

# De Rookvrije Generatie en gemeentelijk tabaksbeleid

Januari 2020





# De Rookvrije Generatie en gemeentelijk tabaksbeleid

Januari 2020

## Colofon

### *Auteurs*

Jeroen Bommelé  
Bethany Hipple Walters  
Ben Wijnen  
Marc Willemsen

### *Vormgeving en productie*

Canon Nederland N.V.

### *Beeld*

Getty Images

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

De uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel). Artikelnummer **AF1738**.

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030 - 297 11 00  
F: 030 - 297 11 11

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
Onderzoeksvragen	5
<b>Onderzoeksmethoden</b>	<b>7</b>
Onderzoeksvraag 1: Kennislacunes	7
Onderzoeksvraag 2: Behoeftte aan een kosten-baten instrument	10
Onderzoeksvraag 3: Haalbaarheid	10
<b>Effectiviteit van lokale beleidsinterventies</b>	<b>13</b>
Monitoren van rookgedrag en lokaal beleid	15
Rookvrije ruimten	15
Hulp bij stoppen met roken	19
Voorlichting	20
Beschikbaarheid van tabak	21
De prijs van tabak verhogen	23
Overkoepelende succesfactoren	24
<b>Wat willen GGD'en en lokale beleidsmakers?</b>	<b>25</b>
Resultaten individuele interviews	25
Resultaten interviews met VNG, GGD GHOR en ANR	29
<b>Naar een kosten-baten tool voor lokaal gebruik: EQUIPTMOD?</b>	<b>37</b>
Aanpassen EQUIPTMOD naar lokaal niveau	38
<b>Conclusies</b>	<b>41</b>
Werkzame elementen	41
<b>Literatuur</b>	<b>45</b>



# Inleiding

In het kader van het Nationaal Preventieakkoord zullen gemeenten in de aankomende jaren meer gestimuleerd en ondersteund worden bij het implementeren van activiteiten in het kader van de Rookvrije Generatie (RVG). Vanuit de Rijksoverheid komt er in 2020 extra subsidie beschikbaar voor GGD'en om gemeenten bij Rookvrij Gemeente Beleid (RGB) te ondersteunen. Activiteiten zoals interventies om jongeren te weerhouden met roken te beginnen, interventies om kind-omgevingen rookvrij te maken, te voorkomen dat jongeren in aanraking komen met tabak en het regelen van ondersteuning bij het stoppen-met-roken, worden door gemeenten dan ook steeds vaker als een apart 'Rookvrije Gemeente Beleid' ontwikkeld, maar de lokale invulling hiervan verschilt in de praktijk sterk. In de aankomende jaren komen alle gemeenten vroeg of laat voor de vraag te staan of ze een apart Rookvrije Gemeente Beleid gaan ontwikkelen en uitvoeren.

Momenteel bestaat nog geen volledig overzicht van de werkzame elementen van een RGB. In dit onderzoek brengen wij in kaart welke werkzame elementen van een RGB bekend zijn en waar nog kennislacunes bestaan. We onderzoeken tevens de behoefte van gemeenten aan een instrument om de maatschappelijke kosten en baten van tabaksontmoedigingsmaatregelen op lokaal niveau vast te stellen en verkennen de haalbaarheid van het ontwikkelen van een dergelijk instrument.

## Onderzoeksvragen

Het onderzoek is opgezet om de volgende vragen te beantwoorden.

- 1) Welke kennislacunes zijn er nog met betrekking tot de werkzame elementen van een 'Rookvrije Gemeente Beleid' (RGB)?
- 2) Welke behoefte is er bij gemeenten aan een instrument om inzicht te krijgen in de kosten-baten van een RGB?
- 3) Is het mogelijk en haalbaar om EQUIPTMOD zodanig aan te passen dat het geschikt is voor gebruik door gemeenten?





# Onderzoeksmethoden

## Onderzoeksvraag 1: Kennislacunes

Welke kennislacunes zijn er met betrekking tot de werkzame elementen van een 'Rookvrije Gemeente Beleid' (RGB)? Om deze vraag te beantwoorden hebben we in kaart gebracht wat in de wetenschappelijke literatuur bekend is over opbrengsten en impact van afzonderlijke activiteiten wanneer ze worden uitgevoerd op gemeentelijk niveau. Hiertoe werd een **quick scan** van de literatuur uitgevoerd. We zijn hierbij uitgegaan van een zo ruim mogelijke invulling van een RGB.

Nationale en lokale beleidsmakers hebben immers een breed palet aan mogelijkheden om hun tabaksbeleid vorm te geven. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft vastgesteld dat er zes typen van maatregelen zijn die elke overheid zou moeten nemen om een effectief tabaksbeleid te voeren.<sup>1</sup> Deze zes groepen van maatregelen zijn beschreven in het MPOWER-model, waarbij elke letter voor een groep van maatregelen staat. Het gaat hierbij om het monitoren van tabaksgebruik (*Monitoring tobacco use*), het invoeren van rookvrije ruimten (*Protect people from tobacco smoke*), hulp bij stoppen met roken (*Offer help to quit tobacco use*), het geven van voorlichting (*Warn about the dangers of tobacco*), het handhaven van wetgeving gericht op beperking van tabakspromotie (*Enforce bans on tobacco promotion*) en het verhogen van de prijs van tabak (*Raise taxes on tobacco*) (zie Tabel 1).

De zes typen interventies zijn richtinggevend voor het Nederlandse beleid. De werkzame elementen zoals verwoord in het Nationaal Preventieakkoord zijn er van afgeleid. De door de Alliantie Nederland Rookvrij (ANR) uitgedragen "routekaart naar een Rookvrije Generatie" bevat deels dezelfde maatregelen. Hierin wordt expliciet aandacht gevraagd voor rookvrije zwangerschap, rookvrije kinderopvang, rookvrije scholen, rookvrij spelen en recreëren, tabaksverkoop uit het zicht, rookvrije sport, rookvrije zorg. Daarnaast is volgens ANR een cruciaal element van een effectief tabaksontmoedigingsbeleid dat er gewerkt wordt aan het uitdragen van 'rookvrij' als sociale norm, dat er ondersteuning bij het stoppen met roken wordt gefaciliteerd, dat de tabaksaccijnzen worden verhoogd en dat er niet wordt samengewerkt met de tabaksindustrie.

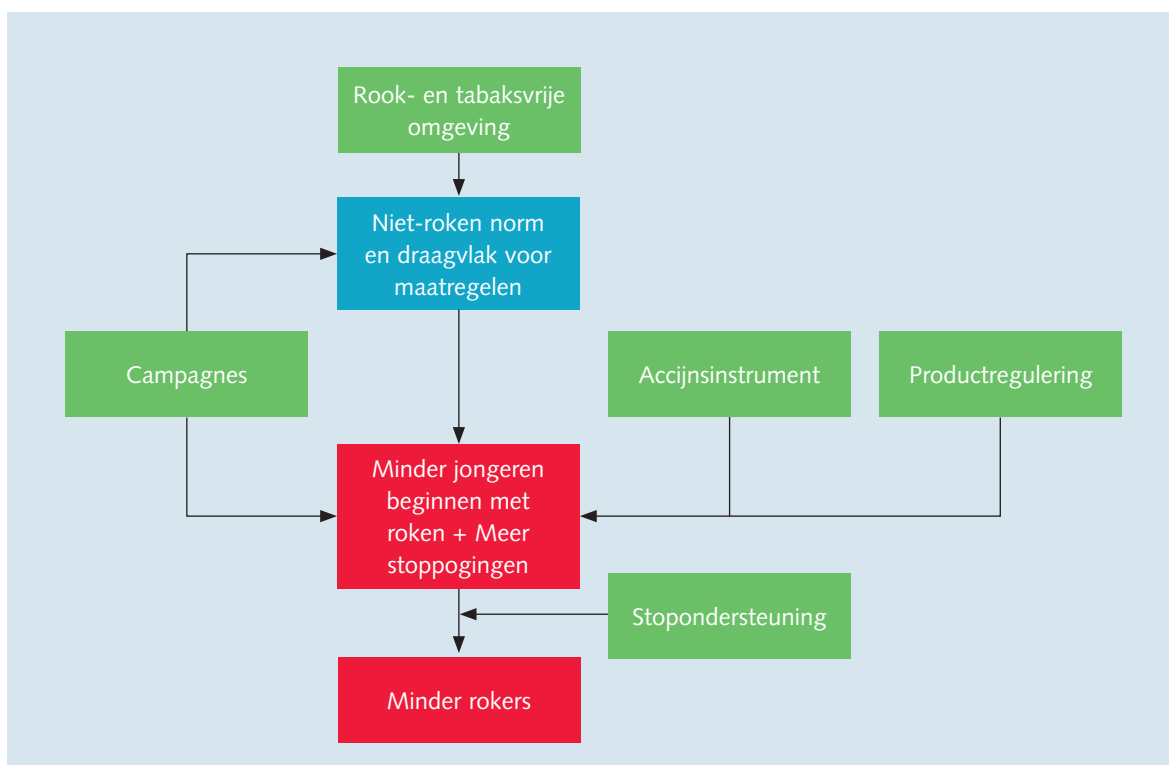
Tabel 1. De zes categorieën van tabaksontmoedigingsmaatregelen volgens de WHO.

	Interventie	Opmerkingen
<b>M</b>	<b>Monitoren van (lokaal) beleid</b>	
	<b>Rookvrije buitenruimten instellen</b>	
	Schoolterreinen	<i>Wettelijk rookvrij vanaf sep. 2020</i>
	Speeltuinen en sportterreinen	
<b>P</b>	Kinderopvang	
	Overige buitenruimten <sup>A</sup>	
	<b>Wetgeving voor rookvrije binnenruimten</b>	
	Verbod op roken in auto's	
	<b>Hulp bij stoppen met roken</b>	
<b>O</b>	Stoppen-met-roken-hulp in de geboortezorg	
	Wijkgerichte interventies	
	<b>Voorlichting</b>	
<b>W</b>	Massamediale campagnes	
	Voorlichting op scholen	
	Plain packaging en waarschuwingen op pakjes	<i>Wettelijke maatregel in 2020</i>
	<b>Verbod op tabaksreclame en promotie</b>	
	<b>Beschikbaarheid van tabak</b>	
<b>E</b>	Vergunningensysteem	
	Beperk verkooppunten rondom scholen	
	Tabaksvrije drogisterijen	
	Verbod op verkoopautomaten.	<i>Maatregel wordt in 2022 ingevoerd.</i>
	Verhogen van de leeftijdsgrens naar 21 jaar	<i>Mogelijk wettelijke beperking</i>
<b>R</b>	<b>Prijs van tabak verhogen via accijns</b>	

<sup>A</sup> Denk aan rookvrije straten, pleinen, stranden, parken, ov-haltes, kinderboerderijen, festivalterreinen, kerken etc.

Figuur 1 toont de samenhang van de verschillende maatregelen en hoe maatregelen direct of indirect leiden tot vermindering van het aantal rokers via het vergroten van het aantal stoppogingen op populatieniveau. De vijf maatregelen vertonen een logische samenhang en ondersteunen en versterken elkaar. Door het rookvrij maken van omgevingen wordt niet alleen de blootstelling aan tabaksrook verminderd, maar wordt ook de niet-roken norm in de samenleving vergroot en neemt het draagvlak voor verdere maatregelen toe. Accijnsverhoging en productregulering zijn wettelijke maatregelen die zorgen voor een direct effect op verminderen van het roken, vooral doordat het product voor de consument minder aantrekkelijk wordt. Accijnsverhogingen en campagnes zorgen voor meer stoppogingen in de samenleving en zijn, tezamen met de normveranderingen door het rook- en tabaksvrij maken van de omgeving, de motor van een effectieve lange termijn aanpak van het roken. Publiekscampagnes zijn tevens van belang om het benodigde maatschappelijke draagvlak voor regulering te behouden en eventueel verder te vergroten. Verbetering van het aanbod van stopondersteuning zorgt ervoor dat de stoppogingen die door accijnsverhogingen en campagnes worden gegenereerd meer kans van slagen hebben. Dit vergroot de populatie-impact van stoppogingen (snellere daling van het percentage rokers). Beter toegankelijke stopondersteuning vergroot tevens de sociale acceptatie van wettelijke maatregelen onder rokers, doordat rokers de helpende hand wordt geboden. Jaarlijks terugkerende stopcampagnes zoals Stoptober fungeren als kapstok voor zorgverleners om gemakkelijker patiënten te stimuleren om te stoppen met roken en voor gemeenten om het lokale tabaksontmoedigingsbeleid meer inhoud te geven doordat men kan aansluiten bij landelijke campagnes. Elk van de vijf pijlers is noodzakelijk voor een effectief tabaksontmoedigingsbeleid. Het achterwege laten van één van de pijlers, ondermijnt de effectiviteit van het geheel. Regelmatige monitoring en evaluatie zijn nodig om voortgang te meten en bij te sturen.

**Figuur 1: Samenhang tabaksontmoedigingsmaatregelen.**



We zijn niet alleen op zoek naar wat bekend is over de effectiviteit van concrete werkzame elementen van RGB, maar óók naar elementen van de gemeentelijke context die belangrijk kunnen zijn om uiteindelijk een impact te genereren. Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM hanteert als definitie van werkzame elementen: “Werkzame elementen zijn onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat die specifieke interventie de gewenste uitwerking heeft. (...) Een (goede) combinatie van werkzame elementen maakt de interventie effectief. Belangrijk zijn zowel de inhoudelijke elementen die voortkomen uit de theorie / onderzoek / literatuur als ook de praktische elementen / uitvoeringsaspecten die betrekking hebben op de context van een interventie.”<sup>2</sup> Het gaat dus ook om strategische en contextuele factoren die van invloed zijn op succesvolle brede implementatie, bereik en participatie, en uiteindelijk op het behalen van effecten op populatieniveau. Wij willen de werkzame elementen in de context dus een plek geven bij het beschrijven van de werkzame elementen van een RGB aanpak. Daarbij dienen ook infrastructurele en contextuele kenmerken beschouwd te worden als beïnvloedbare werkzame condities.<sup>3</sup>

## Onderzoeksvraag 2: Behoeft e aan een kosten-baten instrument

We voerden semi-gestructureerde interviews uit met functionarissen van zes gemeenten en zes GGD'en (face-to-face) en met drie landelijke organisaties (ANR, GGD-GHOR, VNG; telefonisch). Als onderdeel van de interviews werden de deelnemers gevraagd om een online survey (via LimeSurvey) in te vullen, waarin specifiek werd uitgevraagd wat men vond van de EQUIPTMOD tool. De gemeenten zijn zodanig gekozen worden dat zowel grote als kleine gemeenten vertegenwoordigd zijn.

De interviews waren gericht op het in kaart brengen van strategische en contextuele factoren die van invloed zijn om maken van keuzes tussen elementen van RGB en implementatie en bereik ervan in de gemeente. Er werd een interviewprotocol ontwikkeld door experts van het Trimbos-instituut (Marc Willemsen, Jeroen Bommelé, Ben Wijnen, Bethany Hipple Walters). Het protocol is vervolgens door een internationale expert op gebied van kwalitatief onderzoek gecontroleerd. Een freelancer met ervaring binnen de lokale gezondheidszorg en kennis van GGD'en was ingehuurd om de interviews uit te voeren. Zij werd getraind in het uitvoeren van kwalitatieve interviews door Bethany Hipple Walters, een ervaren docent op gebied van kwalitatieve onderzoeksmethoden. De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Deelnemers ondertekenden een toestemmingsformulier.

## Onderzoeksvraag 3: Haalbaarheid

De vraag naar haalbaarheid van het ontwikkelen van een variant van het EQUIPTMOD model voor lokaal beleid in kader van het ontwikkelen van een RGB is verricht door middel van deskresearch. Het was belangrijk om een eerste indruk te krijgen van a.) welke kostenposten er zijn bij het organiseren en implementeren van een RGB en b.) welke baten realistisch te verwachten zijn op gemeentelijk niveau (in tegenstelling tot landelijk) en dus interessant voor gemeenten om kennis van te nemen.

Ook diende verkend te worden welke gegevens binnen gemeenten voorhanden zijn om uiteindelijk een EQUIPTMOD-tool te ontwikkelen dat bruikbaar is op gemeentelijk niveau (feasibility). Hiertoe zijn ook gegevens uit de interviews gebruikt.



# Effectiviteit van lokale beleidsinterventies

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van de quick scan van de literatuur. We doen dit aan de hand van de 6 MPOWER-categorieën van maatregelen de effectiviteit en bruikbaarheid van lokale tabaksonthoudingsmaatregelen. Tabel 2 vat de gevonden literatuur samen. Het MPOWER-kader was leidend voor de literatuurstudie. We hebben in bestaande literatuuroverzichten en factsheets uit de periode 2004-2019 gezocht naar wetenschappelijke literatuur over interventies of beleidsmaatregelen die mensen helpen stoppen met roken of anderen beschermen tegen meerroken. In deze quick scan hebben we ongeveer 80 relevante artikelen gevonden.

Tabel 2. Samenvatting van de gevonden literatuur.

	Interventie	Prevalentie (minder rokers)	Stop- pogingen	Sociale norm
<b>M</b>	<b>Monitoren van (lokaal) beleid</b>			
<b>P</b>	<b>Rookvrije buitenruimten instellen</b>			
	Schoolterreinen	-		
	Speeltuinen en sportterreinen			
	Kinderopvang			
	Overige buitenruimten <sup>A</sup>			
	<b>Wetgeving voor rookvrije binnenruimten</b>	+	+	+
	Verbod op roken in auto's	-		
<b>O</b>	<b>Hulp bij stoppen met roken</b>			
	Stoppen-met-roken-hulp in de geboortezorg		+	
	Wijkgerichte interventies	+		
<b>W</b>	<b>Voorlichting</b>			
	Massamediale campagnes	+	+	
	Voorlichting op scholen	+		+
	Plain packaging en waarschuwingen op pakjes		+	+
<b>E</b>	<b>Verbod op tabaksreclame en promotie</b>	+		
	<b>Beschikbaarheid van tabak</b>			
	Vergunningensysteem			
	Beperk verkooppunten rondom scholen			
	Tabaksvrije drogisterijen			
	Verbod op verkoopautomaten.	+		
	Verhogen van de leeftijdsgrens naar 21 jaar	+		
<b>R</b>	<b>Prijs van tabak verhogen via accijs</b>	+	+	

<sup>A</sup> Denk aan rookvrije straten, pleinen, stranden, parken, ov-haltes, kinderboerderijen, festivalterreinen, kerken etc.  
Noot: In de tabel staat of een interventie volgens de literatuur een positief effect (+) of geen effect (-) heeft op de rookprevalentie, het aantal stoppers (stoppogingen) en de sociale norm rondom roken. Geen van de maatregelen heeft een negatief effect. Wanneer we geen relevante literatuur over effecten op populatieniveau hebben gevonden, is het vakje leeg. Dat betekent niet dat het geen invloed heeft op populatieniveau, maar dat er nog te weinig onderzoek naar is gedaan om er een goede uitspraak over te doen.



## Monitoren van rookgedrag en lokaal beleid

Voor nationale en lokale beleidsmakers is het belangrijk om inzicht te hebben in het rookgedrag van zowel jongeren als volwassenen. Dit moet dus goed gemonitord worden. Nederlandse gemeenten doen dit onder andere met de Gezondheidsmonitor van de GGD. Hoewel het monitoren op zichzelf geen effect heeft op de rookprevalentie, helpt het gemeenten wel om haar beleid te evalueren en toekomstig tabaksbeleid beter onderbouwen.

Een mooi voorbeeld van hoe monitoring het beleid ondersteunt komt uit IJsland. Daar heeft men met een integrale aanpak het alcohol-, tabak-, en drugsgebruik onder jongeren flink doen dalen. De aanpak 'Youth in Iceland' gaat ervan uit dat wanneer je jongeren een zinvolle en goed begeleide vrijetijdsbesteding biedt, ze van genotsmiddelen zullen afblijven.<sup>4</sup> Jongeren krijgen daarom onder andere een vrijetijdspas van de gemeente om deel te nemen aan georganiseerde sport- en culturele activiteiten. Ook organiseren scholen naschoolse hangplekken en geldt er op straten een officieuze avondklok (22:00 in de winter, 0:00 in de zomer).<sup>4</sup>

Samen met lokale partners, ouders en jongeren probeert de overheid steeds nieuwe initiatieven uit. Cruciaal hierbij is dat het middelengebruik van jongeren samen met de onderliggende risico- en beschermende factoren (zoals vrijetijdsbesteding) zorgvuldig wordt gemonitord. De overheid doet dit elk jaar met vragenlijsten onder 8000 tot 9000 jongeren. Deze vragenlijsten worden na het invullen snel geanalyseerd en de resultaten worden vervolgens besproken met beleidsmakers. Het beleid kan hierdoor snel aangepast worden. Toen bijvoorbeeld bleek dat 's avonds buiten zijn een belangrijke voorspeller is voor middelengebruik, heeft men de officieuze avondklok ingevoerd. Sinds de invoering van dit beleid en de intensieve monitoring is het aantal dagelijks rokende jongeren gedaald van 23% in 1998 naar 2% in 2018.<sup>5</sup>

## Rookvrije ruimten

Er zijn sterke aanwijzingen uit buitenlands onderzoek dat het rookvrij maken van omgevingen via beleidsmaatregelen het stoppen met roken bevordert door afname van de sociale acceptatie van het roken.<sup>6-10</sup> Het zich zorgen maken voor de sociale consequenties van het roken is de op één na meest genoemde reden om te willen stoppen met roken (na gezondheidszorgen).<sup>11</sup>

Gemeenten zien het creëren van rookvrije buitenruimten als een van de meest haalbare en meest voor de hand liggende maatregelen in het kader van RGB.<sup>12</sup> Het creëren van rookvrije buitenruimten zorgt er niet alleen voor dat niet-rokers niet langer worden blootgesteld aan tabaksrook,<sup>13</sup> maar het zorgt er ook voor dat kinderen geen slecht voorbeeld meer krijgen. Zien roken, doet immers roken.<sup>14</sup>

## Rookvrije schoolterreinen

Vanaf de zomer van 2020 worden alle scholen wettelijk verplicht om hun schoolterrein volledig rookvrij te houden. Gemeenten zien hierbij vooral een leidende rol van de GGD.<sup>12</sup> Hoewel Nederlands onderzoek laat zien dat het rookvrij maken van schoolpleinen er niet direct voor zorgt dat er minder leerlingen gaan roken,<sup>15</sup> zorgt het er wel voor dat de niet-rokende leerlingen op het schoolterrein niet meer worden blootgesteld aan tabaksrook.

Het invoeren van een rookvrij schoolterrein is soms een uitdaging. Met name de handhaving kan in het begin lastig zijn. Er bestaat namelijk een kans dat leerlingen vlak buiten het schoolterrein gaan roken. Het is daarom belangrijk dat schoolbesturen bij het invoeren van een rookvrij schoolterrein belangrijke stakeholders (ouders, personeel, leerlingen) in een vroeg stadium betrekken.<sup>16</sup> Wat ook helpt is het strikt handhaven van het rookverbod, het aanbieden van stoppen-met-roken hulp aan leerlingen en het opstellen van heldere richtlijnen voor rokende docenten.<sup>17</sup> Door rekening te houden met deze factoren, wordt het gemakkelijker een rookvrij terrein te handhaven.

## Rookvrije speeltuinen, sportterreinen, kinderopvang en overige buitenruimten

Uit een eerdere verkenning onder lokale beleidsmakers kwam naar voren dat veel beleidsmakers het rookvrij maken van een speeltuin een mooi concreet idee vinden.<sup>12</sup> Een deel vraagt zich echter wel af of het rookvrij maken van speeltuinen een taak van de gemeente zou moeten zijn. Voor het rookvrij maken van sportterreinen zien zij meer kansen, omdat gemeenten veelal een subsidierelatie met deze verenigingen hebben. Het rookvrij maken van kinderopvanginstellingen is voor hen veelal een onbekend fenomeen.

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat er over het algemeen veel draagvlak is voor het rookvrij maken van openbare buitenruimten.<sup>18,19</sup> Dit draagvlak is met name hoog voor buitenruimten waar veel kinderen komen, zoals speeltuinen en sportterreinen. Er is geen literatuur bekend over het effect van het rookvrij maken van speeltuinen, sportterreinen of buitenruimten van de kinderopvang op het aantal mensen dat stopt met roken. Dit is niet zo vreemd, omdat het rookvrij maken van buitenruimten vooral bedoeld is om blootstelling aan tabaksrook te verminderen en om roken in de aanwezigheid van kinderen minder normaal te maken. Deze maatregelen dragen echter ook bij aan het versterken van een anti-roken sociale norm.

## Wetgeving over rookvrije buitenruimten

In het buitenland is al veel meer ervaring opgedaan met het rookvrij maken van buitenruimten via lokale wetgeving. Zo zijn in Straatsburg (Frankrijk) de eerste parken rookvrij gemaakt, is in Sydney (Australië) het openbaar vervoer rookvrij geworden en heeft een gemeente in Italië haar strand rookvrij gemaakt.<sup>20</sup> In Japan hebben een groot aantal gemeenten via hun lokale wetgeving straten rookvrij gemaakt. Ook in Nederland zijn al de eerste stappen gezet. In 2018 heeft de gemeente Groningen als eerste gemeente in Nederland de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) aangepast, zodat zij rookvrije buitenruimten kan creëren.<sup>20</sup> De eerste rookvrije plekken zijn inmiddels daar een feit.

## Rookvrije binnenruimten

Hoewel er vrijwel geen onderzoeken zijn gedaan naar het directe effect van rookvrije buitenruimten op de publieke gezondheid, is er wel veel literatuur over de invloed van rookvrije binnenruimten op de publieke gezondheid. Het rookvrij maken van publieke binnenruimten zorgt voor een verlaging van de rookprevalentie,<sup>21</sup> een vermindering in het aantal hart- en vaatziekten, en een daling in het aantal sterfgevallen.<sup>22</sup> Zo daalde de rookprevalentie in een Amerikaanse gemeente in de staat Kentucky na het invoeren van een breed pakket van rookverboden binnen enkele jaren van 25,7% naar 17,5%.<sup>21</sup> Een grote Amerikaans overzichtsstudie onder 37 studies laat zien dat het door middel van wetgeving rookvrij maken van de werkplek zorgde voor een daling in de rookprevalentie (3,4%) en leidde tot een stijging in het aantal stoppogingen (+6,4%).<sup>23</sup>

Er zijn aanwijzingen dat het invoeren van rookvrije binnenruimten roken minder normaal maakt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het invoeren van de rookvrije horeca in Nederland. Sinds 2008 geldt er een rookverbod in de horeca. Daar waar in 2003 nog 14% voor een rookverbod in restaurant was, was dit percentage gestegen naar 65% in 2013.<sup>24</sup> Het creëren van een rookvrije horeca heeft daarmee bijgedragen aan het veranderen van de sociale norm omtrent roken.<sup>24,25</sup>

Een Nederlandse meta-analyse laat tot slot zien dat het invoeren van rookverboden in binnenruimten ook een directe invloed heeft op de volksgezondheid. Zo leidt het invoeren tot minder vroeggeboortes (3,8%)<sup>26</sup> en minder ziekenhuisopnames voor astmatische klachten (9,8%), longontstekingen (3,5%) en infecties in de onderste luchtwegen (18,5%). Een andere Nederlandse studie laat daarnaast zien dat het invoeren van een pakket aan rookverboden in Engeland leidde tot een daling in het aantal doorgelborenen (7,8%), sterfgevallen rondom de geboorte (7,6%) en kinderen met een te laag geboortegewicht (3,9%).<sup>27</sup> Vergelijkbare resultaten zijn ook gevonden in België.<sup>28</sup> Onder volwassenen zorgde het Engelse pakket aan maatregelen tot minder opname voor hartinfarcten (2,4%).<sup>29</sup> In Spanje leidde een vergelijkbaar pakket ook tot een daling in het aantal acute hartinfarcten en daalde het aantal mensen dat hieraan stierf.<sup>30</sup> Dit was met name het geval onder vrouwen en oudere mensen (6574 jaar).

Enkele lokale overheden experimenteren met het wettelijk rookvrij maken van de auto. Zo is het in verschillende Canadese provincies, Amerikaanse staten, delen van het Verenigd Koninkrijk en in Vlaanderen verboden om in een auto met kinderen te roken. Over het algemeen is er veel draagvlak voor een dergelijke maatregel.<sup>31,32</sup> In Engeland is het vanaf 2015 verboden om met kinderen in de auto te roken. Het invoeren van deze maatregel zorgde er daar echter niet voor dat binnen twee jaar de gezondheid van kinderen verbeterde.<sup>33</sup> Dit kwam vooral omdat veel rokers zich niet aan de maatregel hielden. In het jaar na invoering werd namelijk nog steeds 6% van alle kinderen in de auto blootgesteld aan tabaksrook.

## Wat werkt wel?

Een onderzoeksgroep van Nederlandse en Duitse onderzoekers heeft onderzocht wat werkzame elementen zijn van het rookvrij maken van publieke ruimten.<sup>34</sup> Hieruit bleek dat het vooral belangrijk is om in de eerste stap te beginnen met een intensieve samenwerking tussen partijen met verschillende expertises. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld samenwerken met de GGD, bewoners en lokale artsen. Die lokale alliantie stelt vervolgens gemeenschappelijk

doelen op en monitort met lokale cijfers het draagvlak voor rookvrije publieke ruimten. Het is cruciaal om vertegenwoordigers van de tabaksindustrie buiten de samenwerking te houden. Bij het implementeren van een rookvrije ruimte zou voldoende tijd en geld beschikbaar moeten zijn om de plannen uit te werken. Plekken die rookvrij zijn geworden moeten duidelijk met borden worden aangegeven en handhavers zouden regelmatig moeten kijken of er niet gerookt wordt. Om weerstand te ondervangen is het belangrijk om objectieve argumenten te gebruiken, waarbij het beschermen van kinderen een cruciale is.<sup>35</sup> Het is ook goed om te laten zien dat veel rokers de maatregel steunen. Dit draagvlak zal na invoering onder zowel rokers als niet-rokers toenemen.

Gemeenten maken zich bij het invoeren van rookvrije publieke ruimten vaak zorgen om de handhaving. Australisch onderzoek laat gelukkig zien dat bepaalde elementen de handhaving kunnen vergemakkelijken.<sup>36</sup> Net als uit het onderzoek hierboven, bleek uit dit onderzoek dat het belangrijk is om rookvrije zones duidelijk te markeren met borden en om deze rookvrije zones regelmatig te laten controleren door handhavers, die bij voorkeur boetes of waarschuwingen kunnen uitdelen. Verder helpt het om toekomstige rookvrije zones met activiteiten vooraf onder de aandacht te brengen. Het onderzoek laat tot slot zien dat het invoeren van rookvrije zones gemakkelijker is wanneer het management zelf niet rookt, wanneer weinig medewerkers roken en wanneer de organisatie samenwerkt binnen een netwerk van organisaties met hetzelfde doel.

### **Wat werkt niet?**

Japans onderzoek toont aan dat het creëren van speciale zones waar gerookt mag worden een slecht idee is. Veel Japanse gemeenten hebben via hun lokale wetgeving het roken op straat verboden.<sup>37</sup> Binnen deze wetgeving mogen er vaak speciale zones (soms met rookabri's) worden gecreëerd waar rokers kunnen roken. Een Japanse studie laat echter zien dat niet-rokers tot op minstens 25 meter afstand van deze rookzones worden blootgesteld aan tabaksrook.<sup>38</sup> Deze zones beschermen niet-rokers dus nauwelijks tegen tabaksrook. De aangrenzende rookvrije zones bereiken hierdoor dus niet hun doel.

### **Conclusie**

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de directe invloed van het rookvrij maken van *buitenruimten* op stopgedrag, de rookprevalentie en de sociale norm rondom roken. Dat komt omdat dit nog een relatief nieuw terrein is binnen tabaksontmoediging.<sup>39</sup> Er is wel veel bekend over het rookvrij maken van *binnenruimten*. We weten dat het invoeren van rookvrije binnenruimten leidt tot een daling in de rookprevalentie, een stijging in het aantal stoppogingen en veranderingen in de sociale norm rondom roken. Het ligt voor de hand dat het invoeren van rookvrije buitenruimten een vergelijkbaar effect heeft.

## Hulp bij stoppen met roken

Over de effectiviteit van programma's rondom stoppen met roken is veel bekend. Zo is bekend dat de combinatie van coaching met het inzetten van medicijnen het beste werkt bij stoppen met roken.<sup>40</sup> Het vergoeden van dit soort programma's is in Nederland een taak van de zorgverzekeraars en de nationale overheid. De rol van de lokale overheden ligt meer in het versterken van de stoppen-met-rokenzorg in de geboortezorg en in het ondersteunen van wijkgerichte interventies. Daar gaan wij hieronder dieper op in.

### Stoppen-met-roken-hulp in de geboortezorg

Gemeenten hebben een belangrijke, maar vaak indirecte rol binnen de geboortezorg. Daar waar verloskundigen, gynaecologen of kraamzorgorganisatie vaak werken vanuit zelfstandige partijen of vanuit een ziekenhuis, valt de JGZ vaak wel direct onder de gemeentelijke zorg. De vier beroepsgroepen zijn meestal verenigd in een lokaal verloskundig samenwerkingsverband (VSV), die een rol kan spelen bij het versterken van de geboortezorg. Uit een eerdere verkenning bleek dat een aantal gemeenten via deze weg al een rol speelde binnen de geboortezorg.<sup>12</sup> Zij deden dit echter nog niet op het terrein van stoppen-met-roken.

In Nederland stopt 52% van de rokende zwangeren in het eerste trimester en 23% rookt de gehele zwangerschap door.<sup>41</sup> Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat gedragsmatige interventies het percentage zwangeren dat helemaal gestopt is met roken bij de bevalling kan laten stijgen van 11% naar 15%.<sup>42</sup> Het gebruik van medicijnen bleek niet effectief. Ongeveer 43% van de Nederlandse vrouwen die gestopt zijn tijdens de zwangerschap, begint na de bevalling echter weer met roken<sup>41</sup> en dit is vergelijkbaar met onderzoek uit het buitenland.<sup>43</sup>

Een Amerikaanse studie laat zien dat een programma waarbij rokende zwangeren in drie huisbezoeken worden geholpen bij stoppen met roken ook kosteneffectief kan zijn, met slechts een investering van \$851 per bespaard levensjaar. Een sterke stoppen-met-rokenondersteuning in de geboortezorg kan dus het aantal stoppers verhogen en erg kosteneffectief zijn.

### Wijkgerichte interventies

Bij wijkgerichte interventies wordt een gecombineerd 'pakket' van interventies uitgevoerd in een specifieke regio of stad.<sup>44</sup> Denk hierbij aan het gratis verspreiden van nicotinepleisters, het ontwikkelen van materialen voor het buurtteam of het houden van groeps gesprekken met kwetsbare groepen. Dit soort brede interventies richt zich op zowel de mensen als de organisaties binnen een regio of stad. Er is enig wetenschappelijk bewijs dat deze interventies ervoor zorgen dat er minder jongeren gaan roken.<sup>45</sup> De gevonden effecten zijn echter niet groot.

## Conclusie

Het bieden van een goede hulp bij stoppen-met-roken in de geboortezorg leidt tot meer stoppogingen. Hoewel wijkinterventies mogelijk het aantal jongeren dat rookt kan verminderen, is het bewijs hiervoor niet groot. Er is verder niets bekend over overige effecten van wijkinterventies of hulp bij stoppen-met-roken in de geboortezorg op populatieniveau.

## Voorlichting

Een belangrijke voorwaarde voor een groot draagvlak voor tabaksontmoedigende maatregelen is dat mensen voldoende doordrongen zijn van de gevaren van roken. Met name in de Nederlandse context is dit belangrijk, omdat Nederlandse rokers in vergelijking met andere Westerse landen nog slecht op de hoogte zijn van de precieze gezondheidsgevolgen van het roken.<sup>46</sup> Goede voorlichting over de gevaren van roken draagt daarom op zowel nationaal als lokaal niveau bij aan een effectief tabaksontmoedigingsbeleid.

### Massamediale campagnes

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat massamediale campagnes kosteneffectief zijn en kunnen bijdragen aan een daling in de rookprevalentie.<sup>47,48</sup> Een studie naar de Engelse variant van Stoptober laat zien dat deze campagne in Engeland in 2012 leidde tot een 50% stijging in het aantal stoppers die maand.<sup>51</sup>

Een voorbeeld van een Nederlandse massamediale campagne die zich specifiek richt op jongeren is de NIX18 campagne. Deze gaat over zowel alcohol als en roken. Hoewel er vrij veel onderzoek is gedaan naar de effecten van dergelijke massamediale campagnes op het rookgedrag van jongeren, vond een overzichtsstudie wisselende resultaten.<sup>52</sup> attitudes and behaviour of a large proportion of the community. Objectives: To assess the effects of mass media interventions on preventing smoking in young people, and whether it can reduce smoking uptake among youth (under 25 years) Toch zijn er kleine aanwijzingen dat campagnes ervoor kunnen zorgen dat het aantal jongeren dat rookt daalt.<sup>53</sup> Drie van de acht studies vonden namelijk een effect op het aantal jongeren dat rookte. Door de grote verschillen tussen de onderzochte campagnes is het lastig te zeggen hoe groot die rol is. Wat we wel weten is dat massamediale campagnes voor jongeren het meest effectief zijn als ze drie jaar of langer duren, worden verwerkt in de lessen op school en via verschillende kanalen worden verspreid.<sup>53</sup>

### Voorlichting op scholen

Een groep Nederlandse onderzoekers heeft in 2016 uitgezocht welke elementen van voorlichting op scholen effectief zijn.<sup>54</sup> Zij vonden dat voorlichtingsprogramma's bij kinderen in de vroege adolescentie (11,5-13,5 jaar) het beste werken als ze zelfcontrole, sociale vaardigheden, en probleemoplossende vaardigheden aanleerden. Wat ook helpt is het bijstellen van de sociale norm in de klas, aandacht vragen voor gezonde alternatieven, leerlingen elkaar gezond gedrag laten leren en het betrekken van ouders bij preventie. Voor kinderen in de midden adolescentie (13,5-15,5 jaar) vonden de onderzoekers geen werkzame elementen. Bij jongeren in de late adolescentie (vanaf 15,5 jaar) werken programma's die de zelfcontrole versterken en de sociale norm bijstellen.



## Plain packaging en gezondheidswaarschuwingen op pakjes

Een specifieke vorm van voorlichting die de laatste tijd veel aandacht krijgt, zijn de waarschuwingen op de pakjes. De Nederlandse overheid is van plan om wetgeving in te voeren die fabrikanten verplicht om alle pakjes dezelfde kleuren en waarschuwingen mee te geven. Onderzoek laat zien dat deze maatregel ervoor kan zorgen dat meer mensen een stoppoging doen en dat de aantrekkelijkheid van roken afneemt.<sup>55</sup> De *plain packaging*-maatregel kan in Nederland alleen door de nationale overheid worden uitgevoerd. Omdat gemeenten hier geen eigen beleid op kunnen maken, laten we deze maatregel in deze verkenning verder buiten beschouwing. Meer informatie over *plain packaging* is te lezen in de recente factsheet van het Trimbos-instituut.<sup>55</sup>

## Conclusie

Voorlichting over de gevaren van roken door middel van massamediale campagnes heeft een direct effect op de rookprevalentie. Dit soort campagnes kunnen daarnaast zorgen voor een verhoging in het aantal stoppers. Het is aannemelijk dat zij dit doen door de sociale norm te veranderen.

## Beschikbaarheid van tabak

In Nederland zijn er verschillende maatregelen genomen om het tabaksgebruik onder jongeren te ontmoedigen. Zo is er een grootschalig verbod op tabaksreclame en mag er geen tabak verkocht worden aan jongeren onder de 18. Verschillende Amerikaanse gemeenten, zoals Philadelphia, hebben daarnaast maatregelen genomen om het aantal verkooppunten van tabak te beperken.

### Verbod op tabaksreclame en -promotie

Jongeren die worden blootgesteld aan reclame voor tabaksproducten hebben een grotere kans om te beginnen met roken.<sup>56</sup> Tabaksreclame leidt ook tot meer impulsaankopen.<sup>44</sup> In Nederland is het verbod op tabaksreclame landelijk georganiseerd. Tabaksproducenten mogen alleen nog maar binnen de tabakswinkels zelf reclame maken voor hun producten. Gemeenten en GGD'en zouden dus meer kunnen doen op het gebied van de zichtbaarheid en beschikbaarheid van tabak.

### Verkooppunten van tabak

Overheden kunnen de beschikbaarheid van tabak op verschillende manieren reguleren. Zo kunnen zij bijvoorbeeld een vergunningensysteem invoeren, waarmee zij het aantal verkooppunten van tabak kunnen reguleren. Zij kunnen daarnaast ook bepaalde soorten winkels verbieden tabak te verkopen (bijvoorbeeld drogisterijen of supermarkten). Voor zover bekend zijn er op dit moment geen Nederlandse gemeenten die een dergelijk beleid hebben.

### Vergunningensysteem

In de Amerikaanse staat Massachusetts hebben 92 gemeenten een maximum aantal verkooppunten voor tabak ingevoerd. Sommige gemeenten buiten Massachusetts proberen daarnaast te voorkomen dat mensen met een laag inkomen meer verleid worden tabak te kopen dan mensen met een hoog inkomen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat er in armere

wijken veel meer verkooppunten zijn.<sup>57</sup> (2 Om ervoor te zorgen dat er in elke wijk evenveel verkooppunten zijn, heeft de Amerikaanse stad Philadelphia besloten dat in elke wijk slechts 1 verkooppunt per 1000 inwoners mag zijn. De gemeente San Francisco, geeft in elk van haar 11 wijken aan maximaal 45 winkels een vergunning.<sup>58</sup>

### **Tabaksvrije drogisterijen**

In ruim 160 gemeenten binnen de staten Massachusetts en Californië mogen '*pharmacies*'<sup>1</sup> geen tabak verkopen. Amerikanen kopen veel van hun medicijnen in deze winkels en gemeenten vinden het niet gepast als daar ook tabak verkocht wordt. De meerderheid van de Amerikanen ondersteunt dit initiatief dan ook.<sup>59</sup> De maatregel leidde tot een afname in het totale aantal verkooppunten.<sup>60,61</sup>

### **Geen verkoop bij scholen**

Om te voorkomen dat kinderen verleid worden om tabak te kopen, verbieden veel gemeenten in het buitenland de verkoop van tabak in de nabijheid van scholen. Afhankelijk van de gemeente geldt het verkoopverbod binnen een straal van ongeveer 150 of 300 meter van elke school.<sup>58</sup> In Philadelphia geldt deze maatregel alleen voor nieuwe verkooppunten. In San Francisco mogen verkooppunten ook niet binnen een straal van ongeveer 150 meter van elkaar af zitten.<sup>58</sup> Niet alleen leidt het verminderen van verkooppunten bij scholen tot een afname in het totaal aantal verkooppunten,<sup>61</sup> maar het helpt ook sociaaleconomische verschillen in roken te verkleinen.<sup>62</sup>

### **Verbod op verkoopautomaten**

Vanaf 2022 zullen in de Nederlandse horeca geen tabaksautomaten meer uitgesteld mogen worden.<sup>63</sup> Nederlands onderzoek laat zien dat dit onder jongeren kan leiden tot een 1-2% daling van de rookprevalentie.<sup>64</sup> Dit is vergelijkbaar met buitenlands onderzoek.<sup>65</sup>

### **Minimum leeftijd voor de verkoop van tabak**

In Nederland is het verboden om tabak te verkopen aan mensen onder de 18 jaar. Hoewel in de Verenigde Staten landelijk dezelfde leeftijdsgrens geldt, zijn lokale overheden vrij om de lat hoger te leggen. Meer dan 500 gemeenten en steden in 30 verschillende staten hebben een leeftijdsgrens van 21 jaar. Hoewel gemeenten in Nederland de leeftijdsgrens niet lokaal kunnen verhogen, is dit wel een mooi voorbeeld van hoe lokale initiatieven samen een brede beweging ondersteunen.<sup>20</sup>

Tobacco 21 is een beweging in de Verenigde Staten dat als doel heeft om de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak landelijke te verhogen van 18 jaar naar 21 jaar. Het draagvlak onder de bevolking is groot: 75% van de Amerikanen steunt het initiatief.<sup>66</sup> Het leidt ook tot een daling in de rookprevalentie. De Amerikaans stad Chicago zag na het invoeren van de maatregel in 2016 het percentage rokers onder de 18-20-jarigen dalen van 15% naar 10%.<sup>67</sup>

### **Conclusie**

Er is nog te weinig onderzoek gedaan naar het effect van het verminderen van het aantal verkooppunten van tabak op de rookprevalentie, het aantal stoppers en de sociale norm.

---

1 *Pharmacies* zijn een combinatie van een apotheek en een drogisterij.



Wel zorgen een verbod op verkoopautomaten en waarschijnlijk ook de verhoging van de leeftijdsgrens voor een daling in de rookprevalentie.

## De prijs van tabak verhogen

Eén van de meest effectieve maatregelen om de rookprevalentie te doen dalen is door de prijs van tabak stapsgewijs te verhogen via het accijnsinstrument. Hoewel het heffen van accijnzen in de meeste landen een taak is van een landelijke overheid, zijn er ook lokale overheden die accijnzen heffen op tabak. Zo hebben in New York City zowel de staat als de gemeente een aparte accijns op tabak. De steun voor deze extra accijnzen is hoog.<sup>68</sup>

Onderzoek laat zien dat bij elke 10% stijging in de tabaksprijs, de consumptie van sigaretten met 3,7 tot 2,3 procent daalt.<sup>69</sup> Het werkt in het bijzonder goed bij jongeren en mensen met een lage sociaaleconomische status.<sup>70</sup> Er zijn sterke aanwijzingen dat prijsverhogingen ervoor zorgen dat jongeren vaker een stoppoging doen en dat het aantal jongeren dat rookt afneemt. Het onderzoek is echter niet eenduidig over of jongeren ook minder vaak beginnen met roken.<sup>69,70</sup>

Op dit moment is het voor lokale overheden in Nederland niet mogelijk om zelfstandig de prijs voor tabak te verhogen, maar zij kunnen wel de landelijke overheid vragen dit te doen.

### Conclusie

Het verhogen van de prijs van tabak zorgt voor een daling in de rookprevalentie en een stijging in het aantal stoppers. Het is nog onduidelijk wat het precies doet met de sociale norm rondom roken.

## Overkoepelende succesfactoren

Bij het ontwikkelen van een lokaal tabaksbeleid zijn er verschillende factoren die het succes van dit beleid kunnen versterken:

- 1) Gebruik het kind-argument. Nederlands onderzoek laat zien dat de maatschappelijke wens tot het beschermen van kinderen tegen tabak een effectief argument is om draagvlak voor een maatregel te verhogen.<sup>35</sup>
- 2) Zorg voor een charismatische trekker. Het helpt om een lokale, charismatische trekker te hebben die de voordelen en noodzaak van een beleidsmaatregel goed kan uitleggen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een betrokken wethouder.<sup>71</sup>Australia and to explore the enablers and barriers to local governments introducing such policies. Methods: A structured survey of council staff at NSW councils was conducted by telephone in 2011. Participants were asked about the existence of any SFOA policy, and enablers and barriers of the policy. Results: The study was completed by 148 of 152 NSW councils. Eighty five (57%
- 3) Werk samen met de burgers. Verschillende onderzoeken laten zien hoe belangrijk het is om burgers en andere belanghebbenden in een vroeg stadium bij plannen te betrekken.<sup>72</sup> Zij hebben vaak goede ideeën over hoe je een maatregel het beste kunt inzetten. Het betrekken van burgers zorgt ook voor draagvlak.

# Wat willen GGD'en en lokale beleidsmakers?

Op basis van de interviews met de GGD- en gemeentefunctionarissen en met vertegenwoordigers van ANR, GGD-GHOR en VNG, aangevuld met algemene literatuur over lokaal gezondheidsbeleid, werden de volgende inzichten verkregen.

## Resultaten individuele interviews

### Algemene indruk en relevantie van de EQUIPTMOD tool: positief en nuttig

- Alle geïnterviewden zijn positief en in meer of mindere mate enthousiast over het idee van een tool waarmee kosten-en-baten (op lange termijn) in beeld gebracht kunnen worden voor de gemeente.
- Gemeentebestuurders zijn gevoelig voor informatie over kosten-baten. De respondenten hopen dat de toolkit bestuurders helpen bij het maken van een keuze voor de beste inzet bij beperkt budget. Kosteneffectiviteit wordt steeds belangrijker:

*"Het helpt ambtenaren / wethouders te onderbouwen naar de Raad waarom het geld dat wordt geïnvesteerd een goede investering is."*

*"Vaak krijgen we de vraag: maar wat levert het dan op? Als wordt gepleit voor investeren in preventie. Dit zou ons helpen om dat gesprek te voeren."*

*"Het zou kunnen helpen om de gemeenten (en lokale samenwerkingspartners) te overtuigen van de noodzaak om (middelen) in te zetten op roken en rookinterventies."*

*"Er is nog veel onwetendheid over de ernst van de schadelijkheid van (mee)roken. Dus ook wat preventie op zou kunnen leveren. Er is veel behoefte in de praktijk om dat via cijfers inzichtelijk te kunnen maken."*

*"Ik kan het wel gebruiken om te kijken naar welke interventies uiteindelijk het meeste effect zullen sorteren, dus welke keuzes we moeten maken."*

*"[laten zien] waarom preventie werkt en dat het terug te zien is in gezondheid van inwoners. Welke informatie nuttig is: Inzicht in kosten/baten, hoeveel stoppers het oplevert. Welke doeleinden: argument om te investeren in preventie (gemeenten)."*

*"We werken met beperkte budgetten en moeten voortdurend keuzes maken bij de gemeentelijke investeringen. Daarbij speelt impact een cruciale rol, maar ook kosten en financiële haalbaarheid. Dat geldt overigens ook voor de afweging op welke gezondheidsthema's we het beste kunnen inzetten: roken, overgewicht, mentale gezondheid. Op dit niveau kan een toolkit ook helpen. Naast impact en kosten speelt ook de bestuurlijke druk een belangrijke rol bij de keuze van inzet van onze middelen."*

*“Ter ondersteuning van pleidooi om meer te investeren in preventie of stopzorg. Getallen (en vooral euro's!) zijn sterke motivator. Niet alleen van belang voor gemeenten, maar ook zorgverzekeraars, zorgaanbieders etc.”*

*“Gemeente wil preventief aan de slag, maar heeft beperkte financiële middelen. Dit kan overtuigen waarom eerst geïnvesteerd moet worden, om kosten later te verminderen. Maar ook om kwaliteit van leven te vergroten.”*

*“Het helpt als (...) het stempel van bijv. het RIVM of Trimbos [er op] staat, dat heeft meer impact dan wanneer ik vanuit de GGD met een toolkit aan de slag ga.”*

### **Juist het lokale karakter vergroot de kans dat de tool gebruikt gaat worden:**

*“Liefst zo lokaal mogelijk insteken, in de presentatie staan voornamelijk landelijke maatregelen. Die kunnen wij lokaal niet uitvoeren, maar moeten door het rijk geregeld worden.”*

*“Gegevens zouden op gemeente- of huisartspraktijkniveau [gepresenteerd] moeten zijn. Regionaal is misschien te grof.”*

*“In hoeverre zijn landelijke of regionale data toe te passen in lokaal beleid? Een Groninger is een ander mens dan bijvoorbeeld een Randstedeling. Ik zou het interessant vinden als we daarin in doelgroepen of lokaler kunnen differentiëren.”*

*“Lastig om uit te gaan van standaard interventies; je ziet niet hoeveel stoppers per gemeente het oplevert; voor gemeenten wel de kosten maar niet de baten; niet duidelijk wat het succes kan zijn van een bepaalde interventie.”*

*“Toepasbaar op gemeentelijke schaal en ruimte voor lokaal maatwerk.”*

### **De tool kan nuttig zijn in alle fasen van rookvrije gemeentebeleid:**

*“Toch met name nuttig om het moment dat de gemeenten begint met rookbeleid maken, maar ook als gemeenten hier al langer mee bezig zijn kan het nog gebruikt worden om te onderzoeken hoe het beleid nog verder aangescherpt zou kunnen worden”*

*“Het kan denk ik per fase nuttig zijn. Vooral ook als je de oude situatie kunt vergelijken met de nieuwe.”*

*“In elke fase zijn er weer nieuwe vraagstukken. En nieuwe keuzemomenten om al dan niet te investeren.”*

*“Ik denk dat het in verschillende fasen interessant kan zijn. Als iets nieuws wordt bedacht tussendoor en juist ook in het begin van het proces.”*

*"Het kan helpen bij agendasetting, bij planvorming (hoe realiseren we de grootste winst, maar dan niet (alleen) in geld uitgedrukt) en bij evaluatie en bijstelling van je plannen."*

*"Vooral nuttig bij de start en na evaluatie van de beleidscyclus. Bij herijking."*

*"Gemeenten die al gemotiveerd zijn (los van de geldkwestie) hebben minder overtuiging nodig, dan gemeenten die hun verantwoordelijkheid hierin (nog) niet zien. Vooral in beginstadium, als er overtuiging nodig is."*

### **Het nut van de tool wordt echter ook gerelativeerd:**

*"Aan de andere kant ben ik ook wel sceptisch over de relevantie... Als je al zover bent met een gemeente dat bekend is welke elementen in het rookbeleid 'aan of uit staan' is er voldoende draagvlak voor die maatregelen, de financiële kant is maar één kant van het verhaal. Het draait denk ik meer over wat bekend is over effectiviteit van de lokaal te nemen maatregelen en of je dat overtuigend en op een voor de Raad begrijpelijke manier kunt overbrengen."*

*"Ik vind de naam nietszeggend, maar da's een detail het klinkt zo maakbaar, als je dit doet, dan gebeurt er dat... volgens mij is de praktijk veel weerbarstiger dan dat."*

### **Men stelt vraagtekens bij de beschikbaarheid van lokale cijfers:**

*"Het vraagt om concrete getalsmatige informatie over interventies, beleid, bereik, doelgroepen. Dat zal in de praktijk vaak lastig zijn op te hoesten."*

*"Het lijkt me erg lastig om interventies goed te verwoorden en er dan juiste gegevens uit te krijgen. Bijvoorbeeld een campagne kan er zeer divers uitzien, wat zeggen de cijfers dan?"*

*"Rookvrijbeleid richten wij vooral op lage SES doelgroep. We weten dat wat werkt bij hoge SES, niet per definitie ook werkt bij lage SES. Dat lijkt me lastig in de toolkit te verwerken."*

### **Gebruiksgemak dient te verbeteren:**

10 van de 11 ondervraagden geven aan de toolkit in principe wel te gaan gebruiken, als het beschikbaar zou komen. Vaak wordt hierbij aangegeven dat het dan wel voldoende gebruiksvriendelijk moet zijn. Men is positief over de mogelijkheid om zelf interventies aan of uit te zetten (flexibiliteit) van het systeem. Maar dit maakt het tegelijk ook wel weer ingewikkeld voor ze. De meeste respondenten vragen zich dan ook af of de tool wel gebruiksvriendelijk genoeg is.

*"[Twijfel] als het te ingewikkeld leesbaar is of te veel tijd nog kost van de professional omdat er handmatig nog veel informatie toegevoegd moet worden, dan werkt het niet."*

*"Momenteel ziet het er nog niet erg aantrekkelijk en vooral behoorlijk ingewikkeld uit."*

*"Het moet een eenvoudiger tool zijn."*

*"Ik had hoop dat jullie meer richting een beschrijving zouden gaan... als je minimaal a, b en c inzet, dan mag je tenminste x en y als rendement verwachten. Eventueel zou je daarin nog verschillende scenario's kunnen uitwerken die in investering voor een gemeente oplopen."*

Hoe meer informatie door het Trimbos vooraf ingevuld zou kunnen worden, hoe positiever men is.

Voor gemeenteambtenaren lijkt de tool het lastigst om te gebruiken. Het gebruiksgemak van de tool kan nog worden verbeterd (simpeler vormgeving). Dit is zeker voor gebruik door gemeenteambtenaren noodzakelijk:

*"Kan handig hulpmiddel zijn, maar moet wel makkelijk en simpel zijn. Ik moet er zelf niet nog heel veel in moeten stoppen en voor degene met wie ik er naar kijk (gemeente, samenwerkingspartners) moet het makkelijk leesbaar zijn. Als het te ingewikkeld wordt, met te veel cijfers, tabellen en grafiekjes haken mensen af en komt de boodschap niet over."*

*"De kanttekening dat het hanteren van de toolkit zelf wellicht beter past bij collega's onderzoek (Onderzoek Business Intelligence), en dat de beleidsambtenaar de informatie/uitkomsten gebruikt voor beleidsontwikkeling. Dus niet zelf de toolkit invullen."*

Maar ook voor GGD medewerkers zou een workshop of training wel nodig zijn:

*"Het moet een korte duidelijk boodschap zijn. Zoveel rokers kosten zo veel, met deze interventies en dus deze kosten, levert het dit op (zowel financieel als maatschappelijk)."*

*"Een goede training, met GGD'en en/of gemeenten samen."*

## Resultaten interviews met VNG, GGD GHOR en ANR

### Rol van gemeenten

De overheid heeft de verantwoordelijkheid voor preventie van ziekte voor een groot deel neergelegd bij gemeenten.<sup>73</sup> Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de lokale invulling van preventie in het kader van de wet publieke gezondheid (Wpg). Gemeenten zijn de regievoerders van het lokale gezondheidsbeleid. Zij bepalen hoe het beleid eruit ziet en zorgen ervoor dat het wordt uitgevoerd, gebruik makend van het hiervoor beschikbaar gestelde budget. In de periodieke nota gemeentelijk gezondheidsbeleid schetsen gemeenten hun prioriteiten. Gemeenten hebben hierbinnen veel beleidsruimte en stellen hun prioriteiten op basis van de lokale situatie. De GGD heeft een belangrijke taak bij het adviseren hierover en in de uitvoering van de preventieve activiteiten.

De gezondheidssituatie van de gemeente kan soms flink afwijken van landelijk. Gemeenten wegen dan de landelijke prioriteiten af tegen de lokale situatie en zijn wettelijk verplicht om hierbij advies te vragen aan de regionale GGD. Om goed te kunnen adviseren verzamelt de GGD gegevens over de gezondheidstoestand van de inwoners van de gemeente (gezondheidsmonitor). Politieke belangen worden uiteraard meegenomen in besluit van een gemeenteraad over prioriteit en inzet van geld en middelen.

Gemeenten zijn tevens verantwoordelijk voor uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierin is geregeld dat mensen ondersteuning of zorg krijgen die ze nodig hebben om nog zelfredzaam te kunnen zijn. Het gaat hierbij om allerlei preventieve activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat mensen zwaardere zorg nodig hebben. Denk aan woningaanpassingen, ondersteuning van mantelzorgers, maatschappelijk opvang, dagbesteding etc.

Gemeenten hebben dus een grote verantwoordelijkheid gekregen om ervoor te zorgen dat de eigen bevolking zo lang mogelijk gezond blijft. Ze richten zich hierbij op groepen met een verhoogd risico om te voorkomen dat deze langdurige zorg nodig hebben. Omdat de gemeenten de kosten van de preventieve activiteiten zelf financiert, heeft ze een direct belang om de kosten laag te houden.

Een belangrijke overweging voor gemeentebesturen om zich steeds meer actief in te zetten voor preventie is de verhouding tussen kosten en opbrengsten: wat kost het aan tijd en geld om de gemeentelijke regiefunctie op dit onderwerp te nemen en wat levert het een gemeente op termijn op in termen van vermeden zorgkosten in kader van de Wpg en Wmo? Aangezien roken een substantiële bijdrage levert aan te vermijden ziekte en zorg (13% van alle ziektelast op landelijk niveau), is tabaksontmoediging voor gemeenten steeds meer prioriteit. Gemeenten hebben baad bij het hebben van cijfermatig inzicht in hoe tabaksbeleid (als onderdeel van preventiebeleid) zal bijdragen aan reductie van de kosten die zij moeten maken in kader van de Wpg en Wmo.

Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit de interviews met landelijke organisaties.

### **Een kosten-baten tool is vooral interessant voor het bestuurlijk niveau:**

*"Mooi dat er zo'n model ontwikkeld wordt, want op bestuurlijk en politiek niveau gaat het vaak om de vraag 'wat levert het nu op?'"*

*"Ik heb sowieso wel het gevoel dat veel gemeenten nu echt geïnteresseerd zijn in een rookvrij beleid, ook door het programma van de ANR, maar ook door het Preventie Akkoord. Het is echt een gevoel nu dat het een soort boost heeft gekregen."*

*"Ambtelijk vraag ik me dat wel eens af, maar op bestuurlijk niveau willen ze gewoon weten wat het hen aan kosten bespaart. Ze worden platgeslagen met de zorgkosten in het sociaal domein."*

*"Het hele preventiebeleid, daar moeten wethouders nog wel heel erg hun best voor doen om dat door een college te krijgen. Preventie is nog helemaal geen gelopen zaak. Dat hoor ik echt van veel wethouders. Ze moeten echt praten als Brugman om maatregelen er door te krijgen, vooral als het geld kost."*

*"Wethouders willen vaak snel informatie hebben. Die zouden het liefst hebben dat iets elke dag wordt geactualiseerd. Maar heel concreet willen ze praktisch aan de slag met cijfers. Bij ons zijn de mensen die daar mee bezig zijn aan het kijken van wat heb je daar dan precies bij nodig aan cijfers"*

*"Mijn algemene indruk is: wauw, dit is wel heel mooi als je dit straks kunt gebruiken om je beleid heel weloverwogen in te zetten. Dat is ook het woord he? Wethouders willen hun beleid heel weloverwogen dingen inzetten."*

Maar het is de GGD die er vooral mee zou gaan werken:

*"Als de GGD met de tool zou kunnen werken, dan lijkt mij dat voor gemeenten wel heel erg fijn. Eerlijk gezegd vind ik dit typisch een taak voor de GGD. Maar daar moeten ze dan wel opdracht toe krijgen van de gemeente, maar daar kunnen wij natuurlijk wel wat PR werk voor doen."*

Bijdrage leveren aan het verkleinen gezondheidsverschillen op wijkniveau:

*"Ik weet niet waar jullie je cijfers vandaan gaan halen, maar het zou mooi zijn als je het aantal rokers ook op wijkniveau kunt laten zien. Dan kun je op basis daarvan besluiten dat je in een bepaalde wijk nog veel meer gaat insteken op vitaliteit. Dan kun je dit soort cijfers over roken daarbij meenemen."*



Het rookvrij maken van omgevingen waar veel jeugd komt moet een belangrijke rol krijgen in de tool, omdat dat de kern is van een RGB:

*"[Bij de plannen die nu door GGD'en worden ingediend in kader van het Preventieakkoord] maken ze eigenlijk een beetje de combinatie van rookvrij maken van plekken waar veel jeugd komt en plekken waar de gemeente een subsidierelatie mee heeft."*

*"[gemeenten]voelen meer hun verantwoordelijkheid richting jeugd dan naar volwassenen".*

*"Wat leveren de rookvrije omgevingen op? Dat is voor mij moeilijk in te schatten of je dat me deze tool meetbaar kunt maken. Maar dat is wel iets waar nu heel veel beweging in is en dat ook heel veel gemeenten nu stimuleren dat dat plaats vindt. Enerzijds bij de sportverenigingen en anderzijds door die gemeentelijke plekken die ze hebben, door die rookvrij te maken. Dus dat zou interessant zijn."*

*"Het is nu ingericht voor 16+, terwijl het de doelgroep jongeren ook interessant zou kunnen zijn. Om meetbaar te maken wat daar de effecten zouden kunnen zijn. Want wij richten ons natuurlijk heel erg op de rookvrije generatie in Nederland. We willen dat die generatie in elk geval niet voor hun 18e gaat roken en liefst helemaal niet"*

Inzicht in de effecten van stoppen met roken door volwassenen is zeker interessant:

*"stoppen met roken is natuurlijk wel een belangrijk onderdeel. Als ze daar een ondersteuningsaanbod voor aanbieden dat dan een belangrijk onderdeel kan zijn van het aanbod van tabaksontmoedigingsmaatregelen..."*

Reduceren van verkooppunten van tabak is voor gemeenten ook interessant:

*"Overall waar je als gemeente een relatie mee hebt, trouwens ook bij supermarkten, daar kun je echt het gesprek over aan gaan. Dus ik denk dat het voor gemeenten ook interessant kan zijn om te laten zien hoe belangrijk het is om het aantal verkooppunten [van tabak] terug te brengen."*

*"En daarnaast heb je de maatregel dat je de sigaretten uit de schappen haalt van de supermarkten en dergelijke, maar dat is meer een landelijke activiteit... Maar gemeente kunnen daar nog steeds wel met de plaatselijke supermarkten in gesprek gaan, en dergelijke. Het is dus goed om al die type maatregelen goed in kaart te brengen en op basis daarvan te kijken wat de kosten en de effecten zijn."*

*[Welke interventies moeten er in zitten?] "Dus alles wat staat in de routekaart en waar de gemeente invloed op heeft. Het verminderen van het aantal verkooppunten is iets waar je landelijk maatregelen moet nemen, maar het is ook iets een gemeente ook een belangrijke rol bij kan spelen."*

Effecten van campagnes:

*“Wat nu aan de hand is, is dat veel gemeenten of regio's zelf campagnes houden. Bijvoorbeeld de regio Gooi en Vechtstreek gaat een eigen campagne houden op gebied van roken. Dat het zou mooi zijn als in de tool naar voren zou kunnen komen wat het effect zou kunnen zijn van dat soort campagnes.”*

Om de tool acceptabeler te maken voor gemeenten is het goed om aan te sluiten bij termen die binnen het sociaal domein gebruikelijker zijn: niet spreken van interventies, maar van 'werkzame elementen van RGB'.

Tool niet als geïsoleerd instrument aanbieden:

*[Hoe kunnen we de kans vergroten dat een gemeente de toolkit zou gaan gebruiken?]  
“Door de toolkit niet alleen basic aan te bieden, maar het als onderdeel van een geheel aan informatie aan te bieden. Je moet ze echt op weg helpen met wat ze er aan kunnen hebben en het moet gekoppeld zijn aan wat we al hebben aan materialen, waarin ze al geholpen worden met het ontwikkelen van rookvrij beleid. Daar zou het heel goed bij kunnen aansluiten.” (...) “... zeker inbedden en zeker niet kaal aanbieden. Dus als onderdeel van een pakket van bestaande materialen en misschien wel van nieuwe materialen.”*

*“De kanttekening die je dan wel in de informatie bij de tool zou moeten plaatsen is dat het een beeld geeft, maar dat sommige activiteiten die wél impact hebben, dat je die niet in termen van kosten-baten concreet kunt maken. Bijvoorbeeld het denormaliseren door campagnes. Dan zullen niet direct veel mensen door stoppen met roken of de zorgkosten omlaag gaan. Ik denk dat dat het wel goed is om in de informatieverstrekking hierover dat je wel duidelijk naar voren brengt dat het een indicatie is van kosteneffectiviteit, maar dat je dit niet voor alle maatregelen kunt doen.”*

*“Het zou niet de perceptie moeten zijn [van gemeenten] dat wat niet in de tool zit, dat dat activiteiten zijn die je dan niet hoeft te doen.”*

*“Het interessante aan jullie toolbox is dat je vrij snel kunt zien van welke interventie is nou effectief en welke wat minder. Want ik neem aan dat je dat ook kunt zien. Of is het zo dat je alleen de effectieve interventies opneemt?”*

*“Ik denk dat het goed is als er hierbij ook iets van een handleiding of stappenplan zou zijn. Want als je weet wat er voor jouw gemeente uit komt, wat is dan vervolgens de stap die je kunt zetten? Je zou ze met een extra stappenplannetje of toolkitje verder op weg moeten helpen, want dit is best wel een theoretisch ding [de tool]. Het zou goed zijn als hier nog beleidsplannen en begrotingen aan toegevoegd kunnen worden. Dat men vervolgens heel laagdrempelig in kunnen voeren. Want ik merk wel dat gemeentes heel graag hapklare brokken willen hebben en er niet te veel tijd in willen stoppen. Dan zou het mooi zijn als er nog wat ondersteunend materiaal is.”*

*“Als je straks workshops gaat aanbieden of training gaat doen voor de mensen die er mee gaan werken, dan moet je ook aandacht besteden aan de context. Mensen moeten begrijpen wat je ermee kunt.”*

De tool zal in de praktijk vooral door GGD'en gebruikt gaan worden om de gemeenten te adviseren, maar het kan voor gemeenteambtenaren zeker ook interessant zijn. De tool is voor gemeenten interessant als ze er mee kunnen berekenen wat zij aan Wmo-kosten kunnen besparen:

*“Dan is de rol van de GGD natuurlijk ook wel weer belangrijk. Als zij hier goed mee om kunnen gaan, dan vinden gemeenten het ook wel interessant. Dus de gemeenten moeten goed door de GGD worden voorgelicht en geadviseerd over zo'n tool.”*

Gemeenten en GGD'en maken voor cijfermatige onderbouwing veel gebruik van 'waarstaatjegemeente.nl':

*“‘Waar staat je gemeente’ is oorspronkelijk begonnen met alleen maar monitorgegevens, maar gaat nu ook steeds meer toen naar kosten-baten analyses. (...) Ik vind die link met ‘waar staat je gemeente’ juist zo interessant. Want als je dát lukt, dan gaan ook wel bredere gemeenteambtenaren zich er mee bezighouden. Maar anders zal het toch in 20 van de 25 GGD'en gevallen de GGD zijn.”*

Gemeenten die nog niet zo ver zijn zouden door de tool geïnspireerd kunnen raken, als de tool ze een beter beeld kan geven van wat een RGB inhoudt en kan opleveren.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat (lokale) beleidsmakers het belangrijk vinden om hun beslissingen m.b.t. tabaksontmoediging te baseren op wetenschappelijke evidentie en dat zij hierbij graag informatie willen meewegen over de kosten en baten van verschillende interventies.<sup>74</sup> Dat geldt ook voor Nederland:

*“Kosten-baten analyses dat speelt wel heel erg. Maar ik merk ook wel dat kennis situationeel wordt ingezet. Dus op het moment dat het uitkomt, dan gebruik je het. Maar het is niet wat dat overtuigd als je het niet al van plan was. Maar het helpt wel.”*

## **Wat zijn de kosten van een RGB?**

De grootste kostenpost in de inzet van mensen

*“Bijvoorbeeld bij JGZ kost het gewoon inzet. Dus als je kinderen wilt bereiken of met de ouders in gesprek wilt, dan heb je daar tijd voor nodig. GGD Friesland doet dat al heel lang en heeft wel een redelijk beeld van wat dat dan inhoudt. Dus die informatie is er wel.”*

*“Het rookvrij maken van een omgeving vraagt toch ook gewoon ambtelijke inzet.”*

*“De grootste kostenpost zit hem in personeel. Dus iemand die in een gemeente projectleider of coördinator is. Daar ontbreekt het vaak aan. Dat zie je ook bij de lokale preventieakkoorden. Ze kunnen vaak niet zo maar iemand vrijmaken om er mee aan de slag te gaan, terwijl het wel een van de belangrijkste succesfactoren is. En als je het rookvrije gemeentebeleid echt consequent zou willen doen, dan is het best een complex iets. Als je ook met een allerlei andere organisaties hierover afspraken moet maken, dan heb je gewoon iemand nodig die je hier voor kunt inzetten en die er voor vrijgesteld is. Daarnaast zijn er niet veel kosten. Misschien nog wat materialen. Dus niet zo zeer in acties.”*

Materiële kosten:

*“[Twijfel bij] het meetbaar kunnen maken van bepaalde maatregelen. Ik denk dat je stoppen met roken ondersteuning meetbaar kunt maken, maar dat het een uitdaging is om meetbaar te maken of rookvrije zones dan wel afgebakende ruimtes rookvrij maken of dat bijdraagt aan het geheel. En daar steken ze vaak best wat geld in wat betreft bebording en belijning en dergelijke.”*

*“Wat steeds vaker voor komt is het creëren van rookvrije openbare ruimtes: rookvrije zones. En ze geven dat dan aan met bebording en volgens mij zit is er aardig wat geld mee gemoeid om dat goed weer te kunnen geven.”*

Kosten van stoppen met roken ondersteuning:

*“Zorgprofessionals in gemeenten, zoals huisartsen en JGZ professionals, die zich in kader van rookvrij gemeentebeleid meer willen gaan inspannen: daar zijn ook kosten aan verbonden. Bijvoorbeeld behandelkosten voor stoppen met roken ondersteuning. (...) Voor gemeenten kan het (...) interessant zijn om dit te weten, omdat gemeenten en zorgverzekeraars een soort pact met elkaar hebben gesloten om regionaal [meer] met elkaar te gaan samenwerken aan 3 thema's en preventie is er één van. Als gemeenteambtenaren die dat in hun portefeuille hebben ook een beetje snappen hoe dan de kosten-baten effectiviteit van de zorginterventies is, dan kunnen ze daar wel een beter gesprek met de zorgverzekeraars hebben. ”*

## **Wat zijn de baten van een RGB?**

Reductie van zorgkosten en kosten vanuit de Wmo:

*“Gemeenten zijn wel instanties die gaan over de bijstandsverzekering. Dat mensen die in de bijstand zitten wel geholpen worden om ook een zorgverzekering te hebben en daar stellen ze ook pakketten voor samen. (...). Dus in hoeverre is het 't waard om stoppen met roken daar ook onderdeel van te laten zijn van een bepaald basispakket dat niet van je eigen risico afgaat.”*

*“Ik verwacht dat als er bij de lage SES groep steeds minder mensen gaan roken, dat dit iets betekent voor hun gezondheid en dat betekent absoluut iets voor de zorg die ze nodig hebben. Of een uitkering die ze nodig hebben. Vermijdbare ziekten. Dat is het denk ik vooral. Het zou mooi zijn als je daar de cijfers van kunt laten zien. Het feit dat die sociaal domein wethouders eigenlijk nog helemaal niet bewust zijn van wat preventie op zou kunnen leveren.”*

*[Wethouders] zijn een beetje klaar met al die [losse] projecten en ze willen zien dat het wat oplevert. Niet in de laatste plaats vanwege die enorme uitbreiding van de zorgkosten waar ze allemaal mee te maken hebben. Daar is nog geen oplossing voor gevonden. En dan is dit wel interessant als je dit kunt inzetten om te laten zien dat het wat oplevert.”*

*“De zorgkosten in het sociaal domein bedoel ik. Ik heb het niet over ziektekosten, want daar gaan de verzekeraars over. Er zijn heel veel mensen die zorgafhankelijk zijn. Diabetes en roken heeft met elkaar te maken. Die mensen hebben vaak allerlei hulpmiddelen nodig. Het zit hem vooral in de Wmo sfeer en in de participatiewet [ de vroegere bijstandswet]. Dus die 2 dingen en niet zozeer in de jeugdwet.”*

*“Bij veel van de besparingen [door het stoppen met roken] hebben de verzekeraars baad bij. Ik vroeg me af of jullie die al bij dit onderzoek betrokken hebben? Verzekeraars zijn heel erg geïnteresseerd in populatiegegevens. Die willen wel meedenken over preventie. Ik denk dat zij dit ook heel erg interessant vinden. Het is nog erg zoeken, maar er is afgesproken dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar moeten gaan samenwerken. Er moeten samenwerkingsconstructies komen in elke regio. Stel dat je van de toolbox echt een mooi lokaal instrument kan maken ... er zitten dan zowel individuele interventies in die voor verzekeraars interessant zijn, maar ook collectieve interventies – die natuurlijk wel op individueel niveau hun effect hebben.”*

*“Die regionale samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en gemeenten zit nu nog in de organisatiefase. Volgend jaar moet het er zijn. Zal in 1e instantie vooral over de langdurige zorg gaan, maar preventie wordt ook genoemd. En dan is zo'n toolbox heel interessant. Dan kun je zien wat dingen nu opleveren en specifiek voor het roken. Daar zitten dingen in die verzekeraars aangaan, maar je kunt er ook dingen aan toevoegen die gemeenten aangaan en die meer in het collectieve liggen.”*

Reductie ziekteverzuim: bedrijfsleven:

*“Het bedrijfsleven wint gemiddeld op als je stopt met roken doordat je zoveel minder kosten hebt aan personeel. Dus het bedrijfsleven in een bepaalde gemeente zou er wel bij winnen. Dus dat kan relevante informatie zijn voor een gemeente om met bedrijven aan tafel te komen. Gemeenten willen vooral bedrijven in hun regio meekrijgen in de dingen die ze doen.”*

*“Ik heb regelmatig overleg met VNO-NCW. Die zijn bezig met een preventie/zorg plan. Daar zijn ze heel actief in. We spreken dan over het belang van vitale werknemers en de toekomstige generatie. Het belang van de gemeenten is dan een gezonde, een vitale samenleving. Dat iedereen mee kan doen. Het is dan interessant om te kijken hoe de gemeenten samen met de bedrijven hierop in kan zetten. Ze hebben er allebei een belang bij. Minder mensen in een uitkering [is goed voor de gemeente] en voor werkgevers is het goed als er minder werknemers ziekteverlof hebben. Dat kan lokaal prima, dat je elkaar daar in weet te vinden. Door onder ander dit soort dingen te laten zien. Want roken levert gewoon heel veel ziekteverzuim op.”*

*“In een aantal regio's heeft de JGZ echt een lichte stoppen met roken activiteit richting jonge ouders. Dat zou volgens ons, vanuit jeugdgezondheidszorg gezien, nog wel veel méér kunnen. Maar gemeenten zien dat nu niet als hun verantwoordelijkheid. Ik kan me voorstellen dat informatie daar over wel kan helpen om daar meer samen met de zorgverzekeraars iets in te gaan doen.”*

# Naar een kosten-baten tool voor lokaal gebruik: EQUIPTMOD?

EQUIPTMOD is een bestaand instrument om de maatschappelijk return on investment van tabaksontmoedigingsmaatregelen vast te stellen. EQUIPTMOD is voor een aantal Europese landen beschikbaar, waaronder Nederland. Zie <http://www.EQUIPTMOD.eu/>.

Een voor lokaal gebruik in Nederland aangepast EQUIPTMOD zou in theorie op een snelle en inzichtelijke wijze antwoord kunnen geven op belangrijke vragen naar de kosten-baten van RGB. Het model zou tevens een manier kunnen bieden om gemeente te helpen bij het maken van keuzes tussen werkzame elementen: hoe ga ik mijn RGB precies vormgeven?

EQUIPTMOD is een Markov-transitiemodel ontwikkeld om een schatting te maken van de maatschappelijk (gezondheidswinst) en financiële opbrengsten (return on investment, ROI) van implementatie van een pakket van tabaksontmoedigingsmaatregelen.<sup>75-77</sup> Het pakket bevat alle bekende werkzame stoppen met roken interventies en campagnes die kunnen bijdrage aan afname van het aantal rokers in de populatie. Het model kan worden voorzien van lokale populatie en rookprevalentiedata in combinatie met wat lokaal bekend is over effectiviteit en kostenschattingen. Op basis hiervan worden schattingen gemaakt van de korte- en lange termijn baten van het pakket van interventies. Het model bouwt voort op een in Engeland ontwikkelde NICE Tobacco ROI Tool, waarin de kosten voor het gezondheidszorgsysteem zijn opgenomen.

Het model levert als output onder meer een kosten-baten ratio, de vermeden ziektelast, het aantal gewonnen quality adjusted life years (QALY's) en een kosteneffectiviteitsratio. Het model maakt voorts een schatting van het aantal rook-gerelateerde sterfgevallen, gewonnen levensjaren, QALY's (Quality Adjusted Life Years), en kosten geassocieerd met het invoeren van het pakket aan interventies (werkzame elementen). EQUIPTMOD maakt gebruik van een Microsoft Excel werkboek met een gebruiksvriendelijke gebruikersinterface. De gebruiker heeft de mogelijkheid om automatisch rapporten te genereren, wat de gebruiksvriendelijkheid vergroot.

De methode van EQUIPTMOD is in het Verenigd Koninkrijk reeds toegepast op regionaal niveau,<sup>78</sup> 10 years and a life-time were compared with that of the current practice in each country. Results were expressed as incremental net benefit (INB maar in Nederland enkel nog op nationaal niveau. Engelse rokers hebben 10 jaar eerder sociale zorg nodig.<sup>79</sup> Dit zorgt voor hoge kosten en forse belasting voor mantelzorgers en gemeenten. Voor Nederland ontbreken dergelijke cijfers vooralsnog.



## Aanpassen EQUIPTMOD naar lokaal niveau

Uit de interviews komt verder naar voren dat er behoefte is aan een kosten-baten tool dat de effecten van werkzame elementen kan doorrekenen op lokaal niveau. Echter, de uitkomsten in EQUIPTMOD geven nu een breed, nationaal beeld (bijv. de gemiddelde gezondheidszorgkosten per persoon). Voor het aanpassen van EQUIPTMOD op lokaal niveau is meer diepgang in de data nodig. Het is mogelijk om te rekenen met de gemiddelde schatting van de rookprevalentie per gemeente maar nauwkeuriger zou zijn om te rekenen met de rookprevalentie per leeftijdscategorie. Daarnaast is het ook mogelijk om sommige parameters te relateren aan landelijke verdelingen, zoals bijvoorbeeld de verdeling rokers met een betaalde baan. Een dergelijke schatting zal altijd een relatief grove benadering van de werkelijkheid blijven.

Binnen het huidige project is gekeken naar de mogelijkheden om EQUIPTMOD aan te passen naar regionaal of lokaal niveau. EQUIPTMOD is in Engeland op regionaal niveau beschikbaar door belangrijke inputparameters te informeren op basis van regionale data. Specifiek waren dit de parameters leeftijdsverdeling, de man-vrouwverhouding, prevalentie van rokers, prevalentie van voormalig rokers, percentage beroepsbevolking met een betaalde baan, en het percentage rokers met een betaalde baan. Veel van deze informatie is op geaggregeerd niveau (gemiddelde schattingen) vrij beschikbaar voor elke gemeente in Nederland (zie: [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl)). Dit biedt derhalve al een goed uitgangspunt om ook in Nederland een lokale variant te ontwikkelen. Er is echter nog wel aanvullend onderzoek nodig.

Uit de interviews blijkt dat effectiviteitsgegevens (daling rookprevalentie) op lokaal niveau zeer wenselijk zijn. Het lijkt met de beschikbare gegevens (bijvoorbeeld aan de hand van de Gezondheidsmonitor Volwassenen) een haalbare kaart om dit binnen EQUIPTMOD te realiseren. De landelijke Gezondheidsmonitors kunnen een uitkomst bieden. De Gezondheidsmonitor (doelgroep volwassenen en ouderen) is voor het eerst uitgevoerd in 2012 en de meest recente monitor is uitgevoerd in 2016. De Gezondheidsmonitor Volwassenen bevat informatie over de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van de Nederlandse bevolking van negentien jaar en ouder. Een deel van deze data is vrij beschikbaar op geaggregeerd niveau (zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info>). Om de vereiste lokale informatie te verkrijgen zal het noodzakelijk zijn om een aanvraag in te dienen bij het Loket Gezondheidsmonitors (zie: <https://www.ggdghorkennisnet.nl/loket-monitors-gezondheid/informatie>) voor het verkrijgen van lokale gegevens. Bij het digitale loket Gezondheidsmonitors is het mogelijk om data uit de Gezondheidsmonitors voor onderzoek te verkrijgen op zowel lokaal als landelijk niveau.

Ook zal een aanpassing nodig zijn om het aantal interventies waaruit gekozen kan worden, te verbreden. Momenteel kan EQUIPTMOD vooral de kosten-baten doorrekenen van stoppen-met-roken interventies en voorlichtingscampagnes. Dit zijn belangrijke interventies in het kader van een rookvrij gemeentebeleid. Uit de huidige studie is echter gebleken dat met name het rookvrij maken van omgevingen (rookverboden) een wenselijke toevoeging zou zijn. In een vervolgproject zouden we de EQUIPTMOD graag willen uitbreiden met deze interventies. Hiertoe stellen we voor om aan te sluiten bij een eerder onderzoek, waarbij Trimbos-instituut, Universiteit van Maastricht en het RIVM samenwerkten om de kosten-baten van tabaksontmoedigingsmaatregelen door te rekenen op populatieniveau: de MKBA voor tabaksontmoediging. In dit project is een breder scala aan maatregelen meegenomen



in de analyses, waarbij (net als in het huidige project) uit werd gegaan van de MPOWER maatregelen.

Verder lijkt er een sterke behoefte bij gemeentes om met een dergelijke tool inzicht te verkrijgen in specifieke kostenposten die door de gemeente worden bekostigd. Dit is met name zorg die wordt geboden in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), waarin staat dat gemeentes verplicht zijn om kwetsbare en hulpbehoevende groepen te compenseren door het aanbieden van voorzieningen en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of aanpassing van de woning. Dergelijke kosten zijn op dit moment niet meegenomen in EQUIPTMOD en het includeren van deze gegevens in de toekomst vereist voldoende beschikbare evidentie m.b.t. kosten die relevant zijn voor gemeentes en de relatie met rookgedrag. Wij hebben vooralsnog geen literatuur aangetroffen over kosten die gemaakt worden door gemeentes binnen de Wmo. Hier is nog vrijwel niets over gepubliceerd, wellicht doordat de invoering van de Wmo vrij recent pas heeft plaatsgevonden (in 2015). Het is dan ook nog niet mogelijk om op basis van gepubliceerde wetenschappelijke literatuur of rapporten inzicht te krijgen in Wmo kosten gerelateerd aan specifieke ziektebeelden (bijv. de Wmo kosten voor personen met hart- en vaatziekte), laat staan om de Wmo kosten te relateren aan rookprevalentie. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig dat ons in staat stelt om uiteindelijk gemiddelde Wmo kosten per persoon en rookstatus te identificeren om zo een vergelijking te maken tussen wel/niet rokers (gecorrigeerd voor mogelijke confounders zoals leeftijd).

In het buitenland is al wél informatie over Wmo kosten te vinden. Een recente studie uitgevoerd in Engeland naar de kosten voor sociale zorg voor volwassenen van 50 jaar en ouder op lokaal niveau liet zien dat de kosten voor de lokale autoriteiten substantieel zijn.<sup>79</sup> Deze kosten werden geschat op £720 miljoen per jaar (ongeveer €835 miljoen). Dit betreft een vrij grove schatting op basis van geaggregeerde data waarbij alleen gekeken is naar kosten voor thuiszorg en residentiële zorg voor ouderen van 65 jaar of ouder. Uiteindelijk werd de residentiële zorg voor ouderen niet meegenomen in de kostenschatting, omdat daarbij geen sterke link met rookgedrag te leggen was (in afwezigheid van gedetailleerde data op bijv. persoonsniveau). Deze studie laat ook zien dat rokers gemiddeld 10 jaar eerder gebruik maken van maatschappelijke ondersteuning dan niet rokers (op een leeftijd van 62 jaar vs. 72 jaar). Vergelijkbaar onderzoek is voor Nederland dus nog niet uitgevoerd.



# Conclusies

## Werkzame elementen

Uit de literatuurzoektocht blijkt dat verschillende beleidsmaatregelen een positief effect kunnen hebben op de rookprevalentie, het aantal stoppers en de sociale norm rondom roken.

Een effectieve maatregel is het rookvrij maken van publieke ruimten. Uit buitenlands onderzoek is bekend dat een rookvrije omgeving bijdraagt aan stoppen met roken door het minder sociaal acceptabel maken van het roken. Omdat er specifiek over het rookvrij maken van buitenruimten nog weinig bekend is, hebben we gekeken naar het rookvrij maken van binnenruimten. Er is sterk bewijs dat het rookvrij maken van binnenruimten leidt of leidde tot een daling in de rookprevalentie, een stijging in het aantal stoppers en veranderingen in de sociale norm.

Ook andere maatregelen hebben een positief effect. Het beschikbaar stellen van goede hulp bij stoppen met roken kan ervoor zorgen dat meer rokers binnen een gemeente stoppen met roken. Goede voorlichting heeft een effect op de rookprevalentie, het aantal stoppers en de sociale norm. Een goed gehandhaafd verbod op tabaksreclame, een verbod op tabaksverkoopautomaten en het verhogen van de leeftijdsgrens naar 21 kunnen de rookprevalentie doen dalen. Het verhogen van de prijs via accijnzen zorgt voor een sterke daling in de rookprevalentie en een stijging in het aantal stoppers.

Er zijn echter ook nog enkele kennislacunes. We weten nog onvoldoende over het directe effect van het instellen van rookverboden in buitenruimten op het stoppen met roken. Ook is nog onvoldoende bekend over de effectiviteit van het beperken van verkooppunten op stopgedrag.

## Interviews met beleidsmakers

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat er bij gemeenten en GGD'en behoefte is aan een kosten-baten tool dat de effecten van werkzame elementen kan doorrekenen op lokaal niveau.

Uit de interviews blijkt dat effectiviteitsgegevens (daling rookprevalentie) op lokaal niveau zeer wenselijk zijn. Het lijkt met de beschikbare gegevens (bijvoorbeeld aan de hand van de Gezondheidsmonitor) een haalbare kaart om dit binnen EQUIPTMOD te realiseren. Echter, de uitkomsten in EQUIPTMOD geven nu een breed, nationaal beeld (bijv. de gemiddelde gezondheidszorgkosten per persoon). EQUIPTMOD dient dus op dit punt aangepast te worden.

Het is nog niet goed duidelijk welke informatie lokale beleidsmakers precies gebruiken bij het maken van tabaksontmoedigingsbeleid. De uitkomstmaten waar EQUIPTMOD zich op richt zijn zeer geschikt om te dienen als evidentie voor de kosteneffectiviteit van bepaalde werkzame elementen maar geven nog beperkt inzicht in voor gemeente relevante specifieke kostenposten zoals de kosten voor de Wmo of Wpg.

Er blijkt sterke behoefte bij gemeentes om met een kosten-baten tool inzicht te verkrijgen in specifieke kostenposten die door de gemeente worden bekostigd. Dit is met name zorg die wordt geboden in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), waarin staat dat gemeentes verplicht zijn om kwetsbare en hulpbehoevende groepen te compenseren door het aanbieden van voorzieningen en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of aanpassing van de woning. Dergelijke kosten zijn op dit moment niet meegenomen in EQUIPTMOD en het includeren van deze gegevens in de toekomst vereist voldoende beschikbare evidentie m.b.t. kosten die relevant zijn voor gemeentes en de relatie met rookgedrag. Hiertoe is aanvullend onderzoek noodzakelijk.

Het is nog niet mogelijk om op basis van gepubliceerde wetenschappelijke literatuur of rapporten inzicht te krijgen in Wmo kosten gerelateerd aan specifieke ziektebeelden (bijv. de Wmo kosten voor personen met hart- en vaatziekte), laat staan om de Wmo kosten te relateren aan rookprevalentie. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig dat in staat stelt om de Wmo kosten per persoon en rookstatus te identificeren om zo een vergelijking te kunnen maken tussen wel/niet rokers (gecorrigeerd voor mogelijke confounders zoals leeftijd).

### **EQUIPTMOD tool**

Een kosten-baten tool lijkt met name nuttig op het moment dat gemeenten beginnen met het maken van Rookvrij Gemeente Beleid, maar ook als gemeenten hier al langer mee bezig zijn kan het nog gebruikt worden om te onderzoeken hoe het beleid nog verder aangescherpt zou kunnen worden.

De gebruiksvriendelijkheid van de EQUIPTMOD tool moet nog verder verbeterd worden. Als de tool verder ontwikkeld gaat worden, dan moet er goed met GGD'en worden samengewerkt om ideeën en advies te krijgen over hoe hij er dan precies uit zou moeten zien, zodanig dat zij er ook mee willen en kunnen gaan werken.

Om de tool acceptabeler te maken voor gemeenten moet aangesloten worden bij termen die binnen het 'sociaal domein' gebruikelijker zijn: bijv. niet spreken van interventies, maar van 'werkzame elementen van RGB'.

EQUIPTMOD is ontwikkeld om tabaksontmoedigingsmaatregelen door te rekenen op nationaal niveau voor volwassenen, via het stoppen met roken. Uit de interviews is naar voren gekomen dat er ook behoefte is om inzicht te krijgen in het voorkomen dat jongeren met roken beginnen, omdat de Rookvrije Generatie centraal staat als motief om een RGB op te stellen. Een dergelijk verandering in populatie is waarschijnlijk niet haalbaar binnen een mogelijk vervolg traject.

Nader onderzoek is nodig om relevante baten van stoppen met roken voor gemeenten in kaart te brengen: met name weten we nog te weinig over mogelijke vermindering van kosten in het sociale domein (in kader van Wmo). Ook is aanvullend onderzoek nodig om een aanpassing aan EQUIPTMOD te maken om het aantal interventies waaruit gekozen kan worden, te verbreden. Momenteel kan EQUIPTMOD vooral de kosten-baten doorrekenen van stoppen-met-roken interventies en voorlichtingscampagnes. Dit zijn belangrijke interventies in het

kader van een rookvrij gemeentebesleid. Uit de huidige studie is echter gebleken dat met name het rookvrij maken van omgevingen (rookverboden) een wenselijke toevoeging zou zijn.



# Literatuur

1. World Health Organization. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. *The MPOWER package*. 2008:1–336. doi:10.5455/aces.2012022
2. Van Dale D, Lanting L, van Delden J. Werkzame elementen, is dat de toekomst? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2015;93(6):199–201.
3. Molleman G, Hosman C. Echte effectiviteit vergt een bredere visie op werkzame elementen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2015;93(6):202–203.
4. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson ÁL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. *Health Promotion International*. 2009;24(1):16–25. doi:10.1093/heapro/dan038
5. Kristjansson AL, Mann MJ, Sigfusson J, Thorisdottir IE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID. Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*. juni 2019:152483991984903. doi:10.1177/1524839919849032
6. Alamar B, Glantz SA. Effect of Increased Social Unacceptability of Cigarette Smoking on Reduction in Cigarette Consumption. *American Journal of Public Health*. 2006;96(8):1359–1363. doi:10.2105/AJPH.2005.069617
7. Baha M, Le Faou A-L. Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*. 2010;124(4):225–231. doi:10.1016/j.puhe.2010.02.011
8. Jacobson PD, Zapawa LM. Clean indoor air restrictions: progress and promise. *Regulating tobacco*. 2001:207–244.
9. Hammond D, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Borland R. Tobacco Denormalization and Industry Beliefs Among Smokers from Four Countries. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;31(3):225–232. doi:10.1016/j.amepre.2006.04.004
10. Schoenaker DAJM, Brennan E, Wakefield MA, Durkin SJ. Anti-smoking social norms are associated with increased cessation behaviours among lower and higher socioeconomic status smokers: A population-based cohort study. Moccia M, red. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0208950. doi:10.1371/journal.pone.0208950
11. McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors*. 2006;31(1):42–56. doi:10.1016/j.addbeh.2005.04.004
12. Mulder J, Bommelé J, Branderhorst D, Van Hasselt N. De Rookvrije Generatie als kans voor gemeenten. 2017;AF1591:1–32.
13. Sureda X, Fernández E, López MJ, Nebot M. Secondhand Tobacco Smoke Exposure in Open and Semi-Open Settings: A Systematic Review. *Environmental Health Perspectives*. 2013;121(7):766–773. doi:10.1289/ehp.1205806
14. Bommelé J, van Laar M, Kleinjan M. Zien roken, doet roken? 2016;AF1461:1–4.
15. Rozema AD, Mathijssen JJP, van Kesteren JN, van Oers JAM, Jansen MWJ. Results of outdoor smoking bans at secondary schools on adolescents smoking behaviour: a quasi-experimental study. *European Journal of Public Health*. 2019;29(4):765–771. doi:10.1093/eurpub/cky281

16. Rozema AD, Mathijssen JJP, Jansen MWJ, van Oers JAM. Schools as smoke-free zones? Barriers and facilitators to the adoption of outdoor school ground smoking bans at secondary schools. *Tobacco Induced Diseases*. 2016;14(1):10. doi:10.1186/s12971-016-0076-9
17. Rozema AD, Mathijssen JJP, van Oers HAM, Jansen MWJ. Evaluation of the Process of Implementing an Outdoor School Ground Smoking Ban at Secondary Schools. *Journal of School Health*. 2018;88(11):859–867. doi:10.1111/josh.12692
18. Thomson G, Wilson N, Edwards R. At the frontier of tobacco control: A brief review of public attitudes toward smoke-free outdoor places. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11(6):584–590. doi:10.1093/ntr/ntp046
19. Sureda X, Fernández E, Martínez-Sánchez JM, e.a. Secondhand smoke in outdoor settings: Smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in Spain. *BMJ Open*. 2015;5(4):1–8. doi:10.1136/bmjopen-2014-007554
20. Bommelé J, Willemsen M, Van Laar M. Inspiratiebrochure: succesvol lokaal tabaksbeleid in het buitenland. 2019;PM0350:1–12.
21. Hahn EJ, Rayens MK, Butler KM, Zhang M, Durbin E, Steinke D. Smoke-free laws and adult smoking prevalence. *Preventive Medicine*. 2008;47(2):206–209. doi:10.1016/j.ypmed.2008.04.009
22. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, e.a. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure , smoking prevalence and tobacco consumption (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2(CD005992). doi:10.1002/14651858.CD005992.pub3. www.cochranelibrary.com
23. Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Priya Kalra G, Chattopadhyay SK, Soler RE. Smokefree Policies to Reduce Tobacco Use. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;38(2 SUPPL.). doi:10.1016/j.amepre.2009.10.029
24. Buisman R, Blankers M, Van Laar M. Factsheet rookvrije horeca. 2015;AF1355:1–12.
25. Nagelhout GE, Willemsen MC, de Vries H. Een écht rookvrije horeca is ook mogelijk in Nederland. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2012;90(6):344–346.
26. Faber T, Kumar A, Mackenbach JP, e.a. Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017;2(9):e420–e437. doi:10.1016/S2468-2667(17)30144-5
27. Been J V., Mackay DF, Millett C, Pell JP, Van Schayck OC, Sheikh A. Impact of smoke-free legislation on perinatal and infant mortality: A national quasi-experimental study. *Scientific Reports*. 2015;5(March):1–12. doi:10.1038/srep13020
28. Cox B, Martens E, Nemery B, Vangronsveld J, Nawrot TS. Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. *BMJ*. 2013;346(feb14 3):f441–f441. doi:10.1136/bmj.f441
29. Sims M, Maxwell R, Bauld L, Gilmore A. Short term impact of smoke-free legislation in England: Retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. *BMJ (Online)*. 2010;340(7760):1349. doi:10.1136/bmj.c2161
30. Agüero F, Dégano IR, Subirana I, e.a. Impact of a Partial Smoke-Free Legislation on Myocardial Infarction Incidence, Mortality and Case-Fatality in a Population-Based Registry: The REGICOR Study. *PLoS ONE*. 2013;8(1):1–8. doi:10.1371/journal.pone.0053722



31. Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Hyland A, Bansal-Travers M. Support and correlates of support for banning smoking in cars with children: Findings from the ITC Four Country Survey. *European Journal of Public Health*. 2011;21(3):360–365. doi:10.1093/eurpub/ckq097
32. Martínez-Sánchez JM, Gallus S, Lugo A, e.a. Smoking while driving and public support for car smoking bans in Italy. *Tobacco Control*. 2014;23(3):238–243. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050700
33. Faber T, Mizani MA, Sheikh A, Mackenbach JP, Reiss IK, Been J V. Investigating the effect of England's smoke-free private vehicle regulation on changes in tobacco smoke exposure and respiratory disease in children: a quasi-experimental study. *The Lancet Public Health*. 2019;2667(19):1–11. doi:10.1016/s2468-2667(19)30175-6
34. Mlinarić M, Hoffmann L, Kunst AE, e.a. Explaining Mechanisms That Influence Smoke-Free Implementation at the Local Level: A Realist Review of Smoking Bans. *Nicotine & Tobacco Research*. 2018:1–12. doi:10.1093/ntr/nty206
35. Kuijpers TG, Willemsen MC, Kunst AE. Public support for tobacco control policies: The role of the protection of children against tobacco. *Health Policy*. mei 2018. doi:10.1016/j.healthpol.2018.05.004
36. Wynne O, Guillaumier A, Twyman L, e.a. Signs, fines and compliance officers: A systematic review of strategies for enforcing smoke-free policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1–14. doi:10.3390/ijerph15071386
37. Ueda H, Armada F, Kashiwabara M, Yoshimi I. Street smoking bans in Japan: A hope for smoke-free cities? *Health Policy*. 2011;102(1):49–55. doi:10.1016/j.healthpol.2011.05.013
38. Yamato H, Mori N, Horie R, Garcon L, Taniguchi M, Armada F. Designated smoking areas in streets where outdoor smoking is banned. *Kobe Journal of Medical Sciences*. 2013;59(3):93–105.
39. Hyland A, Barnoya J, Corral JE. Smoke-free air policies: Past, present and future. *Tobacco Control*. 2012;21(2):154–161. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050389
40. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. *Addiction*. 2014;109(9):1414–1425. doi:10.1111/add.12633
41. Scheffers-van Schayck T, Den Hollander W, Van Belzen E, Monshouwer K, Tuithof M. Monitor Substansie use and Pregnancy 2018. 2018:1–16.
42. Siu AL. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(8):622–634. doi:10.7326/M15-2023
43. Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction*. 2016;111(6):981–990. doi:10.1111/add.13309
44. Kleinjan M, Willemsen M. Rookpreventie bij jongeren: Effectieve interventies en andere mogelijkheden voor preventie van roken bij jongeren. 2019;AF1667.
45. Carson K V., Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;2017(12). doi:10.1002/14651858.CD001291.pub2

46. ITC Project. *ITC Netherlands National Report. Findings from the Wave 1 to 8 Surveys (2008-2014)*. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo; 2015.
47. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: An integrative review. *Tobacco Control*. 2012;21(2):127–138. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050345
48. Atusingwize E, Lewis S, Langley T. Economic evaluations of tobacco control mass media campaigns: A systematic review. *Tobacco Control*. 2015;24(4):320–327. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051579
49. Wakefield MA, Durkin S, Spittal MJ, e.a. Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence. *American Journal of Public Health*. 2008;98(8):1443–1450. doi:10.2105/AJPH.2007.128991
50. Sims M, Salway R, Langley T, e.a. Effectiveness of tobacco control television advertising in changing tobacco use in England: A population-based cross-sectional study. *Addiction*. 2014;109(6):986–994. doi:10.1111/add.12501
51. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign “Stoptober”? *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;135(1):52–58. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.11.003
52. Carson K V., Ameer F, Sayehmiri K, e.a. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(6). doi:10.1002/14651858.CD001006.pub3
53. Brinn MP, Carson K V., Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Cochrane Review: Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Evidence-Based Child Health*. 2012;7(1):86–144. doi:10.1002/ebch.1808
54. Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;44:45–59. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.002
55. Willemsen M, Croes E, Van Laar M. Generieke tabaksverpakkingen (plain packaging) - update 2019. 2019;AF1398.:1–16.
56. Monshouwer K, Verdurmen J, Ketelaars T, Laar MW Van. *Points of sale of tobacco products: Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
57. Lee JGL, Sun DL, Schleicher NM, Ribisl KM, Luke DA, Henriksen L. Inequalities in tobacco outlet density by race, ethnicity and socioeconomic status, 2012, USA: results from the ASPIRE Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017;71(5):487–492. doi:10.1136/jech-2016-208475
58. Truth Initiative. *The truth about tobacco industry retail practices.*; 2017. <https://truthinitiative.org/news/how-some-local-governments-are-keeping-number-tobacco-retailers-check>.
59. Wang TW, Agaku IT, Marynak KL, King BA. Attitudes Toward Prohibiting Tobacco Sales in Pharmacy Stores Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016;51(6):1038–1043. doi:10.1016/j.amepre.2016.06.017
60. Jin Y, Lu B, Klein EG, Berman M, Foraker RE, Ferketich AK. Tobacco-free pharmacy laws and trends in tobacco retailer density in California and Massachusetts. *American Journal of Public Health*. 2016;106(4):679–685. doi:10.2105/AJPH.2015.303040

61. Myers AE, Hall MG, Isgett LF, Ribisl KM. A comparison of three policy approaches for tobacco retailer reduction. *Preventive Medicine*. 2015;74:67–73. doi:10.1016/j.ypmed.2015.01.025
62. Ribisl KM, Luke DA, Bohannon DL, Sorg AA, Moreland-Russell S. Reducing disparities in tobacco retailer density by banning tobacco product sales near schools. *Nicotine and Tobacco Research*. 2017;19(2):239–244. doi:10.1093/ntr/ntw185
63. Rijksoverheid. Tabak uit het zicht, automatisch verdwijnt.
64. De Kinderen RJA, Wijnen BFM, Evers SMAA, e.a. *Social cost benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands*. Vol 16. Maastricht: Maastricht University; 2018.
65. Grucza RA, Plunk AD, Hipp PR, e.a. Long-term effects of laws governing youth access to tobacco. *American Journal of Public Health*. 2013;103(8):1493–1499. doi:10.2105/AJPH.2012.301123
66. King BA, Jama AO, Marynak KL, Promoff GR. Attitudes Toward Raising the Minimum Age of Sale for Tobacco Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;49(4):583–588. doi:10.1016/j.amepre.2015.05.012
67. Chicago Department of Public Health. Healthy Chicago Data Brief: 2017 Youth Tobacco Use. 2017. [https://www.cityofchicago.org/content/dam/city/depts/cdph/tobacco\\_alcohol\\_and\\_drug\\_abuse/DataBrief-YouthTobaccoerratum.pdf](https://www.cityofchicago.org/content/dam/city/depts/cdph/tobacco_alcohol_and_drug_abuse/DataBrief-YouthTobaccoerratum.pdf).
68. Farley SM, Coady MH, Mandel-Ricci J, e.a. Public opinions on tax and retail-based tobacco control strategies. *Tobacco Control*. 2015;24(E1):e10–e13. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051272
69. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*. 2015;15(1):744. doi:10.1186/s12889-015-2041-6
70. Toine K, Esther C. FactsheetEffecten van accijns en prijs Oop het gebruik van tabaksproducten. 2015;AF1357:1–8. <https://assets.trimbos.nl/docs/ef3e24a1-d9c8-48c8-a82f-402c1f6a94c9.pdf>.
71. Mark AJ, Sanders SC, Mitchell JA, Seale H, Richmond RL. Smoke-free outdoor areas: Supporting local government to introduce tobacco control policies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2014;38(6):518–523. doi:10.1111/1753-6405.12265
72. Douglas MR, Manion CA, Hall-Harper VD, Terronez KM, Love CA, Chan A. Case studies from community coalitions: Advancing local tobacco control policy in a preemptive state. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;48(1):S29–S35. doi:10.1016/j.amepre.2014.09.020
73. Lemmers L, De Greeff J. *Gezondheidsbevordering en leefstijl: een praktische inleiding*. Amsterdam: Lex Lemmers, Jeroen de Greeff & Boom Uitgevers; 2018.
74. Vokó Z, Cheung KL, Józwiak-Hagymásy J, e.a. Similarities and differences between stakeholders' opinions on using Health Technology Assessment (HTA) information across five European countries: Results from the EQUIPT survey. *Health Research Policy and Systems*. 2016;14(1). doi:10.1186/s12961-016-0110-7
75. Pokhrel S, Evers S, Leidl R, e.a. EQUIPT: protocol of a comparative effectiveness research study evaluating cross-context transferability of economic evidence on tobacco control. *BMJ Open*. 2014;4(11):e006945. doi:10.1136/bmjopen-2014-006945
76. Coyle K, Coyle D, Lester-George A, e.a. Development and application of an economic model (EQUIPTMOD) to assess the impact of smoking cessation. *Addiction*. 2018;113:7–18. doi:10.1111/add.14001

77. Trapero-Bertran M, Muñoz C, Coyle K, e.a. Cost-effectiveness of alternative smoking cessation scenarios in Spain: results from the EQUIPTMOD. *Addiction*. 2018;113:65–75. doi:10.1111/add.14090
78. Anraad C, Cheung KL, Hiligsmann M, e.a. Assessment of cost-effective changes to the current and potential provision of smoking cessation services: an analysis based on the EQUIPTMOD. *Addiction*. 2018;113:96–105. doi:10.1111/add.14093
79. ASH. *The cost of smoking to the social care system in England, 2019 Update*. ASH; 2019. <https://ash.org.uk/local-resources/cost-of-social-care/>.



