

LEEFTIJDSGRENS VERKOOP TABAK

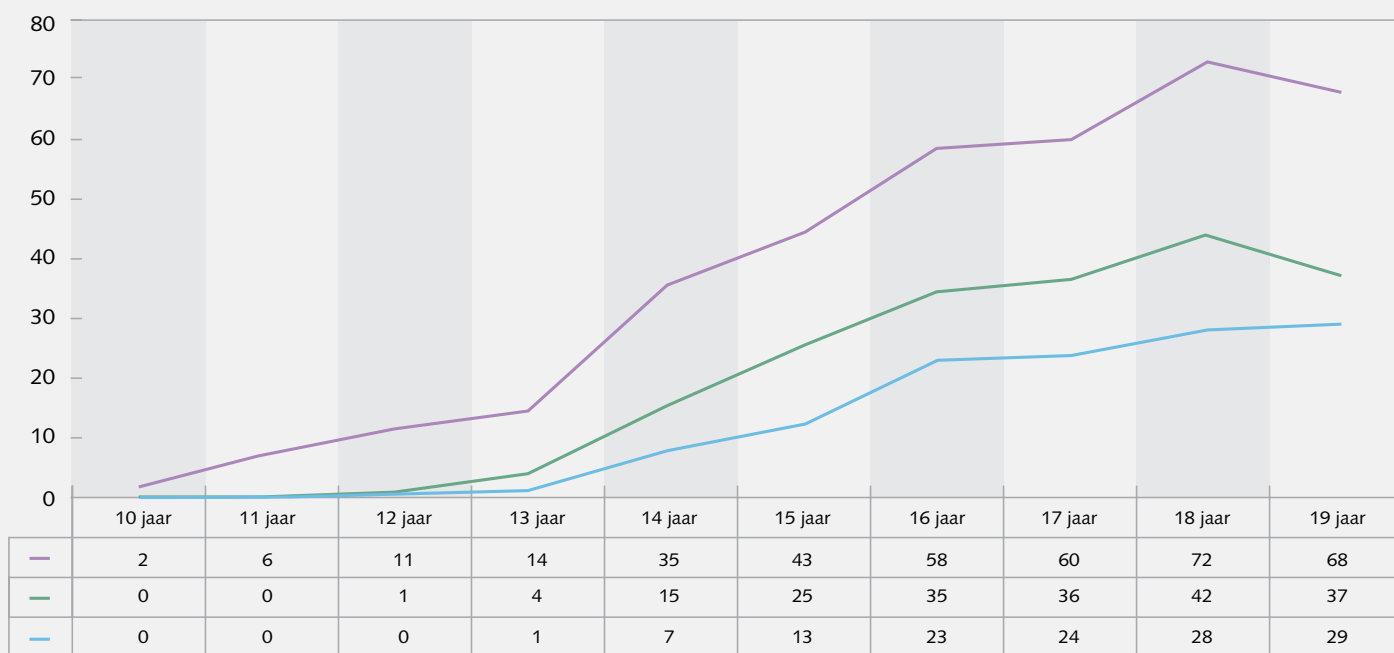
KERNPUNTEN

- Jong beginnen met roken geeft een verhoogde kans op chronische aandoeningen, waaronder nicotineverslaving en lichamelijke ziekten.
- Om het roken onder jongeren terug te dringen, wordt in Nederland de minimumleeftijd voor de verkoop van tabak opgehoogd van 16 naar 18 jaar.
- Een wet die de verkoop aan jongeren beperkt heeft alleen effect op het aantal jongeren dat tabak gebruikt, als die wet strikt wordt gehandhaafd.
- De effecten zijn groter wanneer de maatregel wordt ingebed in een samenhangend pakket van tabaksontmoedigingsmaatregelen.

INLEIDING

Sinds 1 januari 2003 is het volgens de Tabakswet verboden tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar. Een van de maatregelen om het tabaksgebruik in Nederland verder terug te dringen is een verhoging van de leeftijds-grens voor de verkoop van tabaksproducten naar 18 jaar (TK33590:1t/m4 2013). Verkopers die deze maatregel overtreden zijn strafbaar. Jongeren onder de 18 jaar zijn niet strafbaar voor bezit en gebruik van tabaksproducten.

Hoe effectief is deze maatregel eigenlijk? En op welke uitkomstmaten? Deze factsheet vat feiten en cijfers uit de wetenschappelijke literatuur samen.



— wel eens gerookt — afgelopen 4 weken gerookt — rookt dagelijks

Bron: Roken Jeugd Monitor 2012 (Stivoro)

HOEVEEL JONGEREN ROKEN?

- In 2012 had een op de drie (34%) jongeren van 10 tot en met 19 jaar ooit wel eens gerookt. Achttien procent had in de afgelopen vier weken nog gerookt en 11% rookte dagelijks (bron: Roken Jeugd Monitor 2012, Stivoro).
- Het percentage rokers neemt snel toe met de leeftijd (zie figuur). Op 10-jarige leeftijd heeft 2% van de jongeren wel eens gerookt; onder 16-jarigen is dit al 58% en onder jongeren van 18 en 19 is dit rond de 70%.
- Van de 16- en 17-jarigen rookt ongeveer een kwart dagelijks.
- Vanaf midden jaren negentig is er een dalende trend in het percentage rokende jongeren. Deze lijkt zich de afgelopen jaren te stabiliseren (Peilstationsonderzoek scholieren) of zet zich licht door (Roken Jeugd Monitor) (Van Laar e.a., 2012).
- In Nederland zijn, net als in de meeste landen, de verschillen tussen de percentages rokende jongens en meisjes klein.
- De meeste mensen die ooit hebben gerookt beginnen daarvoor hun 19e mee. Volgens Amerikaans onderzoek nam meer dan 80% van de volwassenen die ooit rookten hun eerste sigaret voor hun 19e jaar. Na het 26e jaar komen er vrijwel geen nieuwe rokers meer bij (US Department of Health and Human Services, 2012).
- Het percentage actuele rokers (in de afgelopen maand) onder scholieren van 15 en 16 jaar ligt in Nederland iets boven het Europese gemiddelde van 28%. Landen die beduidend lager scoren zijn onder andere Zweden (21%), Spanje (19%), Noorwegen (14%) en de Verenigde Staten (12%) (Hibell e.a., 2012).

HOE KOMEN JONGEREN AAN HUN SIGARETTEN EN SHAG?

- Voor rokende scholieren jonger dan 16 jaar zijn vrienden de meest genoemde bron voor het verkrijgen van sigaretten of shag (50%) (Verdurmen e.a., 2012).
- Op de tweede plaats staat het kopen van tabakswaar door de jongeren zelf. Ondanks het sinds 2003 geldende verbod op de verkoop van tabak aan jongeren onder de 16, gaf in 2011 ruim een derde (38%) van de rokende jongeren tussen 11 en 15 jaar aan meestal zelf hun tabakswaar te kopen. Zij deden dit bij benzinepompen (33%) en tabakswinkels (30%), in de supermarkt (16%), de snackbar (12%), café/discotheek (5%) en bij overige verkooppunten (5%)¹.
- Scholieren van 16 jaar en ouder kopen meestal zelf hun sigaretten of shag (72%). Zij doen dit vooral in de supermarkt (54%), op afstand gevolgd door tabakswinkels (19%) en benzinepompen (19%).
- Volgens de Monitor Tabaksverstrekking kochten jongeren onder de 16 jaar in 2009 minder vaak zelf tabak dan in 1999. Deze afname is vermoedelijk een gevolg van de daling in het percentage rokers (Bieleman e.a., 2010).

Tabel 1: Wijze waarop rokende scholieren meestal aan sigaretten/ shag komen

	11 t/m 15 jaar	16 t/m 19 jaar
Koopt het meestal zelf	37,6	71,5
Krijgt het van vrienden	50,1	22,4
Krijgt het van ouders	5,8	3,9
Krijgt het van broer/zus	2,6	0,1
Gepakt/gestolen	0,7	0,2
Gekocht door ouder iemand	1,4	0,0
Anders	1,8	1,8

Percentage van de scholieren die in de afgelopen maand hadden gerookt. Bron: Trimbos-instituut, Peilstationsonderzoek scholieren (Verdurmen et al., 2012)

- De kans dat een jongere onder de 16 jaar een geslaagde koop poging deed lag in 2009, evenals in de voorafgaande peiljaren, rond de 90%. Bij tabaksspeciaalzaken en pompstations nam de 'slaagkans' tussen 1999 en 2009 toe. Dit wijst op een dalend naleefniveau bij deze verkooppunten.
- Een op de drie tabaksverstrekkers gaf in 2009 aan moeite te hebben met het naleven van de leeftijdsgrens, vooral vanwege problemen met het inschatten van de leeftijd (28%) en angst voor agressie (23%) (Bieleman e.a., 2010).

JONGEREN ZIJN EXTRA KWETSBAAR

De meeste rokers ontwikkelen hun nicotineverslaving tijdens de adolescentie. Sociale factoren zoals groepsdruk dragen daaraan bij, maar ook is de kans op verslaving aan nicotine bij jongeren groter omdat de hersenen van adolescenten extra gevoelig zijn voor nicotine. En hoe vroeger jongeren beginnen met roken, hoe langer zij in hun leven aan de schadelijke stoffen in tabaksrook blootgesteld zijn. Uit een grote overzichtsstudie naar de gevolgen van tabaksgebruik door jongeren is een aantal conclusies te trekken (US Department of Health and Human Services, 2012).

Er is voldoende bewijs voor een oorzakelijke relatie tussen:

- roken en nicotineverslaving, al beginnend in de adolescentie;
- actief roken enerzijds en een verminderde longfunctie en een verminderde groei van de longen tijdens de adolescentie anderzijds;
- actief roken en astmatische ademhalingsproblemen bij kinderen en jongeren die daar gevoelig voor zijn;
- roken tijdens de jeugd en atherosclerotische veranderingen ("aderverkalking") in de buikaorta (grote lichaamsslagader) bij jonge volwassenen.

¹ Percentages van degenen die in de afgelopen maand hadden gerookt en aangaven meestal zelf hun sigaretten en shag te kopen.

Het is aannemelijk (maar het bewijs is niet onomstotelijk) dat:

- roken door jongeren bijdraagt aan later gebruik van cannabis en harddrugs;
- roken niet bijdraagt aan een afname van het lichaamsgewicht (wat wel door jongeren wordt verondersteld);
- er een oorzakelijk verband bestaat tussen roken in de adolescentie en vroege volwassenheid en latere aderverkalking van de kransslagaderen (van het hart).

JONGEREN RAKEN SNEL AAN NICOTINE VERSLAafd

Afhankelijkheid van nicotine kan bij jongeren al snel na het begin van het roken ontstaan (Soteriades e. a., 2011). Uit één studie blijkt dat jongeren al bij gemiddeld twee sigaretten per week hun autonomie over het roken verliezen (DiFranza e.a., 2002). Bovendien zijn jongeren ook nog eens meer geneigd de gevaren van nicotineverslaving te onderschatten. Zij veronderstellen ten onrechte dat zij makkelijk in de toekomst kunnen stoppen met roken.

Roken en psychische stoornissen

Psychische stoornissen - zoals schizofrenie, angst, depressie, ADHD - en roken gaan vaak samen, zowel bij jongeren als volwassenen. Het is niet duidelijk of roken deze stoornissen veroorzaakt, of dat het een het ander verergert. Het is ook aannemelijk dat een gemeenschappelijke kwetsbaarheid aan zowel psychiatrische aandoeningen als aan roken ten grondslag ligt (US Department of Health and Human Services, 2012). Veel van deze processen spelen zich af in dezelfde hersengebieden.

Roken en andere verslavingen

Jongeren die roken drinken meer en vaker alcohol dan jongeren die niet roken. Roken gaat ook vaak vooraf aan het gebruik van andere drugs. Dat is in zekere zin logisch, want een drug als cannabis wordt doorgaans op dezelfde wijze gebruikt (roken) als tabak. Een andere verklaring kan zijn dat zowel roken als gebruik van drugs door jongeren een uiting is van deviant gedrag. Of dat gebruik van verschillende middelen plaatsvindt bij jongeren met een gedragsstoornis of andere psychiatrische ziekte. Het is van belang om dit soort verbanden te achterhalen om effectiever actie te kunnen ondernemen.

Moet echt de eerste sigaret worden uitgesteld?

Ja, dat lijkt wel het geval te zijn, al is het bewijs hiervoor beperkt. Een onderzoek onder 2000 scholieren in Londen toonde aan dat leerlingen die ooit één keer hadden gerookt, zelfs drie jaar na die eerste en enige sigaret een significant verhoogde kans hadden om weer te gaan roken, vergeleken met leerlingen die nooit een sigaret hadden geprobeerd (Fidler, e.a., 2006). Ook is aangetoond dat jongeren die hun eerste sigaret op jongere leeftijd roken meer plezier van die sigaret rapporteren, een grotere kans hebben om op hun 22e regelmatige rokers te zijn of zelfs verslaafd aan nicotine, en meer sigaretten roken (Buchmann e.a., 2011). Het is dus belangrijk om kinderen te weerhouden van elk -zelfs éénmalig- experiment met roken.

Mag een adolescent “een beetje” roken?

Nee. Een onderzoek laat zien dat adolescenten al bij een gemiddelde van twee sigaretten per week de controle over het roken verliezen, waardoor het risico op afhankelijkheid wordt vergroot (DiFranza e.a., 2002). Jongeren hebben waarschijnlijk een verhoogde gevoeligheid voor de verslavende eigenschappen van nicotine, vermoedelijk omdat de belonende effecten van nicotine groter zijn bij jonge personen.

HEEFT EEN VERHOOGING VAN DE LEEFTIJD VOOR TABAKS-VERKOOP EFFECT OP HET AANTAL ROKENDE JONGEREN?

Er zijn diverse studies naar het effect van leeftijdsverhoging op de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen. Deze concluderen dat verkoop daalt, mits de maatregelen goed worden ondersteund en worden gehandhaafd (DiFranza, 2012; NHS, 2004). Via goede voorlichting en het versterken van de maatschappelijke betrokkenheid kan de leeftijdsverhoging bijdragen aan het veranderen van de sociale norm met betrekking tot roken.

Een dalende verkoop zegt nog weinig over het aantal jongeren dat rookt (de prevalentie). Studies naar het effect van leeftijdsverhoging op de prevalentie van roken onder jongeren tonen dat alleen bij strikte handhaving van een leeftijdsmaatregel het moeilijker wordt om aan tabakswaar te komen, waardoor het aantal rokende jongeren uiteindelijk afneemt (DiFranza, 2012). Uit eerdere studies bleek al dat er geen effect te vinden is van leeftijdsbeperkingen op de prevalentie van roken als de maatregel niet wordt nageleefd en jongeren hun sigaretten krijgen via andere kanalen, bijvoorbeeld vrienden of familie (Richardson e.a., 2009; Stead en Lancaster, 2005).

- Bij de invoering van de leeftijdsgrens van 16 jaar in Nederland in 2003, werd zowel een afname gezien van het aantal jongeren (13-15 jaar) dat tabak koopt (vooral niet-rokende jongeren die tabakswaren kopen voor anderen) als het aantal jongeren dat rookt (Verdonk-Kleinjan e.a., 2008).
- De auteurs denken dat een aantal maatregelen tijdens de invoering van de wet heeft bijgedragen aan de daling van het aantal rokende jongeren. Voorafgaand aan de invoering zijn tabaksverkopers uitgebreid geïnformeerd over de invulling van hun nieuwe verplichtingen en de verwachte boetes bij overtreding. Boetes konden bij een geconstateerde overtreding direct worden opgelegd.
- Minder gunstig was dat alleen bij klanten onder 16 jaar om een identificatie gevraagd hoefde te worden. Ouder ogende jongeren bleven zonder problemen tabak kunnen kopen. De onderzoekers bevelen aan leeftijdscontrole te verplichten tot een hogere leeftijd, bijvoorbeeld 20 jaar, dan de minimumleeftijd waarop verkoop is toegestaan.
- Een ander effect van het wettelijk verhogen van de minimumleeftijd is beschreven in Zweden. Daar bleek dat de attitude van ouders en oudere vrienden veranderde, zodat deze minder geneigd waren tabaksproducten te kopen voor jongeren (Sundh en Hagquist, 2005).

IS ER EEN EFFECT VAN LEEFTIJDVERHOOGING OP SOCIALE ONGELIJKHEID?

Er is overtuigend bewijs dat roken bijdraagt aan sociaal economische gezondheidsverschillen. De sterfte onder rokers met een lage sociaaleconomische status (SES; vaak afgemeten aan het opleidingsniveau) is hoger en rokers uit lage SES groepen zijn minder geneigd om te stoppen met roken en worden minder bereikt met stoppen met roken programma's.

Er is weinig onderzoek gedaan naar effecten van leeftijdsverhoging op de prevalentie van roken onder jongeren, ingedeeld naar sociale klasse. Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat het effect van leeftijdsverhoging niet verschilt tussen verschillende sociale klassen.

- Een overzichtsstudie (Thomas e.a., 2008) heeft meer algemeen gekeken naar maatregelen die verkoop aan jongeren proberen in te perken. Onderzochte interventies waren: voorlichting aan tabaksverkopers en de maatschappij over de wettelijke restricties, handhaving van de wet, en een combinatie van beide. Er waren 13 studies op dit onderwerp; geen leverde bewijs voor een mogelijk verschil in rookprevalentie onder jongeren in verschillende SES klassen.
- Een recente studie die wel specifiek het effect van leeftijdsverhoging onderzocht vond een (aanwijzing voor) daling van de prevalentie van roken onder jongeren, maar geen verschillen in de mate van daling tussen verschillende SES groepen (Millet e.a., 2011).

CONTROLE OP DE HANDHAVING VAN DE LEEFTIJDGRENSEN

De naleving van de leeftijdsgrens wordt gecontroleerd door de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA).

- Bij alle verkooppunten (tabaksspeciaalzaken, supermarkten, tankstations, horecagelegenheden, automaten, etc.) kan de NVWA steekproefsgewijs en onaangekondigd controles uitvoeren. Bij een geconstateerde overtreding kunnen boetes worden opgelegd oplopend tot € 4.500. Er waren in 2005 naar schatting echter meer dan 60.000 verkooppunten van tabak. Dat grote aantal bemoeilijkt de controle.
- Bij de invoering van de leeftijdsgrens in 2003 werden 5.891 inspecties uitgevoerd. Dat aantal liep in de jaren erna op tot 6.725 in 2005 (NVWA, 2005). Officiële gegevens van daarna ontbreken, maar bronnen vermelden dat het aantal is gereduceerd tot minder dan duizend in 2012 (www.tabaknee.nl). Dit komt mede omdat de prioriteit is verschoven naar handhaving van de rookvrije horeca.
- De kans dat tijdens een controle een overtreding wordt vastgesteld is gering. Ook dat draagt eraan bij dat het aantal opgelegde maatregelen beperkt is tot enkele tientallen per jaar.
- De naleving van de leeftijdsgrens wordt op verschillende manieren ingevuld. Tabaksverstrekkers maken het meest gebruik van het tonen van een legitimatiebewijs: een identiteitskaart, paspoort of rijbewijs (tabel 2).

- Niettemin blijken jongeren onder de 16 jaar die tabakswa- ren willen kopen, dat zonder al te veel belemmeringen te kunnen doen.

Tabel 2: Wijze waarop ondernemingen op leeftijd controleren

	2003 (n=398)	2009 (n=400)
Controle (kassa, bar etc.) d.m.v. vragen	23%	8%
Controle (kassa, bar etc.) d.m.v. legitimatiebewijs	85%	91%
Leeftijdsgrens wordt aangegeven bij bar, kassa, entree, schappen etc.	2%	3%
Controle m.b.v. pasjes/lidmaatschapskaart	4%	10%
Inschatten van leeftijd	24%	7%
Personeel geïnstrueerd	1%	2%
Klanten zijn bekend	0%	1%
Anders	25%	3%

Percentage van de tabaksverstrekkers dat aangeeft op een bepaalde wijze te controleren. Percentages tellen niet op tot 100 omdat meer antwoorden mogelijk waren. Bron: Monitor tabaksverstrekking 2009.

LEEFTIJDVERHOOGING ALS ONDERDEEL VAN EEN SAMENHANGEND PAKKET MAATREGELEN

Voor tabaksontmoediging geldt bij uitstek dat de effecten groter zijn wanneer zij in een breed pakket van antirookmaatregelen zijn ingebed. Deze mix van maatregelen moet zowel insteken op populatieniveau als op individueel niveau en kan op langere termijn bijdragen aan het de-normaliseren van tabaksgebruik.

- Het effect van prijsverhoging via accijns op de prevalentie van roken in de bevolking, zowel onder jongeren als volwassenen, is onomstotelijk bewezen (Thomas e.a., 2008; NHS, 2004; Liang e.a., 2003).
- Voor andere maatregelen op populatieniveau staat minder zeker vast dat zij een effect hebben op het aantal jongeren dat rookt.
- Specifieke aandacht is nog nodig voor een passend behandel- aanbod voor jongeren om te stoppen met roken. Er zijn verschillende veelbelovende programma's die aansluiten bij de mate waarin de jonge roker bereid is om het rookgedrag te veranderen, die motivatieverhogende elementen bevatten of cognitieve gedragstherapie gebruiken. Er is echter nog geen behandelprogramma voor jongeren waarvoor voldoende bewijs is om het op grote schaal in te voeren (Grimshaw en Stanton, 2006; update 2010). Er is onvoldoende onderzoek gedaan naar de werking van nicotinevervangende midde- len bij jongeren en daardoor geen bewijs voor effectiviteit beschikbaar (Grimshaw en Stanton, 2006; update 2010).

LEEFTIJDGRENZEN IN ANDERE LANDEN

Artikel 16 uit het WHO kaderverdrag inzake Tabaksontmoediging (de FCTC), dat Nederland in 2005 heeft ondertekend, roept op om verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen te verbieden. Verreweg de meeste landen hebben inmiddels een minimumleeftijd van 18 jaar ingevoerd. Ook hebben enkele landen een minimumleeftijd om tabak te mogen bezitten en om te roken ingesteld. Om conclusies te kunnen trekken over hoe succesvol deze maatregelen zijn in het ontmoedigen van tabaksgebruik door jongeren is het van belang rekening te houden met de mate waarin deze wetgeving wordt nageleefd.

- In 22 van de 27 EU landen is de minimumleeftijd voor de verkoop van tabaksproducten 18 jaar. Uitzonderingen zijn (nog) Nederland, België, Luxemburg, Oostenrijk en Malta met een minimumleeftijd van 16 jaar.
- In Duitsland, Finland, Spanje, Portugal, Italië, Hongarije, Estland, en Letland mag volgens de wet ook pas vanaf 18 jaar worden gerookt. Ierland en het Verenigd Koninkrijk hanteren een minimumleeftijd om te mogen roken van 16 jaar. In de overige EU landen (waaronder Nederland) geldt geen ondergrens.
- Australië is een land met strenge eisen: verkoop van tabak aan jongeren onder de 18 jaar is verboden. Het is ook voor jongeren onder de 18 jaar verboden om tabak te kopen. Het is eveneens verboden voor een volwassene om een jongere onder de 16 een tabaksproduct te geven.
- Ook hogere leeftijdsgrenzen voor de verkoop van tabak worden gebruikt: 20 jaar in Japan, 21 jaar in India en 19 jaar in enkele staten van de VS (in één staat is een voorstel voor ophoging naar 21 jaar, in de overige staten geldt 18 jaar).

STEUN VOOR DE VERHOGING VAN DE LEEFTIJDGRENZEN IN NEDERLAND

- Acht van de tien ouders (81%) van scholieren van het voortgezet onderwijs ondersteunden in 2011 de verhoging van de minimumleeftijdsgrens voor de verkoop van tabak van 16 naar 18 jaar (Verdurmen e.a., 2012).
- Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van het kind maakten daarbij geen verschil. Wel waren ouders die zelf niet roken het iets vaker eens met de leeftijdsverhoging dan ouders die zelf wel roken (83% versus 76%). Ook ouders met kinderen die niet roken waren het wat vaker eens met de voorgenomen maatregel dan ouders van wekelijks rokende kinderen (82% versus 75%).

ZIJN ER ARGUMENTEN DIE PLEITEN TEGEN EEN LEEFTIJDVERHOGING?

- Er is geen bewijs dat alleen een leeftijdsverhoging (als enige maatregel) de prevalentie van roken onder jongeren doet dalen. Maatregelen die de hele populatie (jongeren en volwassenen) betreffen hebben meer effect in het naar beneden brengen van het aantal rokers. Voorbeelden van maatregelen die effect hebben op de hele populatie zijn

bijvoorbeeld prijsverhogingen, verbod op adverteren en een vermindering van verkooppunten. Dit pleit voor een geïntegreerd pakket van tabaksontmoedigingsmaatregelen.

- Met het verhogen van de leeftijd wordt roken een activiteit alléén voor volwassenen. Tegenstanders van een leeftijdsgrens beweren dat dit imago van een exclusief volwassenenactiviteit de aantrekkelijkheid van roken voor sommige jongeren vergroot. Tientallen studies laten echter zien dat invoering of verhoging van de leeftijdsgrens niet tot een stijging van het aantal jeugdige rokers leidt (DiFranza, 2012).

BRONNEN

Bieleman, B., Kruize, A., Zimmerman, C. (2010). *Monitor tabaksverstrekking jongeren: naleving leeftijdsgrens 16 jaar: tweejaarlijkse metingen 1999-2009*. IntraVal: Groningen/Rotterdam.

Buchmann, A.F., Blomeyer, D., Jennen-Steinmetz, C., Schmidt, M.H., Esser, G., Banaschewski, T., Laucht M. (2011). Early smoking onset may promise initial pleasurable sensations and later addiction. *Addiction Biology*. doi: 10.1111/j.1369-1600.2011.00377.x

CDC. (1994) *Preventing Tobacco use among young people-a report of the surgeon general*.

DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Rigotti, N.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Coleman, M., Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 months follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 11 (3): 228-235.

DiFranza, J.R. (2012) Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tob Control* 21 (4): 436-442.

Fidler, J.A., Wardle, J., Brodersen, N.H., Jarvis, M.J., West, R. (2006). Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control* 15 (3): 205-209.

Grimshaw, G., Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people (review). *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD003289. Update 2010.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. CAN: Stockholm.

Liang, L., Chaloupka, F., Nichter, M., Clayton, R. (2003). Prices, policies and youth smoking. May 2001. *Addiction* 98 (suppl 1): 105-122.

Millett, C., Lee, J.T., Gibbons, D.C., Glantz, S. (2011). Increasing the age for legal purchase of tobacco in England: impacts on socio-economic disparities in youth smoking. *Thorax* 66 (10): 862-865.

NHS. (2004). *Smoking and public health: a review of reviews of interventions to increase smoking cessation, reduce smoking initiation and prevent further uptake of smoking*. Evidence briefing.

LEEFTIJDSGRENS VERKOOP TABAK

Richardson, L., Hemsing, N., Greaves, L., Assanand, S., Allen, P., McCullough, L., Bauld, L., Humphries, K., Amos, A. (2009). Preventing smoking in young people: a systematic review of the impact of access interventions. *Int J Environ Res Public Health* 6 (4): 1485-1514.

Soteriades, E.S., Spanoudis, G., Talias, M.A., Warren, C.W., Di-Franza, J.R. (2011). Children's loss of autonomy over smoking: the Global Youth Tobacco Survey. *Tob Control* 20 (3): 201-206.
Stead, L.F., Lancaster, T. (2005). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev*. (1):CD001497. Update 2008.

Sundh, M., Hagquist, C. (2005). Effects of a minimum-age tobacco law – Swedish experience. *Drugs: education, prevention and policy* 12 (6): 501-510.

Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M., Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control* 17 (4): 230-237.

U.S. Department of Health and Human Services (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. (2012). *Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verdonk-Kleinjan, W.M.I., Knibbe, R.A., Bieleman, B., de Groot, H.N., de Vries, H. (2008). The tobacco sales ban and tobacco purchases by adolescents: a general population study in the Netherlands. *Eur J Public Health* 18 (5): 498-503.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., Vermeulen, E., Lokman, S., Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011: kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.

WHO Tobacco Free Initiative
(www.who.int/tobacco/research/youth/health_effects/en).



Colofon

Auteurs
Esther Croes
Margriet van Laar

Ontwerp & productie
Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld
www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1233**.

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

**ROKEN
INFOLIJN
0900-1995**

€ 0,10/min