmond et al., 2009). Wirksame Präventionsbotschaften und Raucherentwöhnungsprogramme haben die inhaftierten Subgruppen bisher noch nicht erreicht (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010). Dennoch stellt eine Haftanstalt die Gelegenheit und den idealen Ort dar, um an solche Personengruppen zu gelangen und diese Ziele zu erreichen (MacAskill, 2008; Thibodeau et al., 2010) (nosmokingday.org.uk, 2011).

Während in den meisten Ländern im Laufe der letzten fünf bis zehn Jahre intensiv Tabakkontrollestrategien entwickelt wurden, konnte eine solche Bewegung in Gefängnissen bis jetzt noch nicht beobachtet werden (Sieminska et al., 2006). Raucherentwöhnungsprogramme werden im Vergleich zu ande-

ren Gesundheitsthemen als weniger wichtig angesehen. In den USA stehen zu diesem bestimmten Thema weniger Präventions- und Entwöhnungsressourcen zur Verfügung als für andere Substanzabhängigkeitsproblematiken. 63% von 500 Justizvollzugsanstalten erheben den Raucherstatus zum Haftantritt (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

Der Zugang zu Entwöhnungsprogrammen ist eingeschränkt (K. Cropsey, McClure, Jackson, Villalobos, & Weaver, 2010) (K. L. Cropsey, Jackson, Hale, Carpenter, & Stitzer, 2010) (Lankenau, 2001) (Kauffman et al., 2010). Nur 15,3% von weiblichen Insassen haben jemals in ihrem Leben das Ende ihres Raucherdaseins mit medizinischem Personal besprochen (K. Cropsey et al., 2004). In den USA bieten 35% der Gefängnisse mit einem vollständigen Rauchverbot Zugang zu Entwöhnungsprogrammen an (Eldridge & Cropsey, 2009). Diese Programme sind jedoch meistens auf die Zeit der Umstellung auf die Nichtraucherenschutzbestimmungen nach der Verbotseinführung beschränkt. Entwöhnungsprogramme waren im Jahr 2007 keine Priorität gewesen und ohne eine maßgebende Veränderung der Politik wird der Zugang zu solchen Programmen in Zukunft sogar noch schwieriger sein (Kauffman et al., 2008). Einschränkungen des Tabakkonsums sind mit einer geringeren Entwöhnungshilfe verbunden. Rauchverbote können jedoch nicht zur Rechtfertigung des kleineren Entwöhnungsangebots verwendet werden, da Verbote keine Raucherentwöhnung fördern (Kauffman et al., 2011).

In Australien sind Gefängnisse keine Orte für staatliche Tabakkontrollestrategien (N. Awofeso, 2002). In einer Studie unter erwachsenen Häftlingen (N=914) gaben nur 13% an, eine Nikotinersatztherapie (NRT) genutzt zu haben, um mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum zu reduzieren und lediglich 3% haben Entwöhnungsprogramme in der Haftanstalt besucht. Die Autoren dieser Studie stellen daher die These auf, dass die geringen Raten mit der erschwerten Teilnahme an solchen Angeboten zusammenhängen (Belcher et al., 2006). Häftlinge müssen ihre Nikotinersatztherapie entweder aus eigener Tasche bezahlen (Baker et al., 2006) oder haben keinen Zugang zu ihr (Foley, Proescholdbell, Malek, & Johnson, 2010). Die Möglichkeit Nikotinpflaster in der Cafeteria zu erwerben wurde zwar erwähnt, aber für einen höheren Preis als Zigaretten oder zu einem Preis, den sich die meisten Häftlinge nicht leisten können (Belcher et al., 2006).

In Polen haben Justizvollzugsanstalten Gefängnisse nicht in ihre nationale Strategie miteinbezogen. Institutionellen Raucherentwöhnungsprogrammen

kam bisher nur wenig Aufmerksamkeit zugute. Es gibt keine Entwöhnungsprogramme, die sich an Gefangene richten (Sieminska et al., 2006).

In einer Studie, die in der Schweiz in drei Haftanstalten für Männer durchgeführt wurde (N=470), berichteten 55% bis 92% der Raucher in einem Fragebogen, dass sie zu ihrem Rauchverhalten befragt wurden, aber nur eine Minderheit (19% bis 34%) erwähnte ärztliche Beratung oder Unterstützung zum Rauchstopp erhalten zu haben (4% bis 29%) (Etter et al., wird noch veröffentlicht).

Außerdem mangelt es an Beweisen bewährter Praxis für die Raucherentwöhnung in Haftanstalten (Butler et al., 2007). Gefangene scheinen nur wenig Gebrauch von vorhandenen Behandlungsprogrammen zur Tabakentwöhnung zu machen. Beim Versuch mit dem Rauchen aufzuhören, verwenden Insassen meistens die Methode des „kalten Entzugs“ (29% in einer Studie unter 200 Männern), ohne an kostenlosen Gruppentherapien teilzunehmen oder NRT (auf eigene Kosten) zu nutzen. Diese Studie wurde in Haftanstalten durchgeführt, wo Gruppen der Narcotics Anonymous und der Anonymen Alkoholiker aktiv waren (Kauffman et al., 2011). Eine ähnliche Beobachtung wurde in einer forensischen Klinik in Deutschland gemacht, wo verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden: Nur 10% der Patienten nutzten die vorhandene Raucherentwöhnungsunterstützung (Hofstetter et al., 2010).

4.2.3 Verhaltensnormen und Kultur

Rauchen hat im Gefängnis verschiedene Funktionen (Butler et al., 2007) (nosmokingday.org.uk, 2011; R. Richmond et al., 2009).

In Gefängnissen gehört rauchen zur Tagesordnung (Thibodeau et al., 2010), die Mehrheit der Inhaftierten raucht – eine Situation, die dem Trend der Außenwelt entgegensteuert, denn dort gehören Raucher zu einer Minderheit und fühlen sich für ihr (Rauch-)Verhalten stigmatisiert.

Das Teilen und Rauchen einer Zigarette vermittelt ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe. Wer nicht raucht, wird als Außenseiter betrachtet (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

4.2.4 *Bewältigung von Langeweile und Stress*

Zigaretten werden als Mittel zum Umgang mit Langeweile, Armut und Stress im Zusammenhang mit der Gefangenschaft beschrieben. Bei Angstgefühlen und Anspannung werden sie ebenfalls als beruhigend empfunden (Eldridge & Cropsey, 2009) (Douglas, Plugge, & Fitzpatrick, 2009; Papadodima et al., 2010; Sieminska et al., 2006) (MacAskill, 2008; R. Richmond et al., 2009). Langeweile und Stress werden entweder durch das Setting selbst ausgelöst oder durch schlechte Nachrichten von Zuhause (Department of Health and HM Prison Service, 2007). Das Rauchen wird weitgehend geduldet, da es unter Gefangenen und Bediensteten als eine Art Befreiung von Stressgefühlen gilt (N. Awofeso, 1999).

Ein Mangel an Aktivitäten und die Tatsache, dass Gefangene oft gezwungen sind stundenlang drinnen zu verbringen, könnte auch ein entscheidender Faktor sein (Department of Health and HM Prison Service, 2007; Kauffman et al., 2008).

Folgende Faktoren im Zusammenhang mit Rauchen in Gefängnissen wurden aufgezählt: Stress, Sehnsucht nach Familie und Freunden, das Fehlen von Freiheit, Langeweile, Ängste, die das Verfahren und das Urteil betreffen (Sieminska et al., 2006).

Einige dieser Faktoren beziehen sich auch auf Rückfälle ins Rauchverhalten während der Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm im Gefängnis, z.B. bei einer fristlosen Verlegung in eine andere Haftanstalt, Langeweile, verlängerter Aufenthalt in der Zelle sowie Stress, verbunden mit Besorgnis um die Familie und das Rechtsverfahren (R. L. Richmond et al., 2006).

4.2.5 *Instrumentalisierung von Zigaretten: Belohnung und Währung*

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen wurde auch der Währungs- und Belohnungsaspekt von Zigaretten untersucht. Teilnehmer berichteten über die Bedeutung von Zigaretten als „Barmittel“ und ihre Rolle bei der Bestrafung oder Belohnung durch Bedienstete. Die Relevanz der Zigarette als Mittel zum Selbstschutz vor Ärger mit anderen Gefangenen wurde ebenfalls erwähnt (R. Richmond et al., 2009).

Zigaretten, die genauso wichtig sind wie Fernsehen, wurden als Häftlingsmanagement-Tool für Justizvollzugsbeamte beschrieben. Bei partiellem Rauchverbot können nichtkooperative Insassen für das Rauchen innerhalb einer Verbotszone bestraft werden, wohingegen die Taten derjenigen, die

meistens kooperieren, mit Absicht übersehen werden (Patrick & Marsh, 2001).

In der Zeit, zu der ein totales Rauchverbot innerhalb einer Haftanstalt eingeführt wurde, wurde den Häftlingen Süßigkeiten als Alternative und zur Umgewöhnung angeboten (Hammond & Emmons, 2005) (Personal communication, Canada).

Zigaretten werden als Währung gebraucht, da in Haftanstalten kein Bargeld zu bekommen ist und auch die Arbeitslöhne unzureichend sind. Dies ist ein Umstand, der als „grauer Markt“ bezeichnet wird. Man muss den „grauen Markt“ vom Schwarzmarkt unterscheiden, denn dieser entsteht, sofern in den Institutionen ein totales Rauchverbot herrscht und Zigaretten selber zu wertvollen, beim Schmuggel, der manchmal auch von den Justizvollzugsbeamten unterstützt wird, verwendeten Gegenstände werden (Lankenau, 2001).

Auch Wetten werden in Gefängnissen geschlossen, mit Zigaretten als Einsatz (Belcher et al., 2006).

4.2.6 Zigarettenkauf und Hausgeld

Der Kauf von Tabakprodukten kann sich negativ auf das persönliche Budget auswirken. Auf Grund des geringeren Einkommens sind Tabakprodukte in Institutionen ohne Raucheinschränkung sogar teurer als auf dem regulären Markt (Kauffman et al., 2010). Diese Gegebenheit ist für Häftlinge ohne Einkommen oder in Anstalten mit allgemeinem Rauchverbot umso tragischer, denn dort sind die Preise der Tabakprodukte umso höher. Armut im Gefängnis geht mit anderen Risiken einher, z.B. sexuelle Ausbeutung für Zigaretten (Lankenau, 2001).

Der Anteil des ausgegebenen Geldes an Zigaretten ist unbekannt. Es wird aber vermutet, dass dieser hoch ist, d. h. mindestens die Hälfte des wöchentlichen Einkommens wird für den Kauf von Tabak verwendet (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

4.2.7 Tabakrauchen und Genuss

Genuss ist ein wichtiger Faktor, der bei Überlegungen zum Drogengebrauch in Erwägung gezogen werden sollte. Dieser Faktor findet jedoch in der Debatte um Rauchgewohnheiten wenig Beachtung. Obwohl der Selbsthilfenswert von Zigaretten anerkannt und durch mangelnde Entwöhnungsangebote

im Gefängnis indirekt unterstützt wird, sind es eher Verhaltensweisen, die vom pathologischen Standpunkt her überprüft werden.

Haftanstalten sind Einrichtungen, wo Leute unter hohem Druck stehen und über wenig Entspannungsmöglichkeiten verfügen (Department of Health and HM Prison Service, 2007). Im Vergleich zu einkommenschwachen Gruppen im Allgemeinen sind Haftanstalten Settings mit noch mehr Stressoren und noch weniger Möglichkeiten für Entspannung. Die Erschaffung von Entspannungs- und Spaßangeboten, die neue Vergnügen erzeugen, sollte deshalb in Entwöhnungsleitlinien miteinbezogen werden.

4.2.8 *Tabakrauchen und Gewalt*

Ein Zusammenhang von Rauchen und Gewalt wurde beschrieben. Gewalttätige Frauen, die rauchen, neigen eher zum Alkoholmissbrauch und allgemeinen Gewaltdelikten und weisen eher Psychopathologien auf als gewalttätige Frauen, die nicht rauchen. Raucherinnen erzielten höheren Werte im Bereich Impulsivität, aggressives Verhalten und Vorstrafen. Die Gefahr Opfer von Gewalt zu sein war ebenfalls doppelt so hoch. Da ungesunde Verhaltenszüge sich oft ansammeln, kann man vermuten, dass das Rauchverhalten ein Gefahrenmarker für weitere in Betracht zu ziehende Probleme sein kann. Auf der anderen Seite sollten Gewalt-Programme Einzelpersonen nach Tabakkonsum untersuchen und ein Entwöhnungsprogramm vorschlagen (Stuart, Meehan, Temple et al., 2006; Stuart et al., 2005). Ähnlich wie bei Frauen berichten auch Männer, die rauchen über mehr ausgeübte Gewalt als Nichtraucher (Stuart et al., 2004).

Unter Umständen eines vollständigen Rauchverbots wird aus Zigaretten ein illegales Gut. Es wurde über erhöhte Spannungen zwischen Insassen oder zwischen Insassen und Justizvollzugsbeamten berichtet (Lankenau, 2001) (Patrick & Marsh, 2001). Angst vor Gewalt statt einen Anstieg beobachteter Gewalttaten im Zusammenhang mit Verboten wurde ebenfalls beschrieben.

In einer Studie in Quebec (Guyon et al., 2010) wurden ähnliche Befürchtungen von Gesundheitsbediensteten beschrieben. 85% des Gesundheitspersonals glaubte, dass nach der Einführung eines totalen Rauchverbots aggressive Verhaltensweisen und Gewalt in ländlichen Haftanstalten zunehmen würden.

Die Sorge um ein Ansteigen von Gewaltakten nach der Einführung eines Rauchverbots scheint sich in den USA als unbegründet erwiesen zu haben. Eine Studie in 52 Maßregelungsanstalten konnte keine größeren Gewalttaten

nach der Einführung von Nichtraucherschutzregeln feststellen (Kauffman et al., 2008). Eine ähnliche Erfahrung wurde in Deutschland unter Häftlingen gemacht, die zum Maßregelvollzug in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (Hofstetter et al., 2010).

Insassen, die an einer Fokusgruppenstudie in Australien teilnahmen, haben ebenfalls ihre Furcht vor Gewalt im Fall von Verboten zur Einschränkung des Zigarettenkonsums im Gefängnis ausgedrückt (R. Richmond et al., 2009).

Tabak ist der Hauptgrund für Streitigkeiten unter jungen Häftlingen gewesen. Aus einer irischen Studie unter Jugendlichen ging hervor, dass seit der Einführung des Nichtraucherschutzes im Jahr 2007, in Form eines totalen Rauchverbots, Mobbing und Drangsalierungen abgenommen haben, da Tabak als Währung nicht mehr zur Verfügung stand (Lawrence & Welfare, 2008).

Im Jahr 2005 wurde der Konsum jeglicher Tabakprodukte in einer Jugendhaftanstalt verboten. Unbedeutende Auseinandersetzungen zwischen Gefangenen wurden im Laufe des Monats nach der Einführung der neuen Vorschrift geschildert. Solche Auseinandersetzungen waren auf den Nikotinentzug zurückzuführen. Die Anzahl der Brandunfälle war gesunken (Kipping et al., 2006).

4.2.9 Juristische Überlegungen

Gefängnis-Administratoren müssen bedenken, dass Aufgrund der Entwicklung der Nichtraucherschutzgesetze außerhalb der Haftanstalten auch sie geeignete Maßnahmen einleiten müssen, um spätere Klagen zu vermeiden. Es wurde erwiesen, dass die Sorge einer Klage als Motivation dient, um Veränderungen und Nichtraucherschutzbestimmungen in Gefängnissen einzuführen (Butler et al., 2007; Kauffman et al., 2010).

Der Bedarf an Schutz für hilflose Gesellschaftsmitglieder hat durch eingereichte Klagen zum Nichtraucherschutz erfolgreich an Anerkennung gewonnen. Denn auch ohne direkte medizinische Symptome, die durch die Aussetzung gegenüber Passivrauch verursacht werden, wurde der nicht ausgeübte Schutz der Nichtraucher als gefährlich und ungerecht betrachtet (E. Sweda, 2004).

Kläger konnten Schutzmaßnahmen von der Exposition gegenüber Passivrauch und / oder finanzielle Entschädigung erfolgreich einklagen (E. L. Sweda, Jr., 2001). Gefangenen mit vorbestehenden Erkrankungen wurden bessere Chancen auf Ansprüche eingeräumt (Vaughn & Del Carmen, 1993).

Eine ähnliche Sachlage konnte in Kanada (Ontario) beobachtet werden, wo ein nichtrauchender Gefangener, der für den Nichtraucherschutz geklagt hat (Association & Foundation, 2008), im Jahr 2005 einen Fall vor dem Bundesgericht gewonnen hatte.

In Folge der Klagen von Häftlingen wegen Passivrauchbelastung wurden zwei europäische Länder, d. h. Polen (Le Monde, 2009) und Rumänien (AFP, 2010), durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verurteilt.

4.3 Zusammenfassung der Analyse der Prävalenzdaten

In Gefängnissen sind Menschengruppen aus unteren sozio-ökonomischen Schichten mit niedrigeren Bildungsressourcen überrepräsentiert. Unter ihnen ist die Prävalenz des Rauchens unverhältnismäßig höher als in anderen Schichten. Dies kann mit schlechteren körperlichen und mentalen Gesundheitsbedingungen in Verbindung gebracht werden. Demzufolge sind Gefangene vermehrt Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

Die Exposition gegenüber Passivrauch kann durch zwei Indikatoren (Staubpartikel und Nikotinkonzentration) gemessen werden. Ohne einem sicheren Niveau zu entsprechen, zeigen verfügbare Ergebnisse, dass nach Umsetzung von Rauchverboten eine signifikante Reduktion der Nikotinkonzentration und Staub gemessen werden konnte.

Der Zugang zu Raucherentwöhnungsprogrammen ist trotz der Tatsache beschränkt, dass Gefängnisse als Gelegenheit gelten, Rauchern eine Unterstützung anzubieten.

Schließlich sollten Interventionen, die sich auf das Rauchen beziehen, die Komplexität der wechselseitigen Strömungen, die den Tabakkonsum unter inhaftierten Menschen beeinflussen, in Betracht ziehen, damit die Verschlimmerung und die Fortdauer dieser spezifischen Gesundheitsungleichgewichtsfaktoren vermieden werden kann.

5 Resultate zur Tabakentwöhnung

Die folgenden Daten werden sortiert nach den Ländern dargestellt, in den die Städtstudien durchgeführt wurden.

5.1 USA

5.1.1 Männer

In einer Studie über Motivationsfaktoren und anfängliche Veränderungsstadien unter männlichen Gefangenen, die gezwungen wurden, das Rauchen durch ein Verbot zu beenden, erwogen 31,2% der Raucher eine Entwöhnung innerhalb von sechs Monaten (Contemplation/Absicht) und 68,8% der Raucher hatten noch keine Raucherentwöhnung in Erwägung gezogen (Precontemplation/Nachdenken) (KL. Cropsey & Kristeller, 2003).

33% der Teilnehmer einer Untersuchung unter männlichen Gefangenen in North Carolina gaben an, Interesse an einem Entwöhnungsprogramm zu haben und 50% wünschten eine kostenlose NRT (Proescholdbell et al., 2008).

In einer Studie, die unter 200 Männern in einer Haftanstalt mit partiellem Rauchverbot durchgeführt wurde, erwähnten 70% der Teilnehmer den Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören. Unter ihnen berichteten 63%, dass sie ihr Vorhaben (höchst-)wahrscheinlich innerhalb des nächsten Jahres umsetzen würden. 64,3% hatten vor ihrem Arrest versucht das Rauchen aufzugeben (mit einer Abstinenzdauer von mindestens 24 Stunden), unter ihnen verwendeten 77,2% die Methode des „kalten Entzugs“. 29% der Teilnehmer hatten auch einen Rauchstoppversuch während ihrer Haftzeit unternommen und verwendeten dafür meistens auch wieder die Methode des „kalten Entzugs“. 10,6% berichteten erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört zu haben (Abstinenzdauer unerwähnt) (Kauffman et al., 2011).

Rauchgewohnheiten können während der Haft unterbrochen werden, meist werden sie nach der Entlassung dann aber wieder aufgenommen (Chavez et al., 2005). Eine erzwungene Abstinenz ist keine Garantie für ein perma-

nentes Nichtrauchen. Wenn ein vollständiges Rauchverbot nicht mit einer Entwöhnungsunterstützung kombiniert ist, sind Rückfallquoten besonders hoch (Eldridge & Cropsey, 2009).

Einen Monat nach Umsetzung eines Rauchverbots in einer Haftanstalt für Männer waren 24% der Raucher abstinent. Ergo hat die Mehrheit nach der Durchführung der Nichtraucherbestimmungen weitergeraucht. Langzeitgefangene, die in einem jungen Alter mit dem Rauchen begonnen haben, rauchten mehr Zigaretten am Tag und berichteten an intensiveren Entzugserscheinungen zu leiden (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In einer Studie bei 49 männlichen Gefangenen, die einen Monat vor ihrer Entlassung standen, stand die Frage der Einhaltung der vorgeschriebenen Verhaltensänderung im Mittelpunkt. Ein Monat nach der Entlassung waren 61% der befragten Personen immer noch abstinent, obwohl sie mit starken Rückfallauslösern konfrontiert waren (finanzielle und ökonomische Stressoren). Das Verlangen zu Rauchen vor dem Zeitpunkt der Entlassung stand im engen Zusammenhang mit einem Rückfall nach der Entlassung. Die Mehrheit gab an, mindestens einmal einen Ausstieg versucht zu haben und 80% berichteten, dass sie innerhalb der nächsten 60 Tage (nach dem Gespräch) aufhören oder abstinent bleiben wollen. In der Stichprobe nach der Entlassung war der Anteil derjenigen mit Drogenmissbrauch relativ gering. Während ihrer Haftzeit wurden 43% dieser Gruppe auf ihre Drogenabhängigkeit hin behandelt. Die Langzeitrückfallfaktoren sind unter ehemaligen Häftlingen unbekannt und erfordern daher weitere Untersuchungen (Thibodeau et al., 2010). In einer Studie, die in einer rauchfreien Einrichtung unter 141 männlichen Rauchern durchgeführt wurde, stand das Vorhaben künftig bei der Entlassung zu rauchen im Zusammenhang mit dem aktuellen Bedürfnis und Verlangen nach Zigaretten (Voglewede & Noel, 2004).

In einer vergleichbaren Studie, die unter 129 männlichen Insassen (vollständiges Rauchverbot) vor ihrer Entlassung durchgeführt wurde, betrug die Abstinenzquote für einen Tag 37.3%. 14% der Befragten hatten während einem Monat mit dem Rauchen aufgehört und 2.3% der Teilnehmer hatten den Zigarettenkonsum für ein halbes Jahr aufgegeben. Alle Befragten litten unter chronischen psychiatrischen und medizinischen Belastungen (Hepatitis C, Asthma, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen) und mit dem Rauchen aufzuhören, wäre für ihre Gesundheit eine große Besserung gewesen. Diese Rückfallquoten sind mit denen von psychisch kranken und drogenabhängigen Patienten zu vergleichen. In einer anderen Studie aus dem Jahr 1997

(Washington DC) gaben 69% der Befragten an, bereits einen Aufhörversuch unternommen zu haben und 78% der Teilnehmer berichteten, dass sie beabsichtigten mit dem Rauchen aufzuhören (Lincoln et al., 2009).

In Bezug auf die Rückfallraten der Gefangenen nach ihrer Entlassung schätzten medizinische Leiter ein, dass 75% bis 100% der Entlassenen mit dem Rauchen wieder anfangen (Chavez, reported by Lincoln et al., 2009).

5.1.2 Frauen

Weibliche Häftlinge interessieren sich für den Rauchstopp während ihrer Haftzeit. Ohne jegliche Interventionen sind Aufhörraten zwar gering, aber sofern eine hochmoderne Raucherentwöhnung angeboten wurde, konnten Teilnehmerinnen erfolgreich mit dem Rauchen aufhören. Die Prävalenzraten der Raucherentwöhnung waren vergleichbar mit Raten, die in Proben im Anschluss an ähnliche Raucherentwöhnungsinterventionen gezogen wurden (K. Cropsey et al., 2008).

In einer Studie unter 619 weiblichen Häftlingen gaben 60,6% an, mindestens einmal ohne Erfolg versucht zu haben mit dem Rauchen aufzuhören. 49,9% wollten „unbedingt“ aufhören, aber das Maß an Selbstvertrauen in ihre eigene Fähigkeit den Rauchstopp durchzuziehen lag nur bei 24,5%. Zusammengefasst sagten 64,2% der Raucherinnen, dass sie an der Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm interessiert wären. Paradoxe Weise gaben nur 15,3% an, jemals mit medizinischem Personal über Rauchstopp gesprochen zu haben (K. Cropsey et al., 2004).

Unter weiblichen Häftlingen, die wegen Gewaltdelikten verurteilt worden waren, beschrieben 65% das Vorhaben innerhalb des nächsten Jahres das Rauchen zu beenden (Stuart, Meehan, Temple et al., 2006).

5.2 Kanada

Zu Kanada liegen nur wenige Daten vor. In einer bundesweiten Studie aus dem Jahr 1995 bezeugten 60% der Häftlinge Interesse mit dem Rauchen aufzuhören (Guyon et al., 2010).

5.3 Australien

Gefangene sind gesundheitsbewusste Menschen: Das Interesse den Tabakkonsum zu beenden ist hoch (Baker et al., 2006). Eine Studie aus dem Jahr 1999 wies auf, dass ungefähr die Hälfte der rauchenden Insassen ihren Tabakkonsum aufgeben wollte. Die meisten unter ihnen waren jedoch mit finanziellen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der teuren NRT konfrontiert und hatten Mühe mit dem Stress umzugehen (Awofeso, 2003).

Eine Studie unter 914 erwachsenen Insassen ergab, dass über die Hälfte der aktuell rauchenden Männer (56%) und 36% der rauchenden Frauen während des letzten Jahres bereits versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum zumindest einzuschränken. Dreiviertel der Raucher bezeugten den Wunsch aufzuhören; 58% beabsichtigten tatsächlich mit dem Rauchen aufzuhören und 23% der Männer sowie 13% der Frauen hatten vor das Rauchen innerhalb der nächsten 3 Monate aufzugeben. 12% der Männer und 10% der Frauen hatten eine Entwöhnung erfolgreich durchgestanden, Vergleichswerte in der Allgemeinbevölkerung lagen zu diesem Zeitpunkt bei etwa 24% bzw. 25% (Belcher et al., 2006).

Das Programm „Quitters are Winners“ (QaW – Aufhörer sind Gewinner) wurde im Bezirk um Victoria herum evaluiert. 358 aktuell rauchende Gefangene nahmen an einem vollständigen Interview vor dem Kurs teil. Von denen, die den Kurs abgeschlossen hatten (N=181), waren bei einer Verlaufsuntersuchung nach einem Monat 25% der Teilnehmer immer noch rauchfrei und 14% drei Monate danach. 90% derjenigen, die weiter geraucht hatten, hatten bei einer Verlaufsuntersuchung nach einem Monat ihren Zigarettenkonsum reduziert, dies war auch der Fall für 72% der Teilnehmer an einer Verlaufsuntersuchung drei Monate danach. Teilnehmer berichteten auch, dass sie sich für zukünftige Ausstiegsversuche besser vorbereitet fühlten. Drei Monate nach Kursende beabsichtigten 23% der Teilnehmer innerhalb von 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören. 47% der Befragten hatten dies innerhalb der sechs darauffolgenden Monate vor und 30% der Personen dachten nicht daran, ihren Zigarettenkonsum in naher Zukunft aufzugeben. Diese Werte unterscheiden sich von den Werten, die einen Monat nach Ende des Kurses gemessen wurden mit 39% der Teilnehmer, die intendierten, das Rauchen innerhalb von 30 Tagen aufzugeben, 53% der Befragten, die dies innerhalb der darauffolgenden sechs Monate beabsichtigten und 8% der Personen, die nicht daran dachten, das Rauchen in naher Zukunft aufzugeben (Butler & Stevens, 2010; McCarthy & Brewster, 2009).

In einer Studie unter 30 männlichen Insassen, denen eine Raucherentwöhnungsunterstützung angeboten wurde, waren 22% der Teilnehmer nach sechs Monaten rauchfrei. Diejenigen, die mit dem Rauchen wieder anfangen, rauchten weniger und 95% unter ihnen waren immer noch bereit, erneut eine Entwöhnung anzugehen. Teilnehmer berichteten ebenfalls über andere für die Gesundheit positive Auswirkungen, wie z. B. bessere Ernährungsgewohnheiten und mehr Sport. Daraus schlossen die Autoren, dass die Rauchentwöhnung in Gefängnissen erfolgreich und durchführbar sein kann (R. L. Richmond et al., 2006).

5.4 Europa

In Großbritannien äußerten zwei Drittel der rauchenden Häftlinge den Wunsch das Rauchen zu beenden, drei Viertel davon würden Unterstützung bei der Entwöhnung annehmen, sofern diese verfügbar wäre (MacAskill, 2008).

In einer Studie aus dem Jahr 2007, die unter Gefängnisdirektoren in New South Wales durchgeführt wurde, kam heraus, dass 35% der Häftlinge das Rauchen aufgeben wollten und 22% beabsichtigten ihren Konsum zu reduzieren. Das Personal betreffend wollten 32% das Rauchen aufgeben und 16% ihren Zigarettenkonsum reduzieren (Department of Health South West Regional, 2007). Je nach Ansatz (Einzelbetreuung oder Gruppenarbeit) in verschiedenen Gefängnis-kategorien (Kurzstrafe bis hin zu maximalen Sicherheitseinrichtungen) liegen Beispiele für Aufhorraten vier Wochen nach der Entwöhnung zwischen 25% und 82% (MacAskill, 2008).

In Gefängnissen im Nordwesten betrug die durchschnittliche Aufhorraten nach vier Wochen 41% und in einigen Bereichen waren die Ergebnisse noch besser als in der Allgemeinbevölkerung (HM Prison service, 2007). In GB geben Nationale Statistiken des NHS Auskunft über Aufhorraten bezüglich sämtlicher Einrichtungen, wo Betroffene Zugang zu NHS Tabak-Entwöhnungsprogrammen haben, diese Daten beziehen auch Gefängnisse mit ein. Im Jahr 2010 ist es 56% der Häftlinge gelungen das Rauchen aufzugeben. Dieser Wert war höher als der, welcher in Kliniken (48%) gewonnen wurde und vergleichbar mit dem, der in Militärstützpunkten generiert werden konnte (59%) (NHS, 2010).

Für Polen wird berichtet, dass drei Viertel der Häftlinge in der Vergangenheit versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören Dies geschah sowohl in Freiheit (46%) als auch während der Haftzeit (54%). Lediglich 2% der Häftlinge ist

es während der Haftdauer gelungen. Die Hauptgründe für den Aufhörversuch waren Sorgen um die Gesundheit, Entschlossenheit die eigene Schwäche zu bewältigen, der Wille Geld zu sparen und ein erschwerter Erwerb von Zigaretten (Sieminska et al., 2006).

In Frankreich wurde im Jahr 2006 für den Zeitraum von einem Jahr ein Entwöhnungsprogramm für Häftlinge angeboten, die mit dem Rauchen aufhören wollten. Das Interesse war groß, aber eine unverzügliche Teilnahme an dem Programm war ziemlich gering (2,3% der 3217 Gefangenen beantragten während der Dokumentationszeit der Studie eine ärztliche Konsultation, um an dem Programm teilzunehmen). Dennoch war die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören da. 30% (N=73) der Teilnehmer haben ihren Konsum um 50% reduziert oder gar gänzlich aufgehört zu rauchen. 15% wurden innerhalb von 75 Tagen (durchschnittliche Zeitdauer) wieder rückfällig (Mittelwert). Nach der Entlassung wurde keine Verlaufsuntersuchung vorgeschlagen (Harcouët et al., 2008).

In einer Studie, die in Italien unter 650 männlichen Insassen durchgeführt wurde, nahmen nur 9% der Teilnehmer an Raucherpräventionsprogrammen teil (Nobile 2011).

In einer weiteren Studie, die in drei Gefängnissen in der Schweiz durchgeführt wurde, haben 17% bis 50% der Teilnehmer während ihrem Gefängnis-aufenthalt versucht mit dem Rauchen aufzuhören oder haben den Beschluss gefasst, innerhalb von 30 Tagen das Rauchen aufzugeben (6% bis 47%). Raucher hatten wenig Selbstvertrauen in ihre eigene Fähigkeit, den Tabakkonsum zu beenden (33% to 57%) (Etter et al., wird noch veröffentlicht).

5.5 Zusammenfassung

Die Prävalenz des Rauchens ist hoch. Interesse und Versuche mit dem Rauchen aufzuhören sind vorhanden. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit Ergebnissen, die in anderen Raucherentwöhnungsprogrammen zusammengetragen wurden. Der Zugang zur Raucherentwöhnung ist jedoch eingeschränkt und entspricht durchaus nicht der vorhandenen Unterstützung in der Allgemeinbevölkerung.

6 Tabakkontrolle in Hafteinrichtungen

Nachdem versucht wurde die Situation aus einer epidemiologischen Sicht heraus zu beschreiben und die Hauptmerkmale von Häftlingen und ihrer Umgebung herausgearbeitet wurden, soll im nächsten Schritt bestimmt werden, was getan werden kann und muss, um die Passivrauchbelastung zu senken. Bisher gibt es keine evidenzbasierten Interventionen, die an Insassen von Vollzugsanstalten angepasst sind (Butler et al., 2007).

Zunächst betrachten wir den Aspekt der öffentlichen Gesundheit und entsprechende Empfehlungen (WHO, FCTC). Danach gehen wir darauf ein, wie diese in drei Ländern umgesetzt wurden und schließlich führen wir weitere Aspekte der angewendeten Strategien oder Regelwerke aus.

6.1 Einleitung

In Haftanstalten sind die Menschen, die dort arbeiten und leben, permanentem Passivrauch ausgesetzt. Hauptziel der Tabakpräventionsstrategie ist die Reduktion von Passivrauchaussetzung, gemäß der WHO-Richtlinien bezüglich dieses Sachverhalts (WHO, 2007b).

Wir gehen davon aus, dass die Notwendigkeit und die Vorteile der Einschränkung der Passivrauchbelastung für die Allgemeinbevölkerung ausführlich beschrieben wurden und dass die Notwendigkeit, diese Überlegungen auch für Insassen von Strafvollzugseinrichtungen anzustellen, außer Frage steht. Auch hier gilt es wieder, die außerhalb der Vollzugsanstalten entwickelten Strategien der öffentlichen Gesundheit auf Vollzugsanstalten auszuweiten.

Aufgrund der im Rahmen der Haftanstalt sich bietenden Möglichkeit einer Personengruppe, die in Freiheit schlechter erreichbar ist, eine Intervention anbieten zu können, ist es von großer Bedeutung den Tabakkonsum im Gefängnis anzugehen. Es besteht die Notwendigkeit Entwöhnungsprogramme, die Teilnehmern helfen werden, das Rauchen auf lange Sicht aufzugeben, zu

erkennen und diese den Insassen anzubieten. Jedem sollte eine Entwöhnungshilfe zur Verfügung stehen (Global Smokefree Partnership, 2009). Idee ist, die Haftdauer und die Struktur der Institution zu nutzen, um eine Verhaltensänderung zu unterstützen (Durrak, 2005). Dies kann Vorteile für die Gesundheit der Raucher sowie deren Angehörigen außerhalb des Gefängnisses bieten, da viele der Gefangenen Familien mit kleinen Kindern haben (Lincoln et al., 2009). Familienangehörige äußern sich oft besorgt über das Rauchverhalten eines verwandten Häftlings und dies kann eine zusätzliche Motivation für den Häftling darstellen mit dem Rauchen aufzuhören. Das Rauchen aufzugeben kann motivierend sein und bietet den Vorteil Respekt seitens der Familie zu gewinnen, das Leben ohne Zigaretten zu genießen und sich etwas von dem gesparten Geld leisten zu können (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Zwei Hauptänderungen sollten bei der Durchführung von Entwöhnungsprogrammen in Haftanstalten vorgenommen werden: (a) Schärfung des Bewusstseins für Gefängniskultur und Gefängnis spezifische Taktiken, die den Tabakkonsum anregen und (b) Erzielung der Verhaltensänderungen der Raucher durch die Vermittlung einer neuen Auffassung des Nichtraucherstatus, der gesellschaftlich als begehrenswert, lohnend und erzielbar betrachtet werden soll (Awofeso, 2003).

6.1.1 Motive zur Veränderung

Bestehen Veränderungsgründe aus Angst vor rechtlichen Folgen durch das Nichtraucher-Personal oder die Häftlinge oder vielmehr aus Bedenken hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit?

In den USA waren die Gründe für eine Politikdurchsetzung meistens auf die Gesundheit und Sicherheit der Gefangenen und Angestellten bezogen, sowie auf Beschwerden oder Klagen wegen Passivrauchaussetzung und Einhaltung der Rechtsvorschriften (Kauffman et al., 2008; Voglewede & Noel, 2004). Die Senkung der Gesundheitskosten in Haftanstalten war ebenso ausschlaggebend (K. Cropsey et al., 2008) (Butler et al., 2007). Zigarettenrauch verursacht eine Vielzahl von Kosten, die durch eine effiziente Bestimmungsumsetzung gedrosselt werden können: Gesundheitsfürsorge, Versorgungskosten, sowie Produktivität der Angestellten und der Institution an sich (Patrick & Marsh, 2001).

In Neuseeland war einer der Hauptgründe für die Durchsetzung von Richtlinien die Möglichkeit, dass Gefangene Brände verursachen zu reduzieren (stuff.co.nz, 2011).

6.1.2 *Verantwortliche Schlüsselakteure*

Die Frage ist relevant für Systeme, in denen die Gesundheits- und Gefängnisbehörden sich auf zwei unterschiedliche Administrationen stützen, denn die Unklarheit hinsichtlich der Zuständigkeit für das Tabakproblem zwischen Gesundheits- und Gefängnisbehörden wurde als einer der Gründe für die weiterhin hohe Raucherprävalenz bei Häftlingen beschrieben (Butler et al., 2007). Die Bedeutung der Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes in Gefängnissen durch ein multidisziplinäres Team wird von Hayton unterstrichen (World Health Organization & Europe., 2007).

In Australien (Neusüdwaales) wird das Tabakkontrollprogramm (*Tobacco Control Program*) durch den Gesundheitsdienst der Haftanstalten sowie durch das Amt für Justizvollzug ausgearbeitet (N. Awofeso, Levy, & Morris, 2001).

6.2 **Meilensteine der WHO-Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle (WHO FCTC)**

Das von der WHO entwickelte Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (*Framework Convention on Tobacco Control – WHO FCTC*) trat im Jahr 2005 in Kraft und wurde (bis hin zum Januar 2011) von 172 Ländern einschließlich Deutschland (2004) ratifiziert (Gruning, Weishaar, Collin, & Gilmore, 2011). Deutschland klassifizierte auch das Passivrauchen als kanzerogen.

Das Ziel der FCTC (Art 3) ist es einen Rahmen für Maßnahmen der Tabakkontrolle bereit zu stellen, um einen Schutz vor Konsum und Rauchexposition sicherzustellen. Das Rahmenwerk sollte auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene umgesetzt werden.

Alle Menschen müssen vor Passivrauch geschützt werden (Art 4 & 8) (WHO, 2003) und in der Praxis gilt dies auch für Häftlinge und Bedienstete der Haftanstalten. So steht es in den Richtlinien des 8. Artikels der FTCT geschrieben: *„Besondere Berücksichtigung sollte Arbeitsplätzen gelten, die gleichzeitig Lebensort oder Wohnstätte für andere sind, zum Beispiel Haftanstalten, psychiatrische Einrichtungen oder Pflegeheime. Diese Orte stellen gleichzeitig auch Arbeitsorte für Personen dar, die vor Aussetzung gegenüber Passivrauch zu schützen sind“* (WHO, 2009a).

Weitere wichtige Aspekte hinsichtlich der Umsetzung von Artikel 8 sind:

- Geltungsbereich der Rechtsvorschriften: Es besteht eine Verpflichtung zum umfassenden Schutz, d. h. dass es in allen öffentlichen Räumen in Gebäuden, Arbeitsplätzen in Gebäuden, in allen öffentlichen Verkehrsmitteln verboten ist, Menschen dem Passivrauch auszusetzen, gesundheitliche oder rechtliche Argumente rechtfertigen keine Ausnahmen. Anderweitig begründete Ausnahmen sollten gering sein. Sie sind ein provisorischer Schritt hin zum universellen Schutz.
- Aufklärung und Einbeziehung der Öffentlichkeit: Sensibilisierung für die Risiken der Passivrauchbelastung, um sicherzustellen, dass die Öffentlichkeit die Rechtsvorschriften versteht und unterstützt.
- Durchsetzung: Wirksame Rechtsvorschriften sollten sowohl betroffenen Unternehmen als auch einzelnen Rauchern rechtliche Verantwortung auferlegen und Verletzungen sanktionieren.
- Auswertung der Strategien über den Schlüsselindikator für Passivrauch am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen (WHO 2009a).

Im Jahr 2009 betrachtete ein Dokument aus einer Reihe von Arbeiten betreffend Probleme im Zusammenhang mit den Nichtraucherschutzbestimmungen, die weder durch das Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) noch durch dessen Richtlinien vollständig behoben werden konnten die Situation in Gefängnissen (Global Smokefree Partnership, 2009).

Im Jahr 2007 empfahl die WHO (WHO, 2007b):

1. 100% rauchfreie Umgebung, keine Belüftung: Tabakrauchfreiheit durch die Schaffung eines rauchfreien Umfeldes als einzig wirksame Strategie zur Reduktion der Tabakrauchaussetzung in Gebäuden auf ein vertretbares Maß und zur Erzielung eines angemessenen Schutzes vor den Gefahren der Passivrauchbelastung. Belüftung und Raucherbereiche, gleich ob belüftet oder unbelüftet, führen nicht dazu, dass die Aussetzung auf ein vertretbares Maß gesenkt wird und sind nicht empfehlenswert.
2. Es sind Rechtsvorschriften vonnöten, die vorsehen, dass alle Arbeitsplätze in Gebäuden 100% rauchfrei sind und gleichen Schutz für alle gewährleisten. Freiwillige Auflagen sind inakzeptabel. Die Umsetzung der Gesetze in einem Rechtssystem hängt von dem rechtlichen Rahmen, den Traditionen und der Größe des Landes ab. Maßnahmen in regionalen

Rechtssystemen gelten als wirksam und sind meist leichter um und durchzusetzen als nationale Gesetze (Global, Smokefree, & Partnership, 2010).

3. Rechtsvorschriften allein sind nicht ausreichend ihre Wirksamkeit erfordert eine richtige Umsetzung und angemessene Durchsetzung.
4. Aufklärungsstrategien sollten zur Verfügung stehen und sind für die Reduzierung der Passivrauchbelastung im Privatbereich ausschlaggebend. Rechtsvorschriften für rauchfreie Arbeitsplätze erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass auch der private Bereich rauchfrei wird.

6.3 Entwicklung von Tabakkontrollstrategien: Beispiele aus drei Ländern

Nachstehend zeigen wir drei Länderbeispiele und ihre Regelwerke auf. Leider fehlen diese oft (Chavez et al., 2005). Circa 50% der FCTC Mitgliedstaaten haben keine Mindestrichtlinien für Rauchfreiheit in öffentlichen Räumen entwickelt. 15% der Länder der WHO Euro Region verfügen über Gesetze, die keine designierten Raucherräume in Gefängnissen erlauben; 56% erlauben solche Räume und 29% besitzen keine diesbezüglichen Gesetze (Maurer-Stender, 2010).

In vielen Ländern, insbesondere in den föderalistischen Staaten, werden Richtlinien auf einzelstaatlicher Ebene entschieden, soweit dies nicht institutionell geschieht. Daher kann es in einem Land sogar verschiedene Richtlinien geben. In anderen Ländern wiederum gelten die Rechtsvorschriften einheitlich und werden regelmäßig überprüft. In Neusüdwales (GB) beispielsweise haben alle Gefängnisdirektoren ihre Rauchvorschriften. Einige wurden durch eine spezielle Arbeitsgruppe und durch die Einbeziehung des Personals und der Häftlinge entwickelt (Department of Health South West Regional, 2007). In Australien besitzt jeder Einzelstaat sein eigenes Regelwerk, während in der Schweiz diesbezüglich nur geringe Einheitlichkeit besteht.

Gefängnisstrategien in Bezug auf das Rauchen sollten Teil eines nationalen Raucherentwöhnungsprogramms sein, dem sogar die höchste Priorität zu geben ist (Awofeso, 1999).

6.3.1 Australien

In australischen Gefängnissen gibt es keine einheitliche Gesundheitsfürsorgestrategie im Hinblick auf das Rauchen. In nur wenigen Gefängnissen gibt es umfassende Tabakentwöhnungsprogramme (Butler et al., 2007) aber hier zeichnet sich schon eine Änderung ab (Awofeso, 2003).

In Westaustralien wurde ein Raucherreduktionsprogramm für Gefängnisse entwickelt (Office of the Inspector, 2008). Rauchen ist im Außenbereich von Gefängnissen sowie in Einzelzellen erlaubt, nicht jedoch in Gemeinschaftsräumen. Es gibt auch rauchfreie Einrichtungen. Andere Lösungen, wie die Beschränkung des Zigarettenkaufs oder besondere Ansätze für gemeinsame Zellen sind in Entwicklung.

Queensland Corrective Services hat eine Strategie entwickelt, die sowohl die Belange der Häftlinge als auch des Gefängnispersonals berücksichtigt. Dabei spielen Aufklärung und Kommunikation, Raucherentwöhnungsunterstützung, Preisfestsetzung und die Bereitstellung einer Nikotinersatztherapie (NRT) sowie Umgebungsbeschränkungen eine Rolle (beschränkte Anzahl an Bereichen, wo Häftlinge rauchen dürfen, Rauchen ist in allen Zellen untersagt).

Die Strategien der einzelnen Rechtssysteme wurden bei dem im August des Jahres 2010 stattfindenden Gipfeltreffen vorgestellt. Experten kamen auf nationaler Ebene zusammen, um einen Konsens zu finden, die Passivrauchbelastung in Haftenrichtungen am besten anzugehen, d. h. wie der hohe Prozentsatz an Rauchern unter Häftlingen und die durch Tabak verursachten Schäden zu reduzieren sind. Ziel des Gipfeltreffens war, Erfahrungen, Behandlungsmodelle, Strategien und Forschungsergebnisse auszutauschen. Bei dem Gipfel einigte man sich auf dreizehn Empfehlungen (Butler & Stevens, 2010).

Die Empfehlungen, die für Europa von besonderem Belang sind, sind nachstehend aufgeführt:

„1. Entwicklung national vereinbarter Mindeststandards für das Management von Tabak in Gefängnissen.

3. Zwischen staatlichen und regionalen Strafvollzugsbehörden und den in Raucherentwöhnung und Tabakkontrolle eingebundenen Behörden ist ein verstärkter Austausch notwendig.

5. *Bemühungen, die Raucherprävalenz unter Häftlingen zu reduzieren, müssen mit einer verstärkten Gesundheitsförderung und Präventionsaktionen in der Allgemeinbevölkerung einhergehen.*
6. *Eine umfassendere Unterstützung sollte den Häftlingen bei der Raucherentwöhnung zur Verfügung stehen, wobei der kostenlose Zugang zur Nikotinersatztherapie (NRT) auch dazu gehört.*
7. *Raucherentwöhnungsprogramme sollten die indigene, kulturelle und sprachliche Vielfalt sowie die Gruppe der Jugendlichen berücksichtigen.*
8. *Einführung von Peer-Unterstützungsprogrammen für Personal und Häftlinge.*
9. *Staatliche Unterstützung einschließlich finanzieller Unterstützung ist nötig, um die Raucherentwöhnung im Gefängnis zu verbessern.*
11. *Nationale Forschungszentren müssen ihre Forschung verstärkt auf das Rauchen unter Häftlingen lenken.*
12. *Nationale und staatliche Tabakstrategien/-programme sollten auch Gefängnisse einschließen.“*

Finanzierung

In Victoria wird die fortdauernde Unterstützung für Raucherentwöhnung aus Geldmitteln finanziert, die aus dem Verkauf von Tabakprodukten an Häftlinge stammen. Tabakprodukte werden zu Großhandelspreisen ein- und zum empfohlenen Einzelhandelspreis verkauft. Der Gewinn ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Großhandelspreis und dem Einzelhandelspreis und wird wöchentlich in den Gefängnissen eingesammelt, sodann in die Treuhandfonds eingezahlt und für die Finanzierung von Raucherentwöhnungsprogrammen und Ressourcen verwendet (Butler & Stevens, 2010).

6.3.2 Großbritannien

Im Jahr 2003 wurden in einem Leitfaden, der sowohl an den Raucherentwöhnungsdienst des National Health Service (staatlicher Gesundheitsdienst – NHS) als auch an Gefängnisse gerichtet war, Raucherentwöhnungsdienste für Haftanstalten entwickelt. Dieser Leitfaden basierte auf einem Pilotprojekt des Gesundheitsministeriums zur Raucherentwöhnung in Gefängnissen. Er wurde unter Beachtung der nationalen Richtlinie zur Unterstützung der Raucherentwöhnung entwickelt und berücksichtigt zahlreiche Aspekte des Rauchens

unter gefängnispezifischen Bedingungen (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Strafvollzugsverfügungen (*Prison Service Orders – PSOs*) sind langfristige zwingende Anweisungen für Gefängnisse. PSO 3200 bezeichnet die Raucherentwöhnung als eine Priorität zur Gesundheitsförderung in Gefängnissen (Prison Service Order, 2007). Im Jahr 2007 erarbeitete sie die Anwendung der in England geltenden Gesetzgebung zur Rauchfreiheit in Gefängnissen. Alle Gefängnisse sollten über neue Raucherstrategien verfügen, die im Allgemeinen die Rauchfreiheit in allen Innenräumen erfordern. Eine Ausnahme hiervon bildeten Zellen, die von Rauchern über 18 Jahre belegt waren (Einzelzellen oder Raucher-Gemeinschaftszellen). Dadurch wurde das Anliegen eines zu 100 Prozent rauchfreien Umfeldes im Gefängnis unterminiert. Ferner ist eine Betreuung zur Raucherentwöhnung bereitzustellen. In der Richtlinie sind ausführlich verschiedene Orte und Situationen beschrieben (Mutter- und Kind-Abteilungen, Fahrzeuge), insbesondere ist eine Best-Practice-Checkliste für Gefängnisdirektoren und Bedienstete enthalten (HM Prison service, 2007). Mehrere Gefängnisse haben rauchfreie Abteilungen eingeführt.

Gesundheitskampagne zum „Nichtrauchertag“

Die Kampagne wurde bislang in Gefängnissen nicht durchgeführt; konkrete Schritte und praktische Ideen, diese im Jahr 2011 umzusetzen, sind Gegenstand eines Leitfadens (nosmokingday.org.uk, 2011).

Gesundheitstrainer (Health Trainers)

Bei der Raucherentwöhnung wurden Gesundheitstrainer eingesetzt. Diese werden aus den „schwer zu erreichenden“ Gruppen rekrutiert, mit denen sie arbeiten, wobei 51% der Gesundheitstrainer aus einer oder mehreren Zielgruppen kommen.

Im Zusammenhang mit dem Bewährungsdienst wurde ihre Rolle wie folgt definiert: *„Die Funktion des Gesundheitstrainers ist eine Kombination aus einer „wegweisenden“ Rolle – Arbeiten mit Klienten, um allgemein die Art ihrer Gesundheitsprobleme festzustellen und Rückgriff auf fundiertes Wissen, um sie an den passenden Gesundheitsdienst eines Gefängnisses oder einer anderen Gemeinschaft zu verweisen; und einer „gesundheitsfördernden/verhaltensändernden“ Rolle – Bewertung der Bereitschaft und Fähigkeit des*

Einzelnen gesünder zu leben, Arbeit mit Einzelpersonen, um Aktionspläne im Hinblick auf eine Verhaltensänderung zu entwerfen und sie bei der Zielerreichung zu unterstützen.“ Das Bewusstsein, die Fähigkeiten und die Unterstützung, die notwendig sind, um ein gesünderes Leben zu führen, können zur Verringerung der Gefahr erneut eine Straftat zu begehen beitragen. Die Raucherentwöhnung ist Teil eines Trainings, das die Motivation der Häftlinge erhöht, mit dem Rauchen aufzuhören (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007). Im Jahr 2010 stieg die Zahl der Personen, die mit dem Rauchen aufhörten, um 10% an (O’Neill, 2010). Sobald zusammen mit dem Gesundheitstrainer die Raucherentwöhnung als Ziel formuliert ist, wird dieses entweder direkt durch die Arbeit des Gesundheitstrainers mit dem Klienten oder durch dessen Verweisung an eine Sonderabteilung erreicht.

6.3.3 Schweiz

Wie in anderen föderalistischen Staaten, gibt es keine nationale Einheitlichkeit. Das gilt auch für die Gesundheit in Gefängnissen, denn hier liegt die Verantwortlichkeit auf Kantons und nicht auf föderalistischer Ebene. Das Rauchen in Gefängnissen unterliegt somit kantonalem Recht. Jeder Kanton und sogar jedes Gefängnis entwickelt seine eigenen Ansätze, was zu einer großen Vielfalt der diesbezüglichen Strategien führt. Normalerweise ist das Rauchen in Einzelzellen, in von Rauchern geteilten Gemeinschaftszellen sowie in ausgewiesenen Raucherräumen erlaubt, Gemeinschaftsbereiche jedoch (Speisesäle, Sporthallen und Arbeitsplätze) sind größtenteils Nicht-raucherbereiche. In den letzten drei bis fünf Jahren haben Gesetze ältere Rechtsvorschriften aufgehoben, die das Rauchen in Gemeinschaftsräumen erlaubten, jedoch, wegen der Brandgefahr, nicht in Zellen.

6.4 Hindernisse für eine wirksame Tabakkontrolle

Wir haben verschiedene Faktoren erkannt, die eine wirksame Tabakkontrolle in Gefängnissen einschränkt. Diese Faktoren werden nachstehend kurz aufgetragen und in den entsprechenden Kapiteln des Dokuments vertieft.

Hohe Prävalenz von Rauchern

Die Tatsache, dass in Gefängnissen stark geraucht wird, führt zur Akzeptanz des Verhaltens (Baker et al., 2006; MacAskill, 2008). Eine Umgebung mit

einer hohen Raucherprävalenz erschwert das Durchmachen einer Rauchentwöhnung. In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen berichteten Teilnehmer, dass der Hauptbeitrag des Gefängnis-systems zum Rauchen die hohe Anzahl von Rauchern sei (R. Richmond et al., 2009).

Geringerer Stellenwert in der öffentlichen Gesundheitspflege

Tabakentwöhnungsprogramme haben einen geringeren Stellenwert als andere Gesundheits- oder Suchtprobleme (Kauffman et al., 2008) (Global Smokefree Partnership, 2009). Es fehlt ebenfalls an einer nationalen Führungsrolle im Bereich Tabakkontrolle in Haft (Butler & Stevens, 2010).

Beschränkter Zugang zu Raucherentwöhnungsprogrammen (4.2.2 Zugang zur Tabakentwöhnung)

Vertrauen der Häftlinge in ihre Fähigkeit den Tabakkonsum im Gefängnis zu reduzieren

Eine Studie in den USA berichtete, dass 44% der Häftlinge der Meinung waren, es wäre nicht möglich, den Tabakkonsum in Justizvollzugsanstalten einzuschränken, auch nicht mit ausreichenden Mitteln (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

Die Ansicht der Gefangenen zur Wirksamkeit der Entwöhnungsunterstützung

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen wurden Strategien zur Raucherentwöhnung während der Haft untersucht. Teilnehmer berichteten, dass die Nikotinersatztherapie nicht so wirksam wie die eigene Willenskraft sei. Statt zu rauchen, trieben Männer Sport (R. Richmond et al., 2009).

In Polen wurden Nikotinersatztherapien, einzelne therapeutische Sitzungen, pharmakologische Mittel (z.B. Antidepressiva), Gruppentherapiesitzungen und audiovisuelle Anti-Tabak Maßnahmen – Rundfunk oder Poster – von 24%, 21%, 21%, 19%, 5% bzw. 4% der Raucher als sehr wirksam eingestuft (Sieminska et al., 2006).

Ergebnisse einer Studie, die in einer Haftanstalt in der Deutschschweiz im Jahr 2009 durchgeführt wurde, zeigen, dass die Einzeltherapie von 12,7%, die Gruppentherapie von 10,9% und Prämien/Anreize von 50% der Teil-

nehmer für wirksam gehalten werden. Eine Nikotinersatztherapie wurde als wenig wirksam (18,2%) oder unwirksam von 38,2% der Raucher (männliche Insassen, N=55) eingeschätzt (Ritter et al., 2010).

Unterstützung des Rauchverbots durch Gefangene

37% der Teilnehmer an einer Studie, an der 49 männliche in der Entlassungsvorbereitung befindliche Gefangene teilnahmen, waren für ein Rauchverbot (Thibodeau et al., 2010).

In einer in Kanada im Jahr 1995 auf Bundesebene durchgeführten Befragung sprachen sich 21% der Gefangenen für eine neue Gesetzgebung in Gefängnissen aus, die das Rauchen in den Gebäuden untersagt (Guyon et al., 2010).

Es mangelt an qualifizierten Experten im Fachgebiet der Raucherentwöhnung und an Anerkennung bezüglich ihrer Verantwortung Betreuung bei der Raucherentwöhnung zu bieten (Baker et al., 2006).

Auffassungen von Behandlungsanbietern (Bedienstete in Drogenbehandlungseinrichtungen), die mit Menschen arbeiten, die einige der Hauptmerkmale von Gefangenen besitzen: Bedienstete halten das Rauchen für ein permanentes Problem, das jedoch nicht so schlimm wie geistige Störungen oder andere Substanzabhängigkeiten sei; das Rauchen des Personals wird als Mittel zur Festigung der therapeutischen Beziehung betrachtet (Baker et al., 2006).

Zurückhaltung des Personals

Das Personal ist zurückhaltend, was die Änderung der Regelwerke für Raucher angeht und beurteilt Beschränkungen für Gefangene positiver als Beschränkungen für sich selbst (Carpenter et al., 2001). Nichtraucher stehen einem Verbot weniger ablehnend gegenüber (Foley, Proescholdbell, Malek et al., 2010). Eine in 52 amerikanischen Distrikten durchgeführte Studie zeigte, dass es in einem der Bundesstaaten aufgrund einer Blockade der Angestelltengewerkschaften keine Regelwerke gab (Kauffman et al., 2008). Auch wenn dies statistisch irrelevant ist, so zeigt es doch den Einfluss, den Arbeitnehmer auf solche Fragen der öffentlichen Gesundheit haben können.

In einer Studie, die die Auswirkungen eines Rauchverbots nach seiner Einführung unter männlichen Gefangenen untersucht hat, rauchten 76% der Gefangenen nach Einführung des Verbots weiter. Das Personal, das gegen

das Verbot war, hat wahrscheinlich zur geringen Durchsetzung und Unterstützung der Strategie beigetragen (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In einer forensischen Klinik, wo verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, erzeugte die Durchführung eines vollständigen Rauchverbots Unzufriedenheit und Widerstand unter den Bediensteten (Hofstetter et al., 2010).

Die Auffassung des Personals hinsichtlich der Konsequenzen der Beschränkung: Gewalt oder Angst vor Verletzung anderer Regeln. Negative Auswirkungen werden von Rauchern sogar strenger beurteilt (Carpenter et al., 2001).

6.5 Jugendstrafanstalten

Die meisten Jugendstrafanstalten sind rauchfrei. In Großbritannien herrscht seit dem Jahr 2005 eine Nichtraucherbestimmung für alle jungen Insassen (nosmokingday.org.uk, 2011). In Frankreich dürfen inhaftierte Jugendliche unter 16 Jahren überhaupt nicht rauchen (weder in ihrer Zelle noch auf dem Gelände). Die Feststellung des Tabakkonsums ist bei der Aufnahme obligatorisch. Der Erwerb von Zigaretten ist strengstens untersagt und das Rauchen steht unter Strafe, wobei Bemühungen mit dem Rauchen aufzuhören berücksichtigt werden (French Government, 2007).

6.6 Individuelle Ebene: Verhaltensänderung von Rauchern

Alle Gefängnisinsassen sollten Zugang zur individuellen Beratung und kostenlosen Raucherentwöhnung haben, unabhängig von der Art des Raucherschutzes und insbesondere bei Aufnahme und Entlassung des Klienten (Kauffman et al., 2008). Individuelle, Raucher orientierte Beratung kann bei Erwachsenen zwei Hauptziele haben: Einschränkung des Rauchverhaltens und Entwöhnung. Für Jugendliche ist die Entwöhnung das allgemein angestrebte Ziel.

Folgend werden einige Beispiele für Bestimmungen dargestellt und es werden – sofern verfügbar – die Länder aufgezeigt, die diese Bestimmungen bereits umgesetzt haben.

6.6.1 Rauchreduktion und -kontrolle

Das Thema Rauchreduktion wurde in einer Studie unter amerikanischen Frauen aufgegriffen. Es wurde zwar nicht als Zielvorgabe, wie bei der vor-

handenen Unterstützung zum kontrollierten Trinken dargestellt, aber als ein vorbereitender Schritt für die Entwöhnung. Die Untersuchungsgruppe, die selbst berichtet hat ihre Rauchgewohnheiten zu reduzieren, rauchte drei Wochen vor der Entwöhnung signifikant weniger und zeigte auch eine kurzfristige Verbesserung der Entwöhnungs-Rate in den Wochen danach. Die Ergebnisse konnten jedoch nicht bis zum Ende der Vergleichsperiode (Zwölf Monate) aufrecht erhalten werden. Tabakreduktion kann als erster Schritt vor der Beendigung oder schrittweise Entwöhnung angesehen werden. Die Reduktion kann strukturiert (Reduktion pro Woche vorgegeben) oder unstrukturiert (Teilnehmer entscheiden selbst, um wie viel sie pro Woche reduzieren) vollzogen werden, bis die Raucher an einem Level angelangt sind, an dem sie aufhören können. Auch wenn die Ergebnisse über die positiven Einflüsse der Tabakreduktion und der Erfolg bei der Entwöhnung umstritten sind, mindern sie wenigstens nicht die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören. Die Reduktion des Rauchens wurde als hilfreich angesehen: Sie erhält die Motivation, erhöht die Selbstwirksamkeit und mindert die Nikotinabhängigkeit (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010).

In einer Studie unter Häftlingen in Australien hatten einige versucht ihr Verhalten zu mäßigen, indem sie von ihrer üblichen Zigarettenmarke zu einer Zigarettenmarke mit niedrigerem Teer- oder Nikotingehalt wechselten und indem sie die tägliche Tabakmenge reduzierten (Belcher et al., 2006).

Aus einer Studie, die in den USA unter 200 männlichen Insassen durchgeführt wurde, ging hervor, dass ein progressiver Abbau des Zigarettenkonsums eine Methode war, die von 10% der Häftlinge verwendet wurde, die versuchten mit dem Rauchen aufzuhören (29%) (Kauffman et al., 2011).

Wir finden, dass das Ziel der Tabakreduktion ein interessantes therapeutisches Ziel an sich darstellt, welches nicht unbedingt an den Kontext der totalen Raucherentwöhnung gebunden sein muss. Deshalb verweisen wir an dieser Stelle auf einen Link zu einem webgestützten Programm, welches der Eindämmung des Tabakkonsums dient und nach dem Vorbild des kontrollierten Trinkens entwickelt wurde:

<http://www.kontrolliertes-rauchen.de/kontrolliertes-rauchen/de/>

Die geplante Reduktion hat im Vergleich zur ungeplanten Reduktion bessere Erfolgsquoten ergeben (Cinciripini et al., veröffentlicht in (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010)). Dies lässt die Vermutung zu, dass die restriktive Umgebung in Haftanstalten eine gewisse Hilfestellung zur strukturierten

Reduktion des Rauchens darstellt. Auf jeden Fall muss ein strukturierter Alltag in Betracht gezogen werden, um festzustellen, welche Zigarette der Raucher zunächst aufgeben wird.

6.6.2 Unterstützung von Gefangenen bei der Tabakentwöhnung

Da viele Gesetze und ihre Regelungen in manche Lebensbereiche von Menschen nicht vordringen, wie zum Beispiel in den privaten Bereich zu Hause, ist Bildung eine zentrale Lösung (WHO, 2007b). Dies ist zu berücksichtigen, wenn man Inhaftierte über das Rauchen aufklärt.

In einer Fokusgruppenstudie mit Gefangenen und ehemaligen Gefangenen schlugen Teilnehmer verschiedene Strategien vor, die für die Raucherentwöhnung von Nutzen sein würden: Anreize und rauchfreie Bereiche (R. Richmond et al., 2009).

Teilnehmer einer Studie aus den USA fanden, dass ein Programm, welches den Menschen helfen würde nach der Entlassung aus dem Gefängnis nicht rückfällig zu werden, nützlich wäre (K. L. Cropsey et al., 2009; Thibodeau et al., 2010). Dieser Vorschlag steht im Zusammenhang mit dem Fakt, dass entlassene Häftlinge sowie einige andere Personengruppen nicht mit den allgemeinen Hilfsdiensten zur Raucherentwöhnung erreicht werden können. Der Zeitraum vor der Entlassung stellt eine wichtige Gelegenheit dar, um gezielt diese Personen bezüglich ihrer Tabakabstinenz vor ihrer Rückkehr in die Allgemeinbevölkerung zu erreichen und zu motivieren (Thibodeau et al., 2010).

Einige Beispiele entwickelter Entwöhnungsprogramme im Gefängnis enthalten:

Informationen über das Rauchen

Bei Haftantritt erhält jeder Insasse Informationen (schriftliche und Videos) und eine kurze Aufklärung über das Risiko des Rauchens sowie eine grundlegende Beratung über die Entwöhnung (Lincoln, Chavez, & Langmore-Avila, 2005), Infobroschüren und Plakate werden auch verwendet (Department of Health South West Regional, 2007).

Zwei Broschüren sind für Gefangene in Großbritannien verfügbar:

- Mit dem Rauchen aufhören: Ein Raucherentwöhnungs – Leitfaden für Gefangene (www.gasp.org.uk/p-deciding-to-quit-a-stop-smoking-guide-for-prisoners.htm)
- Rauchen: ein Leitfaden um im Gefängnis Rauchfrei zu sein (www.hp-publications.nhs.uk/index.php?PID=vpub&publ_id=92)

Individuelle Betreuung und Beratung

- Nikotinersatztherapie (NRT), entweder im Zusammenhang mit betreuter Raucherentwöhnung oder als Kurzintervention um Entzugerscheinungen in gewissen Situationen wie bei Gerichtsterminen oder Einschlusszeiten in der Zelle zu lindern.
- NRT statt Zigaretten, die den Häftlingen bei Haftantritt kostenlos verteilt werden (N. Awofeso, 2003).
- Pharmakotherapie (Varenicline, für Selbstzahler).
- Akupunktur, Yoga.
- Anreize: mehr sportliche Betätigung oder Obst (Department of Health South West Regional, 2007). Das Belohnungssystem wurde mit 40 % der Insassen (Raucher und Ex-Raucher) als das Effektivste im Gefängnis bewertet, denn Gefängnisse sind charakterisiert durch die Entbehrung herkömmlicher Freuden. Beispiele für Belohnungsvorschläge der Autoren waren zusätzlicher Ausgang und Sport sowie Alleinzeit mit dem Partner oder der Familie (Sieminska et al., 2006).

Einzelbetreuung / Kurzintervention waren wirkungsvoller bei kurzen Haftstrafen oder in Untersuchungshaft (Maurer-Stender, 2010).

Quitters are Winners (QaW) – Aufhörer sind Gewinner

Dieses Programm ist an Gefangene gerichtet, die Interesse haben mit dem Rauchen aufzuhören. Es dauert zwölf Stunden und geht über einen Zeitraum von sechs Wochen; eine kürzere Laufzeit durch einen Intensivkurs ist auch möglich. Das Programm beinhaltet Aufklärung und gegenseitige Unterstützung, die durch geschulte Vollzugsbeamte oder externe Betreuer ermöglicht wird. Es kann in Gruppen oder Einzelsitzungen durchgeführt werden. Eine Evaluation des Programms hat gezeigt, dass Rauchentwöhnung im Gefängnis wirksam sein kann, um den Zigarettenkonsum zu reduzieren und für zukünftige Entwöhnungen besser vorbereitet zu sein (Butler & Stevens, 2010).

Rauchstopp-Rufnummer

Eine kostenlose Rauchstopp-Rufnummer für Häftlinge wurde in einem Zeitraum von sechs Monaten in Australien (2008-2009) erprobt. Häftlinge hatten die Gelegenheit mit einem geschulten Berater über ihren Ausstieg unabhängig von den vorgesehenen Entwöhnungsprogrammen zu diskutieren. Die durchschnittliche Anzahl der Anrufe war sehr gering (ein bis zwei Anrufe pro Tag während des ersten Monats und dann nur noch einen bis zwei pro Woche für die darauffolgenden acht bis zehn Wochen) (Butler & Stevens, 2010).

Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse in Haftanstalten

Gefangene haben weniger Gelegenheiten zu verstehen, warum die Raucherentwöhnung lohnend sein sollte. Darüber hinaus stehen ihnen weniger Unterhaltungsmöglichkeiten zur Verfügung (MacAskill, 2008). Demzufolge sollten besondere Bedürfnisse in Betracht gezogen werden: Sportunterricht, zusätzliches Stress-Management, Zugang zu Personalberatern, zusätzliche Zwischensitzungen zur Unterstützung und Beratung, Zugang zu frischem Obst und Gemüse und anderen empfohlenen Snacks sowie Medikamente gegen körperliche Nebenwirkungen (der Entwöhnung) wie Verstopfung, Geschwüre im Mund und Kopfschmerzen (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Folgende besondere Aspekte sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden:

- Gender: In einer amerikanischen Studie unter 217 Insassen im Justizvollzug interessierten sich Männer eher für nicht pharmazeutische Ansätze, um mit dem Rauchen aufzuhören (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010).
- Gewichtszunahme und begrenzte persönliche Mittel dies zu beeinflussen. Es wurde der Zusammenhang von Tabakkonsum und Gewichtszunahme bei weiblichen Häftlingen, die an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen haben untersucht. Im Allgemeinen stützen die Ergebnisse die vorstehende Beobachtung der Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung, aber auch die Tendenz, dass das gewonnene Gewicht im Laufe der Zeit wieder verloren wird (in circa einem Jahr). Die negativen Gesundheitsfolgen der Raucherentwöhnung sind in Haftanstalten sogar noch wahrscheinlicher, da zusätzliche Faktoren wie begrenzte Auswahlmöglichkeiten der Nahrungsmittel oder Trainingsmöglichkeiten die Gewichtszunahme verstärken können (K. Cropsey et al., 2010; K. L. Cropsey,

S. Jones-Whaley et al., 2010). Frauen haben eher Tendenz, sich um eine mögliche Gewichtszunahme zu sorgen und neigen eher dazu, nach einer Raucherentwöhnung zuzunehmen. Allerdings ist die Rückfallquote bedingt durch Gewichtszunahme nach einer Entwöhnung bei Männern wahrscheinlicher. Für beide Geschlechtsgruppen müssen Unterstützungsmaßnahmen zur Gewichtsreduktion und Sportmöglichkeiten in Tabakkontrollestrategien eingeplant werden. Ohne Berücksichtigung des Gewichts-faktors könnte das Interesse an Entwöhnungsprogrammen schwinden. Die Kombination von Raucherentwöhnung und Gewichts-Interventionen könnte einen positiven Einfluss auf die Motivation und die Erfolgsquote einer Raucherentwöhnung haben (K. Cropsey et al., 2010; K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010). Bei der Unterstützung von Menschen, die sich eher auf unmittelbare Folgen und weniger auf Langzeiteffekte konzentrieren, sollte auf der Tatsache beharrt werden, dass sich die kurzfristige Gewichtszunahme im Laufe der Zeit relativiert. Auf der anderen Seite kann eine Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm sich auf die Gesundheit auch positiv auswirken, wie z.B. mit besseren Ernährungsgewohnheiten und mehr Sport (R. L. Richmond et al., 2006).

Kombinierte pharmakologische und Verhaltensintervention bezogen auf Stimmungs-Training in Gruppensitzungen und Pharmakotherapie (ergab eine Erfolgsquote von 30% ein Jahr nach einer Intervention in einer Personen-gruppe der Allgemeinbevölkerung), wurde unter einer Gruppe von weiblichen Gefangenen in den USA erprobt. Gruppensitzungen fanden über einen Zeitraum von zehn Wochen statt, mit einer Sitzung pro Woche. Mehr als 50% der Teilnehmer (N = 250) brachen den Kurs ab, was mit den Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung vergleichbar ist. Die Teilnehmer nahmen im Schnitt an 6,7 Sitzungen teil. Eine NRT wurde für die Studie kostenlos zur Verfügung gestellt und die Compliance unter den Frauen in Behandlung blieb hoch, nicht aber bei denen, die ausgestiegen waren. Doch im Großen und Ganzen wurden nur 43,3% der möglichen Nikotin-Dosierungen im Laufe der Behandlung verwendet. Der NRT-Gebrauch hing von der Teilnehmerzahl der Gruppe ab. Die Einhaltung der NRT erhöht die Abstinenzrate um den Zeitpunkt von 3 Monaten nach Beginn der Therapie, jedoch nicht später (nach 6 und 12 Monaten) (K. Cropsey et al., 2008).

Eine andere Mehrkomponenten-Raucherentwöhnungsunterstützung wurde 30 männlichen Insassen eines Hochsicherheitsgefängnisses in Australien

angeboten. Gefangene, die unter Antidepressiva oder Psychopharmaka standen, wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Betreuung beinhaltete Bupropion, NRT (eine nachlassende Behandlung über einen Zeitraum von 8 Wochen) und zwei kurze kognitive Verhaltenstherapiesitzungen. Alle Teilnehmer berichteten über mindestens eine Entzugserscheinung (Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Husten). Die Autoren bestanden auf die Notwendigkeit Gefängnisbezogene Faktoren in Betracht zu ziehen, wie z.B. Überweisungen in andere Haftanstalten (R. L. Richmond et al., 2006).

Gruppentherapeutische Ansätze sind geeignet um mit stabileren Gefangenen zu arbeiten. Die Zahl der Teilnehmer ist variabel (Maurer-Stender, 2010).

Weitere Einbindung der Bediensteten in Hilfsmaßnahmen

Die Raucherentwöhnung schließt zahlreiche Fachleute mit ein: Pflegepersonal, Sport Trainer, Vollzugsbeamte, Entwöhnungsberater, Gesundheitstrainer, Suchtarbeiter, externe Spezialisten in Zusammenarbeit mit Gefängnismitarbeitern und Apotheker (Maurer-Stender, 2010) (HM Prison service, 2007) (nosmokingday.org.uk, 2011).

Es wurde über ein Beispiel eines multidisziplinären Raucherentwöhnungsprogramms (NRT, Gruppentherapie, individuelle Beratung), das unterschiedliche Fachleute in einer schottischen Jugendstrafanstalt miteinbezieht berichtet. Das Team bestand aus stationärem Gefängnispersonal, Krankenpfleger und Apotheker, die ihr Fachwissen zur Verfügung stellten (Shearin, Hepburn, Hands, McAteer, & Braddick, 2002).

In einem Leitfaden zur Verringerung erneuter Straffälligkeit bringt der Aktionsplan Gefängnis und Bewährung im Hinblick auf sieben Aspekte zusammen: Unterkunft, Bildung, Ausbildung und Beschäftigung, geistige und körperliche Gesundheit, Drogen und Alkohol, Finanzen, Kinder und Familien. Der Verzicht auf das Rauchen steht mit vielen Aspekten im Zusammenhang, auf welche das Aufgeben einen positiven Einfluss haben kann (National Offender Management Service, 2004).

Personalschulung in Sachen Raucherentwöhnung

Eine Personalschulung ist unerlässlich, damit eine Raucherentwöhnung oder eine Tabakprävention angeboten werden kann. Gesundheitsfachleute für Raucherentwöhnungsinterventionen auszubilden, war Teil des NSW Tobacco Action Plans, der in Australien gemäß Empfehlungen der WHO (Evidenz-

basierte Empfehlungen der WHO zur Behandlung der Tabakabhängigkeit. Kopenhagen: World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, 2001) durchgeführt wurde. Die Fähigkeit dieser Fachleute kurze Raucherentwöhnungsinterventionen zu führen, wurde per Videokonferenz angelernt (Mitchell, Hawkshaw, Naylor, D., & Sanders, 2008).

6.6.3 *Unterstützung von Bediensteten bei der Tabakentwöhnung*

Mitarbeiterunterstützung wurde als wichtiger Punkt für die Umsetzung der Rauchverbote benannt. Raucher sind in der Regel weniger begeistert von den Rauchverboten im professionellen Setting, 50% bis 60% unterstützen es dennoch. 52% der Mitarbeiter waren jedoch für eine Regelung, die das Rauchen auf bestimmte Bereiche im Freien beschränkte (Carpenter et al., 2001).

Nach der Umsetzung eines Rauchverbots in einem amerikanischen Gefängnis rauchten 76% der Häftlinge weiter. Dieses Ergebnis überraschte die Autoren, die es sich teilweise durch die geringe Unterstützung des Personals für die Leitlinien durch das Personal erklärten – obwohl sie keine Angestellten befragt hatten (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

Im Jahr 2007 hat die WHO die Dringlichkeit betont, die Bedürfnisse von Bediensteten und Häftlingen in Bezug auf Tabak zu beachten. Schutzmaßnahmen gegen Passivrauch und Förderung der Entwöhnungsprogramme sollten für beide Personengruppen eingeführt werden (World Health Organization & Europe, 2007). Neben den verschiedenen Arten und Weisen Akzeptanz zu gewinnen und Strategien im Gefängnis durchzusetzen, benötigt das Gefängnispersonal ebenfalls eine adäquate und individuelle Unterstützung und Hilfestellung bei der Tabakentwöhnung. Die Bedeutung einer klaren Kommunikation über ein Rauchverbot (einschließlich Ausbildung des Personals im aktiven Nichtraucherenschutz) wurde als Weg gesehen, den Schulterschluss für das Verbot zu erhöhen. Selbst wenn die Mitarbeiter selber in den Institutionen nicht rauchen dürfen, wurde Sorge über die Passivrauchaussetzung am Arbeitsplatz geäußert. Das Recht auf saubere Luft wurde erwähnt (Foley, Proescholdbell, Malek et al., 2010).

In einigen europäischen Ländern ist es dem Personal noch erlaubt in bestimmten Orten innerhalb des Gebäudes zu rauchen (Hartwig et al., 2008).

In Großbritannien dürfen Bedienstete während ihren Pausen in ausgewiesenen Bereichen rauchen, jedoch nicht in geschlossenen Räumen. Mitarbeiter, die

das Rauchen aufgeben wollten, berichteten über einen Mangel an Unterstützung. Allerdings stehen folgende Hilfsmittel zur Verfügung: Information und Begleitung; Hinweise bezüglich Kontaktaufnahme mit dem staatlichen Gesundheitsdienst – NHS – oder dem Hausarzt; Überweisung an externe Rauchstoppdienste; kostenlose NRT und Betreuung durch Krankenpfleger; wöchentliche Support-Gruppen; Poster (Department of Health South West Regional, 2007).

In einer Jugendstrafanstalt wurde im Jahr 2005 eine rauchfreie Leitlinie eingeführt. Dem Personal wurde Unterstützung zur Rauchentwöhnung angeboten, einschließlich Geldleistungen durch das Gefängnis für den Kauf von NRT (Pflaster und Pastillen). Dieser Anreiz wurde zwar als Impuls zur Rauchentwöhnung betrachtet, die entsprechende Rückwirkung jedoch eher als „gemischt“ beschrieben (Kipping et al., 2006).

In Frankreich ist die Betreuung bei der Raucherentwöhnung des Personals Bestandteil eines Präventionsplans für Bedienstete. In jeder Haftanstalt stellt dieser Plan eine Komponente der gemeinsamen Zusammenarbeit zwischen der Personalabteilung, den Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Gewerkschaftern dar. Der Plan wird durch den betreuenden Arzt verwaltet und beinhaltet Informationen über Risiken im Zusammenhang mit dem Rauchen und über verfügbare Ressourcen für die Entwöhnung. Der Nikotinersatz ist in der Krankenversicherung des Personals (bis zu 50 Euro pro Jahr) enthalten. Allerdings ist die Verfassung eines solchen Plans nicht vorgeschrieben und wird von den jeweiligen Institutionen selbst entschieden (French Government, 2007).

In einer forensischen Klinik, in der verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, wurde den Bediensteten eine Unterstützung zur Tabakentwöhnung angeboten, aber nur 2% des Personals nutzten sie (Hofstetter et al., 2010).

6.6.4 Sozialmarketing

Sozialmarketing ist die Verwendung von kommerziellem Marketing, welches zu Zwecken der Verhaltensänderung angepasst wurde. Es wurde in Raucherentwöhnungsprogrammen im Gefängnis eingesetzt, wo das Programm sich auf die individuellen Bedürfnisse der Konsumenten konzentrierte (Zugang zur Einzel- oder Gruppenberatung, pharmakologische Unterstützung, Zugang zur Beratung auch zwischen den jeweiligen Sitzungen, sowie zu verschiede-

nen Aktivitäten). Die Vorteile des Nichtrauchens sollten zu annehmbaren Kosten sinnvoll und erreichbar sein. In einer Studie, die in vier Gefängnissen in England und Wales durchgeführt wurde, erkannten Häftlinge gesundheitliche, finanzielle und emotionale Vorteile des Nichtrauchens (Gefühl der Erreichung externer Ziele, der Freiheit, der Kontrolle und Unabhängigkeit). Solche positive Belohnungen können möglicherweise einen stimulierenden Effekt auf die Erforschung weiterer Verbesserungen der Gesundheit und der Rehabilitation im Allgemeinen haben (MacAskill, 2008).

Sozialmarketing war auch in Australien Teil einer Tabakkontrollstrategie. Es ist nötig sich nach den wesentlichen Werten des Zielpublikums zu richten und nicht nur nach Gesundheitswerten, wie es die meisten Raucherentwöhnungsprogramme der öffentlichen Gesundheit geneigt sind zu tun (Awofeso, 2003).

6.7 Auswirkungen auf die Umgebung

Raucheinschränkungen in Gebäuden bewirken eine Reduzierung des Rauchverhaltens und verstärken das Bedürfnis mit dem Rauchen aufzuhören. (Carpenter et al., 2001; US Department of Health, 2006). Allerdings fehlen evidenzbasierte Daten in Bezug auf die Folgen der Raucheinschränkungen innerhalb von Gefängnisgebäuden (Global Smokefree Partnership, 2009). Gefängnisse werden für bedrückende Orte gehalten und es wird befürchtet, dass eine zusätzliche Kontrolle des Zigarettenkonsums zu mehr Unruhe führen könnte (Awofeso, 1999).

6.7.1 Totalverbot (Rauchen ist drinnen und draußen verboten)

Bei totalem Rauchverbot ist das Rauchen sowohl für Angestellte, als auch für Häftlinge in einer Einrichtung untersagt. Literaturberichte weisen kontroverse Meinungen bezüglich dieser Umsetzung auf. Es hat sich als effektiv erwiesen, die Exposition gegenüber Passivrauch zu reduzieren. Allerdings mit abgeschwächtem Erfolg und Akzeptanz im Gefängnis vor allem, wenn eine solche Einschränkung nicht mit einer Entwöhnungsbehandlung in Verbindung steht.

Kanada, USA, Australien und Neuseeland vertreten ein striktes Rauchverbot. In den letzten 20 Jahren gab es in den USA eine Bewegung hin zu restriktiven Richtlinien, mit einer Verdreifachung der Rauchverbote. Im Jahr 2007 gab es in 96% der Haftanstalten rauchfreie Wohnräume, 27% verboten das

Rauchen innerhalb der Gebäude und 60% vertraten ein totales Verbot (Kauffman et al., 2008) (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010; Eldridge & Cropsey, 2009). 90% der Einrichtungen vertreten Einschränkungen auf das Rauchverhalten (Foley, Proescholdbell, Herndon Malek, & Johnson, 2010).

In Kanada und den USA war die Entscheidung Gefängnisse rauchfrei zu gestalten auf Basis einer erleichterten Um- und Durchsetzung einer Richtlinie, die den Besitz oder die Verwendung von Tabak innerhalb einer Gefängnisanlage verbietet.

In drei Ländern der Europäischen WHO Region (Irland, Großbritannien und die Türkei) herrscht ein totales Rauchverbot in allen öffentlichen Räumen (Maurer-Stender, 2010). In Großbritannien und Irland gilt dieses Verbot auch in Haftanstalten, wo das Rauchen in einigen Zellen ausnahmsweise erlaubt ist.

Zahlreiche negative Aspekte dominieren die Debatte vor allem, wenn ein Verbot nicht an zusätzliche Entwöhnungshilfen gekoppelt ist. Dies wird als eine verpasste Gelegenheit einer möglichen Verhaltensänderung betrachtet, die wichtige Vorteile für die Gesundheit mit sich bringen könnte und die Kosten der Krankenpflege während der Haft senken würde (Kauffman et al., 2008). Aus anderen Berichten geht jedoch hervor, dass die Umsetzung eines Nichtraucherschutzes auf wenig Widerstand oder Gewaltausbrüche gestoßen ist, obwohl zu erwähnen ist, dass möglichen Schwierigkeiten weitgehend vorgegriffen wurde.

Negative Auswirkungen

Mangelhafte Einhaltung des Verbots: Insassen rauchen trotz Verbot weiter (76% der Insassen rauchen ein Monat nach Einführung der Vorschrift weiter). In einer rauchfreien Einrichtung in den USA, berichteten 24% der inhaftierten Personen, dass sie rauchen (Khavjou et al., 2007).

Ein Verbot stellt nicht sicher, dass das Rauchen auch wirklich eingestellt wird; Gesundheitsrisiken können sich während der Haft sogar noch erhöhen (Lankenau, 2001). Ein Verbot hindert Leute nicht daran zu rauchen, auch nicht Jahre nach seiner Einführung (Patrick & Marsh, 2001). Ein Rauchverbot „heilt“ nicht Menschen von ihrer Abhängigkeit. 97% der Insassen aus einem rauchfreien Gefängnis fingen innerhalb von 6 Monaten nach ihrer Entlassung wieder mit dem Rauchen an (Lincoln et al., 2009). Kauffmann berichtet in seiner Studie, dass 76% der Häftlinge nach Entlassung aus einem

rauchfreien Gefängnis wieder rückfällig geworden waren (Kauffman et al., 2008).

Zigaretten sind Bestandteil der Schmuggelwirtschaft (K. Cropsey et al., 2008) (Kauffman et al., 2008) (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010; Lankenau, 2001) (Patrick & Marsh, 2001). In Kanada protestierten Gefangene gegen das Vorhaben ein allgemeines Rauchverbot einzuführen, indem sie in einen Hungerstreik traten. Dies hing auch mit den hohen Zigarettenpreisen auf dem Schwarzmarkt zusammen (Spurgeon, 2000).

Der Preis kann zunehmend hoch werden. Mitarbeiter sind auch am Zigaretenschmuggel beteiligt, obwohl sie nicht in Erwägung ziehen würden, andere Drogen zu schmuggeln (Patrick & Marsh, 2001). Dort, wo Verbote herrschen, gibt es auch Verstöße und Sanktionen. Einige können Auswirkungen auf den Ausbau der Rehabilitationskapazitäten haben (Eldridge & Cropsey, 2009) Lankenau, 2001).

Positive Auswirkungen

Es wurde eine Abnahme der Passivrauchbelastung und der Anzahl ärztlicher Konsultationen festgestellt. Vorschriften können die Exposition gegenüber Passivrauch beschränken. Die Eindämmung der Passivrauchbelastung sollte jedoch mit Entwöhnungsprogrammen verbunden sein (Hammond & Emmons, 2005; Proescholdbell et al., 2008).

Häftlinge können eine (manchmal deutliche) Verringerung des Tabakkonsums beschreiben, aber ohne merkliche Verbesserung des Gesundheitszustandes (Lankenau, 2001). In einer globalen Bevölkerungsstudie wurde von einer kurzfristigen Verbesserung der selbst beschriebenen Symptome einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) berichtet (Etter, 2010).

Weitere Vorteile sind: Verringerte Brandgefahr und geringere Wartungskosten (Lincoln et al., 2009) (Patrick & Marsh, 2001). In Bezug auf die Schadensminderung ist die Nachfrage nach Zigaretten dermaßen gestiegen, dass sie andere Drogen in den Schatten gestellt und deren Schmuggel eingeschränkt hat (Kauffman et al., 2008) (Patrick & Marsh, 2001) (Lankenau, 2001).

In Deutschland wurde in einer forensischen Klinik, in der verurteilte Insassen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Maßregelvollzug eingewiesen wurden, ein vollständiges Rauchverbot eingeführt. Die Verschreibung psych-

iatrischer Medikamente nahm während der sechs Monate nach der Einführung des Verbots um 25% ab. Aggressionen gegen Bedienstete fielen in den darauffolgenden drei Jahren um 60% (Hofstetter et al., 2010).

Es ist realistischer den Beginn des Rauchens in einer rauchfreien Umgebung zu verhindern (Lincoln et al., 2009). In der Allgemeinbevölkerung reduziert die Gesetzgebung über rauchfreie Arbeitsplätze den Tabakkonsum während der Arbeit (je nach Studie und Strategie um 4% bis 10% oder sogar bis zu 39%) und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Arbeitnehmer dies auch Zuhause umsetzen.

6.7.2 *Partielles Verbot (Rauchen in gemeinsamen Räumen ist verboten)*

Rauchen ist in gewissen Außenbereichen erlaubt, innerhalb der Gebäude ist es jedoch (teilweise) untersagt. Aber auch dann wird das Verbot nicht immer beachtet. In einer amerikanischen Studie, die in zwei Einrichtungen durchgeführt wurde, wo das Rauchen nur draußen erlaubt war, berichteten 51,2% der Raucher auch drinnen zu rauchen. Unter ihnen behaupteten 34,1%, dass das jeden Tag vorkomme (freiwillig genannte Zahlen) (Kauffman et al., 2011). Diese Form von Rauchverbote wird weitgehend in Europa angewandt.

In Polen ist das Rauchen in geschlossenen Räumen nur in Einzelzellen, während Treffen mit Besuchern und auf Gehwegen im Freien erlaubt. Rauchen während der Arbeit ist verboten, dies gilt ebenfalls für Bereiche, in denen Nichtraucher dem Passivrauch ausgesetzt werden könnten (Sieminska et al., 2006).

In Frankreich ist laut nationaler Gesetzgebung das Rauchen in Gefängnissen verboten (Loi Evin und dessen Anwendung (French Government, 2007)) beziehungsweise ist das Rauchen überall verboten, außer in Zellen, die von volljährigen Häftlingen bewohnt werden, die bei ihrer Inhaftierung angeben Raucher zu sein.

In 79% der europäischen Länder, die an einer Erhebung der Europäischen Union teilgenommen haben, wurden Raucheinschränkungen in allen Gefängnissen umgesetzt (2008). Die Umfrage zeigte eine Vielzahl von Regelungen: Gefangene dürfen nur in ihren Zellen rauchen (70% der Befragten); spezielle Raucherzimmer sind selten (14%); Nichtraucher unter den Gefangenen können beantragen in eine „Nichtraucher-Zelle“ umzuziehen (60%) (Hartwig et al., 2008).

6.7.3 *Tabakkauf durch den Gefangenen – Tabakausgabe durch die Anstalt*

Die kostenlose Verteilung von Tabak in den USA ist in den letzten 20 Jahren rückläufig, was mit der zunehmenden Tabakkontrollpolitik übereinstimmt. Heutzutage gibt es keinen „Sozialtabak“ mehr, auch nicht für bedürftige Insassen (Kauffman et al., 2008). Allerdings ist, so wie auch bei anderen Substanzen, die Kontrolle bzw. die Beschränkung des Zugangs zu Tabak, Teil der rechtlichen Maßnahmen gegen den Substanzgebrauch.

In den USA wurden wöchentliche Erwerbseinschränkungen zusammen mit einem Verbot beschrieben, das die Entgegennahme von Tabak, der von Freunden oder der Familie mitgebracht wird untersagt (Lankenau, 2001).

Die Art des vorhandenen Tabaks beeinflusst das Rauchverhalten (d. h. ein steigender Preis hat eine abnehmende Nachfrage zur Folge). Der Rückgang des täglichen Tabakkonsums war erheblicher in einem Gefängnis, wo nur Ultra Light-Zigaretten verfügbar waren, als in einer Einrichtung, in der billigere, handgedrehte Zigaretten ohne Filter gekauft werden konnten. Die Konsequenz des Zigarettenpreises kann sich in einer Hafteinrichtung sogar noch mehr auf das Rauchverhalten ausprägen, da aufgrund der niedrigeren Arbeitslöhne im Gefängnis der Zigarettenkauf verhältnismäßig teurer ist (Kauffman et al., 2011).

In Polen wurde die Versorgung mit Zigaretten reduziert (Sieminska et al., 2006).

6.8 Tabakkonsum und Schadensminderung

Bisher hat die Schadensminderung in Bezug auf den Tabakkonsum wenig Aufmerksamkeit erregt, da das Hauptziel die Rauchabstinenz war. Die Schadensminderung wurde als eine öffentliche Gesundheitsstrategie bezeichnet, um Schaden im Zusammenhang mit einem bestimmten Verhalten zu reduzieren oder zu minimieren, ohne Absicht das Verhalten an sich zu unterbinden (Human, 2010). Derselbe Autor führt die Begriffsbestimmung der Amerikanischen Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit (American Public Health Association – APHA) an: *„Unter Schadensminderung versteht man Raucher zu unterstützen und zu befähigen ihr Krankheits- oder Todesrisiko im Zusammenhang mit Tabakkonsum zu mindern, indem sie zu weniger schädlichen Tabakprodukten wechseln. Dieser Wechsel kann kurz- oder langfristig, voll- oder unvollständig sein mit der Einsicht, dass jedes Mal wenn ein alter-*

natives Tabakprodukt statt einer Zigarette konsumiert wird, das Krankheits- und Todesrisiko im Zusammenhang mit Tabak verringert wird.“

Durch den Tabakkonsum wird weltweit am häufigsten Nikotin eingenommen (Royal College of physicians, 2007). Eine Schadensminderungsstrategie für Raucher kann denjenigen behilflich sein, die nicht bereit oder nicht im Stande sind das Rauchen aufzugeben. Das Ziel einer solchen Strategie besteht darin, sich den für die Gesundheit schädlichen Auswirkungen der Karzinogene und anderen schädlichen Bestandteilen des Zigarettenrauchs weniger auszusetzen. Je weniger geraucht wird, desto besser. Strategien können drei Zielsetzungen haben:

„Die Erste dient lediglich der Aufrechterhaltung des Status Quo, dessen Bemühungen dem durch den Zigarettenkonsum verursachten Schaden vorzugreifen, ganz und gar auf Strategien beruhen, die eine vollständige Abstinenz des Nikotinkonsums erlangen. Die zweite Zielsetzung strebt an Nikotinprodukte, die für den Raucher eine akzeptable Alternative zum gerauchten Tabak darstellen (insbesondere bei Zigaretten), verhältnismäßig jedoch ein wesentlich geringeres Gesundheitsrisiko mit sich tragen, für Erwachsene genauso erhältlich wie Zigaretten zu machen. Die Dritte hat vor diese alternativen Nikotinprodukte für Erwachsene verhältnismäßig erhältlicher als Zigaretten zu machen.“ Die letzte Zielsetzung ist mit finanziellen Aspekten verbunden, die für benachteiligte und vom Tabakkonsum äußerst abhängige Menschen wie Gefängnisinsassen eine wichtige Rolle spielen (Royal College of physicians, 2007).

Wenn ein Raucher vom Zigarettenkonsum als Nikotinquelle zu anderen Nikotinquellen überwechelt, wie es bei der Schadensminderung in Bezug auf Drogenkonsum meistens der Fall ist, dann wird er weder rauchfrei noch von seiner Nikotinabhängigkeit geheilt. Jedoch ist der mit dem Tabakkonsum verbundene Schaden gemindert.

Eine jüngste Bewertung legt wissenschaftliche und medizinische Veröffentlichungen zur Schadensminderung im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum dar (Rodu, 2011).

Die Internationale Gesellschaft für Schadensminderung (Harm Reduction International Association) nennt einige Beispiele für Interventionen im Bereich Schadensminderung (<http://www.ihra.net/tobacco-harm-reduction>). Einige dieser Interventionen sind für Gefängniseinrichtungen relevant: Einschränkung des Tabakkonsums, langfristige NRT oder rauchfreier Tabak.

Global führen Raucherentwöhnungsprogramme zu geringerem Tabakkonsum und beinhalten in diesem Sinn eine Dimension der Schadensminderung (Harcouët et al., 2008; MacAskill, 2008; MacAskill & Eadie, 2002).

Schadensminderung bezogen auf Tabakkonsum wurde als Teil der öffentlichen Gesundheit dargestellt und sollte ergänzend zur Abstinenz (mit dem Rauchen überhaupt nicht anzufangen), zur Entwöhnung (Rauchstopp) und zur Verringerung der Risiken verbunden mit der Passivrauchbelastung (rauchfreie öffentliche Räume) die vierte Säule der Prävention bilden. Dies hat für Gesundheitsfachleute konkrete Folgen: Sie sind verpflichtet die Öffentlichkeit über die Risiken im Zusammenhang mit den zahlreich erhältlichen Tabak- und Nikotinprodukten zu informieren, und ihr Hinweise hinsichtlich der Einschränkung und nicht nur der Abstinenz zu geben. Ziel ist als erster Schritt zu einer mehr oder weniger langfristigen Abstinenz Raucher zu beraten, die nicht im Stande oder nicht bereit sind mit dem Rauchen aufzuhören, damit sie zu weniger schädlichen Nikotinprodukten überwechseln. Demzufolge wird Nikotin nicht nur als Hilfsmittel zur Entwöhnung sondern auch als Lebensstil Droge betrachtet (Human, 2010).

6.9 Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Raucherprävalenz in Gefängnissen ist die Passivrauchaussetzung gegenüber Passivrauch erheblich. Menschen (Gefangene und Bedienstete) sind daran interessiert, ihre Gewohnheiten zu ändern. Geschlossene Einrichtungen stellen eine Gelegenheit dar, Subgruppen der Bevölkerung, die normalerweise schwer zu erreichen sind, eine Raucherentwöhnung zur Verfügung zu stellen. In der Tat wird die Entwöhnung nur unzureichend unterstützt.

Es besteht keine Einheitlichkeit in Tabakkontrollstrategien. Die USA, Kanada, und Australien neigen zu einer allgemeinen Tendenz der Einführung vollständiger Rauchverbote. Europäische Länder scheinen eher partielle Verbote angenommen zu haben, unter welchen in Einzel- und Gemeinschaftszellen, die Raucher teilen, sowie in ausgewiesenen Räumen und Bereichen das Rauchen erlaubt ist, wohingegen Gemeinschaftsräume (Speisesäle, Sporteinrichtungen und Arbeitsplätze) weitgehend rauchfreie Bereiche sind. Im Großen und Ganzen stehen große Bemühungen bevor, die Entwicklung von Strategien fortzusetzen, die nicht nur aus Verboten bestehen können, sondern auch einen erleichterten Zugang zu Raucherentwöhnungsprogrammen für Insassen

und Bedienstete beinhalten sollten. Darüber hinaus sollten notwendige Mittel, wie z.B. Aufklärung, Einzelberatung, berufliche Tätigkeiten und Schulung des Personals für eine erfolgreiche Teilnahme an den besagten Programmen auch Bestandteil solcher Strategien sein.

7 Fazit

Rauchen ist ein Verhalten, das im Gefängnis häufig vorkommt; es gehört zum Gefängnisleben und zur Normalität dieser Lebensumwelt. Der Tabakkonsum ist auf manche Art und Weise unter Gefangenen überrepräsentiert und im geringeren Ausmaß auch unter den Bediensteten. Diese Situation steht im Gegensatz zur Sachlage in der Allgemeinbevölkerung, wo das Nichtrauchen sich zur Haupttendenz entwickelt hat und sich das Rauchen auf eine Minorität der Bevölkerung bezieht. Die Tabakabhängigkeit ist im Gefängnis die häufigste Sucht. Allerdings werden paradoxerweise zu diesem Suchtverhalten manchmal am wenigsten Strategien entwickelt. Dies gilt sogar für äußerst geregelte Einrichtungen, in welchen eine Schadensminderung oder Substitutionsbehandlungen für Heroingebrauchende entwickelt wurde.

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit stellt die Passivrauchbelastung in Gefängnissen eine große Herausforderung dar, vor allem seitdem in den letzten zwei Jahrzehnten ständige Entwicklungen in der Allgemeinbevölkerung die Passivrauchaussetzung stufenweise verringert haben. Gefängnisse können diese Realität nicht länger missachten und zu Orten werden, die in Vergessenheit geraten und allgemeine Regeln keine Anwendung finden („*zone de non droit*“). Dies gilt für beide Zielgruppen: Bedienstete und Gefangene. Einerseits sind Maßnahmen zur Gesundheit am Arbeitsplatz den entsprechenden Maßnahmen in der Allgemeinbevölkerung anzupassen. Andererseits betonen Gefängnisse ihre allein stehende Haltung, wenn allgemein verwendete Vereinbarungen bezüglich der Nichtraucherchutzvorschriften weder in ihrem Arbeitsbereich noch bei den Insassen Anwendung finden.

Einerseits sollte die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachleuten, Gefängnis-Administratoren und Tabak-Experten zur Entwicklung einer Strategie führen, die an geschlossene Einrichtungen angepasst ist und darüber hinaus die komplizierte und besondere Bedeutung des Tabakkonsums für Gefangene in Betracht zieht. Zur Einführung eines solchen Ansatzes benötigt das Personal Schulungen und hierarchische Unterstützung. Andererseits sind Gefängnisse in die Strategie staatlicher Tabakkontrollprogramme miteinzuschließen.

Ziel einer solchen Strategie wäre die Exposition der Bediensteten und der Gefangenen gegenüber des gesundheitsschädlichen Bestandteils, d. h. die Passivrauchbelastung zu reduzieren, indem rauchfreie Bereiche erweitert und Menschen angeregt und unterstützt werden, ihren Tabakkonsum zu verringern oder einzustellen. Unterschiedliche Mittel sind zum Erreichen dieses primären Ziels notwendig: Informationen, Kommunikation, Aufklärung (*information, communication, education – ICE*), Nichtraucherenschutzbestimmungen, Einzel- oder Gruppenentwöhnungsunterstützungen mit oder ohne pharmakologischen Hilfsmitteln und Schadensminderungsprogramme bezüglich Tabak.

Letztlich führt diese Strategie Lösungen herbei, die Personen unterschiedlichen Verhaltens, ermöglichen einen gemeinsamen Bereich zu teilen. Das Lernen im Gefängnis der Regeln einer hinsichtlich des Tabakkonsums begrenzenden Strategie wird Personen darauf vorbereiten, Methoden, Regeln und Normen der Allgemeinbevölkerung anzunehmen (Ritter, Stöver, Levy etter, & Elger, 2011). Demzufolge sollten Strategien im Gefängnis mit dem Maß an Beschränkungen, die in der allgemeinen Gemeinschaft gelten übereinstimmen. Sollten diese restriktiver sein, so könnten sie zu Missverständnissen führen und kontraproduktiv sein. Allerdings würde bei weniger restriktiven Beschränkungen, wie es in den meisten Ländern noch der Fall ist, diese für die Gesundheit schädliche Situation weiterhin vernachlässigt und indirekt sogar noch unterstützt werden.

II

English

Contents

Preface	95
1 Introduction	99
2 Methods	101
3 Prevalence of tobacco use	103
3.1 General differences between men and women inside and outside of prisons	103
3.2 Men	104
3.3 Women	108
3.4 Youth / Adolescents	110
3.5 Staff	111
3.6 Progression of the prevalence in recent years	112
3.7 Summary of the prevalence data	113
4 Analysis of the prevalence data	115
4.1. Characteristics of prisoners	115
4.1.1 Tobacco dependence	115
4.1.2 Tobacco Smoke and Health	116
4.1.3 Tobacco smoking and (multiple) drug use	118
4.1.4 Tobacco smoking and mental disorders	119
4.1.5 Socio-economic background	121
4.1.6 Age	121

4.1.7	Ethnic differences	123
4.2	Characteristics of the surrounding conditions	123
4.2.1	Passive smoking – second hand smoke	124
4.2.2	Access to smoking cessation	125
4.2.3	Standards of behaviour and culture	127
4.2.4	Cigarettes and coping	127
4.2.5	Instrumentalisation of cigarettes: monetary and reward	128
4.2.6	Tobacco purchase	128
4.2.7	Tobacco smoking and pleasure	129
4.2.8	Tobacco smoking and violence	129
4.2.9	Legal aspects	130
4.3	Summary of the analysis of prevalence data	131
5	Smoking cessation / quit rates	133
5.1	USA	133
5.1.1	Men	133
5.1.2	Women	134
5.2	Canada	135
5.3	Australia	135
5.4	Europe	136
5.5	Summary	137
6	Tobacco control in detention facilities	139
6.1	Introduction	139
6.1.1	Motives for change	140
6.1.2	Responsible key actors	140
6.2	Milestones of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)	141
6.3	Development of tobacco control policies: examples from three countries	142

6.3.1	Australia	143
6.3.2	Great Britain	144
6.3.3	Switzerland	146
6.4	Obstacles to effective tobacco control	146
6.5	Youth detention facilities	148
6.6	Individual level: change in behaviour of smokers	148
6.6.1	Smoke reduction and control	149
6.6.2	Support for prisoners in smoking cessation	150
6.6.3	Support for staff in smoking cessation	154
6.6.4	Social marketing	155
6.7	Effects on the surrounding area	156
6.7.1	Total ban (smoking is prohibited indoors and outdoors)	156
6.7.2	Partial ban (smoking is prohibited in rooms)	158
6.7.3	Purchasing tobacco – free distribution	159
6.8	Tobacco smoking and harm reduction	159
6.9	Summary	161
7	Conclusion	163
	References	165

Preface

This document is a theoretical introduction to a research conducted in 2011 in German prisons. We attempted to be as exhaustive as possible, but its content will constantly evolve since research continues and new publications are regularly released.

We describe the situation of tobacco smoking in prisons worldwide considering: prevalence of smoking among detainees (diverse data in men, women and young detainees when available, comparative data in the general population) and staff; exposure to second-hand tobacco smoke (SHS); desire to quit and strategies developed so far. In the discussion, on the one hand, we explore the complex relationship between smoking and detention, its specific functions for incarcerated people and some characteristics of the setting. On the other hand, we are looking at the relationship between working in a closed setting, smoking patterns and regulations regarding occupational health.

Looking at tobacco smoking in prisons implies considering it at more levels than outside. In closed settings, where the expression of human potentials is very much restricted, tobacco smoking is perceived as “the last” pleasure. Smoking is merely perceived and understood as a physical and psychological sensation. Even more so than outside the daily hustle and bustle is managed with smoking. Relaxation from the burden of being incarcerated is gained and feelings of guilt are often overcome by smoking. Furthermore, cigarettes along with coffee are a currency for the trading of goods and services in a setting where cash money is not allowed. Research looking at cigarette smoking thus has to keep in mind the impact and functions of smoking and tobacco with regard to the specifics of prison culture. Research in this field is often being perceived as hostile, aiming to increase repression and restrict even more pleasure-seeking behaviours. For this reason, talking about smoking and SHS has for a long time been viewed as a taboo.

The study we carried out looks at the rationale of smoking, smoking patterns and the impact of smoking. It aims at offering assistance to those prisoners who want to stop or reduce smoking for various reasons, the economic ones being central. Expenses related to tobacco smoking often exceed more than half of the monthly earnings between 50 and 100 €. Prisoners stated that the often felt tobacco dependence to be highly limiting from an economic point of view.

Regulations of tobacco smoking in custodial settings need to keep in mind that for those who wish to smoke less or to quit smoking a variety of assistances has to be offered regarding occupational activities, sports and so on, which allow prisoners to find new ways of coping with life than with the sole smoking occupation. Tobacco harm reduction or smoking-cessation support should be available to an extent equivalent to what is available to smokers in freedom.

For many years, tobacco smoking has had the function of offering pleasure. When we look at novels focussing on prisons (e.g. Hans Fallada: *Wer einmal aus dem Blechnapf frisst* bzw. *Who once eats out of the tin bowl*, written in 1934), it can be pointed out that this very function has already been stated 80 years ago. Prison and smoking have been intrinsically tied together in a way that even talking about change is being perceived as threatening. This indicates a very special form of tobacco dependence, which seems to be intensively interrelated with every day prison life. Thus, incarceration contributes massively to tobacco dependence, which cannot simply be overcome on release. Being aware of this prison health care aspect carries a particular responsibility to offer services for prisoners who are reflecting on changing their smoking habits.

The situation for staff is also a challenge, since smoking prevalence rates exceed those of similar groups “outside” (police, fire brigade etc.). Their smoking habits may well only be understood within the specific “smoking-in-prison context”. Consequently, staff is part of this culture and might manage their burden of work with smoking. Needless to say that for a long time this has remained unquestioned and not been taken into account as part of a health strategy. However, as soon as occupational health and protection from SHS became part of the overall health discussion, smoking for prison staff was put on the agenda. Unlike prisoners, they may leave the setting either for a break or when going off duty. Since prisons are public buildings the protection of non-smokers has become a guiding principle and smoking at the

work place is no longer allowed. When smoking is considered as a dependency (ICD-10), assisting services have to be offered to those unable to leave a building for a smoke (e.g. with CCTV surveillance). Again, tobacco harm reduction or cessation interventions ought to be available.

Finally, it is quintessential to find acceptable ways of implementing smoking regulations for both target groups, prisoners as well as staff. In other words accepting that prisoners smoke in their area of privacy (cell) and at the same time accept the non-smokers' wish to be protected from the health hazards of tobacco smoke (SHS). Finding the right balance implies for staff members to be allowed to smoke either in designated smoking areas (in-house-smoking can only be an interim solution, thus smoking will most probably only be allowed outdoors in future) or to be offered tobacco harm reduction and smoking-cessation interventions.

Those decisions are highly significant, as Alfred Polgar mentioned already eighty years ago: *„The possibility to permit or prohibit smoking constitutes the most effective way for a prison director to draw a maximum of the prisoner's good will, and with the smoke of a cigarette the bulk of anger and hatred which may accumulate within his soul may dissipate in a safe manner. Moreover, the right to smoke still creates a form of connection between the detainee and the community that excluded him. His desire to form part of the other rights the community assigns increases and the tendency to come to terms with the latter grows stronger within him. Indeed, it becomes stronger than through pious advice or the unconditional brutality of treatment.“* (Alfred Polgar, *Kleine Schriften*, Band I Musterung, hrsg. v. Marcel Reich-Ranicki in Zusammenarbeit mit Ulrich Weinzierl, Rowohlt, 1994)

Heino Stöver, January 2012

1 Introduction

More than nine million people are incarcerated around the world. High tobacco smoking prevalence rates are reported among prisoners, ranging from 64 to over 90 percent depending on the country and the setting. In contrast to recent developments in the life outside prisons, almost no changes occurred within prisons. A remarkable decline in smoking prevalence rates have been observed in the general population (WHO, 2007a).

Health problems are considered to be part of potential barriers to successful reintegration when being released from prison. Since there is a clear link between smoking and various diseases, a tobacco cessation programme can also be seen as a means of support for integration (Kauffman, Ferketich, Murray, Bellair, & Wewers, 2010) (National Offender Management Service, 2004). The positive rewards from successful cessation can encourage exploring further changes. Smoking should be considered as a behaviour leading to health inequalities and as a potential barrier to successful reintegration (Kauffman, Ferketich, & Wewers, 2008) (MacAskill, 2008).

Within prison grounds, where inmates are forced to spend most of their time indoors and where ventilation is often poor, the probability of being exposed to second-hand smoke (SHS) is high. Exposure to SHS creates a need for effective interventions to reduce involuntary health risks to both detainees and staff.

Raising awareness among the public and opinion leaders about the risks of SHS is important in order to ensure that the public understands and supports legislative action (WHO, 2009a). This can also be attained through research within the prison environment. Furthermore, the production of local epidemiological evidence is more effective in convincing politicians to act than statistics imported from other countries (WHO, 2007b).

The research on SHS in German prisons is focused on these two objectives. In society at large the acceptance of legislation to protect people from SHS has substantially increased from 52.9% in 2005 to 74% in 2010. Even among

regular smokers, the same trend can be observed regarding smoke-free pubs and bars (26% in 2007 to 40% in 2010) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Gesundheit, & 11055 Berlin www.drogenbeauftragte.de, 2011).

2 Methods

We gathered prevalence data and information on public health strategies through four main sources:

- A systematic review of and research in literature (Pubmed, Informa-healthcare, PsycInfo, Saphir, Up to date, WHO, BDSP). Our research terms were: smok* (smoking, smokers, smoke-free), ban, smoking cessation, tobacco, policy, prevalence, prison, detainee*, staff, cardiovascular risk factors and health, women, pregnancy.
- Personal communication. This approach is convenient since little literature exists in this subject area, but professionals develop and experiment various strategies that are significant to our work.
- Newsletters on research carried out in prisons providing information on the publication of strategies or guidelines to reduce SHS in prison.
- Websites regarding tobacco on the whole were carefully and regularly examined for literature on prisons or the development of guidelines for strategies to tackle SHS in this specific setting.

3 Prevalence of tobacco use

We report here the main results available in the literature regarding prevalence. We try to set the smoking rates regarding the general population in relation to that of prisoners in custody. The results are presented separately for the four groups:

- Male prisoners
- Female prisoners
- Adolescents and young adults
- Staff

Although a global view is sought with regard to smoking behaviour among prisoners and staff, it can only be achieved for the geographic areas for which prevalence data exists. Not all geographic areas are covered; this is due to the lack of data reported in some countries.

3.1 General differences between men and women inside and outside of prisons

In 2005, all but two countries (Iceland and Sweden) of the European region showed smoking prevalence to be higher among men than among women. Data from Georgia shows the widest gender gap – 46.9%, followed by five Eastern European countries with a gender difference of more than 40% (Armenia, Belarus, Kyrgyzstan, Republic of Moldova and the Russian Federation). A small difference between male and female smoking prevalence, i.e. of less than 10%, can be found in 18 (mostly Western European) countries (WHO, 2007a).

Prevalence rates of smokers within a prison setting are, as a rule, two to four times higher than in the general population. On the whole, the proportion of smokers in prisons tallies with the proportion of non-smokers outside prison (e.g. 75% of smokers inside, 25% outside) (Patrick & Marsh, 2001).

Men and women in prison have similarly high smoking rates (K. L. Cropsey, Jackson, Hale, Carpenter, & Stitzer, 2011; Stöver & Thane, 2011).

Only an Australian study reported a higher prevalence rate among imprisoned women compared with the prevalence rate among men. These findings contrast with the situation outside prisons where men smoke more than women (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000).

3.2 Men

Canada

The comparative data on smokers in the general population is as follows:

In 2006, 16% of the male population smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) ¹ results in a slightly higher overall prevalence of 21% (WHO, 2009b)

In detention facilities:

- Quebec 72% (1995) and 71% (2008), N= 73 (Guyon et al., 2010)
- Quebec 75% to 80% (before the study of 2008), estimates (Guyon et al., 2010)

USA

The comparative data on smokers in the general population is as follows:

In 2006, 20% of the male population smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 25% (WHO, 2009b).

In detention facilities:

- 60% to 80% (Carpenter, Hughes, Solomon, & Powell, 2001)
- 70% to 80% (K. Cropsey et al., 2008)
- 62% (Hammond & Emmons, 2005)
- 60% to 80% (Kauffman et al., 2010), N= 200, 79.8%
- 76% pre-incarceration prevalence; 78.5% under partial ban (Kauffman, Ferketich, Murray, Bellair, & Wewers, 2011)
- 69.6%, N=1174 (K. Cropsey, Crews, & Silberman, 2006)

1 Includes irregular smokers

- 37.8% of state inmates and 38.6% of federal inmates smoked in the month of their arrest in 2005 (The national center on addiction and substance abuse at, 2010)
- 70% (compared with 21% outside), N unspecified, 65% are smokers (Proescholdbell, Foley, Johnson, & Malek, 2008)
- 70% (compared with 23% outside) (Chavez et al., 2005)
- 60% to 80% (compared with 21% outside) (Kauffman et al., 2008)
- 50.4% (compared with 23.9% outside), N=14373 (Binswanger, Krueger, & Steiner, 2009)
- 82.5%, N=200 (Lincoln et al., 2009)
- Another study cites 74.2%, N=1200 incoming inmates (compared with 19.7% outside, in 2003) (Lincoln et al., 2009)
- A study published in 1996 cites 75% (Patrick & Marsh, 2001)
- 63.3%, N= 147 violent men (Stuart, Moore, Kahler, Ramsey, & Strong, 2004)

Australia

The comparative data on smokers in the general population is as follows:

In 2006, 19% of the male population smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 22% (WHO, 2009b).

In detention facilities:

- 71%, N= 5959, range between 48% and 97% (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000)
- 72% (N. Awofeso, Irwin, & Forrest, 2008)
- 78%, N= 747 (Belcher, Butler, Richmond, Wodak, & Wilhelm, 2006)
- NSW 2001: 90%; 1996: 88% (Butler, Richmond, Belcher, Wilhelm, & Wodak, 2007)
- 87%, N=446 (Holmwood, Marriott, & Humeniuk, 2008)
- 77% and 83%, compared with 17.4% in the general community (R. L. Richmond et al., 2006)

A difference in prevalence between municipal jails (77%) and non-municipal jails (69%) has been described ($p < 0.001$) (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000).

Asia

Comparative data for the general population is not available for Taiwan. For China, there is a prevalence rate of 31%, 27% for the Philippines and 25% for Japan (WHO, 2009b).

Taiwan

- 92.8%, N= 1129 (Lai, Chang, & Liao, 2008)
- N= 77, mean score on Fagerström test 5.57 (Chang, Huang, & Chen, 2010)

Europe

The comparative data for smokers in the general population is as follows: The assumed smoking prevalence data among adults has stabilized at about 28.6% in the WHO Region. The smoking prevalence among adult men in the WHO region is around 40%. In 14 countries (mostly Eastern European), there is a higher prevalence, while in 12 countries (mostly Western European) smoking prevalence is below 30% (WHO, 2007a).

In detention facilities:

- Lithuania 85.5%, N=1122 (Narkauskaitė, Juozulynas, Mackiewicz, Surkiene, & Prapiestis, 2007). Comparative values outside prison are 52%.
- Poland 81%, N = 944 (Sieminska, Jassem, & Konopa, 2006)
- Poland, Lithuania, Estonia and Hungary taken together: 66% (N= 314)
In total, 490 inmates were asked by self-completed questionnaires, which divide on the four countries as follows: Estonia 167, Hungary 102, Lithuania 107, Poland 114. 64.1% of the sample are men (N=314).
The rates of inmates who smoke in each country are:
Poland 60.7%, Lithuania 88.4%, Estonia 82.1%, Hungary 37.7% (Stöver & Thane, 2011)
- France, statistical (DREES) study reported by (Sahajian, P, & J, 2006): 79% (N=8728) in 1997 and 78% (N=6087) in 2003
- France 83%, N= 1463 (Sahajian et al., 2006)
- France 90%, N= 210 (Sannier et al., 2009)
- France 78.5%, N=? (Dupont, 2008)
- France 98%, N= 893 2003-2006 (Pauly et al., 2010)
- Greece 91.8%, N= 353 (N. P. Lekka, Lee, Argyriou, Beratis, & Parks, 2007)

- Greece 80%, N= 173 (Papadodima et al., 2010)
- Italy 67.5%, N=650 (Nobile 2011)
- Italy 77%, N= 1267 (Rezza et al., 2005)
- UK London 78%, N= 78 (Heidari, 2007)
- UK South West 60% to 80%, N= unknown (Department of Health South West Regional, 2007)
- UK 89% (MacAskill, 2008)
- UK (Department of Health and HM Prison Service, 2007) 78% to 88% in the pilot-project prison. In England and Wales, 78% of sentenced prisoners and 85% of prisoners on remand smoked (compared to the outside male population as a whole (26%) and underprivileged male population (56% to 78%)).
- UK 80% smoke, 22% in the general population (nosmokingday.org.uk, 2011)
- Scotland 79% N= unspecified (SPS, 2008)
- Switzerland: a study conducted in a pre-trial jail showed that the prevalence of smoking varied significantly between good sleepers and patients complaining about insomnia. 74% of insomniac patients versus 53% of good sleepers smoked in prison (p=0.007) (Elger, 2004).
- Switzerland, in 2010 83%, N = 470 (Etter et al. in print)
- Switzerland, French speaking part 69.5% in 2005, N=1510 (Eytan et al., 2010)
- Switzerland, French speaking part 61.5% in 2007, N= 2195 (Wolff et al., 2011)

Germany

The comparative data on smokers in the general population is as follows:

The prevalence rate of male smokers has decreased between 2002 and 2005 by 32.6% to 31.7% (WHO, 2007a).

In 2006, 31% of the male population smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 37% (WHO, 2009b). Cigarette smoking is decreasing in the general population. 32.8% of men (aged between 18 and 64) are smokers (DHS, 2011).

Very little information is available in detention facilities:

- 88%, N= 217 (Tielking, Becker, & Stöver, 2003)
- 36%, N= unspecified (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) (Custody)

- 64%, N= unspecified (Konrad 2004; Missoni et al. 2003) (Criminal detention: Imprisonment)
- 85% (data estimated by the Ministry of Justice) (Lehman, 2010)

3.3 Women

Less data is available than for men.

Canada

The comparative data on smokers in the general population is as follows:

In 2006, 13% of women smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 18% (WHO, 2009b).

In detention facilities:

- 95%, N= 40 in 2008 (Guyon et al., 2010)

USA

The comparative data for smokers in the general population is as follows:

In 2006, 14% of women smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 19% (WHO, 2009b).

In detention facilities:

- 73%, N= 866 (K. Cropsey, Eldridge, & Ladner, 2004)
- 42% to 91% (Eldridge & Cropsey, 2009)
- 62.4%, N=101 (K. Cropsey et al., 2006)
- 64% are current or former smokers, N=200 (Heng, Badner, & Freeman, 2006)
- 24%, N=261, in a smokefree prison (Khavjou et al., 2007)
- 90.7% NYC (N=422); 41.7% in LA (N=503) in 1997 (Durrah, 2005)
- 62.2%, N=98 violent women (Stuart, Meehan, Moore et al., 2006)
- 66.7%, N=102 violent women (Stuart, Moore, Kahler, Ramsey, & Strong, 2005)
- 80% of women involved in a study on menstrual cycles, N=446 (Allsworth et al., 2007)

Australia

The comparative data for smokers in the general population is as follows:

In 2006, 16% of women smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 19% (WHO, 2009b).

In detention facilities:

- 81%, N= 5959 (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000)
- 83%, N= 167 (Belcher et al., 2006)
- 88% N=72 (Holmwood et al., 2008)
- 82.9% of female prisoners participating in a health survey (Queensland, N=212) were smokers (Young, Waters, Falconer, & O'Rourke, 2005).

Asia

Japan: A study conducted in a smoke-free prison reported results of smoking habits before incarceration. The percentage of incarcerated smokers before menopause was 78% while the proportion of smokers in the postmenopausal group was 45%. Premenopausal female prisoners proved to have a significantly higher consumption of cigarettes, drugs and alcohol (Nara & Igarashi, 1998).

Europe

The comparative data for smokers in the general population is as follows:

The smoking prevalence among adult women in the WHO Region is around 18.2%. In 24 countries (mostly Eastern European), there is a higher prevalence, while in 8 countries (mostly Western European) the prevalence lies around 10% (WHO, 2007a).

In detention facilities:

- Lithuania 82.1%, N=67 (Narkauskaitė et al., 2007); 85.3%, N= 71 (same setting studied again in 2009). Comparative values outside are about 17% (Narkauskaite, Juozulynas, Mackiewicz, Venalis, & Utkuviene, 2010)
- Poland, Lithuania, Estonia and Hungary taken together: 67% (N= 176). In total, 490 inmates were asked by self-completed questionnaires, which divide on the four countries as follows: Estonia 167, Hungary 102,

Lithuania 107, Poland 114. Women (N=176) represented 35.9% of the sample.

The rates of female prisoners who smoke in each country are:

Poland 63.3%, Lithuania 86.8%, Estonia 74.7%, Hungary 16.0% (Stöver & Thane, 2011)

- France 63%, N= unspecified (Dupont, 2008)
- UK 85%, N= 502 (Plugge, Foster, Yudkin, & Douglas, 2009)
- According to a literature review, 66% of pregnant women smoke, N= 838 (Knight & Plugge, 2005)
- UK 34% to 99% (2007) of smokers in South West prisons (Department of Health South West Regional, 2007)
- Switzerland, French speaking part 59.2% in 2007, N=1510 (Eytan et al., 2010)

Germany

In Germany, the prevalence rate of female smokers over the period 2002 to 2005 decreased from 22.7% to 22.4% (WHO, 2007a). In 2006, 22% of German women smoked daily. Summing up all smoking patterns („current smoking“) results in a slightly higher overall prevalence of 26% (WHO, 2009b). According to the national survey on addiction („Suchtsurvey“) in 2009, 25.5% of women (aged between 18 and 64) were smokers (DHS, 2011).

No data regarding imprisoned women are available for Germany.

3.4 Youth / Adolescents

There is generally little data available on smoking prevalence among young detainees, which reflects that research is scarce among this particular population. Another reason might be the general smoking ban in prison facilities for young adults.

USA

The comparative data for smokers in the general population is as follows:

18% of young men and 15.9% of young women (aged between 13 and 15 years old) smoke tobacco (WHO, 2009b). Adolescents and young adult inmates have higher smoking prevalence rates than comparable groups in the community.

In detention facilities:

- 70.6% Lifetime prevalence, 46.6% daily smokers, N= 4381 (K. L. Cropsey, Linker, & Waite, 2008)

Australia

The comparative data for smokers in the general population is as follows:

Among high school students (17 years old), 19% of young men and 17% of young women were smoking in the previous week. (<http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-6-prevalence-of-smoking-secondary-students>).

Smoking in detention facilities with a total smoking ban

- 58% (Belcher et al., 2006)
- 6% of regular smokers continued their use in prison (Butler et al., 2007)

Europe

Comparative values in the general community can be obtained for each specific European country on the WHO webpage Country profile (<http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2404>). For Germany, the smoking prevalence generally lies around 33% (33.7% among young women and 32.2% for young men).

No data on smoking prevalence among imprisoned adolescents have been found, but two studies carried out in Ireland (Lawrence & Welfare, 2008) and in England (Kipping, Martin, & Barnes, 2006) consider the effects of a smoke-free policy in juvenile detention centres.

3.5 Staff

In general, little data exists on smoking behaviour of prison employees. In some countries the prevalence rates of staff in detention facilities are higher than or comparable to those of the general population.

The data is far from being sufficient for comprehensive statements to be made.

Canada/Quebec

40% are smokers, N= 27 (men and women) (Guyon et al., 2010). The comparative prevalence in the general male and female population is of 15%. It is therefore 2.5 times higher in prison. In 2007, a study was conducted among 1288 prison officers in Québec, using a self-administrated questionnaire on drug use in the month prior to the study. Being a regular smoker was associated with psychotropic drug use (PR=1.5, 95% CI 1.1–2.0) (Lavigne & Bourbonnais, 2010).

USA

24% are smokers, 38% are ex-smokers, N= 321 (Carpenter et al., 2001). Over a quarter of correctional officers use or have used tobacco (Patrick & Marsh, 2001).

Australia

Prevalence is high (not specified) with evidence suggesting that these workers are less likely to promote activities and actions about smoking cessation (Baker et al., 2006). Other data in a study on health and well-being among correctional officers in NSW indicate that 13% (N = 30) are current smokers. The rate had decreased from 44.3% in 1982 to become lower than among the general population (comparative value of 18.6%) (Bond, 2007).

UK

17% are smokers, N= 144, 32% wanted to give up and 16% to cut down (Department of Health South West Regional, 2007).

Switzerland

A study conducted in the Swiss German part reported 26% of staff members were smokers (N=51). The proportion of ex-smokers among staff is 39%, compared to 9% in detainees ($p < 0.001$) (Ritter et al., 2010).

3.6 Progression of the prevalence in recent years

Research on smoking prevalence in prison has been conducted at the most over 15 years, and data to show an evolution over time is insufficient. Few measures have been taken so far to reduce exposure to SHS – pointing to the

low priority attached to this factor in health promotion within prisons – and only partial changes can be observed.

In the US, positive changes have been reported. In 1997, the smoking prevalence among imprisoned women was lower in Los Angeles than in New York City. The underlying reason to this difference was the early established and successful tobacco control policy implemented in California, which already existed in the 90's. The policy proved to be effective among imprisoned drug misusing women (for results please see the US female prevalence data above). In NYC, similar measures have been introduced very late, so that there was no successful law enforcement to be seen yet (Durrah, 2005).

In Australia, the overall smoking prevalence among male and female prisoners was 79% in 2001, replicating findings of a study conducted in 1996 with a prevalence of 77%. Little progress has been made to reduce smoking in the prison population, whereas in the general population the reduction was of 5% or 7% over the same period of time (Belcher et al., 2006). This success is due to efforts to reduce SHS in Australia's community (Butler et al., 2007; Butler & Stevens, 2010).

In Scotland, in 2008, the Scottish prison service reported no recent changes in prevalence: 80% (2004), 78% (2005 and 2006) (SPS, 2008).

3.7 Summary of the prevalence data

Reported smoking prevalence data for the last 10 years varies between 36.8% and 82.5% regarding male prisoners in the US, between 48% and 90% in Australia and between 66% and 98% in Europe. The prevalence rates regarding female prisoners were either comparable or higher. Only limited data is available for the groups comprising adolescents and staff.

In general, smoking prevalence rates in the prison population were between two to four times higher than in the general population and have not decreased. These facts lead to the conclusion that the changes of non-smokers' protection and tobacco control policies in closed settings had little effects so far. The available trial data does not indicate how long such a process will take.

4 Analysis of the prevalence data

How can the presented results of prevalence studies be interpreted? Why is prevalence in jail as high as it is when compared to the situation outside the prison setting?

In the following we will try to identify factors that may contribute to clarification. The obvious choice for finding explanations would be to look into the tensions between individual behaviour and institutional conditions. The specific characteristics of prisoners and their environment have to be considered for the implementation of the WHO FCTC – Strategies within closed settings (see Milestones of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)).

4.1 Characteristics of prisoners

Prisons contain many vulnerable groups in which the consumption of psychotropic substances and particularly tobacco is widespread. They are composed of psychiatric patients or drug and alcohol users (Baker et al., 2006), i.e. groups “resistant” to smoking cessation strategies outside (K. Cropsey et al., 2006) (MacAskill, 2008; R. Richmond et al., 2009). In this respect, prisons disproportionately reflect the epidemiological smoking conditions of lower classes, drug users and other vulnerable groups. Regarding the United States, it can be said that 70% of inmates are underprivileged, 80% use drugs and 40% suffer from psychiatric disorders (Chavez et al., 2005).

4.1.1 Tobacco dependence¹

Tobacco dependence is a chronic disease that needs various attempts to quit before achieving longterm abstinence. Prisoners who smoke present a high degree of dependence (Butler et al., 2007) (Belcher et al., 2006), which

1 We refer to the distinction between tobacco and nicotine dependence by K. O. Fagerström (2010): Presentation at the German Drug Congress 2010 in Tübingen / Germany

correlates with a low probability of quitting without intensive intervention. The rate of self-initiated smoking cessation among prisoners is low (K. Cropsey et al., 2008).

The majority of smokers in a study conducted in Poland showed a high degree of dependence. 50% smoked 11 to 20 cigarettes daily and 79% started smoking within the first 30 minutes after awakening (Sieminska et al., 2006).

A study conducted in Switzerland reported that smokers (56% to 75%, N = 470) smoked 12-20 cigarettes a day and started within 5 to 15 minutes after awakening (Etter et al under press).

In a study conducted among 30 male detainees in Australia, participants showed high levels of dependence and tobacco consumption (all hand-rolled cigarettes) as well as smoking initiation at a young age (R. L. Richmond et al., 2006).

4.1.2 Tobacco Smoke and Health

Exposure to second-hand smoke (SHS) presents serious health risks to non-smokers (increasing their risk of heart disease and lung cancer by 25% to 30%) (US Department of Health, 2006). There is no threshold below which exposure is risk-free, and measures such as separating smokers from non-smokers and ventilation are either insufficient or impractical in most situations (Proescholdbell et al., 2008; US Department of Health, 2010; WHO, 2007a, 2007b, 2009a).

SHS was perceived as a health hazard by 34% of prisoners who smoked and by 53% of non-smokers (Belcher et al., 2006). Knowledge about smoke and SHS causing lung cancer and cardiac diseases was widespread among prisoners (Kauffman et al., 2011).

In Poland, smoking prisoners with secondary or university education (28% of 164 subjects) were more aware of the negative impacts of cigarette smoking on their health than those with basic education (19% of 544 subjects) ($p=0.033$) (Sieminska et al., 2006). Likewise, prisoners in the UK recognised the negative effects of smoking on health. Concerns about maintaining a good level of health with a view of being released was an important motivation (Department of Health and HM Prison Service, 2003). In the German part of Switzerland 74% of prisoners considered that cigarette smoking was damaging for their health (Ritter et al., 2010).

In Australia, most inmates who smoked had comparatively less knowledge about tobacco (N. Awofeso, R. Testaz, S. Wyper and S. Morris 2000). Knowledge about health risks related to SHS and the benefits of smoke-free environments, including at work, is related to reduced cigarette consumption (Durrh, 2005).

The long term health impacts or positive benefits of reduced SHS exposure are considered substantial in society, with respiratory health improvements already demonstrated after time spent at smoke-free working places (Proescholdbell et al., 2008). In a study conducted in the USA among 49 male detainees about to be released, 67% considered that their health had improved after the smoking ban. This perception was associated with the intention of giving up smoking on release, and can hence be considered as a major motivational factor and point of intervention, since incarceration represents a time when positive changes in the field of health behaviour can occur (Thibodeau, Jorenby, Seal, Kim, & Sosman, 2010).

Oral health is directly related to smoking, with smokers having poorer oral health than non-smokers (K. Cropsey et al., 2006). In a study conducted among elderly incarcerated men in Hong Kong, smokers reported more oral health impacts on the quality of life than non-smokers ($p < 0.01$) (McGrath, 2002).

Other medical conditions exacerbated or caused by tobacco smoking and presenting a high rate among prisoners are pulmonary disease (COPD), cardiovascular disease (hypertension, myocardial infarction, angina) and diabetes (K. Cropsey et al., 2006) (K. L. Cropsey, Jones-Whaley, Jackson, & Hale, 2010; Thibodeau et al., 2010). In a study conducted among 866 female prisoners, 12.5% (of the 619 smokers) reported having a tobacco-related medical issue (no precise indication on the type) (K. Cropsey et al., 2004). A prevalence study on chronic diseases in US prisons and jails showed that the prevalence of hypertension, diabetes, myocardial infarction, asthma, arthritis, cervical cancer and hepatitis were higher among inmates than among non-institutionalised adults (Binswanger et al., 2009). In a study conducted among 4350 young adult males in the US, previous incarceration was associated with incident hypertension and left ventricular hypertrophy (Wang et al., 2009). Although further studies are needed to explore this relation, in particular if it is causal, the importance of smoking prevention is enhanced. In closed settings, tackling cardiovascular risk factors such as smoking is paramount.

Factors for HIV/HCV, HBV/HCV and HIV/HBV co-infections were examined among a male prison population in Italy. Smoking and drug addiction were associated with these co-infections (OR = 3.73; $p = 0.033$; OR = 1.42; $p = 0.088$; OR = 4.25; $p = 0.053$). 70% of the study population (N = 1136) were smokers (La Torre et al., 2007).

In a study conducted among 219 imprisoned women, tobacco use was a risk factor for HPV infections (multivariate analyses, OR 2.62, 95% CI 1.01–6.73). The authors reported that this association is inconclusive in other studies, but that smoking habits can help to identify women who have poorer health habits and who therefore are more exposed to sexual risks (Gonzalez et al., 2008).

4.1.3 Tobacco smoking and (multiple) drug use

Various studies show a relation between smoking and other drug use. In an Australian study conducted among 914 adult male inmates, illicit drug use was closely connected to tobacco use, with about 90% of individuals who had ever injected drugs or used cannabis, being smokers as well. Past use of cannabis and a history of injecting drug use were independent predictors of current smokers (Belcher et al., 2006). In a French study, 29% (N=408 out of a total number of participants N= 1410) of detainees were abusers or dependent on two out of five substances: tobacco, alcohol, cannabis, drugs and illicit substances. The most frequent associations were tobacco, alcohol, and cannabis (Sahajian et al., 2006). These results were similar to the ones found in a statistical study conducted among prisoners in 2003 (n=6087): one third was using or abusing one or more psychoactive substance (Pauly et al., 2010).

Marijuana is a risk factor for smoking and relapse (K. L. Cropsey et al., 2008). Alcohol has also been recognised as major trigger in smoking relapse. In a study conducted among male prisoners in Poland (N=944), ex-smokers and those who had never smoked reported less frequent alcohol and/or other substance abuse than current smokers. Among the alcohol and illicit drug abusers, 90% were current smokers. Prisoners who were abusing alcohol and strongly addicted to nicotine formed an unsuccessful group in quitting (Sieminska et al., 2006). Addressing tobacco smoking has no adverse effects on the outcome of other drug treatments (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

In a study conducted among 49 male detainees before and one month after release in the US, a trend in the use of alcohol associated with smoking on release was observed, but it was insignificant (Thibodeau et al., 2010).

In a study using focus groups with prisoners and ex-prisoners (male and female) in Australia, participants related to having started tobacco use in prison. It was an alternative drug to the use of other substances (R. Richmond et al., 2009).

In a study conducted among women in a Lithuanian prison, smoking was related to drug use: 64.5% of the smokers and 26.6% of non-smokers tried drugs at least once ($p < 0.05$) (Narkauskaite et al., 2010).

Adversely, in a study conducted in 1997 in two US cities among female detainees, drug use did not justify the high prevalence of smoking. Drug use was similar in both groups, but prevalence of smoking much higher in NYC than in California, where an anti-tobacco policy was successfully extended to drug using women (Durrh, 2005).

4.1.4 Tobacco smoking and mental disorders

Prevalence of mentally ill people in prisons is higher than among the general population and it continues to increase; the most common diseases being psychotic illness, depression and antisocial personality disorder. In a study conducted at the largest Swiss remand prison, smoking was primarily associated with adjustment and personality disorder (Eytan et al., 2010).

Mentally ill or substance using detainees use tobacco as self-treatment. Various biological factors such as a possible reduction in negative symptoms, improvement in stress, anxiety and depression, enhanced metabolism of antipsychotic medications (Baker et al., 2006) and increased effects of licit and illicit drug use (N. Awofeso, 2005) have been described.

In a study conducted to examine the impact of incarceration on tobacco smoking among 200 male prisoners (USA), data on participants' adverse childhood experiences (ACEs, including sexual abuse and household dysfunctions) were also collected with a response rate as high as 97%. The author estimated however that, contrary to studies carried out in the general population, the limited size of the sample did not allow room for establishing a clear link between ACEs and tobacco smoking. Non-significant trends suggested the existence of this correlation (Kauffman, 2010).

Tobacco smoking is interacting with various psychiatric treatments by accelerating their catabolism through the liver. In practice, psychiatric patients who smoke need higher doses than non-smokers (Hofstetter, Rohner, & Müller-Isbener, 2010).

A study looking at nicotine, caffeine and alcohol use in benzodiazepine users showed a positive correlation between benzodiazepine users and smoking. Tobacco smoking was significantly more frequent in the group of high benzodiazepine users than in the control subjects or low benzodiazepine users. The authors explain the result through an existing antagonism between benzodiazepine and nicotine. The interaction of both substances can lead to a situation similar to abstinence resulting in an increase of both benzodiazepine and tobacco consumption. The authors also cite the longer half-life elimination of benzodiazepine in non-smokers reported in other studies. They conclude that benzodiazepine should be prescribed cautiously in heavy smokers (N. Lekka, Paschalis, & Beratis, 1997).

Younger age and higher depression scores may predict the amount of daily smoking in a forensic population in Greece (N= 353) where a study to identify demographic and clinical variables predicting smoking in prisons was conducted. Anxiety was not an independent predictor for smoking. In the general population, the association between tobacco use and both anxiety and depression have been described, where regular tobacco users were more prone to experience anxiety and affective disorders than non-smokers. Dealing with smoking also requires taking into account treatment for psychiatric diseases (N. P. Lekka et al., 2007).

A recent study in Denmark showed that smoking was associated with an increased risk of developing depression, which would suggest that depression should be considered among the diseases attributed to tobacco (Flensburg-Madsen et al., 2011).

Conclusive results and strategies on smoking cessation among psychiatric patients are helpful and should be considered when tackling SHS in prisons (Ratschen, J., Doody, Gillian, & McNeill, 2009).

4.1.5 Socio-economic background

Prisoners are educationally, socially, economically disadvantaged people (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010; Hartwig, Stöver, & Weilandt, 2008) (Lincoln et al., 2009) (Pauly et al., 2010; Sieminska et al., 2006) (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007); they have poor health care habits (Binswanger et al., 2009; MacAskill, 2008) or risky behaviours (O'Neill, 2010) and tend to be more sick (Kauffman et al., 2008).

A low socio-economic status is associated with smoking behaviours (Stuart, Meehan, Moore et al., 2006). Smoking is contributing to social exclusion, health disparities and poverty. Disadvantaged smokers are less likely to succeed in quitting than more privileged smokers (Bryant, Bonevski, Paul, O'Brien, & Oakes, 2010).

Prisoners belong to more than one sub-group of marginalized populations: psychiatric disease, alcohol and substance abuse (Sieminska et al., 2006). In France, they were younger and not as well integrated as drug users consulting other sanitary structures outside prisons (Pauly et al., 2010).

In a French study among incarcerated men, smokers using other substances were proportionally declaring less income and professional activity than non-users (Sahajian et al., 2006).

In a study conducted among 30 male detainees in Australia (over three quarters were smokers), participants came from poor socio-economic backgrounds, had a limited education and experienced high institutionalisation levels in their childhood (R. L. Richmond et al., 2006).

Smoking and education are related. Those who are better educated and exercise regularly smoke less. Prisoners who are employed prior to incarceration and who have a higher level of education are less likely to smoke, whereas prisoners who smoke were less likely to have completed their schooling (Belcher et al., 2006). In a study conducted among prisoners in Poland (N=1122), current smokers were less educated than non-smokers ($p < 0.0001$) (Sieminska et al., 2006).

4.1.6 Age

Prisons generally host young people (in the UK, 95% of men are under 45 years of age) (MacAskill, 2008), although older prisoners with chronic medical conditions tend to be more frequent.

Younger people may not have had visible long-term health consequences due to smoking or may not have lived long enough to successfully complete smoking cessation. In a study conducted in Switzerland, the proportion of ex-smokers among staff amounted to 39%, compared to 9% in detainees ($p < 0.001$). One possible contributing factor could be age (mean age 37 in detainees, and 46 among staff, $p < 0.001$) (Ritter et al., 2010).

In an Australian study conducted among 914 male adult inmates, 86% of the younger inmates aged below 25 years smoked, compared to 64% of prisoners aged over 40 years, the age difference is significant (Belcher et al., 2006). In a cross sectional study on oral health and tobacco smoking, ex-smokers were much older than smokers or non-smokers (K. Cropsey et al., 2006). The proportion of the use of any substance decreased with increasing age (Sahajian et al., 2006).

Occasional smoking in adolescence is associated with a greater likelihood of dependence than when smoking is initiated at a later age (Scollo & Winstanley, 2008). This particular risk needs to be considered regarding access to means for quitting and when prevention is adjusted to limit the progression from irregular to daily smoking. Messages to occasional smokers or non-smokers have to be developed (K. L. Cropsey et al., 2008). Other risk factors initiating smoking at a younger age need to be considered: marijuana use, smoking peers and attention-deficit hyperactivity disorders (K. L. Cropsey et al., 2008).

Cigarette smoking and substance use treatments need to be taken into account together: reduction in cigarette smoking subsequent to substance use treatments was associated with a decrease in the use of other substances. Family plays a significant role. In a study conducted in the US (429 juvenile offenders followed-up during 36 months) only the treatments including family involvement reduced cigarette smoking and non-drug offending. Drug treatments have been considered as a method for promoting desistance from criminal offending. Therefore, policies of the legal system helping to engage families in the process may increase its efficiency (Chassin, Knight, Vargas-Chanes, Losoya, & Naranjo, 2009).

4.1.7 *Ethnic differences*

Differences in success rates according to ethnic status have been studied in the US among female prisoners, where such studies are highly justified by the population's characteristics. The article summarises the main differences between Blacks and Whites on smoking behaviour: Black females tend to use more mentholated cigarettes, smoke fewer cigarettes but more intensively. White females showed higher rates of smoking cessation compared to Black females (K. L. Cropsey et al., 2009). In previous studies by the same author, the prevalence smoking rates are reported higher among White than among Black females, with Black females smoking fewer cigarettes per day (K. Cropsey et al., 2004; K. L. Cropsey, Eldridge, Weaver, Villalobos, & Stitzer, 2006).

4.2 **Characteristics of the surrounding conditions**

We present here some aspects of smoking in relation to the specific environment of closed settings. How does it influence tobacco smoking?

Most of the literature insists on the negative effect of the prison environment on smoking behaviour. It is rarely reported that this environment is seen as providing support to relieve stress related to smoking relapses (household management, children's demands) or as granting protection from easy access to cigarettes (canteens allow only one purchase a week for example) (Department of Health and HM Prison Service, 2003).

Some people smoke more or start smoking while they are in prison (Belcher et al., 2006) (SPS, 2006). A majority reported a stronger need to smoke in prison (Sieminska et al., 2006) while others stopped or reduced smoking, but there are proportionally more prisoners who started smoking for the first time or increased tobacco use during incarceration (K. Cropsey et al., 2008) (Eldridge & Cropsey, 2009).

In a study conducted among 550 women in the US, 14.2% started smoking for the first time, 50.8% increased smoking, 15.8% decreased smoking, 0.4% stopped smoking while in prison. Smoking was considered riskier in prison (K. Cropsey et al., 2008).

The duration of stay seems to have an impact on the smoking prevalence, since inmates incarcerated for longer than one year seemed to smoke less. However, the same group in which this result was observed corresponded to

older inmates, which might also have contributed to this result (Belcher et al., 2006).

Behaviour is related to the smoking regulations inside prisons and has been studied in the US (N=200) in a situation of indoor ban (smoking was legal outside the building). Compared to pre-incarceration data (76% of smokers), the number of smokers increased (to 78.5%), but the effective amount of cigarette use *per capita* decreased significantly. 22.2% of the non-smokers started smoking (smokeless tobacco or both). Former tobacco users were much more likely to start again in prison than non-users. Smokeless tobacco use increased (Kauffman et al., 2011).

4.2.1 Passive smoking – second-hand smoke

Passive smoking was identified as a serious health risk to non-smokers (it increases the risk of heart disease and cancer by 25% to 30%) without a risk-free level in closed rooms. The separation of smokers and non-smokers as well as ventilation are inadequate measures to protect non-smokers (Proescholdbell et al., 2008).

Passive smoking therefore presents significantly higher risks in prisons due to high prevalence of tobacco smoking, overcrowding, poor ventilation and insufficient compliance with smoking bans (Eldridge & Cropsey, 2009) (Guyon et al., 2010; Hammond & Emmons, 2005).

In 2006, prisons were considered to be places with the highest risk of tobacco smoke exposure in the US (Guyon et al., 2010). In a situation of overcrowding, the ventilation system becomes ineffective and inmates are placed in areas not designed for housing (Hammond & Emmons, 2005).

Two main indicators are used to measure indoor air quality: nicotine concentration and particulate matter. The first is highly specific to SHS, whereas the second (although less specific) allows to show evolution over a period of time in a particular place.

Passive smoking has been measured with passive nicotine samplers in fixed areas of a prison in the US, before and after the implementation of a smoking ban policy. The ban reduced nicotine concentration significantly, however without completely eliminating exposure. The study attributed the remaining high levels to poor effectiveness of the smoking restrictions (Hammond & Emmons, 2005).

Another study carried out in the US measured particulate matter 2.5 µm in diameter (PM_{2.5} with state TSI SIDEPAK monitors) before and after implementation of a smoking ban. A reduction in air pollutants by 77% had been observed in areas where smoking was allowed before the ban (Proescholdbell et al., 2008).

In Quebec, between 65% and 92% of staff (depending on their workplace) reported being exposed to tobacco smoke while at work. These figures were three to four times higher than the figures corresponding to the exposure of the general population (Guyon et al., 2010).

A study conducted in Switzerland showed that a partial smoking ban resulted in a significant reduction of nicotine concentration, but that the protection was not fully guaranteed as nicotine levels were still ten times above comparative levels measured outside (Ritter, Huynh, Etter, & Elger, 2011).

Nicotine measurement equipment (sampling equipment) can also be used to determine the degree of passive smoking in individuals. This may be of interest for non-smoking staff, and was used in two Swiss prisons (Neuchâtel, Geneva). The degree of passive smoking is converted in cigarette-equivalents, which makes health risks easier to understand than with results expressed in mg (Huynh, Moix, & Dubuis, 2008).

4.2.2 Access to smoking cessation

Marginalised people like prisoners have as a whole less access to health care (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007) (O'Neill, 2010) (Butler et al., 2007). In a large epidemiological study conducted among entrants in France, only 53% of prisoners had consulted their general practitioner in the 12 months before their incarceration (Pauly et al., 2010).

The need for smoking-cessation interventions directed at populations over-represented in prisons is high (R. Richmond et al., 2009). Effective prevention messages and smoking-cessation interventions have yet not reached the incarcerated population (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010). Nevertheless, a prison setting represents an opportunity and a place where such targets can be reached (MacAskill, 2008; Thibodeau et al., 2010) (nosmokingday.org.uk, 2011).

Whilst in most countries anti-smoking policies have developed intensively over the last five to ten years, such a move has not been observed in prisons (Sieminska et al., 2006). Smoking-cessation programmes are given less prior-

ity than other healthcare issues. In the US, fewer prevention and cessation resources are allocated to this particular issue than to other drug use related issues. 63% of 500 correctional facilities assess the smoking status at the moment of admission (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

The access to cessation programmes is limited (K. Cropsey, McClure, Jackson, Villalobos, & Weaver, 2010) (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010) (Lankenau, 2001) (Kauffman et al., 2010). Only 15.3% of women had ever discussed smoking cessation with medical staff (K. Cropsey et al., 2004). 35% of prisons in the US with a total smoking ban have provided access to cessation programmes (Eldridge & Cropsey, 2009), which are mostly limited to the transitional period following the introduction of the ban. Cessation programmes had not become a priority in 2007 and, without any change, access to such programmes may diminish even more in the future (Kauffman et al., 2008). Tobacco restrictions have been associated with less cessation assistance, but bans cannot be used to justify cutting down such programmes since bans do not promote cessation (Kauffman et al., 2011).

In Australia, prisons have not been an area for state tobacco strategies (N. Awofeso, 2002). In a study conducted among adult prisoners (N=914), only 13% had used nicotine replacement therapy (NRT) to assist with quitting or reducing tobacco consumption and only 3% had attended a prison quit smoking programme. The authors suggest that these low rates were due to poor access to the programmes within the prison's facility (Belcher et al., 2006). Prisoners either need to pay for NRT (Baker et al., 2006) or have no access to it (Foley, Proescholdbell, Malek, & Johnson, 2010). The possibility of purchasing nicotine patches at the canteen has been described, but at a higher cost than the cigarettes or at prices beyond the financial means of most prisoners (Belcher et al., 2006).

In Poland, correctional facilities have not comprised prisons in their national strategy. Very little attention was given to help prisoners to stop smoking. No cessation programmes are addressed to prisoners (Sieminska et al., 2006).

In a study conducted in three male prisons in Switzerland (N=470), 55% to 92% smokers reported in questionnaires that they had been asked about their smoking behaviour, but only a minority reported to have received medical advice (19% to 34%) or medical help to quit (4% to 29%) (Etter et al. under press).

Furthermore, there is lack of evidence for best practice regarding smoking cessation within the prison population (Butler et al., 2007). Prisoners seem to make little use of available treatment programmes for smoking cessation. When they attempt to quit, most of the time they use the “cold turkey” method (29% in a study among 200 men), without taking part in free counselling groups or NRT (at prisoner’s cost). This study was realised in settings with active Narcotic Anonymous and Alcoholic Anonymous groups (Kauffman et al., 2011). A similar observation was made in a German forensic clinic hosting sentenced prisoners with a psychiatric diagnosis referred to hospital treatment, where only 10% of the patients used the available cessation support (Hofstetter et al., 2010).

4.2.3 Standards of behaviour and culture

Smoking has various functions in prison (Butler et al., 2007) (nosmokingday.org.uk, 2011; R. Richmond et al., 2009). In prison, smoking is the norm (Thibodeau et al., 2010), the majority of inmates smoke, which is contrary to what is observed outside, where smokers have become a minority complaining about being stigmatized because of their habit.

Sharing tobacco and smoking gives a sense of being part of a group. Non-smokers are considered to be different (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

4.2.4 Cigarettes and coping

Cigarettes have been described as a way of coping with boredom, deprivation, stress related to incarceration, and relieving anxiety and tension when making court appearances (Eldridge & Cropsey, 2009) (Douglas, Plugge, & Fitzpatrick, 2009; Papadodima et al., 2010; Sieminska et al., 2006) (MacAskill, 2008; R. Richmond et al., 2009). Boredom and stress come either from the setting itself or bad news from home (Department of Health and HM Prison Service, 2007). Smoking is largely tolerated as it is considered as a way of relieving stress by both prisoners and staff (N. Awofeso, 1999).

A lack of activities, and prisoners spending long hours indoors might be a contributing factor (Department of Health and HM Prison Service, 2007; Kauffman et al., 2008).

Factors prompting cigarette smoking within prisons have been reported: stress, the missing of family and friends, lack of freedom, boredom, anxiety about the case and sentence (Sieminska et al., 2006).

Some of those factors are also related to smoking relapses while undergoing a cessation programme in prison, for example: transfers to other prisons without notice, boredom, prolonged periods in cells and stress associated with family and legal concerns (R. L. Richmond et al., 2006).

4.2.5 Instrumentalisation of cigarettes: monetary and reward

In a study using focus groups with prisoners and ex-prisoners, monetary and rewarding aspects of cigarettes were also explored. Participants related the importance of cigarettes as a “cash” currency and its role in punishment or reward by staff and in protecting themselves from getting into trouble with other prisoners (R. Richmond et al., 2009).

Tobacco has been described as an inmate management tool for correctional officers, as important as television. In a partial ban situation, uncooperative inmates can be punished for smoking inside whereas those who usually cooperate are overlooked (Patrick & Marsh, 2001).

At the time of implementing a total ban, candy sticks are provided to facilitate the change (Hammond & Emmons, 2005) (Personal communication, Canada).

Since there is no cash money available in prisons and incomes are insufficient, cigarettes become a currency, a situation designated as “grey market”. The latter has to be differentiated from a “black market”, which occurs in situations of total smoking ban, where cigarettes themselves become valuable items involved in contraband, sometimes encouraged by staff (Lankenau, 2001). Gambling also occurs in prison with cigarettes being the stake (Belcher et al., 2006).

4.2.6 Tobacco purchase

The purchase of tobacco products can represent a disturbing factor in the personal budget. Even in a situation where there is no ban, they are more expensive than outside, due to the lower income (Kauffman et al., 2010). This situation is worse for prisoners without income or in prisons of total ban, where the price of tobacco products increases. Being poor when in prison

presents other risks, such as trading sexual favours for cigarettes (Lankenau, 2001).

The proportion of money spent on cigarettes is unknown, but was estimated to be high, i.e. at least half of the weekly income is spent on tobacco (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

4.2.7 Tobacco smoking and pleasure

Pleasure is an important factor worth considering in drug use. However, this very fact is rarely considered in the debate on tobacco smoking. Even though tobacco's value as self-help is recognised and indirectly supported by the absence of efficient smoking cessation programmes in prisons, it is rather behavioural patterns that are examined under the lens of pathological issues.

Prisons are high pressure settings with few opportunities for relief (Department of Health and HM Prison Service, 2007). Creating spaces or activities generating new sources of pleasure should therefore be considered in tobacco cessation programmes.

4.2.8 Tobacco smoking and violence

Tobacco smoking and violence have been related in various aspects. Violent women who smoke cigarettes are more likely to abuse alcohol, engage in general violence and report psychopathology than violent women who do not smoke. Smokers scored higher on impulsivity, trait anger and criminal history. The risk of being a victim of violence was also twice as high. Since unhealthy behaviours often accumulate, smoking behaviour may be a risk marker for other problems to be considered. On the other hand, violence programmes should screen individuals for smoking and encourage assisted smoking cessation (Stuart, Meehan, Temple et al., 2006; Stuart et al., 2005). Like women, men who smoked reported greater perpetration of violence than non-smokers (Stuart et al., 2004).

In a situation of total ban, tobacco becomes illicit. An increase in tensions between inmates or between inmates and officers has been reported (Lankenau, 2001) (Patrick & Marsh, 2001). A fear of violence, rather than an increase in observed violence due to bans, has been reported.

In Quebec, fear of violence was observed in a study among health staff. 85 % believed that aggressive behaviour and violence would increase after the introduction of a total ban in provincial prisons (Guyon et al., 2010).

Fears of violence due to the introduction of bans appear to have been unfounded in the US. No major violent events were reported in a study conducted among the 52 Departmental correction services after the introduction of a ban (Kauffman et al., 2008). A similar experience was made among prisoners referred to hospital-based psychiatric treatment in Germany (Hofstetter et al., 2010).

Detainees participating in focus groups in Australia have also expressed fears of violence in case of bans restricting tobacco use in prison (R. Richmond et al., 2009).

Tobacco has been the main reason for which young detainees have been fighting. A study conducted among adolescents in Ireland showed that the introduction of a non-smoking policy in 2007 decreased bullying, since tobacco was no longer available as a currency (Lawrence & Welfare, 2008).

In 2005, all tobacco products were prohibited in a young offender institute. Minor altercations (between offenders) were reported during the month following the introduction of the new policy. Such altercations were put down to nicotine withdrawal. The number of fire incidents decreased (Kipping et al., 2006).

4.2.9 Legal aspects

In order to avoid suing, prison administrators need to bear in mind that the evolution of legislation outside regarding SHS imposes appropriate measures to be taken in prison. The apprehension of a legal claim has been recognised as a motivation to introduce changes and non-smoking policies in prisons (Butler et al., 2007; Kauffman et al., 2010).

Legal cases involving SHS successfully increased the recognition of the need to protect vulnerable members of society. Even in the absence of medical symptoms caused by exposure to SHS, SHS has been recognised as a cruel and unusual punishment (E. Sweda, 2004; Wilcox, 2007).

Claimants have achieved relief from exposure to SHS and/or monetary compensation (E. L. Sweda, Jr., 2001). Inmates with pre-existing medical conditions were considered to have a better chance in claims (Vaughn & Del Carmen, 1993).

In Canada (Ontario) a similar situation can be observed, when in 2005, a non-smoking inmate actually won a judgment in the Federal Court after complaining about SHS (Association & Foundation, 2008).

Two European countries, i.e. Poland (Le Monde, 2009) and Rumania (AFP, 2010), have been condemned by the European Court of Human Rights following detainees complaints of exposure to SHS.

4.3 Summary of the analysis of prevalence data

People from the lower socio-economic strata, with lower educational resources are over represented in prisons. Among them, the prevalence of smoking is disproportionally higher than in other strata. This fact is associated to poorer physical and mental health conditions. Thus, prisoners cumulate various health risk factors.

Exposure to SHS can be measured with two indicators (dust particles and nicotine concentration). Available results show that, although not reaching acceptable levels of safety standards following the implementation of smoking bans, significant reductions in nicotine concentration and dust were observed. Access to cessation programmes is limited despite the fact that prisons have been recognised as an opportunity to offer assistance to smokers.

Finally, interventions targeting smoking need to take into account the complexity of interrelated dynamics influencing tobacco use among incarcerated people, in order to avoid perpetuation and aggravation of these specific health inequality factors.

5 Smoking cessation / quit rates

Few smoking cessation programmes are run in prisons and their evaluation is rare. Available data is presented by the country where the study was conducted.

5.1 USA

5.1.1 *Men*

In a study on motivational factors and initial stages of change among male detainees forced to quit smoking due to a ban, 31.2% of smokers were contemplating smoking cessation within six months (contemplators), 68.8% had not yet considered cessation (pre-contemplators) (KL. Cropsey & Kristeller, 2003).

33% of participants in a survey among male prisoners (North Carolina) expressed interest in a cessation programme, and 50% in a free of cost NRT (Proescholdbell et al., 2008).

In a study conducted among 200 men incarcerated in a prison under a partial smoking ban, 70% reported a desire to quit with 63% mentioning that this was (very) likely within the next year. 64.3% had made an attempt to quit (at least 24 hours abstinence) prior to their arrest, “cold turkey” being used as the quitting method by 77.2%. 29% had also made an attempt to quit while incarcerated, with again “cold turkey” being the most widely used method. 10.6% reported successful cessation (length of cessation not mentioned) (Kauffman et al., 2011).

Smoking may be interrupted while in custody, but resumed when released (Chavez et al., 2005). Forced abstinence does not ensure permanent cessation (Kauffman et al., 2008). Relapse rates are particularly high in a total ban situation without combining cessation support (Eldridge & Cropsey, 2009).

One month after implementation of a smoking ban in a male prison, 24% of smokers were abstinent. In other terms, the majority continued to smoke subsequent to the enforcement of the ban. Prisoners serving long sentences and who were initiated at a young age smoked more cigarettes per day and reported a higher level of withdrawal (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In a study conducted among 49 male detainees within one month of release, the question whether the mandated behaviour change was maintained was central. Although confronted to strong predictors of smoking relapse (financial and economical stressors), 61% of the interviewees were abstinent when taking part in an interview one month after their release. Pre-release intention to smoke was strongly correlated with post-release smoking. Most had tried at least once to quit and 80% reported wanting to quit or staying abstinent within the next 60 days following the interview. There was a relatively low rate of substance use in the post-release sample. Treatment was received by 43% of the group during incarceration. Long-term relapse factors are unknown among ex-prisoners, hence requiring further investigations (Thibodeau et al., 2010). In a study conducted in a smoke-free facility among 141 male smokers, intention to smoke in the future on release was correlated to a current need to smoke and craving (Voglewede & Noel, 2004).

In a similar study conducted among 129 males (total ban) prior to their release, 37.3% did not smoke for one day, 14% quit smoking for one month and 2.3% of interviewees ceased smoking for 6 months. They suffered from chronically psychiatric and medical conditions (hepatitis C, asthma, diabetes, cardiovascular diseases) and smoking cessation would have been a great improvement for their health. These relapse rates are comparable to psychic and addiction patients. In another study conducted in 1997 (Washington DC), 69% of interviewees had tried to quit and 78% wanted to do so (Lincoln et al., 2009).

Regarding staffs' opinion (medical directors) on relapse rates of detainees after release, they estimated that 75% to 100% had returned to smoking on release (Chavez, reported by Lincoln et al., 2009).

5.1.2 Women

Female prisoners are interested in quitting smoking while in prison. In the absence of any intervention, quit rates are low, but successful smoking cessation was possible when provided a state of the art smoking cessation treat-

ment. The prevalence cessation rates were comparable to the rates seen in samples following similar smoking cessation interventions (K. Cropsey et al., 2008).

In a study conducted among 619 female prisoners, 60.6% had made at least one unsuccessful attempt to quit, 49.9% “really” wanted to quit, but the confidence level in their own ability to do so was only at 24.5%. Overall, 64.2% of smokers said they were interested in participating in a smoking cessation programme. Paradoxically, only 15.3% had ever discussed smoking cessation with medical staff (K. Cropsey et al., 2004).

65% of the women arrested for violence desired to quit smoking within in the next year (Stuart, Meehan, Temple et al., 2006).

5.2 Canada

Only little data is available. In a federal enquiry conducted in 1995, 60% of inmates showed interest in quitting (Guyon et al., 2010).

5.3 Australia

Prison inmates are health conscious people: their desire to quit is high (Baker et al., 2006). In 1999, a study showed that about half of all inmates who smoked wanted to give up smoking, but most faced financial difficulties related to the high cost of NRT and struggled to cope with stress (N. Awofeso, 2003).

In a study conducted among 914 adult inmates, over half (56%) of male and 36% of female current smokers had attempted to quit or reduce the amount of cigarettes in the previous year. Three quarters of smokers expressed a desire to quit; 58% had actually plans to quit, and 23% of men and 13% of women planned to stop smoking within the next 3 months. 12% of men and 10% of women successfully quitted smoking, comparative values at that time in the community being respectively 24% and 25% (Belcher et al., 2006).

The programme *Quitters are Winners (QaW)* has been evaluated in Victoria jurisdiction. 358 prisoners who were current smokers completed the pre-course interview. Among those who completed the course (n=181), 25% were abstinent at a follow-up one month later and 14% three months thereafter. 90% of those who carried on smoking had reduced their cigarette consumption at a follow-up one month later, and 72% at a follow-up three

months later. These participants also reported that they felt they were better prepared to quit in the future. Three months after completing the course, 23% were planning to quit within the next 30 days, 47% within the next 6 months, and 30% were not thinking about quitting in the near future. Those values differed from the values one month after completing the course, with 39% of participants who were planning to quit within the next 30 days, 53% within the next 6 months, and 8% were not thinking about quitting in the near future (Butler & Stevens, 2010; McCarthy & Brewster, 2009).

In a study conducted among 30 male detainees who were offered smoking cessation support, 22% were abstinent six months later. Those who relapsed smoked less and 95% were still willing to try to quit again. Participants also reported other beneficial health-related effects, such as improving their diet and increasing exercise. The authors concluded that smoking cessation is feasible and can be effective in prisons (R. L. Richmond et al., 2006).

5.4 Europe

In the UK, two thirds of prisoners who smoke expressed a desire to quit and three quarters would accept support if it was available (MacAskill, 2008).

A study conducted among prison governors in New South Wales, in 2007, reported that 35% of prisoners wanted to give up and 22% intended to cut down smoking. Among staff, 32% of members wanted to give up and 16% to cut down smoking (Department of Health South West Regional, 2007).

Examples of quit rates at 4 weeks are between 25% and 82%, depending on the approach (one-to-one or group support) in different prison categories (short sentence to maximum security) (MacAskill, 2008).

The average quit rate was 41% at 4 weeks across prisons in the North West, and in some areas results were even better than in the general community (HM Prison service, 2007). National statistics of the NHS in the UK report cessation rates for all the settings where people have access to NHS smoking cessation services, including prisons. In 2010, 56% of prisoners had succeeded in giving up smoking. This value was above values obtained in hospital settings (48%) and close to values in military bases (59%) (NHS, 2010).

In Poland, three quarters of detainees had tried quitting in the past, while free (46%) or imprisoned (54%). 2% of detainees succeeded while in prison. Among the main reasons expressed for quitting were concerns about health,

resolve to overcome their own weakness, will to save money and limited access to cigarettes (Sieminska et al., 2006).

In France, a cessation programme conducted during one year in 2006 was addressed to prisoners interested in quitting. Interest was high, but immediate short term involvement in the programme was low (2.3% of the 3217 prisoners during the study period requested to see a doctor in order to enter the programme). However, participants' motivation to quit was present. 30% (N=73) of participants have decreased their cigarette use to 50% of their initial consumption or quit smoking. 15% started again after 75 days (median duration). No follow-up was proposed after release (Harcouët et al., 2008).

In Italy, in a study conducted among 650 male prisoners, only 9% of participants were involved in smoking prevention programmes (Nobile 2011).

In a study conducted in three prisons in Switzerland, 17% to 50% seriously tried to quit during their current prison stay, or had decided to quit in the next 30 days (6% to 47%). Smokers had little confidence in their ability to quit (33% to 57%) (Etter et al. under press).

5.5 Summary

Prevalence of smoking is high, interest to quit and attempts to do so are present. Results are similar to those obtained in other smoking cessation programmes. However, access to support is restricted and clearly not equivalent to support available in the general community.

6 Tobacco control in detention facilities

Having tried to describe the situation from an epidemiological point of view, the main characteristics of prisoners and the environment in which they live, the next step consists in defining what can or has to be done to decrease exposure to SHS. There is a lack of evidence-based interventions designed for prison population so far (Butler et al., 2007).

First we consider the public health background and recommendations (WHO, FCTC), before illustrating how they have been applied in three countries, and finally we provide further details on different aspects of the policies that have been used.

6.1 Introduction

Prisons are environments where people's life and work is exposed to SHS. The main objective of the strategy is the reduction of SHS exposure, applying WHO recommendations to this specific context (WHO, 2007b).

We assume that the needs and benefits of reducing SHS exposure have been widely described for the general population. The conclusions that can be drawn as to the necessary consideration of such needs and benefits for a prison setting do not have to be questioned here. Again, public health strategies developed outside prisons have to be extended inside the facilities.

The importance of tackling tobacco smoke in prison is due to the possibility to propose an intervention to a population that is less reachable while living in freedom. There is the necessity of identifying and providing cessation programmes that will help inmates to quit smoking in the long term. Cessation aid should be made available to everyone (Global Smokefree Partnership, 2009). The idea is to use the time in prison and the structure of the institution to support behavioural change (Durrrah, 2005). This can have benefits for smokers' health and their families outside, since many prisoners have families and small children (Lincoln et al., 2009). Families express concerns

about the smoking habits of their detained relative. Quitting can be motivating, with the benefits of winning family's respect, enjoying life without cigarettes and using the money for buying gifts instead (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Prison-based cessation programmes need to make two major changes: (a) raise awareness of prison's culture and policies that encourage the use of tobacco and (b) achieve behavioural change of smokers with a new perception of the non-smoking status which should be viewed as socially desirable, worthwhile and achievable (N. Awofeso, 2003).

6.1.1 Motives for change

What are the motives for change: Is it the fear of legal consequences by non-smoking staff and detainees or public health concerns in general?

In the US, reasons for policy implementation were mostly related to the health and safety of prisoners and employees, complaints or legal challenges due to SHS exposure and compliance with legislation (Kauffman et al., 2008; Voglewede & Noel, 2004). Reduced prison health care expenditures were also mentioned (K. Cropsey et al., 2008) (Butler et al., 2007). Indeed, tobacco smoking creates various areas of costs that can be relieved by an efficient policy: health care, maintenance cost, staff and prison productivity (Patrick & Marsh, 2001).

In New Zealand, one of the main reasons was to diminish the possibility for prisoners to light fires (stuff.co.nz, 2011).

6.1.2 Responsible key actors

The question is relevant to prisons where health and prison authority are tied to two different administrations. Indeed, confusion over ownership of the tobacco issue between the health department and custodial authorities has been mentioned as one of the reasons for perpetuating high prevalence of smokers in prisons (Butler et al., 2007). The importance of a whole prison setting approach managed through a multidisciplinary team is underlined by Hayton (World Health Organization & Europe., 2007).

In Australia (New South Wales), the Tobacco Control Program is planned both by Corrections Health Services and the Department of Corrective Services (N. Awofeso, Levy, & Morris, 2001).

6.2 Milestones of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)

The WHO developed the Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). It came into force in 2005 and was ratified by 172 countries (by January 2011) worldwide including Germany (in 2004) (Gruning, Weishaar, Collin, & Gilmore, 2011). Germany also classified SHS as a carcinogen.

The objective of the FCTC (Article 3) is a framework for action on tobacco control to ensure protection from consumption and smoke exposure. The framework should be implemented at the national, regional and international levels.

All persons need to be protected from exposure to environmental tobacco smoke (Art 4 & 8) (WHO, 2003), which in practice includes prisoners and prison staff, as specified in the Guidelines regarding the FCTC implementation of Article 8: *“Careful consideration should be given to workplaces that are also individuals home or dwelling places, for example, prisons, mental health institutions or nursing homes. These places also constitute workplaces for others, who should be protected from exposure to tobacco smoke.”* (WHO, 2009a).

Other important aspects regarding implementation of Article 8 are:

- Scope of legislation: There is an obligation to provide universal protection that all indoor public places, all indoor working places, all public transports are free from exposure to SHS, no exemptions are justified on the basis of health or law arguments. Exemptions based on other arguments should be minimal. They are a provisory step towards universal protection.
- Information and involvement of the public: raising awareness about the risks related to SHS, to ensure that the public understands and supports legislation.
- Enforcement: effective legislation should impose legal responsibilities for compliance on both affected business establishments and individual smokers, and should provide penalties for violations.
- Evaluation of strategies on key indicators of exposure to SHS at work and in public places (WHO, 2009a).

In 2009, a document in a series of papers on issues about the smoke-free air policy that are not fully addressed by the Framework Convention on Tobacco

Control (FCTC) or its guidelines, considers the situation in prisons (Global Smokefree Partnership, 2009).

In 2007, WHO recommended (WHO, 2007b):

1. 100% smoke-free environment, not ventilation: removal of tobacco smoke through implementation of smoke-free environments is the only effective strategy to reduce SHS in indoor environments to safe levels and to provide an acceptable level of protection from the dangers of SHS exposure. Ventilation and smoking areas, ventilated or not, do not reduce exposure to a safe level and are not recommended.
2. There is a need for legislation to require all indoor work places to be 100% smoke-free and ensure equal protection for all. Voluntary policies are unacceptable. The level of jurisdiction to implement the law depends on the country's legal framework, traditions and size. Action in sub-national jurisdictions are recognised as being effective and often easier to implement and enforce than national laws (Global, Smokefree, & Partnership, 2010).
3. Legislation is insufficient in itself, it is called for proper implementation and adequate enforcement to be effective.
4. Educational strategies should be provided and are important to reduce second hand smoke exposure in homes. Legislation for smoke-free workplaces increases the likelihood of making homes smoke-free.

6.3 Development of tobacco control policies: examples from three countries

We describe here three examples of countries and their policies. Unfortunately, they are absent in many places (Chavez et al., 2005). Around 50% of FCTC Member States have not developed a minimum smoke-free policy in public places. 15% of countries in the WHO Europe region have legislation not allowing designated smoking rooms in prisons; 56% allow such rooms and 29% do not have any legislation (Maurer-Stender, 2010).

In many countries, particularly when federally administrated, policies are decided at county level, or even at an institutional level. In the same country, there can be various policies. In other countries, policies are uniformly present and regularly reviewed. For example, all prison governors in New South Wales (UK) have a smoking policy. Some were set up through a specific

working group and in consultation with staff and prisoners (Department of Health South West Regional, 2007). In Australia, each jurisdiction has its own policy, whereas Switzerland shows little uniformity across the country.

Prison policies regarding the smoking issue should be part of a national smoking cessation programme. It should even be given a high priority (N. Awofeso, 1999).

6.3.1 Australia

There is no consistent public health strategy regarding smoking in Australian prisons. Only few prison health services provide fully developed tobacco cessation programmes (Butler et al., 2007) but they are becoming more common (N. Awofeso, 2003).

Western Australia has developed a smoking reduction plan for prisons (Office of the Inspector, 2008). Smoking is permitted in outdoor areas and inside cells, but not in shared indoor living spaces. Smoke-free units exist. Other solutions, such as limiting the number of purchased cigarettes or specific cell-shared approaches are under development.

Queensland Corrective Services have issued a strategy that addresses both prisoner and staff issues. It aims to use education and communication, smoking cessation support, pricing and supply of NRT and environmental restrictions (limited number of places where inmates can smoke, smoking is prohibited in all cells).

The policies for each jurisdiction are detailed in a summit organised in August 2010. At national level, professionals have met in order to reach a consensus on how best to tackle SHS in prison, i.e. the high rates of smokers among prisoners and ways of reducing harm caused by tobacco. The aim was to share experiences and models of treatment, policies and research. The summit agreed on a set of 13 recommendations (Butler & Stevens, 2010).

The ones that are of particular relevance to Europe are:

“1. Develop nationally agreed minimum standards for the management of tobacco in prisons.

3. Greater communication needs to occur between state and territory custodial authorities and agencies involved in smoking cessation and tobacco control.

5. *Efforts to reduce the prevalence of smoking among prisoners need to be linked to wider health promotion and prevention activities in the community.*
6. *Greater smoking cessation support should be available for prisoners including free access to nicotine replacement therapy (NRT).*
7. *Cessation programmes should be sensitive to Indigenous, culturally and linguistically diverse, and juvenile populations.*
8. *Establish peer support programmes for staff and prisoners.*
9. *Commonwealth support, including funding, is needed to enhance smoking cessation activities in prison.*
11. *A higher research priority should be given to smoking among prisoners by national research centres.*
12. *National and state tobacco strategies/plans should include prisons.”*

Funding

In Victoria, continued cessation support is financed by funds derived from the sale of tobacco products to prisoners. Tobacco products are purchased at wholesale prices and are sold at a recommended retail price. The benefit results from the difference between the wholesale price and the retail price; this is collected weekly from each public prison and directed to the Trust Fund, and used for purchasing cessation programmes and resources (Butler & Stevens, 2010).

6.3.2 Great Britain

In 2003, a guide addressed to both, NHS smoking cessation services and prisons, developed smoking cessation services for prisons. This guide was based on a pilot project of the Department of health for smoking cessation in prisons. It follows the national guideline on smoking cessation support and considers numerous aspects of smoking in prisons’ specific context (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Prison Service Orders (PSOs) are long-term mandatory instructions for prisons. PSO 3200 identifies smoking cessation as a prison health promotion priority (Prison Service Order, 2007). In 2007, it outlined the application of the smoke-free legislation in England to prisons. All prisons were to have new smoking policies requiring broadly that all indoor places should be smoke-

free areas, with the exception of cells occupied by smokers aged 18 and above (single or shared cells by smokers). Thus, undermining the desire to have a 100 per cent smoke-free prison environment. Assistance for smoking cessation has to be provided. The policy is precisely detailing various places and situations (mother and baby unit, vehicles), including a checklist of best practice for governors and staff (HM Prison service, 2007). Several prisons have introduced smoke-free wings.

No Smoking day health campaign

This campaign has not been promoted in prisons so far, but concrete steps and practical ideas to do so in 2011 are presented in a guide (nosmokingday.org.uk, 2011).

Health Trainers

Health Trainers have been involved in smoking cessation. They are recruited from the 'hard to reach' groups with whom they work and 51% of Health Trainers are drawn from one or more target groups.

Attached to the probation service, their role has been defined as the following: *"Thus the Health Trainer role consists of a combination of a 'sign-posting' role – working with clients to broadly establish the nature of their health problems, and using detailed knowledge of resources to refer them onto the appropriate prison or community-based health service; and a 'health promotion/behaviour change' role – assessing individuals' readiness to and ability to change towards leading a healthier lifestyle, working with individuals to design behaviour change action plans, and supporting them to achieve their goals."* The knowledge, skills and support needed to lead a healthier lifestyle can contribute towards reducing the risk of reoffending. Smoking cessation is part of a training increasing prisoners' motivation to quit smoking (Centre for clinical and academic workforce innovation, 2007). In 2010, a 10% increase in smoking quitters was reported (O'Neill, 2010). Once the goal of smoking cessation is established with the Health Trainer, it is achieved either directly through the Health Trainer's work with the client or through referral to a specialised unit.

6.3.3 *Switzerland*

As in other federations, there is no national uniformity. This is also the case with health in prison, for which the responsibility lies at a cantonal and not at a federal level. Therefore, cantonal laws also govern smoking in prisons. Each canton and even each prison develops its own approach, resulting in a great variety of policies. Smoking is usually allowed in individual and common cells shared by smokers and in designated smoking areas (indoors or outdoors), but common areas (dining rooms, sport facilities, and work places) are largely non-smoking areas. In the last 3 to 5 years, laws have opposed former regulations permitting smoking in common rooms but not in cells due to fire risks.

6.4 **Obstacles to effective tobacco control**

We identified various factors limiting effective tobacco control in prisons. They are briefly outlined hereafter and developed in the corresponding chapters elsewhere in the document.

High prevalence of smokers

The fact that there is a strong smoking culture in prison contributes to the acceptance of a smoking behaviour (Baker et al., 2006; MacAskill, 2008). An environment with high prevalence of smokers makes undergoing smoking cessation more difficult. In a study using focus groups with prisoners and ex-prisoners, participants related that the main contribution of the prison system towards smoking was the high number of smokers (R. Richmond et al., 2009).

Absence of public health priority

Tobacco cessation programmes are given less priority than other health or addiction issues (Kauffman et al., 2008) (Global Smokefree Partnership, 2009). There is also an absence of national leadership in the area of tobacco control in prisons (Butler & Stevens, 2010).

Limited access to smoking cessation programme (see 4.2.2 Access to smoking cessation)

Inmates' belief in their own ability to reduce tobacco use in prison

A study in the US reported that 44% of detainees considered it impossible reducing tobacco use in correctional facilities even when given sufficient resources (The national center on addiction and substance abuse at, 2010).

Inmates' opinion on the efficiency of cessation support

In a study using focus groups with prisoners and ex-prisoners, strategies used for smoking cessation while in prison were also explored. Participants reported that nicotine replacement therapy (NRT) was less effective than the use of willpower. Men did exercise instead of smoking (R. Richmond et al., 2009).

In Poland, NRT, individual therapeutic meetings, pharmacological agents (e.g., antidepressants), group therapeutic meetings and anti-tobacco audio-visual measures – broadcasts or posters – were assessed as very efficient by respectively 24%, 21%, 21%, 19%, 5% and 4% of smokers (Sieminska et al., 2006).

Results of a study conducted in one prison in Swiss Germany (2009) showed that individual therapy was considered efficient by 12.7%; group therapy by 10.9%; awards by 50% and NRT not very efficient (18.2%) or inefficient by 38.2% of smokers (male prisoners, N= 55) (Ritter et al., 2010).

Inmates' support of bans

37% of participants were in favour of a smoking ban in a study involving 49 pre-release male detainees (Thibodeau et al., 2010). In a federal enquiry conducted in 1995 in Canada, 21% of detainees were in favour of a new legislation in prisons including an indoor smoking ban (Guyon et al., 2010).

Lack of qualified professionals in the field of smoking cessation and their unrecognised responsibility in delivering cessation care (Baker et al., 2006).

Beliefs of treatment providers (staff in drug treatment centres) involved with people having some of prisoner's main characteristics: staff consider that smoking is an ongoing issue, less important than mental disorders or other substance-related addictions; staff-smoking seen as a means of console-dating the therapeutic relationship (Baker et al., 2006).

Staff's resistance

Staff shows resistance to change smoking policy and is more favourable to restrictions for inmates than for themselves (Carpenter et al., 2001). Non-smokers are being more supportive of a ban (Foley, Proescholdbell, Malek et al., 2010).

A study conducted among 52 Departments of correction in the US revealed that, due to an employees unions' blockade, there was no smoking policy in one of the states (Kauffman et al., 2008). Even if this is only a minor incident from a statistical point of view, it nevertheless illustrates the extent of employees' influence on a public health matter of this type.

In a study on the effects of a ban implemented among male prisoners, where 76% continued to smoke after the ban was enforced, employees who were not in favour of the ban may have contributed to the low level of observance and support of the strategy (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In a forensic clinic hosting sentenced prisoners with psychiatric diagnosis referred to hospital treatment, the implementation of a total ban created staff's dissatisfaction and resistance (Hofstetter et al., 2010).

Staff's beliefs regarding the consequences of a restriction: violence or fear of other rule violations. The negative outcomes are seen even more severely by smokers (Carpenter et al., 2001).

6.5 Youth detention facilities

Most youth detention facilities are smoke-free.

In the UK, a smoke-free policy was prevailing for all young detainees since 2005 (nosmokingday.org.uk, 2011). In France, minors (< 16 years) are totally prohibited from smoking while incarcerated (including outdoors and in cells). Detection of tobacco use is mandatory on admission. Purchase is prohibited and smoking can be sanctioned, while taking into account efforts to quit (French Government, 2007).

6.6 Individual level: change in behaviour of smokers

All prisoners should have access to individual help and free smoking cessation, regardless of the type of ban, particularly on admission and in preparation for release (Kauffman et al., 2008). Individual help to smokers can have

two main objectives in adults: smoking reduction/control and cessation. For adolescents, cessation is the general objective.

We present some examples of policies, mentioning the countries where they are used, when the information is available.

6.6.1 Smoking reduction and control

Smoking reduction is reported in a study conducted among American women. It is not presented as an objective in itself in comparison with existing support for controlled drinking, but as a pre-cessation step. The group with self-reported pre-quit reductions smoked a significantly lower number of cigarettes three weeks before cessation and the short-term cessation rate had improved in the weeks that followed. The results were not sustained at the end of the comparative period (12 months). Smoking reduction can be considered as a first step before cessation or as a gradual cessation. The reduction can be structured (reduction is predetermined every week) or not (participants decide how much they reduce each week) until smokers reach a level at which they can stop. If the results regarding the positive impact of smoking reduction and cessation success are controversial, they do at least not hinder motivation to quit. Reduction is reported as being helpful in motivating to stop, in increasing self-efficiency and diminishing nicotine dependence (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010).

In a study conducted among inmates in Australia, some had tried to moderate their behaviour by changing to a cigarette brand with lower tar or nicotine content and by reducing the amount of tobacco smoked per day (Belcher et al., 2006).

In the US, a study conducted among 200 male prisoners showed that progressive reduction of cigarette use was a method used by 10% of prisoners making cessation attempts (29%) (Kauffman et al., 2011).

We consider that smoking reduction is an interesting therapeutic objective in itself, which does not need to be limited to a context of cessation. Therefore we quote here the link to a web-supported programme on tobacco control, developed on the model of controlled drinking:

<http://www.kontrolliertes-rauchen.de/kontrolliertes-rauchen/de/>

Scheduled reduction seems to induce better cessation rates than non-scheduled reduction (Cinciripini et al. quoted by (K. L. Cropsey, D. O. Jackson

et al., 2010). We can wonder if or even make the assumption that the structure governing prisoners' everyday life may be of some help to structure reduction. In any case, a structured daily life needs to be taken into consideration in determining which cigarette users will decide to quit first.

6.6.2 Support for prisoners in smoking cessation

Education is a key solution. It allows targeting settings for which legislation may not be appropriate, such as private homes (WHO, 2007b). This needs to be kept in mind when educating prisoners about smoking.

In a study using focus groups with prisoners and ex-prisoners, participants suggested various strategies to help with smoking cessation: incentives and smoke-free areas (R. Richmond et al., 2009).

Participants in a study in the US considered helpful a programme that would sustain people to remain on quit after release from prison (K. L. Cropsey et al., 2009; Thibodeau et al., 2010). This suggestion has to be related with the fact that released prisoners and some other groups of people are not reached by ordinary community services for smoking cessation. The period preceding release is an important opportunity to reach and motivate individuals to maintain smoking abstinence on return to community (Thibodeau et al., 2010). Some aspects of cessation programmes developed in prison are:

Information on smoking

On arrival, every inmate receives information (written and videos) and a brief education on the risk involved in smoking as well as basic advice on cessation (Lincoln, Chavez, & Langmore-Avila, 2005). Leaflets and posters are also used (Department of Health South West Regional, 2007).

Two leaflets addressed to prisoners are available in the UK:

- Deciding to quit: A stop smoking guide for prisoners (www.gasp.org.uk/p-deciding-to-quit-a-stop-smoking-guide-for-prisoners.htm)
- Smoking: a guide to being smoke-free in prison (www.hp-publications.nhs.uk/index.php?pID=vpub&publ_id=92)

Individual support and advice

- NRT, either as part of smoking cessation support or as a short-term remedy to help alleviate withdrawal when detainees have to go to court and while in dormitory accommodation.
- NRT instead of free tobacco given to inmates when entering prison facilities (N. Awofeso, 2003).
- Pharmacotherapy (Varenicline, at prisoners' cost) (Butler & Stevens, 2010).
- Acupuncture, yoga.
- Incentives: more sport or fruit consumption (Department of Health South West Regional, 2007). The award system was estimated by 40% of detainees (smokers and ex-smokers) as being the most efficient in prisons, which are characterised by deprivation of usual pleasures. Examples of awards mentioned by the authors were additional walking and physical training as well as intimate or private meetings (Sieminska et al., 2006).

One-to-one / brief interventions were more appropriate in short-term stay or remand prisons (Maurer-Stender, 2010).

Quitters are Winners (QaW)

This programme is addressed to prisoners who express an interest in smoking cessation. It lasts 12 hours and is run over six weeks; a shorter time frame through a concentrated formula is also possible. The programme involves education and peer support facilitated by trained prison officers or external facilitators. It can be run in groups or individual sessions. An evaluation of the programme has shown that a cessation programme carried out in prison can be effective in quitting smoking, to reducing consumption and feeling better prepared for other future cessations (Butler & Stevens, 2010).

Quit line

A prisoner free Quit line was experimented with during a six months period (2008-2009) in Australia. Prisoners were given the opportunity to speak to a trained quit counsellor regardless of scheduled quit programmes. The average number of placed calls was very low (one to two calls per day for the first month and then one to two per week for the following 8 to 10 weeks) (Butler & Stevens, 2010).

Address special needs in prison

Prisoners enjoy fewer opportunities to understand what would make smoking cessation worthwhile and less entertainment is available for them (MacAskill, 2008). Therefore, special needs have to be considered: physical education, additional stress management support, access to staff advisors, in-between sessions for support and advice, access to fresh fruit, vegetables and other recommended snacks, and medication for physical side-effects (related to cessation) such as constipation, mouth ulcers or headaches (Department of Health and HM Prison Service, 2007).

Further specific aspects to be considered are:

- Gender: in a study conducted in the US among 217 community correction clients, men were more interested in non-pharmaceutical approaches to quit smoking (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010).
- Weight gain and limited personal control on the factors that might influence it. The relation between smoking and weight gain among women in prison participating in a smoking cessation intervention has been explored. The findings generally support the preceding observation of weight gain after smoking cessation and its tendency to dissipate over time (one year). Negative health consequences following smoking cessation are even more likely to occur in prison, where additional factors (limited food options or exercise opportunities) can reinforce weight gain. Women are more likely to express concern over weight gain and tend to gain more weight after smoking cessation. However, an increase in relapse rates due to post-cessation weight gain is more probable in men. For both gender groups, weight intervention and exercise possibilities have to be integrated into the smoking policy. Ignoring this factor may lead to a loss of interest in cessation programmes. Combining smoking cessation and weight interventions may influence motivation to quit and success rates (K. Cropsey et al., 2010; K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010). When backing individuals who tend to be rather focused on immediate consequences rather than projecting themselves into the future, it is important to insist on the fact that weight gain will dissipate over time. On the other hand, taking part in a smoking cessation programme might also result in health-related beneficial effects, such as improvement of diet and increase of exercise (R. L. Richmond et al., 2006).

Combined behavioural and pharmacological intervention based on mood management training in group sessions and pharmacotherapy (resulted in a success rate of 30% one year after the intervention in a non-incarcerated population), was used among a group of female prisoners in the US. Group sessions were delivered over a period of ten weeks, based on one session per week. More than 50% of participants (N= 250) dropped out, which is comparable with rates in the community. Participants attended a mean figure of 6.7 sessions. NRT was provided free of charge in the study, and compliance remained high among the women who continued the treatment, whereas it was poor among those who dropped out. However, on the whole, only 43.3% of possible doses of nicotine were used during the course of treatment. Its use was related to group attendance. Adherence to NRT increases quit rates 3 months after the beginning of the treatment but not afterwards (at 6 and 12 months) (K. Cropsey et al., 2008).

Another multi-component smoking cessation support was offered to 30 male detainees incarcerated in a high security prison in Australia. Detainees receiving antidepressant or antipsychotic medication were excluded from the study. The intervention included bupropion, NRT (a decreasing scheme over 8 weeks) and two brief cognitive behavioural therapy sessions. All participants reported at least one withdrawal symptom (irritability, headache, coughing). The authors insisted on the need to take into account prison-related factors such as transferrals to other prisons (R. L. Richmond et al., 2006).

Group approaches are appropriate with a stable prison population. The number of participants can vary (Maurer-Stender, 2010).

Broad staff involvement in support

Smoking cessation involves multiple professionals. Health care staff, physical education instructors, prison officers, stop smoking advisors, Health Trainers, substance misuse workers, external specialists in collaboration with internal prison staff and pharmacy assistants (Maurer-Stender, 2010) (HM Prison service, 2007) (nosmokingday.org.uk, 2011).

An example of multidisciplinary cessation programme (NRT, group therapy, individual counselling) involving various professionals has been reported in a Scottish young offenders institution. The team included residential prison staff, nurses and pharmacists, each professional offering his or her area of expertise (Shearin, Hepburn, Hands, McAteer, & Braddick, 2002).

In a guide aiming at reducing re-offending, the action plan brings together prison and probation. This guide offers seven pathways: accommodation, education, training and employment, mental and physical health, drugs and alcohol, finance, children and families. Giving up smoking is related to various issues on which it can have a positive impact (National Offender Management Service, 2004).

Staff training in smoking cessation

In order to offer smoking cessation or prevention, staff training is essential.

Training of health professionals in smoking cessation interventions was part of the NSW tobacco Action Plan in Australia, as recommended by WHO (World Health Organization – WHO evidence-based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen: World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, 2001). The ability of those professionals to conduct brief interventions in tobacco smoking cessation was trained by video conferencing (Mitchell, Hawkshaw, Naylor, D., & Sanders, 2008).

6.6.3 Support for staff in smoking cessation

Support provided by employees is considered to be important for the implementation of smoking restrictions. Current smokers are generally less supportive of smoking restrictions in professional settings. However, in the USA, 50% to 60% are still supportive of such restrictions. 52% of employees were in favour of a policy that limited smoking to some areas outdoors (Carpenter et al., 2001).

Following the implementation of a smoking ban in a prison in the USA, 76% of detainees continued to smoke. The authors, who had not surveyed the employees, were surprised by the high figure they partially put down to a low level of support for the policy by staff (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

In 2007, the WHO underlined the importance of considering both staff's and prisoners' needs in tobacco matters. Policies for protection against SHS and encouraging cessation support addressed to both groups should be implemented (World Health Organization & Europe., 2007). In addition to ways of gaining acceptance and enforcement of policies in prison, prison staff also needs to be provided individually with adequate support and cessation aid. The importance of clear communication about a smoking ban (including staff training in

tobacco bans) was mentioned as a way of increasing staff's support for such a ban. Even when staff is not allowed to smoke in prisons, concern has been expressed about their exposure to second-hand smoke at work. The right to clean air was mentioned (Foley, Proescholdbell, Malek et al., 2010).

In some European countries, staff is still allowed to smoke in designated places indoors (Hartwig et al., 2008).

In the UK, staff may smoke in designated areas during breaks, but not in enclosed spaces. Staff who wished to give up smoking reported a lack of support, but available ways are: information and guidance; advice to contact the National Health Service or a General practitioner; referral to external Smoke Stop services; free NRT and support by nurses; weekly support groups; posters (Department of Health South West Regional, 2007).

A smoke-free policy in a young offenders institute was introduced in 2005. Staff was offered help to stop smoking, including payments by the prison for the purchase of NRT (patches and lozenges). The incentive was considered an impetus to stop smoking, the response however was reported as "mixed" (Kipping et al., 2006).

In France, staff cessation support is part of a prevention plan directed at staff. The support is a joint effort between human resources, doctors, psychologists, social workers and union members in each prison. The plan is directed by a medical doctor and provides information on risks related to smoking and available resources for cessation. Nicotine substitution is included in staff's health insurance policy (up to 50 € per year). However, the constitution of such a plan is not mandatory and comes under the initiative of every single institution (French Government, 2007).

In a forensic clinic hosting sentenced prisoners with psychiatric diagnosis referred to hospital treatment, staff were offered cessation support, but only 2% of staff used it (Hofstetter et al., 2010).

6.6.4 *Social marketing*

Social marketing is the use of commercial marketing adapted to change behaviour. It has been used in smoking cessation programmes in prison where the programme focused on individual consumers' needs (access to one-to-one or group support, pharmacological support, access to advice even between sessions and to diverse activities). The benefits for non-smoking should be meaningful and attainable at an acceptable cost. In a study conducted in

four prisons in England and Wales, prisoners identified health, financial and emotional benefits (a sense of freedom, control, independence and achievement of externally approved goals). Such positive rewards can probably have a stimulating effect on exploring other health improvements and on rehabilitation as a whole (MacAskill, 2008).

Social marketing was also used in Australia as part of a tobacco control policy. It is necessary to focus on the core values of the target audience, and not only on the values of health as most public health cessation programmes are inclined to do (N. Awofeso, 2003).

6.7 Effects on the surrounding area

Indoor smoking restrictions have the effect of reducing consumption, increasing the desire to quit and to cease smoking (Carpenter et al., 2001; US Department of Health, 2006). There is lack of evidence-based data on the effects of indoor restrictions in prisons (Global Smokefree Partnership, 2009). Prisons are considered to be oppressive venues and it is feared that greater control over tobacco smoking might lead to agitation (N. Awofeso, 1999).

6.7.1 Total ban (smoking is prohibited indoors and outdoors)

In a total ban situation, no prisoners or staff members are allowed to smoke within the facility. Literature reports controversial opinions regarding the implementation of a total ban. It has been considered effective to reduce exposure to SHS, however with mitigated success and acceptance in prisons, particularly when not associated to cessation support treatments.

Canada, US, Australia and New Zealand have total ban policies.

In the US, there has been a movement towards restrictive policies over the last 20 years, with a threefold increase in the number of total bans. In 2007, 96% of prisons provided smoke-free living areas, 27% enforced an indoor ban, 60% implemented a total ban (Kauffman et al., 2008) (K. L. Cropsey, S. Jones-Whaley et al., 2010; Eldridge & Cropsey, 2009). 90% have some limitations on smoking behaviour (Foley, Proescholdbell, Herndon Malek, & Johnson, 2010).

In Canada and the US, the decision to make prisons smoke-free was based on easier implementation and enforcement of a policy prohibiting tobacco possession or use within a prison complex.

Three Countries in the European WHO Region have completely banned smoking in all public places, that is Ireland, the UK and Turkey (Maurer-Stender, 2010). In the UK and Ireland, the legislation extends to prisons with some exceptions of permitted smoking in cells.

Numerous negative effects are dominating the debate, particularly when the ban is not coupled with cessation help, which is considered as a missed opportunity to change behaviour that should result in important health benefits and decreased health care costs during incarceration (Kauffman et al., 2008). However, others reported that change occurred with minimal disturbance or outbreaks of violence, although it has to be said that difficulties had largely been anticipated.

Reported negative effects

Low compliance with a ban: prisoners continue to smoke despite a ban (76% continue one month after implementation) (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005). In a smoke-free facility in the US, 24% of incarcerated participants reported to be smoking (Khavjou et al., 2007).

Banning does not ensure abstinence and health risks can even increase during incarceration (Lankenau, 2001). A ban does not prevent people from smoking, even years after it has been implemented (Patrick & Marsh, 2001). A ban is not “curing people” from their addiction. 97% of people in a smoke-free jail returned to smoking within 6 months following their release (Lincoln et al., 2009). In a study reported by Kauffmann, 76% of inmates resumed smoking after release from a tobacco-free facility (Kauffman et al., 2008).

Cigarettes are involved in contraband economy (K. Cropsey et al., 2008) (Kauffman et al., 2008) (K. L. Cropsey, D. O. Jackson et al., 2010; Lankenau, 2001) (Patrick & Marsh, 2001). In Canada, prisoners protested against the plan of a total ban by going on a hunger strike. This was also related to high black market tobacco prices (Spurgeon, 2000).

The price can become increasingly high. Staff are also involved in the contraband of cigarettes, although they would not consider smuggling any other drug (Patrick & Marsh, 2001).

A ban also brings about infraction and punishment. Some can have consequences on the building of rehabilitation capacity (Eldridge & Cropsey, 2009) (Lankenau, 2001).

Reported positive effects

Reductions in SHS and in the number of medical consultations have been measured. Regulation can reduce SHS exposure, which however needs to be combined with cessation services (Hammond & Emmons, 2005; Proescholdbell et al., 2008).

Inmates can report a reduction in smoking, even in large amounts, but without noticeable health improvements (Lankenau, 2001). In a global population study, short-term improvement of self-reported COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) symptoms have been reported (Etter, 2010).

Other benefits are: reduced risk of fires and lower maintenance costs (Lincoln et al., 2009) (Patrick & Marsh, 2001). With regard to harm reduction, tobacco had become such an important market that it overtook other drugs, leading to a reduction in their trafficking (Kauffman et al., 2008) (Patrick & Marsh, 2001) (Lankenau, 2001).

In Germany, a total ban was implemented in a forensic clinic hosting sentenced prisoners with psychiatric diagnosis referred to hospital treatment. Psychiatric drug prescriptions decreased by 25% in the six months following the implementation. Aggression against staff decreased in the following three years by 60% (Hofstetter et al., 2010).

The prevention of smoking initiation is more realistic in a smoke-free environment (Lincoln et al., 2009). In the general community, a smoke-free work place legislation decreases tobacco consumption while at work (by 4% to 10% or even up to 39% depending on the studies reported in the policy) and increases the likelihood of workers implementing smoke-free policies at home.

6.7.2 Partial ban (smoking is prohibited in common rooms)

Smoking is allowed in specific outdoor areas but is (partially) prohibited inside. Even then, the ban may not be respected. In the US, a study conducted in two settings where smoking was only legal outside, 51.2% of smokers reported to be smoking inside too, 34.1% every day (self-reported numbers) (Kauffman et al., 2011).

Partial bans are largely used in Europe.

In Poland, smoking is allowed indoors, but only in individual cells, during meetings with visitors and in walking yards outdoors. Smoking is prohibited

at work and in all areas where non-smokers could be exposed to smoke (Sieminska et al., 2006).

In France, the legislation at the national level is prohibiting smoking in prison (Loi Evin and its application (French Government, 2007)) everywhere except in cells hosting detainees having reached age of majority who declared themselves being smokers when admitted.

In 79% of European countries that responded to a survey for the European Union, smoking restrictions had been launched in all prisons (2008). The survey showed a variety of smoke-free regulations. Prisoners are permitted to smoke only in their cells (70% of responders); smoking rooms inside are rare (14%); non-smoking prisoners may request to move into a non-smoking cell (60%) (Hartwig et al., 2008).

6.7.3 Purchasing tobacco - free distribution

Free tobacco distribution has been declining over the last 20 years in the US, coinciding with the increase in tobacco restriction policies. It has nowadays disappeared, even for indigent inmates (Kauffman et al., 2008). However, as with other substances, controlling or limiting access is part of the legal measures against substance use. Limited weekly purchase amounts have been described in the US, with prohibition from receiving tobacco from friends or family (Lankenau, 2001).

The type of tobacco available influences smoking behaviour (i.e. increasing cost decreases cigarettes demand). Decrease in daily tobacco use was greater in a prison where only ultra-light cigarettes were available, than in a setting where cheaper, unfiltered hand-rolled cigarettes could be purchased. The impact of cost on smoking behaviour may even be higher in prison settings, since, due to lower income, the purchase of tobacco is proportionally higher in the budget (Kauffman et al., 2011).

In Poland the supply of cigarettes has been reduced (Sieminska et al., 2006).

6.8 Tobacco smoking and harm reduction

Harm reduction addressing tobacco use has received little attention so far, the general objective being tobacco abstinence. However, interest in tobacco harm reduction has increased in the past 15 years.

Harm reduction has been defined as a public health strategy to reduce or minimise harm associated with a specific behaviour, without aiming at eliminating the behaviour itself (Human, 2010). The same author reports the definition of the American Association of public health: *“Harm reduction is taken to mean encouraging and enabling smokers to reduce their risk of tobacco-related illness and death by switching to less hazardous tobacco products. This switch could be short-term or long-term, partial or full, with the understanding that every time an alternative tobacco product is used in place of a cigarette, risk of tobacco-related illness and death is reduced.”*

Tobacco use worldwide is the most common way to consume nicotine (Royal College of physicians, 2007). A harm reduction strategy for tobacco users can help those who are not ready or unable to quit tobacco use to be less exposed to the health damaging effects of carcinogens and other harmful constituents of tobacco smoke. The less tobacco is being smoked the better it is. Strategies can comprise three orientations:

“The first is simply to maintain the status quo, in which efforts to prevent harm caused by smoking are based entirely on strategies to achieve complete abstinence from nicotine use. In the second, nicotine products that represent an acceptable alternative to smoked tobacco (specifically cigarette smoking) to the smoker, but at substantially reduced relative risk, are made as available as cigarettes to adults. In the third, these alternative nicotine products are made relatively more available than cigarettes to adults.” The last orientation is related to economic aspects that play an important role in disadvantaged and highly tobacco dependant people such as prisoners (Royal College of physicians, 2007).

If the smoker is switching, as is usually the case with harm reduction in drug use, from cigarette use as a source of nicotine to other sources, the smoker is neither becoming abstinent nor cured of nicotine dependence, but the harm associated with tobacco use is decreased. An recent review presents the scientific and medical publications relating to tobacco harm reduction (Rodu, 2011).

Harm Reduction International Association gives examples of harm reduction interventions (<http://www.ihra.net/tobacco-harm-reduction>). Some are of interest for prison settings: reduction of tobacco use, long-term NRT or smokeless tobacco.

Globally, smoking cessation programmes are resulting in less tobacco use, and in that sense include a harm-reducing dimension (Harcouët et al., 2008; MacAskill, 2008; MacAskill & Eadie, 2002).

Reducing harm related to tobacco smoking has been presented as part of public health and should constitute the 4th pillar of prevention, complementary to abstinence (do not start), cessation (stop smoking), reduction of risks associated to SHS (smoke-free public places). This has concrete consequences for health practitioners: communication about the risks attached to the variety of tobacco and nicotine products available, and reduction advise, not only tobacco abstinence. The aim is to counsel tobacco smokers unable or not willing to quit to shift to less harmful nicotine products, as a first step towards abstinence on a more or less long term basis, nicotine is therefore considered as a lifestyle drug and not only an aid to cessation (Human, 2010).

6.9 Summary

Due to the high prevalence of smokers in prison, SHS exposure is significant. Individuals (prisoners and staff) are interested in changing their habits. Closed settings represent an opportunity to make smoking cessation available to sub groups of population that are normally hard to reach. In fact, cessation is insufficiently supported.

There is no uniformity in tobacco control policies. A general trend is that the US, Canada, and Australia are implementing total bans. European countries seem to have rather adopted partial bans, with smoking usually allowed in individual and common cells shared by smokers, and in designated rooms or areas (indoors and outdoors), whereas common indoor places (dining rooms, sport facilities and work places) are largely non-smoking areas. Overall, great efforts have to be made to pursue the development of policies, which cannot only consist of bans, but should include facilitated access to cessation programmes for both detainees and staff, and the necessary means for successful participation in such programmes: education, individual counselling, occupational activities and staff training.

7 Conclusion

Tobacco use is a very frequent behaviour in prison; it belongs to the culture and normality of this environment. Smoking is overrepresented in many ways among prisoners and to a lesser extent also among staff. This situation is contrary to the one in the general community where non-smoking has become the major trend and smoking refers to a minority within the population. Tobacco dependence is the most common addiction in prison. However, sometimes it paradoxically has the least developed policy, even in settings which are highly regulated and where harm reduction or substitution treatments for heroin users have been developed.

From a public health point of view, SHS in prison is a major challenge, in particular since constant evolutions over the last two decades in the general community have progressively diminished exposure to it. Prisons can no longer ignore this reality and turn into a forgotten place where general rules do not apply (“zone de non droit”). This refers to both target groups, staff and prisoners. On the one hand, occupational health measures need to be adjusted to equivalent measures in the community. On the other hand, prisons underline their stand-alone position when commonly used agreements regarding non-smoking regulations are neither applied to the working space of prisons nor for prisoners themselves.

Collaboration among health professionals, prison administrators and tobacco specialists should result in the design of a policy adapted to closed settings that considers the complex and particular significance of tobacco use by detainees. Staff needs training and hierarchical support to introduce such a new approach. Also national tobacco control programmes must include prisons in their policy.

The aim of such a policy would be to reduce exposure to the health-damaging component that is SHS, among staff and detainees, by extending smoke-free areas, encouraging and supporting individuals to diminish or stop their tobacco use. Various means are available and necessary to achieve this primary

goal: information, communication, education (ICE), smoke-free regulations, individual or collective cessation support with or without pharmaceutical help and tobacco harm reduction programmes.

Finally, the policy brings about solutions for sharing a common space between individuals who behave in different ways. Learning the rules of a smoke-restricting policy in prisons will prepare individuals to adopt ways, rules, and norms of the general society (Ritter, Stöver, Levy, Etter, & Elger, 2011). Therefore, policies in prison have to be in line with the level of restriction prevailing in the general community. If more restrictive, they could cause misunderstanding and be counterproductive. However, if less restrictive, which is still a common situation across various countries, this health damaging situation would be further neglected and indirectly encouraged.

Literatur/References

I. Documents

- AFP. (2010). Tabagisme passif et promiscuité en détention: la CEDH condamne la Roumanie. <http://www.romandie.com/infos/news2/100914110231.g030dahi.asp> (15 09 2010)
- Allsworth, J. E., Clarke, J., Peipert, J. F., Hebert, M. R., Cooper, A., & Boardman, L. A. (2007). The influence of stress on the menstrual cycle among newly incarcerated women. *Womens Health Issues, 17*(4), 202-209.
- Association, N.-S. R., & Foundation, S. a. H. A. (2008). Smoke-free Prisons. Accessed 17. January 2011. http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/pdf/S-F_prisons_2008.pdf
- Awofeso, N. (1999). Controlling tobacco use within prisons. *Int J Tuberc Lung Dis, 3*(6), 547-548.
- Awofeso, N. (2002). Reducing smoking prevalence in Australian prisons: a review of policy options. *Appl Health Econ Health Policy, 1*(4), 211-218.
- Awofeso, N. (2003). Implementing smoking cessation programmes in prison settings. *Addiction Research and Theory, 11*(2), 119-130.
- Awofeso, N. (2005). Why fund smoking cessation programmes in prisons ? *BMJ, 330*, 852.
- Awofeso, N., Irwin, T., & Forrest, G. (2008). Using positive deviance techniques to improve smoking cessation outcomes in New South Wales prison settings. *Health Promot J Austr, 19*(1), 72-73.
- Awofeso, N., Levy, M., & Morris, S. (2001). Managing a tobacco control program in New South Wales correctional centres, 1999-2001. *N S W Public Health Bull, 12*(7), 193-195.

- Awofeso, N., R. Testaz, S. Wyper and S. Morris (2000). Smoking prevalence in New South Wales correctional facilities. *Tob Control* 10(1), 84-85.
- Baker, A., Ivers, R. G., Bowman, J., Butler, T., Kay-Lambkin, F. J., Wye, P. et al. (2006). Where there's smoke, there's fire: high prevalence of smoking among some sub-populations and recommendations for intervention. *Drug Alcohol Rev*, 25(1), 85-96.
- Belcher, J. M., Butler, T., Richmond, R. L., Wodak, A. D., & Wilhelm, K. (2006). Smoking and its correlates in an Australian prisoner population. *Drug Alcohol Rev*, 25(4), 343-348.
- Binswanger, I. A., Krueger, P. M., & Steiner, J. F. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health*, 63(11), 912-919.
- Bond, L. (2007). *The health, wellbeing and work satisfaction of New South Wales' correctional officers: a pilot study of randomly selected correctional officers in one NSW prison*. Accessed 12. May 2011 <http://unswworks.unsw.edu.au/fapi/datastream/unswworks:8070/SOURCE02>
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., O'Brien, J., & Oakes, W. (2010). Delivering smoking cessation support to disadvantaged groups: a qualitative study of the potential of community welfare organizations. *Health Educ Res*, 25(6), 979-990.
- Butler, T., Richmond, R., Belcher, J., Wilhelm, K., & Wodak, A. (2007). Should smoking be banned in prisons? *Tob Control*, 16(5), 291-293.
- Butler, T., & Stevens, C. (2010). *National summit on tobacco smoking in prisons*: National Drug Research Institute (Curtin University).
- Carpenter, M. J., Hughes, J. R., Solomon, L. J., & Powell, T. A. (2001). Smoking in correctional facilities: a survey of employees. *Tob Control*, 10(1), 38-42.
- Centre for clinical and academic workforce innovation. (2007). A Guide to Implementing the New Futures Health Trainer Role across the Criminal Justice System. Accessed 1. February 2011 http://www.lincoln.ac.uk/cjmh/docs/HT_manual_3.pdf
- Chang, C., Huang, C., & Chen, C. (2010). The impact of implementing smoking bans among incarcerated substances users: a qualitative study. *Eval Health Prof*, 33(4), 473-479.

- Chassin, L., Knight, G., Vargas-Chanes, D., Losoya, S. H., & Naranjo, D. (2009). Substance use treatment outcomes in a sample of male serious juvenile offenders. *J Subst Abuse Treat*, 36(2), 183-194.
- Chavez, R., Oto-Kent, D., Porter, J., Brown, K., Quirk, L., & Lewis, S. (2005). Tobacco policy, cessation, and education in correctional facilities. Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care and National Network on Tobacco Prevention and Poverty. Accessed 17. January 2011 <http://www.healthedcouncil.org/breakfreealliance/pdf/ncchc.pdf>
- Cropsey, K., Crews, K., & Silberman, S. (2006). Relationship between smoking status and oral health in a prison population. *Journal of Correctional Health care*, 12(4), 240-248.
- Cropsey, K., Eldridge, G., Weaver, M., Villalobos, G., Stitzer, M., & Best, A. (2008). Smoking cessation interventions for female prisoners : addressing an urgent public health need. *Am J Public Health*, 98 (10), 1894-1901.
- Cropsey, K., Eldridge, G. D., & Ladner, T. (2004). Smoking among female prisoners: an ignored public health epidemic. *Addict Behav*, 29(2), 425-431.
- Cropsey, K., & Kristeller, J. (2003). Motivational factors related to quitting smoking among prisoners during a smoking ban. *Addictive Behaviors*, 28 1081 - 1093.
- Cropsey, K., McClure, L., Jackson, D., Villalobos, G., & Weaver, M. (2010). The impact of quitting smoking on weight among women prisoners participating in a smoking cessation intervention. *Am J Public Health*, 100, 1442-1448.
- Cropsey, K. L., Eldridge, G. D., Weaver, M. F., Villalobos, G. C., & Stitzer, M. L. (2006). Expired carbon monoxide levels in self-reported smokers and nonsmokers in prison. *Nicotine Tob Res*, 8(5), 653-659.
- Cropsey, K. L., Jackson, D. O., Hale, G. J., Carpenter, M. J., & Stitzer, M. L. (2011). Impact of self-initiated pre-quit smoking reduction on cessation rates: results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Addict Behav*, 36(1-2), 73-78.

- Cropsey, K. L., Jones-Whaley, S., Jackson, D. O., & Hale, G. J. (2010). Smoking characteristics of community corrections clients. *Nicotine Tob Res, 12*(1), 53-58.
- Cropsey, K. L., & Kristeller, J. L. (2005). The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addict Behav, 30* (3), 589-594.
- Cropsey, K. L., Linker, J. A., & Waite, D. E. (2008). An analysis of racial and sex differences for smoking among adolescents in a juvenile correctional center. *Drug Alcohol Depend, 92*(1-3), 156-163.
- Cropsey, K. L., Weaver, M. F., Eldridge, G. D., Villalobos, G. C., Best, A. M., & Stitzer, M. L. (2009). Differential success rates in racial groups: results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Nicotine Tob Res, 11*(6), 690-697.
- Department of Health and HM Prison Service. (2007). Department of Health and HM Prison Service, Acquitted - Best practice guidance for developing smoking cessation services in prisons. London. Retrieved 23. April 2010 from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005383
- Department of Health South West Regional, P. H. G. (2007). Implementation of Smoke Free Prison Service Instruction: Survey of Prisons in the South West Region. Final Results (Report by Mary-Ann McKibben).
- DHS. (2011). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Pressemitteilung. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/1PMSuchtmittelkonsum.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Gesundheit, B. f. r., & 11055 Berlin www.drogenbeauftragte.de. (2011). Drogen- und Suchtbericht Mai 2011. Accessed 23. May 2011.
- Douglas, N., Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2009). The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? *J Epidemiol Community Health, 63*(9), 749-754.
- Dupont, P. (2008). [Is it possible to help prisoners to quit smoking?]. *Rev Med Interne, 29*(5), 355-356.
- Durrah, T. L. (2005). Correlates of daily smoking among female arrestees in New York City and Los Angeles, 1997. *Am J Public Health, 95*(10), 1788-1792.

- Eldridge, G. D., & Cropsey, K. L. (2009). Smoking bans and restrictions in U.S. prisons and jails: consequences for incarcerated women. *Am J Prev Med*, 37(2 Suppl), 179-180.
- Elger, B. S. (2004). Management and evolution of insomnia complaints among non-substance-misusers in a Swiss remand prison. *Swiss Med Wkly*, 134(33-34), 486-499.
- Etter, J. F. (2010). Short-term change in self-reported COPD symptoms after smoking cessation in an internet sample. *Eur Respir J*, 35(6), 1249-1255.
- Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D. et al. (2010). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *Int J Law Psychiatry*, 34(1), 13-19.
- Flensburg-Madsen, T., von Scholten, M. B., Flachs, E. M., Mortensen, E. L., Prescott, E., & Tolstrup, J. S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *J Psychiatr Res*, 45(2), 143-149.
- Foley, K. L., Proescholdbell, S. K., Malek, S. H., & Johnson, J. (2010). Implementation and enforcement of tobacco bans in two prisons in North Carolina: a qualitative inquiry. *Journal of Correctional Health care*, 16(2), 98-105.
- Circulaire interministérielle du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire (DHOS/O2/DAP no 2007-157). Accessed 21. January 2011
- Global, Smokefree, & Partnership. (2010). Article 8 Status Report. <http://www.globalSmokefree.com/gsp/resources/ficheiros/statusreportonarticl e8.pdf>. Accessed 17. January 2011
- Global Smokefree Partnership. (2009). FCTC Article 8-plus Series Reducing Tobacco Smoke Exposure in Prisons. Accessed 13. January 2011 http://www.globalSmokefree.com/gsp/resources/ficheiros/1_SF_Prisons.pdf
- Gonzalez, C., Canals, J., Ortiz, M., Munoz, L., Torres, M., Garcia-Saiz, A. et al. (2008). Prevalence and determinants of high-risk human papillomavirus (HPV) infection and cervical cytological abnormalities in imprisoned women. *Epidemiol Infect*, 136(2), 215-221.

- Gruning, T., Weishaar, H., Collin, J., & Gilmore, A. B. (2011). Tobacco industry attempts to influence and use the German government to undermine the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tob Control*. Jun 15. [Epub ahead of print]
- Guyon, L., Brochu, S., Royer, A., Cantinotti, M., Chayer, L., & Lasnier, B. (2010). Interdiction de fumer en établissement de détention québécois. *Institut national de santé publique du Québec*. Retrieved 13th December 2010 from http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1103_InterFumerEtablissementsDetention.pdf
- Hammond, S. K., & Emmons, K. M. (2005). Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions. *J Expo Anal Environ Epidemiol*, 15(3), 205-211.
- Harcouët, L., Balanger, S., Meunier, N., Mourgues, A., Grabar, S., Haouili, B. et al. (2008). [Tobacco reduction in a prison of France]. *Rev Med Interne*, 29(5), 357-363.
- Hartwig, C., Stöver, H., & Weilandt, C. (2008). Report on tobacco smoking in prison, Final report Work Package 7, Drug Policy and harm reduction, Universität Bremen.
- Heidari, E., Dickinson C, Wilson R, Fiske J. (2007). Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal*, 202(2), E5.
- Heng, C., Badner, V., & Freeman, K. (2006). Relationship of Cigarette Smoking to Dental Caries in a Population of Female Inmates. *Journal of Correctional Health care*, 12(3), 164-174.
- HM Prison service. (2007). SMOKE FREE LEGISLATION: PRISON SERVICE APPLICATION Retrieved 3rd May 2010 from http://psi.hmprisonservice.gov.uk/PSI_2007_2009_smoke_free_legislation.doc.
- Hofstetter, V., Rohner, A., & Müller-Isbener, R. (2010). Die Umsetzung eines Rauchverbots im Maßregelvollzug. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 423-427.
- Holmwood, C., Marriott, M., & Humeniuk, R. (2008). Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). *Int Journal of Prisoner Health*, 4(4), 198-207.
- Human, D. (2010). *Wise Nicotine*. <http://www.wisenicotine.com/index.php>

- Huynh, C., Moix, J., & Dubuis, A. (2008). [Development and application of the passive smoking monitor MoNIC] Développement et application du moniteur de tabagisme passif MoNic. *Rev Med Suisse*, 6, 430-433.
- Kauffman, R. M. (2010). Smoking and tobacco in Ohio prisons. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(9-B), 5464
- Kauffman, R. M., Ferketich, A. K., Murray, D. M., Bellair, P. E., & Wewers, M. E. (2010). Measuring tobacco use in a prison population. *Nicotine Tob Res*, 12(6), 582-588.
- Kauffman, R. M., Ferketich, A. K., Murray, D. M., Bellair, P. E., & Wewers, M. E. (2011). Tobacco Use by Male Prisoners Under an Indoor Smoking Ban. *Nicotine Tob Res*. Epub 2011 Mar 29.
- Kauffman, R. M., Ferketich, A. K., & Wewers, M. E. (2008). Tobacco policy in American prisons, 2007. *Tob Control*, 17(5), 357-360.
- Khavjou, O. A., Clarke, J., Hofeldt, R. M., Lihs, P., Loo, R. K., Prabhu, M. et al. (2007). A captive audience: bringing the WISEWOMAN program to South Dakota prisoners. *Womens Health Issues*, 17(4), 193-201.
- Kipping, R. R., Martin, J., & Barnes, L. (2006). UK experience of smoke-free young offenders institute. *BMJ*, 332(7533), 120.
- Knight, M., & Plugge, E. (2005). Risk factors for adverse perinatal outcomes in imprisoned pregnant women: a systematic review. *BMC Public Health*, 5, 111.
- La Torre, G., Miele, L., Chiaradia, G., Mannocci, A., Reali, M., Gasbarrini, G. et al. (2007). Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners. *BMC Infect Dis*, 7, 100.
- Lai, S. W., Chang, W. L., & Liao, K. F. (2008). Assessment of health status among incarcerated men. *Am J Med Sci*, 335(6), 465-468.
- Lankenau, S. E. (2001). Smoke 'Em If You Got 'Em: Cigarette Black Markets in U.S. Prisons and Jails. *Prison J*, 81(2), 142-161.
- Lavigne, E., & Bourbonnais, R. (2010). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. *Int J Law Psychiatry*, 33(2), 122-129.

- Lawrence, S., & Welfare, H. (2008). The effects of the introduction of the no-smoking policy at HMYOI Warren Hill on bullying behaviour. *Int J Prison Health*, 4(3), 134-145.
- Lehman, M. (2010). *Drogenkonsum in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands-Was wir „wirklich“ wissen*. Paper presented at the DBDD Workshop Drogen&Haft 19. November 2010. Retrieved from http://www.dbdd.de/images/Workshop_Drogen_Haft/lehmann_presentation.pdf
- Lekka, N., Paschalis, C., & Beratis, S. (1997). Nicotine, caffeine and alcohol use in high- and low-dose benzodiazepine users. *Drug and alcohol Dependence*, 45, 207-212.
- Lekka, N. P., Lee, K. H., Argyriou, A. A., Beratis, S., & Parks, R. W. (2007). Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population. *Depress Anxiety*, 24(5), 325-330.
- Lincoln, T., Chavez, R. S., & Langmore-Avila, E. (2005). US experience of smoke-free prisons. *BMJ*, 331(7530), 1473.
- Lincoln, T., Tuthill, R. W., Roberts, C. A., Kennedy, S., Hammett, T. M., Langmore-Avila, E. et al. (2009). Resumption of smoking after release from a tobacco-free correctional facility. *J Correct Health Care*, 15(3), 190-196.
- MacAskill, S. (2008). Social marketing with challenging target groups: Smoking cessation in prisons in England and Wales. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 13(3)(Special issue: Social marketing), 251-261.
- MacAskill, S., & Eadie, D. (2002). Evaluation of a pilot project on smoking cessation in prisons, Final report, The University of Strathclyde. Accessed 3rd March 2010 http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4034349.pdf.
- Maurer-Stender, K. (2010). *Tobacco Control situation in the WHO European Region and possible joint cooperation between tobacco control and prison health*. Paper presented at the WHO Conference Copenhagen 14. October 2010.
- McCarthy, M., & Brewster, J. (2009). Evaluation of 'Quitters are Winners' – a prison-based cessation course. *CBRC RESEARCH PAPER SERIES*

38. Accessed 30. May 2011. http://www.cancervic.org.au/downloads/cbrc_research_papers/CBRC-09rps38_mm_evaluation-prisons.pdf
- McGrath, C. (2002). Oral health behind bars: a study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerodontology*, *19*(2), 109-114.
- Mitchell, N., Hawkshaw, B., Naylor, C., D., S., & Sanders, J. (2008). Enabling the NSW Health workforce to provide evidence-based smoking-cessation advice through competency-based training delivered via video conferencing. *New South Wales Public Health Bulletin* *19*(4), 56–59
- Le Monde. (22 10 2009). La Pologne condamnée à Strasbourg pour sa surpopulation carcérale endémique.
- Nara, K., & Igarashi, M. (1998). Relationship of prison life style to blood pressure, serum lipids and obesity in women prisoners in Japan. *Ind Health*, *36*(1), 1-7.
- Narkauskaitė, L., Juozulynas, A., Mackiewicz, Z., Surkiene, G., & Prapiestis, J. (2007). The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in Lithuanian penitentiaries. *Med Sci Monit*, *13*(3), CR131-135.
- Narkauskaite, L., Juozulynas, A., Mackiewicz, Z., Venalis, A., & Utkuviene, J. (2010). Prevalence of psychoactive substances use in a Lithuanian women's prison revisited after 5 years. *Med Sci Monit*, *16*(11), PH91-96.
- National Offender Management Service. (2004). Reducing Re-offending National Action Plan (NOMS). Accessed 1. February 2011 www.thelearningjourney.co.uk/reducing-reoffending-action-plan.pdf/file_view?month:int=5&year:int=2009
- NHS. (2010). NHS Experimental Statistics on Quit Rates by Setting. Accessed 1. February 2011 www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles/nhs-stop-smoking-services/statistics-onnhs-stop-smoking-services-england-april-2010-to-june-2010-q1--quarterly-report
- nosmokingday.org.uk. (2011). Prison Guide. Accessed 1. February 2011 <http://www.nosmokingday.org.uk/downloads/settingsguides/Prisons%20Guide.pdf>
- O'Neill, B. (2010). Health Trainers in the Criminal Justice System A Strategy for Offender Health in the South West. Accessed 1. February 2011.

http://www.devonpct.nhs.uk/InfoPointLibrary/Health_Promotion_Devo n/Offender%20Health%20Strategy%20for%20Health%20Trainers%20i n%20the%20Criminal%20Justice%20System%20-%2028072010.pdf.

- Office of the Inspector, o. c. s. (2008). Issue paper Smoking in prison. Retrieved April 24th 2010 from <http://www.custodialinspector.wa.gov.au/go/publications-and-resources/issues-papers>
- Papadodima, S. A., Sakelliadis, E. I., Sergeantanis, T. N., Giotakos, O., Sergeantanis, I. N., & Spiliopoulou, C. A. (2010). Smoking in prison: a hierarchical approach at the crossroad of personality and childhood events. *Eur J Public Health, 20*(4), 470-474.
- Patrick, S., & Marsh, R. (2001). Current tobacco policies in U.S. adult male prisons. *The Social Science Journal, 38*, 27-37.
- Pauly, V., Frauger, E., Rouby, F., Sirere, S., Monier, S., Paulet, C. et al. (2010). Analysis of addictive behaviours among new prisoners in France using the OPPIDUM program: Evaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance]. *L'Encéphale, 36*, 122-131.
- Plugge, E. H., Foster, C. E., Yudkin, P. L., & Douglas, N. (2009). Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: the impact of imprisonment. *Health Promot Int, 24*(4), 334-343.
- Prison Service Order. (2007). Prison Service Order 3200 - Health promotion. Accessed 1. February 2011 <http://www.hmprisonservice.gov.uk/resourcecentre/psispsos/listpsos/>
- Proescholdbell, S. K., Foley, K. L., Johnson, J., & Malek, S. H. (2008). Indoor air quality in prisons before and after implementation of a smoking ban law. *Tob Control, 17*(2), 123-127.
- Ratschen, E., J., B., Doody, G., Gillian, A., & McNeill, A. (2009). Smoke-free policy in acute mental health wards: avoiding the pitfalls. *Gen Hosp Psychiatry, 31*(2), 131-136
- Rezza, G., Scalia Tomba, G., Martucci, P., Massella, M., Noto, R., De Risio, A. et al. (2005). [Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons]. *Ann Ist Super Sanita, 41*(2), 239-245.

- Richmond, R., Butler, T., Wilhelm, K., Wodak, A., Cunningham, M., & Anderson, I. (2009). Tobacco in prisons: a focus group study. *Tob Control*, 18(3), 176-182.
- Richmond, R. L., Butler, T., Belcher, J. M., Wodak, A., Wilhelm, K. A., & Baxter, E. (2006). Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention. *Aust N Z J Public Health*, 30(5), 474-478.
- Ritter, C. Etter, J., Wahl, C., Sommer, J., & Elger, B. (2010). *Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis – Konkretes Beispiel einer Strafanstalt – Schweiz*. Paper presented at the Congress Gesundheit in Haft. Accessed 30. September 2011 <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/5%20%20haftkonferenz-internet%202011.pdf>
- Ritter, C., Huynh, C. K., Etter, J. F., & Elger, B. S. (2011). Exposure to tobacco smoke before and after a partial smoking ban in prison: indoors air quality measures. *Tob Control*. Aug 11. [Epub ahead of print]
- Ritter, C., Stöver, H., Levy, M., Etter, J. F., & Elger, B. (2011). Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J Public Health Policy*, 32(1), 32-45.
- Rodu, B. (2011). The Scientific Foundation for Tobacco Harm Reduction, 2006-2011. *Harm Reduct J*, 8(1), 19.
- Royal College of physicians. (2007). Harm reduction in nicotine addiction Helping people who can't quit, A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Accessed June 2 2011 <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub234-aafdfc2b-5c23-4ee3-8f1d-ea18f017edce.pdf>
- Sahajian, F., P, L., & J, F. (2006). Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Sante Publique*, 18(2), 223-234.
- Sannier, O., Gignon, M., Defouilloy, C., Hermant, A., Manaouil, C., & Jarde, O. (2009). [Obstructive lung diseases in a French prison: results of systematic screening]. *Rev Pneumol Clin*, 65(1), 1-8.
- Scollo, M., & Winstanley, M. (2008). *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria. Retrieved 14th May 2010 from <http://www.tobaccoinustralia.org.au>

- Shearin, P., Hepburn, K., Hands, S., McAteer, J., & Braddick, L. (2002). Smoking cessation programme in a young offenders institution. *International Journal of Pharmacy Practice*, 10, R84.
- Sieminska, A., Jassem, E., & Konopa, K. (2006). Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. *BMC Public Health*, 6, 181.
- SPS. (2006). 9th prisoner survey 2006. Edinburgh, Scottish Prison Service (SPS).
- SPS. (2008). SPS (2008) 11th prisoner survey. Edinburgh, Scottish Prison Service (SPS). Retrieved 14th May 2010 from <http://www.sps.gov.uk/default.aspx?documentid=21190703-e21190707b21190704-21190704-abc-bc21190783-21190744b21190705d21190700f21190706f21190769>
- Spurgeon, D. (2000). Canadian prisoners strike over smoking ban. *BMJ*, 321(7258), 402.
- Stöver, H., & Thane, K. (2011). *Towards a continuum of care in the EU criminal justice system. A survey of prisoners' needs in four countries (Estonia, Hungary, Lithuania, Poland)* (Vol. 20). Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Stuart, G. L., Meehan, J., Moore, T. M., Hellmuth, J., Morean, M., & Follansbee, K. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, violence and psychopathology among arrested domestically violent men. *Am J Addict*, 15(3), 256-257.
- Stuart, G. L., Meehan, J., Temple, J. R., Moore, T. M., Hellmuth, J., Follansbee, K. et al. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, intimate partner violence, and substance abuse among arrested violent women. *Am J Addict*, 15(5), 396-399.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Kahler, C. W., Ramsey, S. E., & Strong, D. (2004). Cigarette smoking and substance use among men court-referred to domestic violence treatment programs. *Am J Addict*, 13(3), 319-320.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Kahler, C. W., Ramsey, S. E., & Strong, D. (2005). Cigarette smoking, alcohol use and psychiatric functioning among women arrested for domestic violence. *Am J Addict*, 14(2), 188-190.
- stuff.co.nz. (2011, 01.08.2011). Fewer prison fires since smoking ban-Corrections.

- Sweda, E. (2004). Lawsuits and secondhand smoke. *Tob Control* 13, i61-i66.
- Sweda, E. L., Jr. (2001). Litigation on behalf of victims of exposure to environmental tobacco smoke. The experience from the USA. *Eur J Public Health*, 11(2), 201-205.
- The national center on addiction and substance abuse at Columbia University, C. U. (2010). Substance abuse and America's Prison population. Accessed June 17. 2011 <http://www.casacolumbia.org/articlefiles/575-report2010behindbars2.pdf>
- Thibodeau, L., Jorenby, D. E., Seal, D. W., Kim, S. Y., & Sosman, J. M. (2010). Prerelease intent predicts smoking behavior postrelease following a prison smoking ban. *Nicotine Tob Res*, 12(2), 152-158.
- Tielking, K., Becker, S., & Stöver, H. (2003). Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. http://oops.uni-oldenburg.de/frontdoor.php?source_opus=491
- US Department of Health, a. H. S. (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General, *Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health*. Accessed 13. December 2010 <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/executivesummary.pdf>. Atlanta, GA.
- US Department of Health, a. H. S. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General, *Public Health Service Office of the Surgeon General* Rockville, MD. Accessed 13. December 2010 http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf
- Vaughn, M., & Del Carmen, R. (1993). Smoke free prisons: Policy dilemmas and constitutional issues. *Journal of Criminal Justice*, 21, 151-171.
- Voglewede, J. P., & Noel, N. E. (2004). Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addict Behav*, 29(2), 343-348.
- Wang, E. A., Pletcher, M., Lin, F., Vittinghoff, E., Kertesz, S. G., Kiefe, C. I. et al. (2009). Incarceration, incident hypertension, and access to health care: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *Arch Intern Med*, 169(7), 687-693.

- WHO (Producer). (2003) WHO Framework convention on tobacco control. Accessed 2. February 2010 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
- WHO. (2007a). THE EUROPEAN TOBACCO CONTROL REPORT 2007. Geneva, World Health Organization. Accessed 2. February 2010 <http://www.euro.who.int/Document/E89842.pdf>
- WHO (Producer). (2007b) Protection from exposure to second hand smoke, Policy recommendations. Accessed 10. January 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf
- WHO (Producer). (2009a) WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Guidelines for implementation. Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. Accessed 7. January 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf
- WHO. (2009b). WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2009 Implementing smoke-free environments. Accessed 2. February 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf
- Wilcox, S. (2007). Secondhand smoke signals from prison. *Michigan Law Review*, 105, 2081–2103. *Michigan Law Review*, 105, 2081-2103.
- Wolff, H., Sebo, P., Haller, D. M., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., et al. (2011). Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*, 11(1), 245.
- World Health Organization, & Europe., R. O. f. (2007). Health in prisons - A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization. Accessed 21 October 2009 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- Young, M., Waters, B., Falconer, T., & O'Rourke, P. (2005). Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. *Aust N Z J Public Health*, 29(4), 324-327.

II. Websites

<http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/>

<http://www.srnt.org/conferences/future/index.cfm>

http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/nichtraucherschutz_aid_131374.html

<http://www.aktiv-rauchfrei.de/aktuell>

<http://www.globalSmokefree.com/gsp/>

<http://www.nosmokingday.org.uk/organisers/settingsguides.htm>

<http://www.gasp.org.uk/p-deciding-to-quit-a-stop-smoking-guide-for-prisoners.htm>

<http://data.euro.who.int/tobacco/>

<http://www.tobaccoinAustralia.org.au/>

<http://www.iprt.ie/>

<http://www.tobaccoatlas.org/>

<http://www.euro.who.int/prisons>

<http://www.custodialinspector.wa.gov.au/go/home>