

Rookpreventie bij jongeren

Effectieve interventies en andere mogelijkheden
voor preventie van roken bij jongeren



Rookpreventie bij jongeren

Effectieve interventies en andere mogelijkheden
voor preventie van roken bij jongeren

Colofon

Auteurs

Marloes Kleinjan
Marc Willemsen
Jeroen Bommelé

Advies

Marieke Rombouts

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. Artikelnummer **AF1667**.

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

Inleiding	5
<i>Deel 1: Literatuurverkenning</i>	
1 Roken onder jongeren	9
1.1 Prevalentie	9
1.2 Risico's en oorzaken van roken bij jongeren	11
1.3 Risicogroepen	12
2 Effectieve preventie van roken onder jongeren	13
2.1 Afbakening	13
2.2 Zoekstrategie	13
2.3 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving	15
2.3.1 Verhogen van de prijs	15
2.3.2 Rookverboden	15
2.3.3 Verbod op reclame, promotie en sponsoring	15
2.3.4 Inperken van beschikbaarheid	15
2.3.5 Onaantrekkelijke pakjes sigaretten	16
2.4 Voorlichting en educatie	16
2.4.1 Preventie via de schoolsetting	18
2.4.2 Gezinsgerichte interventies	20
2.4.3 Massamediale interventies	21
2.5 Fysieke en Sociale omgeving	21
2.5.1 Wijkinterventies / Community interventies	21
2.5.2 Rookvrije Generatie	21
2.6 Overige aanknopingspunten	22
2.6.1 MBO studenten	22
2.7 Implementatie / Proceselementen	22
<i>Deel 2: Aanpak preventie van roken bij jongeren</i>	
3 Hoe gemeente aan de slag kan met het terugdringen van roken onder jongeren	27
3.1 Stappen voor het op de kaart zetten van het onderwerp	27
3.2 Uitvoering op drie pijlers	28
3.2.1 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving	28
3.2.2 Voorlichting en educatie	30
3.2.3 Fysieke en sociale omgeving: setting gerichte integrale aanpak	33
4 Literatuur	35

Inleiding

Dit is het achtergronddocument bij het 'Wat werkt' dossier preventie van roken bij jongeren op de website loketgezondleven.nl. Het eerste deel gaat in op het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd in het kader van het dossier. Dit onderzoek richtte zich op preventie van roken bij jongeren (15-24 jaar) en effectieve preventieve aanpakken van roken bij deze doelgroep. Het tweede deel is een uitgebreidere uitwerking van het 'wat werkt' en 'aan de slag' - gedeelte van het dossier op de website. Hierin is ook meer aandacht voor processtappen die op gemeentelijk niveau genomen kunnen worden om aan de slag te gaan met het aanpakken van de preventie van roken bij jongeren.

Leeswijzer

'Deel 1: Literatuurverkenning' bevat verdiepende literatuur en kan gezien worden als een naslagwerk met betrekking tot de prevalentie van roken, de risicofactoren en oorzaken van roken en welke vormen van preventie er zijn, alsmede de werkzaamheid hiervan.

'Deel 2: Aanpak preventie van roken bij jongeren' biedt praktische informatie over hoe u binnen uw gemeente aan de slag kunt met preventie van roken bij jongeren.

Deel 1

Literatuurverkenning

1 Roken onder jongeren

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van onderzoeken die het Trimbos-instituut recent heeft uitgevoerd naar de prevalentie van middelengebruik onder scholieren. In 2017 is het Health Behavior of School-aged Children onderzoek uitgevoerd (Stevens e.a., 2018). Dit is een nationaal representatief onderzoek onder jongeren tussen de 12 en 16 jaar, waarin gevraagd wordt naar rookgedrag. Daarnaast is gebruik gemaakt van een representatief onderzoek naar middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het mbo en het hbo in 2017 (Tuithof e.a., 2018). Voor de rookprevalentie in de groep 20-24 jaar is gebruik gemaakt van cijfers uit de Gezondheidsenquête van het CBS. Voor het beschrijven van de oorzaken van roken en de risicogroepen voor roken is gebruik gemaakt van het handboek Tabaksgebruik Gevolgen en Bestrijding (Knol e.a., 2005) en de factsheet 'Kinderen en Roken: Een aantal Feiten op een rij (Hopman & Croes, 2017).

1.1 Prevalentie

Omvang roken

Van alle jongeren van 12 tot en met 16 jaar in het voortgezet onderwijs heeft 17 procent ooit gerookt, jongens vaker dan meisjes (Bron: HBSC/ Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017). De laatste maandprevalentie van roken is lager (8%). Tussen het 12e en het 16e levensjaar neemt het percentage jongeren dat ooit gerookt heeft toe van 4 naar 31%. Dezelfde tendens is waarneembaar voor roken gedurende de laatste maand, waarbij de grootste leeftijdstoename zichtbaar is tussen de 13 en 15 jaar. Van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs rookt 2% dagelijks; op 16-jarige leeftijd is dit 4%. Jongens zijn vaker dagelijkse rokers dan meisjes.

In een recente studie waarin het middelengebruik onder 16 t/m 18 jarige studenten op het mbo en HBO wordt beschreven zien we dat in 2017 ruim de helft van de 16- t/m 18-jarige mbo en hbo studenten ooit heeft gerookt, een derde heeft de afgelopen maand nog gerookt en bijna één op de zes (17%) rookt dagelijks (Tuithof et al., 2018). Wanneer de verschillende schooltypen vergeleken worden, blijkt dat mbo-studenten het vaakst roken. Zo rookt 18% van de 17-jarige mbo studenten dagelijks, vergeleken met 6% van de 17-jarige vo scholieren en 2% van de 17-jarige hbo-studenten.

Wanneer we kijken naar roken in de leeftijd van 18 tot 24 jaar in 2017, dan zien we dat 23% van de 18-19 jarigen en 32% van de 20-24 jarigen rookt (Bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut, 2017). De prevalentie van roken onder 20-24 jarigen is daarmee de hoogste prevalentie van alle leeftijdscategorieën. Van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder rookt in 2017 bijna een kwart (23%).

Ontwikkelingen door de tijd

In 2001 zei 46% van de 12 t/m 16 jarigen (ondervraagd in de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs) dat ze ooit in het leven hebben gerookt. In 2017 was dit percentage aanzienlijk afgenomen naar 16% (Bron: HBSC/ Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017). Deze dalende trend zien we bij alle leeftijdscategorieën. Zo zei in 2001 20% van de 12-jarigen dat ze ooit wel eens hadden gerookt, in 2017 was dit nog maar 4%. Onder 16-jarigen is de daling minder spectaculair, maar nog altijd van ongeveer twee derde in 2001 naar ongeveer één derde in 2017. Met name in de periodes tussen 2003-2005, 2011-2013 en 2015-2017 waren er significante dalingen in het percentage jongeren dat zei ooit gerookt te hebben. De daling tussen 2015 en 2017 is wat geringer dan die in de eerdere tijdsperiodes. Bovendien was de daling tussen 2015-2017 wel voor de gehele groep zichtbaar, maar niet voor de afzonderlijke leeftijdsgroepen. De daling lijkt dus wat te af te zwakken.

De MBO-HBO-monitor is tot op heden twee keer uitgevoerd: in 2015 en 2017 (Verdurmen et al., 2016; Tuithof et al., 2018). Het gebruik van tabak is in de periode 2015-2017 gelijk gebleven voor mbo- en hbo-studenten. Opvallend is dat het huidig gebruik van de e-sigaret in dezelfde periode is toegenomen. Het ooit gebruik van de waterpijp is juist afgenomen.

Tabel 1. Trends voor de leeftijdscategorieën 18-19 jaar en 20-24 jaar tussen 2014 en 2017

			Aantal mensen dat rookt %	Aantal mensen dat dagelijks rookt %
Leeftijdscategorie	18-19 jaar	2014	32.0	19.6
		2015	30.9	16.7
		2016	26.7	13.7
		2017	23.1	7.9
	20-24 jaar	2014	36.5	23.9
		2015	39.1	23.6
		2016	28.9	16.9
		2017	32.6	17.3

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut

Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS daalde het percentage mensen dat wel eens (dagelijkse en niet dagelijks) rookt in de bevolking van 18-19 jaar van 32% in 2014 naar 23% in 2017. Voor de leeftijdsgroep 20-24 jaar daalde het aantal rokers van 37% in 2014 naar 33% in 2017.

Over het algemeen kan gezegd worden dat er de afgelopen 4 jaar, ondanks jaarlijkse fluctuaties, een dalende trend in de prevalentie van roken is waar te nemen binnen de leeftijdsgroep 18-24 jaar.

1.2 Risico's en oorzaken van roken bij jongeren

Roken heeft gezondheidsrisico's op de korte, maar vooral op de lange termijn. Hoe meer en hoe langer iemand rookt, hoe groter de gezondheidsrisico's. Een korte termijn gevolg is bijvoorbeeld een verslechterde conditie, een slechte adem en klachten aan de luchtwegen. Op de lange termijn is er meer kans op het krijgen van verschillende soorten kanker en hart- en vaatziekten (WHO, 2005). Ook is de kans op verslaving zeer groot, vooral wanneer er op jonge leeftijd is begonnen met roken (DiFranza et al., 2000).

Het ontstaan van rookgedrag is een combinatie van verschillende elkaar onderling beïnvloedende factoren (Pieterse et al., 2005). Onderzoek naar de oorzaken van roken bij jongeren vindt plaats vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines. Er kunnen vier perspectieven worden onderscheiden:

1. Psychologisch
 - Bijvoorbeeld: Hoe denken jongeren over roken? Welk beeld hebben ze van roken/rokers? Spelen persoonlijkheidsfactoren een rol?
2. Sociaal-psychologisch
 - Bijvoorbeeld: Roken ouders en leeftijdsgenoten? Hoe gaan jongeren om met sociale druk?
3. Sociologisch
 - Bijvoorbeeld: Zijn er jongerensubculturen waar roken veel voorkomt? Hoe is het gezinsklimaat? Trekken jongeren zich iets aan van veranderende sociale normen in de samenleving over het roken?
4. Biologisch
 - In hoeverre is roken erfelijk bepaald?

Een integraal model waarin deze vier perspectieven geïntegreerd worden ontbreekt tot op heden (Pieterse et al., 2005). Toch is er op basis van de literatuur wel iets te zeggen over de belangrijkste factoren die een rol spelen bij het beginnen met roken. Uit een recente kennis-synthese van het Trimbos-instituut (Kinderen en Roken: Een aantal feiten op een rij; Hopman & Croes, 2017) bleek dat vier factoren belangrijk zijn. Dat zijn de sociale omgeving, opleidingsniveau, cognitie en erfelijkheid. Wat betreft de sociale omgeving: adolescenten en jongvolwassenen zijn bijzonder gevoelig voor sociale- en omgevingsinvloeden gericht op gebruik van tabak. Hierbij gaat het om (de invloed van) gezinsleden, vrienden en klas- of leeftijdsgenoten, maar ook het zien van roken in films en van tabaksproducten in winkels. Ook het opleidingsniveau hangt sterk samen met rookgedrag. Op het vmbo roken meer jongeren dan op het vwo en op het mbo meer dan op het hbo (van Dorsselaer e.a., 2016; Verdurmen et al., 2016). Wat betreft cognitieve factoren zijn er relaties gevonden tussen het hebben van een positievere attitude en meer positieve verwachtingen ten aanzien van roken en beginnen met roken (Sherman et al., 2009). Ook processen die verband houden met het gevoelsleven spelen een belangrijke rol in rookgedrag van jongeren; er bestaat een sterk verband tussen roken door jongeren en een negatief gevoel (Hopman & Croes, 2017). Tot slot erfelijkheid. Bepaalde componenten van nicotine-afhankelijkheid (met name tolerantie, moeite met stoppen, tijd tot de eerste sigaret na het opstaan en aantal dagelijks gerookte sigaretten) lijken een erfelijke oorsprong te hebben. Het tot uiting komen van een genetisch risico op roken bij jongeren

wordt mogelijk beïnvloed door de sociale- en omgevingsfactoren (Hopman & Croes, 2017). Rokers die jong zijn begonnen met roken, roken gemiddeld meer sigaretten per dag en hebben meer moeite met stoppen. Hoe jonger iemand begint, hoe groter de kans dat hij of zij op 26 jarige leeftijd nog steeds rookt. Het verband tussen vroeg beginnen met roken en de ernst van de verslaving wordt niet uitsluitend door genetische factoren bepaald. Zo kan nicotine de ontwikkeling van de hersenen bij jongeren beïnvloeden en mogelijk ontstaat hierdoor meer gevoeligheid voor het ontstaan van een (rook)verslaving (Kleinjan & Luijten, 2016).

1.3 Risicogroepen

Kenmerken van rokende jongeren

Jongens hebben vaker ooit tabak gerookt in hun leven, roken vaker dagelijks tabak en zijn ook meer frequente gebruikers van de e-sigaret en waterpijp dan meisjes (Stevens et al., 2018). Naarmate jongeren ouder worden neemt het roken toe. VMBO- en MBO- leerlingen roken beduidend vaker dan jongeren van andere schoolniveaus, vooral de verschillen in dagelijks roken zijn opmerkelijk groot (Stevens et al., 2018; Verdurmen et al., 2016). Jongeren binnen het speciaal onderwijs, praktijkonderwijs en de residentiële jeugdzorg roken vaker dan jongeren uit het reguliere onderwijs (Kepper et al., 2011). Jongeren uit onvolledige gezinnen roken vaker (zowel ooit in het leven als dagelijks) dan jongeren uit volledige gezinnen (Stevens et al., 2018). Ook roken jongeren met rokende ouders en rokende vrienden vaker. Een meta-analyse uit 2011 van 58 studies (waarvan drie uit Nederland) toont aan dat wanneer minimaal één ouder rookt, de kans 1,72 (95%-BI: 1,59-1,86) keer groter is dat hun kinderen óók roken dan wanneer geen van de ouders rookt. Als beide ouders roken is de kans zelfs 2,73 (95%-BI: 2,28-3,28) maal groter dat hun kinderen ook roken dan wanneer géén van de ouders rookt (Leonaridi-Bee et al., 2011).

2 Effectieve preventie van roken onder jongeren

Methode

In dit onderdeel worden de resultaten van een literatuuronderzoek naar effectieve preventie van roken onder jongeren beschreven. Eerst lichten we toe hoe de literatuurverkenning heeft plaatsgevonden, alvorens we de bevindingen rapporteren.

2.1 Afbakening

Deze literatuurverkenning richt zich op de vraag wat effectieve beleidsmaatregelen, interventies en implementatie strategieën zijn om het beginnen met roken onder jongeren tegen te gaan. Daar is nationaal en internationaal veel onderzoek naar gedaan. Deze wetenschappelijke literatuur is systematisch door ons onderzocht. De aanpakken die veelbelovend lijken worden in deze verkenning beschreven.

In overleg met opdrachtgever RIVM is besloten een aantal thema's niet tot de scope van dit rapport te rekenen:

- Preventieve interventies gericht op jeugd jonger dan 15 jaar, interventies gericht op volwassenen ouder dan 24 jaar en interventies voor specifieke doelgroepen zoals zwangere vrouwen
- Stoppen met roken interventies

2.2 Zoekstrategie

Deze zoektocht richtte zich op het identificeren van wetenschappelijke literatuur over effectieve preventie van roken onder jeugd. In de verkenning is gebruik gemaakt van (internationale) databanken, (wetenschappelijke) artikelen en rapporten.

Databanken

In eerste instantie is in onderstaande databanken gezocht op interventies gericht op jongeren:

- Overzicht van databanken met (effectieve) interventies van RIVM
 - Databank effectieve Jeugdinterventies
 - Interventieoverzicht Roken van Loket Gezond Leven (RIVM)
- Programs and campaigns of Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

Artikelen en rapporten

Daarnaast is in de wetenschappelijke en grijze literatuur gezocht naar artikelen en rapporten over effectieve preventie roken bij jeugd en mogelijke informatie over elementen die daarbij van belang zijn. Er is gezocht in een tijdsperiode van 2000-2018 in PubMed, Narcis en GoogleScholar. Gevonden artikelen zijn gescand op titel en abstract. Interessante artikelen die aan de criteria voldeden zijn vervolgens bestudeerd. Referenties uit relevante literatuur zijn gebruikt om de zoektocht door te zetten (snowballeffect) en ook zijn doorgestuurde stukken van experts bestudeerd.

De volgende zoektermen zijn gehanteerd:

Doelgroep:

- Youth, adolescents, young adults, students
- Jeugd, adolescenten, jong volwassenen, studenten

Roken:

- Smoking, tobacco
- Roken, tabak

Gericht op interventie:

- prevention, intervention, program, implementation, plan, inhibition, curriculum, policy, web based intervention
- preventie, maatregel, voorzorg, voorzorgsmaatregel
- effectiveness, effect
- kracht, resultaat, effect, uitwerking, impact
- reduce, lessen, decrease, less, decline, diminish

Resultaten

2.3 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving

Er bestaan verschillende beleidsmaatregelen die het roken kunnen ontmoedigen. Hieronder vallen onder andere:

- verhogen van de prijs door accijnsheffing
- invoeren van rookverboden
- geven van voorlichting
- beperken of verbieden van reclame
- promotie en sponsoring
- inperken van de beschikbaarheid van tabaksproducten
- onaantrekkelijk maken van het tabaksproduct en de verpakking ervan

Veel beleidsmaatregelen worden vanuit de landelijke overheid ingevoerd en gehandhaafd. Hieronder wordt waar relevant ook aangegeven welke beleidsmaatregelen mede of voornamelijk op lokaal/regionaal niveau ingevoerd en gehandhaafd kunnen worden.

2.3.1 Verhogen van de prijs

De WHO stelt dat verhogen van tabaksprijs een belangrijke methode is om er voor te zorgen dat jongeren niet beginnen met roken (WHO, 2013). Een prijsverhoging van 10% kan leiden tot een afname van ongeveer 4% in rookgedrag in de totale bevolking (Jha & Chaloupka, 2000). Naar schattig zijn jongeren twee tot drie keer zo gevoelig voor de prijs van tabak in vergelijking met volwassenen (Bader et al., 2011).

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat jongeren minder roken bij een hogere prijs van tabak (Bader et al., 2011; Carpenter & Cook, 2007; Chaloupka et al., 2012). In een Nederlandse modelstudie uit 2005 werd berekend dat bij een prijsverhoging van 20%, het aantal jonge rokers op korte termijn met bijna 20.000 zou kunnen afnemen (RIVM, 2005). Klik [hier](#) voor meer informatie over de effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabak.

2.3.2 Rookverboden

Jongeren zijn gevoelig voor voorbeeldgedrag. Een rookverbod creëert een situatie waar niet-roken de norm is. Uit onderzoek blijkt dat jongeren minder vaak beginnen met roken, wanneer er om hen heen rookverboden van kracht zijn (Pabayo et al., 2011; Siegel et al., 2010). Veel gezondheidsorganisaties hebben daarom als doel om rookverboden in te voeren en zo roken te de-normaliseren. Zie voor meer informatie over rookverboden ook paragraaf 2.5.1 (Rookvrije Generatie). Rookverboden lenen zich goed voor lokale implementatie en handhaving door het rookvrij maken van openbare plekken (bijv. speeltuinen), instellingen (scholen en ziekenhuizen) of gebouwen (gemeentehuis). Zie voor concrete voorbeelden hiervan ook Deel 2 van dit overzicht.

2.3.3 Verbod op reclame, promotie en sponsoring

Jongeren die worden blootgesteld aan marketing en advertenties van tabak, hebben een grotere kans om te beginnen met roken. Dit is gebleken uit een meta-analyse (Monshouwer et al., 2014). In Nederland is reclame en sponsoring grotendeels verboden. Een van de uitzonderingen is de (beperkte) ruimte voor reclame bij verkooppunten van tabak. Ook mag rookwaar zichtbaar worden uitgesteld. Verschillende studies hebben gevonden dat het uitstellen van tabaksproducten bij verkooppunten leidt tot meer (impuls)aankopen bij jongeren (Bieleman et al., 2010). In Nederland is het expliciet richten van tabaksreclame op minderjarigen verboden.

2.3.4 Inperken van beschikbaarheid

In Nederland zijn naar schatting 30.000 tot 60.000 verkooppunten van tabak. Supermarkten verkopen de meeste tabak, gevolgd door pompstations en tabaksspeciaalzaken. Er is een verband tussen het **aantal verkooppunten** en de mate waarin gerookt wordt in een bepaald gebied. Er zijn aanwijzingen dat jongeren vaker lijken te experimenteren met roken als ze veel verkooppunten van tabak tegenkomen in hun omgeving (Bieleman et al., 2010). De mogelijkheid om het aantal verkooppunten in te perken, wordt daarom door de Nederlandse regering onderzocht. Voor meer informatie hierover, zie het [Nationaal Preventieakkoord](#).

Voor het inperken van de beschikbaarheid van tabak voor jongeren kan verder gedacht worden aan het **handhaven van de leeftijdsgrens** voor het kopen van tabak. De leeftijdsgrens is in 2014 verhoogd naar 18 jaar. Desondanks laten verschillende onderzoeken zien dat jongeren nog steeds relatief makkelijk tabak kunnen kopen (DiFranza et al., 2001; Levinson et al., 2002; Verdurmen et al., 2014). In 2013 gaf slechts 1 op de 6 jongeren van 15 jaar of jonger aan dat er 'vaak' of 'altijd' naar hun leeftijd werd gevraagd bij het kopen van tabak. De minimumleeftijd was in 2013 nog 16 jaar. De helft van de jongeren van 15 of jonger meldde in de vragenlijst zelfs 'bijna nooit' op leeftijd gecontroleerd te worden (Verdurmen et al., 2014). Hier ligt ook voor lokaal beleid een mogelijke rol weggelegd om de naleving van de leeftijdsgrens door verkopers te verbeteren (zie Deel 2 van dit overzicht hoe de gemeente hiermee aan de slag kan gaan).

Zie voor meer informatie ook de Nederlandse rapporten uit 2014 over het effect op rookgedrag en de economische effecten van een inperking van het aantal verkooppunten en het verminderen van de zichtbaarheid van tabak.

2.3.5 Onaantrekkelijke pakjes sigaretten

Vanaf 20 mei 2016 gelden er nieuwe regels voor tabak- en rookwaren. Verpakkingen van sigaretten, shag, cigarillo's (kleine sigaren), pijptabak en waterpijptabak zijn aangepast. Op de verpakkingen staat:

- een verplichte waarschuwing met een afschrikwekkende foto, die 65% van de voor- en achterkant beslaat;
- een verwijzing naar www.ikstopnu.nl of bel 0800-1995.

Daarnaast kan de aantrekkelijkheid van sigaretten ook op een andere manier worden beïnvloed. De afgelopen jaren zijn er veel **zoete smaakjes** in tabak op de markt gekomen. Ook de **vorm** van sigaretten is inzet van een marketingstrijd, bijvoorbeeld 'lipstick style' pakjes: lange dunne sigaretten speciaal bedoeld voor meisjes. In de herziening van tabaksrichtlijn van de EU in 2014 is geprobeerd deze ontwikkeling aan banden te leggen (ter Weide & Croes, 2014; Tobacco Product Directive, 2014).

2.4 Voorlichting en educatie

Het bieden van voorlichting is vaak onderdeel van beleid gericht op het tegengaan van roken. Voorlichting over roken kan plaatsvinden via ouders, artsen en andere zorgverleners, of door middel van bijvoorbeeld schoolprogramma's, informatielijnen en publiekscampagnes. In een recent rapport Strategische Verkenning: Communicatie naar jongeren in het kader van Tabaksontmoediging (Bommelé et al., 2016) is op basis van wetenschappelijk literatuur beschreven wat effectieve manieren zijn om jongeren te bereiken in het kader van tabakspreventie. Volgens een systematisch literatuuroverzicht dragen campagnes waarschijnlijk bij aan de preventie van roken onder jongeren (Brinn et al., 2010).

Voorlichtingsprogramma's op scholen kunnen effectief zijn. Dit blijkt uit twee grootschalige meta-analyses (Thomas et al., 2013; Onrust et al., 2016). Zie paragraaf 2.4.2 voor meer informatie over de effectiviteit van preventieprogramma's in de schoolsetting. Hieronder

beginnen we eerst met een nadere beschrijving van de doelgroep (jongeren tussen de 15 en 24 jaar) in relatie tot preventieve interventies. De reden hiervoor is dat in een recente meta-analyse is vastgesteld dat de effectiviteit van verschillende preventiestrategieën afhankelijk is van de ontwikkeling die jongeren doormaken (Onrust et al., 2016). Kinderen en jongeren doorlopen verschillende ontwikkelingsfasen en elke fase biedt verschillende mogelijkheden voor preventie of interventie. Het lijkt dus zinvol om hier rekening mee te houden bij het inrichten van preventieve strategieën.

De midden adolescentie (14-15 jaar)

Psychosociale ontwikkeling

In de midden adolescentie vindt het proces van het losmaken van de ouders en het streven naar autonomie en onafhankelijkheid plaats (Forehand & Wierson, 1994). De relatie met de ouders verandert en de toegenomen binding met vrienden en leeftijdsgenoten gaat gepaard met de afwijzing van normen en waarden van ouders (Palmonari et al., 1991). Midden adolescenten kunnen steeds beter verschillende meningen en standpunten begrijpen (Forehand & Wierson, 1994). De ideeën van volwassenen worden nu beschouwd als een van vele mogelijke ideeën en perspectieven (Schulenberg & Maggs, 2002). Omdat midden adolescenten steeds meer tijd doorbrengen met hun vrienden en leeftijdsgenoten worden de normen en waarden van leeftijdsgenoten steeds bepalender met betrekking tot de ontwikkeling van de identiteit (Forehand & Wierson, 1994). In de midden adolescentie treden ook veranderingen op in hoe jongeren de voor- en nadelen van middelengebruik, waaronder roken, afwegen en inschatten (Schulenberg & Maggs, 2002).

Hersenontwikkeling

Gedurende de adolescentie treden er belangrijke veranderingen op in de hersenen. Mede door deze veranderingen wordt de adolescentie gekenmerkt door snel afwisselende heftige emoties en risicogedrag (Windle et al., 2008; Steinberg, 2010). Middenadolescenten zijn zeer gevoelig voor beloning (Bava & Tapert, 2010) en hebben een sterke behoefte aan spannende nieuwe ervaringen (Steinberg, 2010) waardoor eventuele risico's niet opwegen tegen de waargenomen voordelen. De aanwezigheid van leeftijdsgenoten versterkt dit proces nog eens (Steinberg, 2007), omdat de waardering van leeftijdsgenoten voor adolescenten een beloning op zich is (Moor et al., 2010).

De late adolescentie (16 jaar en ouder)

Psychosociale ontwikkeling

In de late adolescentie worden de ontwikkeling van de identiteit en het aangaan van verplichtingen ten aanzien van de toekomstige maatschappelijke positie en persoonlijke relaties belangrijk (Zarrett & Eccles., 2006). Late adolescenten gaan zelf actief op zoek naar andere mogelijke denkwijzen, gedragingen en levensstijlen (Schulenberg & Maggs., 2002) en zijn in vergelijking met middenadolescenten minder gevoelig voor groepsdruk (Sumter et al., 2008). In de late adolescentie wordt meer waarde gehecht aan eigenheid en afwijkende meningen. Daarnaast worden verschillende en afwijkende gedragingen steeds meer geaccepteerd (Westenberg & Gjerde, 1999), kijken ze verder vooruit en zijn ze steeds beter in staat om verschillende activiteiten te plannen (Nurmi, 1991). Tijdens deze periode verbetert

de relatie met ouders doorgaans en wordt weer meer waarde gehecht aan de opvattingen van ouders (Schulenberg & Maggs, 2002). Er moet echter ook gesteld worden dat hoewel late adolescenten minder gevoelig zijn voor groepsdruk en beter in staat tot zelfcontrole, in deze leeftijdsfase toch veelvuldig middelengebruik voorkomt (Brown et al., 2008; De Looze et al., 2014). Middelengebruik is een onderdeel van veel sociale activiteiten en raakt steeds verder genormaliseerd (Schulenberg & Maggs., 2002).

Hersenontwikkeling

In de late adolescentie ontstaat er een steeds betere balans tussen de verschillende hersengebieden. Aan de ene kant neemt de emotionele reactiviteit en gevoeligheid voor beloningen langzaam af, aan de andere kant ontwikkelt de prefrontale cortex zich verder. Hierdoor zijn late adolescenten beter in staat tot cognitieve controle (Steinberg, 2010).

2.4.1 Preventie via de schoolsetting

2.4.1.1 Voortgezet onderwijs

Omdat de school de enige context is waar alle jongeren een groot deel van hun tijd verblijven, lijkt de schoolsetting een goede context voor het aanbieden van preventieve interventies gericht op het voorkomen van roken. In een recente meta-analyse van Simone Onrust en collega's (2016) is gekeken naar welke schoolprogramma's effectief zijn in het voorkomen van roken (ook alcoholgebruik en drugsgebruik zijn onderzocht) en hoe deze programma's aansluiten bij de ontwikkelingsfase van het kind. In deze meta-analyse zijn 286 artikelen (241 individuele studies) geïnccludeerd en in deze 286 artikelen zijn de effecten beschreven van in totaal 288 schoolprogramma's. Binnen de onderzochte programma's is gekeken naar de:

- aanwezigheid van veelvoorkomende preventiestrategieën gericht op het terugdringen van roken
 - voorlichting
 - bijstellen van de sociale norm
 - oefenen in 'nee' zeggen
 - met elkaar afspreken geen middelen te gaan gebruiken
 - aanbieden van gezonde alternatieven)
- meest voorkomende theoretische achtergronden
 - sociale-invloedbenadering
 - principes uit de cognitieve gedragstherapie
 - transtheoretisch model van gedragsverandering
- inzet van veelgebruikte werkvormen
 - mentoring
 - educatie door leeftijdsgenoten
 - bijsturen van gedrag door de ouder of leerkracht
 - betrokkenheid van ouders bij het programma

De effectiviteit van deze preventie-strategieën, theoretische achtergronden en werkvormen zijn voor verschillende leeftijdsfases bekeken: vroege adolescentie (11,5-13,5 jaar), midden

adolescentie (13,5-15,5 jaar) en de late adolescentie (vanaf 15,5 jaar). Er is tot slot onderscheid gemaakt tussen universele preventieprogramma's gericht op de jeugd in het algemeen en programma's die zich richtten op risicogroepen. Onder risicogroepen vielen zowel leerlingen waarbij verschillende risicofactoren voor roken aanwezig waren (zoals gedragsproblemen), als leerlingen die al geëxperimenteerd hadden met roken.

Universele Preventie

Voor universele preventieprogramma's gold dat in de vroege adolescentie (11,5-13,5 jaar) positieve effecten bereikt kunnen worden door het versterken van zelfcontrole en probleemoplossende vaardigheden, het bijstellen van de sociale norm, aandacht voor gezonde alternatieven, peereducatie en het betrekken van ouders bij preventie. In de midden adolescentie (13,5-15,5 jaar) konden geen preventiestrategieën binnen universele schoolprogramma's worden geïdentificeerd die samenhangen met positieve effecten. Mogelijk effectieve preventiestrategieën in de late adolescentie (vanaf 15,5 jaar) waren het versterken van zelfcontrole en het bijstellen van de sociale norm.

Preventie gericht op hoog-risicogroepen

Voor programma's gericht op hoog-risicogroepen werd gevonden dat in de vroege adolescentie geen van de onderzochte preventiestrategieën samenhangt met effectiviteit. Het versterken van sociale vaardigheden werkt zelfs averechts bij vroege adolescenten met een verhoogd risico. In de midden adolescentie blijkt het aanleren van copingvaardigheden (= de manier hoe iemand met problemen en/of stress omgaat) effectief in het verminderen van rookgedrag bij risicoleerlingen. Ook programma's met elementen uit de cognitieve gedragstherapie blijken effectief bij deze leeftijdsgroep. Het aanleren van copingvaardigheden is ook in de late adolescentie een effectieve preventiestrategie, evenals het versterken van de zelfcontrole.

2.4.1.2 Vervolgonderwijs

Er bestaan ook initiatieven die zich specifiek richten op het MBO/ROC. Een daarvan is het zogenaamde 'ROC Aanvalsplan'. Het hoofddoel van het ROC-Aanvalsplan is het terugdringen van middelengebruik onder studenten van het Regionaal Opleidingscentrum (ROC). Het hoofddoel valt uiteen in verschillende organisatie-, kennis- en vaardigheidsdoelstellingen. Deze worden gerealiseerd door de negen onderdelen van de methodiek uit te voeren die speciaal zijn ontwikkeld voor het ROC, zoals het opstellen van beleid, deskundigheidsbevordering voor medewerkers, voorlichting aan leerlingen en invoering van een screeningsvragenlijst. Deze onderdelen worden uitgevoerd via de beschreven aanpak, wat ervoor zorgt dat de onderdelen elkaar versterken. Overkoepelend wordt een Gezondheidscoach ingezet die op een persoonlijke en laagdrempelige manier studenten begeleidt om middelengebruik en onderliggende problematiek te verminderen door middel van een screenings- en toeleidingstraject. Deze interventie is beoordeeld als goed onderbouwd, maar er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van deze aanpak.

Een tweede initiatief is het programma 'In Charge'. 'In Charge' is een lespakket voor leerlingen vanaf 16 jaar. De interventie is gericht op het trainen van zelfcontrole waardoor jongeren beter in staat zijn verleidingen (zoals middelengebruik) te weerstaan. De lessen zijn zowel geschikt voor Havo/VWO (klas 4/5/6) als voor de eerste twee leerjaren van het MBO (niveau 3 en 4). In charge bestaat uit vier lessen en een applicatie voor de Smartphone: de '7-days challenge'. Tijdens de lessen denken leerlingen na over verleidingen en de risico's van

verschillende gevaarlijke verleiders, zoals alcohol. De leerlingen leren wat het belang is van wilskracht en op welke manier je wilskracht kunt trainen. zij gaan zelf de slag met het trainen van hun eigen zelfcontrolevaardigheden om een zelf gekozen verleiding te leren weerstaan. De lessen, instructies en werkbladen staan in een digitale docentenomgeving. In Charge wordt momenteel onderzocht op effectiviteit.

2.4.1.3 Speciaal Onderwijs

Dezelfde organisatie die verantwoordelijk is voor het initiatief voor het ROC, heeft ook een aanpak voor het voortgezet speciaal onderwijs (vso cluster 4), namelijk Samen Slagen. Samen Slagen is een integrale interventie en heeft als doel het terugdringen van middelengebruik onder leerlingen tussen 12 en 18 jaar op het vso cluster 4. Het hoofddoel valt uiteen in verschillende organisatie-, kennis- en vaardigheidsdoelstellingen die worden gerealiseerd door de 12 onderdelen van de methodiek uit te voeren. Deze zijn speciaal ontwikkeld voor het vso cluster 4: het opstellen van beleid, deskundigheidsbevordering voor medewerkers, voorlichting aan leerlingen, invoering van een screeningsvragenlijst en een cursus voor ouders. De gezondheidscoach begeleidt leerlingen op een persoonlijke en laagdrempelige manier om zo middelengebruik en onderliggende problematiek te verminderen door middel van een screenings- en toeleidingstraject. Ook deze interventie is beoordeeld als goed onderbouwd, maar er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van deze aanpak.

2.4.2 Gezinsgerichte interventies

Er zijn geen gezinsgerichte interventies geïdentificeerd die zich specifiek en/of alleen op roken richten. Wel zijn er gezinsgerichte interventies die zich richten op middelengebruik of een positief gezinsklimaat in het algemeen, waarvoor ook positieve effecten zijn gevonden op tabaksgebruik. Hieronder wordt een weergave gegeven van gezinsgerichte interventies die zich (mede) richten op middelengebruik.

Ouders hebben een belangrijke invloed op het middelengebruik van hun kinderen. Het is belangrijk om te realiseren dat ouders zowel een risicofactor als een beschermingsfactor kunnen vormen voor het middelengebruik van hun kinderen. Uit verschillende studies is naar voren gekomen dat er een samenhang is tussen het middelengebruik door ouders zelf en het gebruik van hun kinderen. Ouders kunnen het middelengebruik van hun kinderen bijvoorbeeld beïnvloeden door het neerzetten van een norm (De Leeuw et al., 2010), doordat kinderen het gebruik van hun ouders imiteren (Poelen et al., 2007), of door de aanwezigheid en beschikbaarheid van middelen in huis (Krosnick & Judd, 1982; Stein e.a., 1987). Echter, de invloed van ouders kan ook ingezet worden om middelengebruik door hun kinderen te voorkomen of te verminderen. Voor roken zijn er aanwijzingen dat het hanteren van rook specifieke opvoedstrategieën kan bijdragen aan het verminderen van roken bij jongeren (Harakeh et al., 2005; De Leeuw et al., 2010; Otten e.a., 2007). Het lijkt er dus op dat ouders een intermediair zijn voor preventie van middelengebruik gericht op jongeren.

Gezinsinterventies die in Nederland worden uitgevoerd zijn de Parent Management Training Oregon (een ambulante mediatie-behandeling voor ouders en pleegouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van 4-12 jaar) en de Family Check-Up (een kortdurende interventie gericht op positieve opvoedondersteuning van ouders met een kind met gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek). In Deel 2 worden deze twee interventies nader toegelicht.

2.4.3 Massamediale interventies

Een vorm van preventie waarbij een groot deel van het algemeen publiek bereikt wordt, is via massa-mediale campagnes, zoals de NIX18 campagne in Nederland gericht op alcohol en roken. Er is wel het nodige onderzoek verricht naar de effecten van deze campagnes op het gebruik van genotmiddelen. Op basis van de meeste meta-analyses (Carson et al., 2017; Derzon & Lipsey, 2002; Ferri et al., 2013) kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over de effecten van de campagnes. Toch zijn er verschillende positieve resultaten geboekt met massa-mediale campagnes gericht op jongeren. Klik [hier](#) voor een overzicht van deze resultaten. Mediacampagnes die wijzen op de gevaren van roken, dragen volgens Brits onderzoek bij aan een afname van het totale rookgedrag (Sims et al., 2014). Waarschijnlijk dragen campagnes ook bij aan de preventie van roken onder jongeren, volgens een Cochrane review (Brinn et al., 2010).

2.5 Fysieke en Sociale omgeving

2.5.1 Wijkinterventies / Community interventies

Bij 'community' of 'wijkgerichte' interventies wordt een gecombineerd 'pakket' van interventies uitgevoerd in een specifieke regio of stad gericht op individuen, organisaties en de gemeenschap in zijn totaliteit. Een belangrijk kenmerk van deze interventies is dat de inwoners van de community een belangrijke rol spelen in de keuze voor de interventies (Bracht & Gleason, 1990). Onder wetenschappers en uitvoerders is er een consensus dat de combinatie van interventies op verschillende niveaus effectiever is dan enkelvoudige interventies.

Op het gebied van de preventie van tabakgebruik hebben meerdere studies de effecten van community interventies onderzocht. In twee systematische reviews (Sowden & Stead, 2003; Carson et al., 2011) werd enige evidentie voor de effectiviteit van deze interventies gevonden. De interventies die effectief waren gebruikten gecoördineerde, wijdverspreide programma's om het gedrag van jongeren te beïnvloeden. Deze programma's bestaan uit meerdere onderdelen. Mensen vanuit de gemeenschap zelf zijn vaak betrokken bij het vaststellen en /of uitvoeren van deze programma's. Hieronder vallen onder meer de voorlichting van tabakswinkels over leeftijdsbeperkingen, programma's voor preventie van rookgerelateerde ziekten, massamedia, school- en familieprogramma's.

Ondanks dat community interventies populair zijn, is de evidentie van deze aanpak nog niet zo sterk. Er is enige evidentie dat community interventies het gebruik van tabak (tijdelijk) kunnen reduceren, maar de gevonden effecten zijn niet heel groot. Dit heeft ook te maken met het gegeven dat een brede aanpak lastiger te onderzoeken kan zijn. Complexe implementatie (met bijgaande implementatieproblemen) en flexibele invulling van de interventie kunnen verklaren dat er geen significante effecten worden gevonden.

2.5.2 Rookvrije Generatie

De beweging 'Op weg naar een Rookvrije Generatie (RVG)' is een integraal breed maatschappelijk initiatief gericht op het beschermen van kinderen tegen roken en de verleiding om te beginnen met roken. De RVG wil ouders die vanaf 2017 een kind krijgen, de kans bieden hun kind volledig (mee)rookvrij te laten opgroeien. Hiervoor zijn maatregelen nodig waarmee

opgroeïende kinderen in elke fase worden beschermd tegen tabaksrook. Dit begint met een rookvrije zwangerschap en -thuisomgeving, maar ook de buitenomgeving is van belang, zoals rookvrije speel-, school- en sportterreinen (fysieke omgeving). Ook is het van belang dat roken steeds minder normaal wordt (sociale omgeving) en de rookprevalentie afneemt (verandering in gedrag). De RVG richt zich op dit moment niet specifiek op de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar. Toch is het van verschillende initiatieven binnen de RVG te verwachten dat ze ook jongeren bereiken, zoals de rookvrije thuisomgeving en de rookvrije school- en sportterreinen. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen in het stimuleren van de RVG, bijv. door gericht lokale initiatieven te stimuleren, ondersteunen en verbinden. Momenteel zijn diverse gemeenten bezig met beleid hierop. Zie voor meer informatie paragraaf 3.2.3 hoe de gemeente hiermee aan de slag kan.

2.6 Overige aanknopingspunten

2.6.1 MBO studenten

Bij een vergelijking tussen de drie verschillende schooltypen (vo, mbo en hbo), valt op dat mbo-studenten in elke leeftijdscategorie het vaakst het gebruik van tabak rapporteren. Met name dagelijks roken is onder 17-jarige mbo-studenten opvallend veel hoger dan onder 17-jarige vo-scholieren en hbo-studenten. Mbo lijkt dus een belangrijke doelgroep voor rookpreventie. Tussen 2015 en 2017 is het roken van tabak onder mbo- en hbo-studenten niet aanmerkelijk veranderd. In dezelfde periode daalde het roken onder scholieren van 12 t/m 16 jaar op het voortgezet onderwijs wel op alle fronten. Onder studenten is er wel een (niet significante) daling zichtbaar in het zelf kopen van tabak van 56% in 2015 naar 47% in 2017. Dit kan erop duiden dat het kopen van tabak wellicht moeilijker is geworden voor jongeren en dat zij het relatief vaker krijgen van anderen. De NIX18 deelcampagne gericht op jongeren van vmbo en mbo had niet alleen aandacht voor het versterken van de norm 'niet roken (onder de 18)', maar zette ook expliciet in op het neerzetten van de sociale norm dat jongeren elkaar geen sigaretten zouden moeten aanbieden. Deze boodschap lijkt dus van belang.

2.7 Implementatie / Proceselementen

Implementatie en disseminatie van effectieve interventies is een uitdaging. Disseminatie is het verspreiden en implementeren van (effectieve) preventieprogramma's en maatregelen in de reguliere praktijk. In de internationale literatuur en in Nederlandse evaluatierapportages werden aandachtspunten gevonden die het implementatieproces van interventies en maatregelen ter preventie van roken kunnen versterken of juist belemmeren.

- Het is bij het inzetten en implementeren van interventies gericht op de preventie van roken belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de leeftijdsfase van jongeren (Onrust et al., 2019).
- Een belangrijk probleem bij de disseminatie van effectieve programma's is de betrouwbaarheid van de uitvoering. Veel docenten en andere professionals die in de dagelijkse praktijk werkzaam zijn kunnen moeilijk overtuigd worden van het werken volgens standaard

protocollen die in een onderzoeksomgeving zijn ontwikkeld. Zij hebben er behoefte aan om dergelijke protocollen aan te passen aan hun eigen wensen en het op hun eigen manier toe te passen. Hier ligt een uitdaging voor zowel onderzoekers als professionals. Een oplossing voor dit probleem kan liggen in het ontwikkelen van protocollen die aan de ene kant voldoen aan wetenschappelijke vereisten maar aan de andere kant voldoende ruimte voor eigen invulling laten.

- Succesvolle disseminatie is waarschijnlijk vooral afhankelijk van de mate waarin het programma positief gewaardeerd wordt door de verspreiders en door de doelgroep.
- In de literatuur worden een aantal effectieve proceselementen van preventieve interventies gericht op roken en/of middelengebruik onderscheiden (zie voor een overzicht o.a. Malmberg, 2014). Preventie programma's zijn effectiever wanneer ze:
 - Gebaseerd zijn op theorie en wetenschappelijk bewijs
 - Zich richten op sociale invloed t.o.v. kennis en cognities
 - Interactief zijn t.o.v. passief kennis overbrengen
 - Gegeven worden door professionals t.o.v. leraren
 - Gericht zijn op risicogroepen
 - Gericht zijn op meerdere settings (bijv. school en de thuissituatie)
 - Goed geïmplementeerd zijn. Belangrijke factoren voor succesvolle implementatie zijn het uitvoeren van alle onderdelen van het programma, de blootstelling van de doelgroep aan het programma, de kwaliteit van de uitvoering van de verschillende programmaonderdelen en de mate van responsiviteit en betrokkenheid van de doelgroep (Dusenbury et al., 2003; Ennett et al., 2011). Onderzoek toont aan dat preventieprogramma's vaak niet worden uitgevoerd zoals de ontwikkelaars van het programma het hadden bedoeld.

Deel 2

Aanpak preventie van roken bij jongeren

3 Hoe de gemeente aan de slag kan met het terugdringen van roken onder jongeren

Uit de literatuurverkenning blijkt dat er bewijs is voor werkzame aanpakken met betrekking tot de preventie van roken onder jongeren. Ook blijkt uit gesprekken met de gemeenten, dat verschillende gemeenten initiatieven willen ontplooien, aan het ontplooien zijn of reeds ontplooid hebben om roken tegen te gaan (Mulder et al., 2017). Deze conclusie is gebaseerd op 33 uitgebreide interviews met gemeentelijke beleidsambtenaren en medewerkers van de regionale GGD-en en een online survey onder 174 gemeentelijke beleidsambtenaren. [Klik hier](#) voor het rapport.

Vergelijkbaar met de Handreiking Gezonde Gemeente hebben we er voor gekozen om de adviezen voor een integrale aanpak op gemeentelijk niveau te beschrijven aan de hand van de volgende pijlers: 1) wet- en regelgeving, toezicht en handhaving, 2) voorlichting en educatie, 3) fysieke en sociale omgeving.

In hoofdstuk 3.1 beschrijven we de processtappen die een gemeente zou moeten zetten om het onderwerp op de kaart te zetten. In hoofdstuk 3.2 van het advies gaan we in op de hierboven genoemde pijlers. Dit geeft meer context bij het 'wat werkt-dossier' op de website.

3.1 Stappen voor het op de kaart zetten van het onderwerp

Zoals eerder besproken gebeurt er al het nodige aan tabaksontmoedigingsbeleid binnen gemeentes. Wanneer een gemeente de preventie van roken onder jeugd in de leeftijd van 15 tot 24 jaar wil oppakken, dan zal zij de volgende rollen en taken op zich moeten nemen:

- aanjagen en agendasetting, intern en extern
- afstemming tussen verschillende gemeentelijke afdelingen
- financiële en beleidsruimte creëren met betrekking tot preventie- en handhaving
- partijen bij elkaar brengen
- regiefunctie
- uitvoering op onderdelen
- het goede voorbeeld geven door de eigen organisatie volledig rookvrij te maken

Hieronder worden in een tabel enkele stappen toegelicht die van belang zijn bij het op de kaart zetten van het onderwerp preventie van roken. Deze informatie is verkregen via de website Loketgezondleven.nl. In de rechterkolom vind u links naar meer informatie.

Stappenplan	Direct naar
Verzamel landelijke en lokale gegevens over het belang van tabaksbeleid en over risicogroepen. Weet welke aanknopingspunten voor tabaksbeleid er zijn in de wetgeving en landelijk beleid.	Cijfers en feiten Wettelijk en beleidskader
Formuleer aandachtspunten voor beleid door de vorige beleidsperiode te evalueren en de mogelijkheden voor een integrale aanpak te inventariseren.	Een integrale aanpak
Formuleer lokale doelen die haalbaar en meetbaar zijn. Ga na hoe de doelen kunnen bijdragen aan die van andere beleidsterreinen of gemeentelijke ambities.	Beleidsfocus en doelen
Maak voldoende capaciteit en budget vrij voor de uitvoering en evaluatie.	Financiering
Kies interventies van goede kwaliteit, die gericht zijn op meerdere pijlers in de integrale aanpak.	Interventieoverzicht
Organiseer de uitvoering in samenwerking met partijen (publiek en privaat) en andere sectoren.	Samenwerken
Monitor en evalueer uw beleid vanaf het begin om tussentijds bij te sturen en nieuw beleid te maken.	Evalueren

De Rookvrije Generatie als grondslag voor lokaal tabaksbeleid

De beweging 'op weg naar een Rookvrije Generatie (RVG)' is een initiatief van de Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en het Longfonds. De RVG wil dat alle kinderen die vanaf 2017 worden geboren in alle fasen van het opgroeien worden beschermd tegen tabaksrook en tegen de verleidingen om te gaan roken. De beweging is inmiddels omarmd door een groot aantal maatschappelijke partners als sportverenigingen, scholen en lokale overheden. Gemeenten kunnen het goede voorbeeld geven en de omgevingen waar kinderen komen (mee)rookvrij maken. Meer dan 100 organisaties sloten zich al aan bij de RVG. Meer informatie over hoe u als gemeente aan de slag kunt met de RVG vindt u onder 3.2.3.

3.2 Uitvoering op drie pijlers

3.2.1 Wet- en regelgeving, toezicht en handhaving

Er bestaan verschillende beleidsmaatregelen die het roken kunnen ontmoedigen. Veel beleidsmaatregelen worden vanuit de landelijke overheid ingevoerd en gehandhaafd, denk bijvoorbeeld aan het verhogen van de tabaksprijs en onaantrekkelijke pakjes sigaretten. Maar er zijn ook verschillende maatregelen op het gebied van wet- en regelgeving, toezicht en handhaving waar de gemeente een belangrijke rol in kan spelen.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

- **Gemeenten leggen hun eigen tabaksontmoedigingsbeleid vast.** De gemeente Amsterdam heeft een tabaksontmoedigingsbeleid opgesteld dat in de gemeenteraad is vastgelegd. Dit beleid is gebaseerd op twee speerpunten:
 1. Voorkomen dat jongeren beginnen met roken, onder andere door:
 - Voorlichting en educatie
 - Preventieprogramma's op scholen (basis en voortgezet onderwijs)
 - Verdere toename van rookvrije schoolterreinen
 - Rookvrije kinderspeelplaatsen- en rookvrije sportterreinen
 2. Stimuleren dat Amsterdammers stoppen met roken, onder andere door:
 - Voorbeeldrol van gemeente: niet meer roken in gemeentegebouwen en stoppen met roken ondersteuning voor werknemers
 - Terugdringen van roken onder minima als onderdeel van het aanvalsplan armoede
 - Actief meedoen aan Stoptober. Klik [hier](#) om meer over Stoptober te lezen
- Gemeenten wijzen rookvrije plekken aan. Het aanwijzen van rookvrije plekken creëert een situatie waar niet-roken de norm is. Denk aan openbare plekken zoals speeltuinen, instellingen (zoals scholen en ziekenhuizen) of gebouwen (in en om het gemeentehuis). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is aangesloten bij het Nationaal Preventieakkoord. In het Nationaal Preventieakkoord is opgenomen dat gemeenten in het kader van de Rookvrije Generatie kunnen onderzoeken of het principe van een rookvrije kindomgeving opgenomen kan worden in hun omgevingsvisie en/of in de Algemene Plaatselijke Verordening (APV), zodat zij binnen hun gemeente rookvrije zones (pleinen, parken, sportterreinen, onbeheerde speelplekken, straten) kunnen aanwijzen. Zie voor handvatten en voorbeelden voor het rookvrij maken van locaties paragraaf 3.2.3 of kijk op de website van de Rookvrije Generatie. Het rookvrij maken van locaties in de gemeente kan onderdeel zijn van de Gezond in de Stad (GIDS)-aanpak, en daaruit kan een deel van de kosten worden betaald.

Uitgelicht: In Nijmegen is door een raadslid van D66 een motie ingediend met een oproep om de gemeentelijke speeltuinen en de beheerde wijkspelaarten rookvrij te maken en dit op te nemen in de huisregels. Mede hierdoor is de bal in Nijmegen gaan rollen op allerlei plekken: er zijn nu rookvrije familievakken bij voetbalclub NEC, het ziekenhuis RadboudUmc en sportclubs zijn op weg om rookvrij te worden en er is een tabaksvrije supermarkt. Het raadslid: 'We willen kinderen en jongeren laten zien dat roken niet gewoon is. Dit doen we bijvoorbeeld door het realiseren van rookvrije sportvelden en schoolpleinen.'

- **Gemeenten brengen de beschikbaarheid en zichtbaarheid van tabak omlaag.** Dit kan worden gedaan door het verminderen van het aantal verkooppunten en door het handhaven van de leeftijdsgrens.

In het Nationaal Preventieakkoord is opgenomen dat het aantal verkooppunten de komende jaren beperkt zal worden. Sigarettenautomaten zijn bijvoorbeeld vanaf 2022 niet meer toegestaan. Het ministerie van VWS laat onderzoek uitvoeren naar de mogelijkheden om het aantal verkooppunten in de toekomst te beperken.

De naleving van de leeftijdsgrens door verkopers is volgens onderzoek (DiFranza, 2012; Buisman et al., 2014) te verbeteren door:

- Campagnes die zijn gericht op het vergroten van inzicht in en begrip voor de maatregel (zie voor meer informatie en handvatten ook materialen die beschikbaar zijn in het kader van de NIX18 campagne)
- Training van het personeel in het verifiëren van de leeftijd, waarbij de consequenties van niet naleven helder zijn;
- Een sterk handhavingsbeleid met periodieke controle en sancties bij overtreding vanuit de overheid.

Met name bij de laatste twee maatregelen zal de gemeente het initiatief moeten gaan nemen.

Waar noodzakelijk in overleg met andere publieke en private organisaties in de gemeente. Daarnaast kan de gemeente in overleg met de regionale verslavingszorg en private partijen de zichtbaarheid van tabak verminderen, bijvoorbeeld bij verkooppunten. In Nederland is nog geen uitstalverbod voor verkooppunten van kracht, maar de overheid is wel van plan om vanaf 2020 een verbod in te voeren voor supermarkten en vanaf 2022 voor de overige verkooppunten met uitzondering van tabaksspeciaalzaken (aldus deze brief van de staatssecretaris van VWS over tabaksbeleid).

3.2.2 Voorlichting en educatie

Het bieden van voorlichting is een belangrijk onderdeel van beleid gericht op het tegengaan van roken. Voorlichting over roken kan plaatsvinden via schoolprogramma's, publiekscampagnes of via ouders, artsen en zorgverleners.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

- **Gemeenten investeren in publiekscampagnes.** Dit kan op twee manieren, namelijk aanhaken bij een landelijke campagne of als gemeente/regio zelf een campagne voeren. In beide gevallen kan een gemeente activiteiten ontplooiën of stimuleren door middel van het beschikbaar stellen van financiering. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld lokaal/regionaal werkende professionals van GGD en verslavingszorg stimuleren om de NIX18 campagne (zie kader) te bevorderen en om de campagne aan te laten sluiten met lokale/regionale initiatieven.

NIX18 als voorbeeld van een publiekscampagne met Naar18jaar.nl voor gemeenten

Naar18jaar.nl is een website in het kader van NIX18 voor GGD'en, verslavingszorg preventie en andere professionals die in hun regio willen bijdragen aan de campagne NIX18: het versterken van de norm dat het gewoon is om tot je 18e niet te drinken en te roken. De website biedt een toolkit met materialen, informatie voor ouders, informatie voor verstrekkers, informatie voor onderwijs en sportverenigingen, informatie voor jongeren en feiten en cijfers. Daarnaast zijn er verschillende inspirerende voorbeelden te vinden van gemeenten die aan de slag zijn gegaan met NIX18.

- **Gemeenten stimuleren het voortgezet onderwijs en het voorbereidend beroepsonderwijs (mbo en hbo) om aandacht te besteden aan de risico's van tabak (eventueel in combinatie met alcohol en drugs).** Het besteden van aandacht aan de risico's van tabak op het basisonderwijs wordt afgeraden omdat de meeste kinderen op het basisonderwijs nog geen interesse hebben in roken. Sinds 1 januari 2014 is de wet aangepast en kunnen jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol en tabak kopen. Hiermee komen deze onderwerpen nog verder van leerlingen in het basisonderwijs af te staan en daardoor lijkt voorlichting aan alle kinderen op het basisonderwijs onnodig.

Dankzij het landelijke programma Gezonde School heeft een gemeente de mogelijkheid om samen met de GGD en een instelling voor verslavingszorg preventieprogramma's in te zetten op scholen in het voortgezet onderwijs en op het mbo. Het programma Gezonde School stimuleert de inzet van kwalitatief hoogwaardige interventies die bijdragen aan het voorkomen van roken. Van belang is dat er vanuit de gemeente rekening gehouden wordt met de eisen die gesteld worden aan preventieprogramma's. Zo zijn er bijvoorbeeld preventieprogramma's die enkel uitgevoerd kunnen worden door professionals, omdat dat beter werkt dan wanneer een leerkracht het zelf doet. Dit heeft gevolgen voor de kosten voor het preventieprogramma.

Uit recent grootschalig onderzoek is gebleken dat preventie via de schoolsetting kan werken om roken te voorkomen. Dit geldt met name voor preventieprogramma's die zich richten op het versterken van zelfcontrole, het bijstellen van de sociale norm van jongeren en het inzetten van leeftijdsgenoten om voorlichting te geven. Dit geldt voor jongeren vanaf 15,5 jaar. Zie het kader voor een voorbeeld van een schoolprogramma gericht op zelfcontrole. Wat niet werkte voor jongeren vanaf 15,5 jaar was onder andere het betrekken van ouders, het wijzen op gezonde alternatieven, trainen van vaardigheden om 'nee' te zeggen, of het maken van een niet-roken afspraak. Voor de doelgroep van jongeren tussen de 13,5 en 15,5 jaar werden geen preventiestrategieën binnen universele schoolprogramma's gevonden die positieve effecten hadden voor de preventie van roken.

Een schoolprogramma gericht op Zelfcontrole

In Charge is een lespakket voor leerlingen vanaf 16 jaar. De interventie is gericht op het trainen van zelfcontrole waardoor jongeren beter in staat zijn verleidingen (zoals middelengebruik) te weerstaan. De lessen zijn zowel geschikt voor havo/vwo (klas 4/5/6) als voor de eerste twee leerjaren van het mbo (niveau 3 en 4). In charge bestaat uit vier lessen en een applicatie voor de Smartphone: de 7-days challenge. Tijdens de lessen denken leerlingen na over verleidingen en de risico's van verschillende gevaarlijke verleiders, zoals tabak. De leerlingen leren wat het belang is van wilskracht en op welke manier je wilskracht kunt trainen. Zij gaan zelf de slag met het trainen van hun eigen zelfcontrolevaardigheden om een zelf gekozen verleiding te leren weerstaan. De lessen, instructies en werkbladen staan in een digitale docentenomgeving. In Charge wordt momenteel onderzocht op effectiviteit.

- **Gemeenten kunnen de inzet van gezinsinterventies via jeugdhulporganisaties stimuleren.** Er zijn geen gezinsgerichte interventies die zich specifiek en/of alleen op roken richten. Wel zijn er gezinsgerichte interventies die zich richten op middelengebruik of een positief gezinsklimaat in het algemeen, waarvoor ook positieve effecten zijn gevonden op tabaksgebruik. In onderstaand kader wordt een weergave gegeven van twee gezinsgerichte interventies die zich (mede) richten op middelengebruik. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat gezinsgerichte interventies vooralsnog alleen effectief bevonden zijn in het buitenland, in Nederland lopen nu onderzoeken.

Gezinsinterventies in Nederland

Een gezinsinterventie die in Nederland wordt uitgevoerd is Parent Management Training Oregon (PMTO). PMTO is een ambulante mediatie-behandeling voor ouders en pleegouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van 4-12 jaar. PMTO is voor deze doelgroep een van de best onderzochte interventies. Zowel in de Verenigde Staten als in Noorwegen en IJsland is de behandeling effectief gebleken in vergelijking met (random toegewezen) controlegroepen (Forgatch et al., 2004; Ogden & Hamlund-Hagen, 2008). Ook is er enige evidentie dat selectieve en geïndiceerde gezinsgerichte interventies het gebruik van genotmiddelen reduceren.

Een voorbeeld van een selectieve gezinsinterventie is de Family Check-Up, die in de Verenigde Staten is ontwikkeld. De Family Check Up is een kortdurende interventie bestaande uit drie sessies, waaronder een sessie met video interactie, gericht op positieve opvoedondersteuning van ouders met een kind met gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek. In een groot aantal Amerikaanse studies zijn effecten gevonden op het verminderen van een breed scala aan problemen onder kinderen en adolescenten, waaronder tabaksgebruik (bijv. Stormshak et al., 2011; Nelson et al., 2015), maar ook op andere domeinen zoals antisociaal gedrag, psychische problemen, overgewicht en risicovol seksueel gedrag (bijv. Stormshak & Dishion, 2009; Van Ryzin & Nowicka, 2013; Connell et al., 2007). Momenteel loopt er een onderzoeksproject om de Family Check-Up in Nederland te onderzoeken.

3.2.3 Fysieke en sociale omgeving: setting gerichte integrale aanpak

Gemeenten kunnen positief bijdragen aan een gezonde omgeving, door aan te sluiten bij de Rookvrije Generatie. Het gezonder maken van de fysieke omgeving is belangrijk voor preventie van roken. Niet roken is makkelijker in een rookvrije omgeving. In een rookvrije omgeving worden mensen die niet willen roken ondersteunt, terwijl het rookgedrag van mensen die roken wordt geremd. Voor de jeugd is het opgroeien in een rookvrije omgeving belangrijk om gezondheidsredenen maar ook omdat ze daarmee het beeld meekrijgen dat roken niet de norm is. Normen op het gebied van roken zijn ook een belangrijk onderdeel van de sociale omgeving. Deze normen zijn de laatste jaren sterk veranderd en roken in publieke ruimtes wordt steeds vaker niet meer getolereerd en ook mag er binnenshuis steeds minder vaak gerookt worden. Er valt echter binnen de gemeente ook nog voldoende winst te behalen op dit vlak.

Uit onderzoek is gebleken dat gecoördineerde, wijdverspreide integrale programma's die bestaan uit meerdere onderdelen zoals voorlichting over leeftijdsbeperkingen, massamediale campagnes, school- en familieprogramma's en veranderen van de omgeving door verboden en beperkingen aan de verkoop effectief zijn. Voor voorbeelden van massamediale campagnes/uitingen, school- en familieprogramma's zie paragraaf 3.2.2. Hieronder zullen we specifiek ingaan op hoe de gemeente de blootstelling aan tabaksrook in de fysieke en sociale omgeving kan verminderen of voorkomen.

Hoe gaat de gemeente aan de slag

Adviezen voor een integrale aanpak rondom de preventie van roken staan beschreven op de website loketgezondleven.nl. Hier wordt ook aandacht gegeven aan het actieplan van de GGD-en onder de titel van '[GGD-en op weg naar een rookvrije generatie](#)'. De GGD-en in Nederland zijn aangesloten bij de beweging 'Op weg naar een Rookvrije Generatie (RVG)'. Dit is een integraal breed maatschappelijk initiatief gericht op het beschermen van kinderen tegen roken en tegen de verleiding om te beginnen met roken. De RVG wil ouders die vanaf 2017 een kind krijgen, de kans bieden hun kind volledig (mee)rookvrij te laten opgroeien (Alliantie Nederland Rookvrij, 2017). Hiervoor zijn initiatieven nodig waarmee opgroeiende kinderen in elke fase worden beschermd tegen rook en de verleidingen hiervan. Dit begint met een rookvrije zwangerschap en -thuisomgeving, maar ook de buitenomgeving is van belang, zoals rookvrije speel-, school- en sportterreinen. Ook is het van belang dat roken steeds minder normaal wordt en de rookprevalentie afneemt. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen in het stimuleren van de RVG, bijvoorbeeld door gericht lokale initiatieven te stimuleren, ondersteunen en verbinden. Momenteel zijn diverse gemeenten bezig met beleid hierop. Op de [website van de Rookvrije Generatie](#) is een stappenplan beschikbaar voor gemeenten die aan de slag willen met (onderdelen) van de Rookvrije Generatie. Voor het stappenplan, klik [hier](#).

Op de site <https://www.rookvrij-schoolterrein.nl/> en www.gezondeschool.nl/advies-en-ondersteuning/rookvrij-schoolterrein is meer informatie te vinden over het rookvrij maken van schoolterreinen. Daar vindt u ook ondersteunende materialen.

4 Literatuur

Alliantie Nederland Rookvrij. De Rookvrije Generatie. 2017. www.rookvrijegeneratie.nl

Bader, P., Boisclair, D., & Ferrence, R. (2011). Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high-risk populations: a knowledge synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(11), 4118-4139.

Bava, S., & Tapert, S.F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, 20, 398-413.

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

Bommelé J. et. al. (2016) Strategische Verkenning: Communicatie naar jongeren in het kader van tabaksontmoediging. Trimbos-instituut.

Bracht, N. & Gleason, J. (1990). Strategies and structures for citizen partnerships. In: Bracht, N. (ed). *Health promotion at the community level* (pp. 109-124). Newbury Park: Sage.

Brinn, M. P., Carson, K. V., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2010). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Wiley Online Library: The Cochrane Collaboration*.

Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., & Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121(Suppl. 4), 290-S310.

Bühler A, Kröger C. Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2006.

Buisman, R. S. M., Mulder, J., & Laar, M. W. van (2014). Leeftijdsverificatie in het vizier. Utrecht: Trimbos-instituut.

Campaign for Tobacco Free Kids (2014). Tobacco warning labels: evidence of effectiveness. Online factsheet.

Carpenter, C. & Cook, P. J. (2007). Cigarette taxes and youth smoking. New evidence from national, state and local youth risk behavior studies. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Carson, K. V., Ameer, F., Sayehmiri, K., Hnin, K., van Agteren, J. E., Sayehmiri, F., ... & Smith, B. J. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. The Cochrane Library.

Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. The Cochrane Library.

Chaloupka, F. J., Yurekli, A., & Fong, G. T. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control*, 21, 172-180.

Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., & Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 568.

De Leeuw, R. N. H., Engels, R. C. M. E., & Scholte, R. H. J. (2010). Parental smoking and pretend smoking in young children. *Tobacco Control*, 19, 201-205.

De Looze, M., Dorsselaer, S. van, Roos, S. de, Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., Bon-Martens, M. van, Bogt, T. ten, & Vollebergh, W. (2014). HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Derzon JH, Lipsey MW (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes, and behavior. In: Crano WD, Burgoon M (Eds). *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*. London: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 231-258.

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

DiFranza, J. R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., St Cyr, D. & Coleman, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.

DiFranza, J. R., Celebucki, C. C., & Mowery, P. D. (2001). Measuring statewide merchant compliance with tobacco minimum age laws: the Massachusetts experience. *American Journal of Public Health*, 91, 1124-1125.

Dusenbury, L., Falco, M., & Lake, A. (1997). A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *The Journal of School Health*, 67, 127-132.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237-256.

- Eccles, J.S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *Future of Children*, 9, 30–44.
- Ennett, S. T., Haws, S., Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Bowling, J. M., et al. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, 26, 361-371.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *The Cochrane Library*.
- Forehand, R., & Wierson, M. (1994). The role of developmental factors in planning behavioural interventions for children: disruptive behavior as an example. *Behavior Therapy*, 24, 117–141.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). H27: From Theory to Practice: Increasing Effective Parenting through Role-Play: The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO). In H. Steiner, (Eds.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*. (pp. 782-812). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H., de Vries, H., & Engels, R. C. M. E (2005). Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*, 100, 862-870.
- HBSC/ Leefstijlmonitor, UU, Trimbos-instituut, SCP i.s.m. RIVM, 2017
- Hopman, P., & Croes, E. (2017). *Kinderen en roken: Een aantal feiten op een rij*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Jha, P. & Chaloupka, F. J. (2000). The economics of global tobacco control. *BMJ*, 321(7257), 358-361.
- Kepper, A., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(6), 311.
- Kleinjan M & Luijten M (2016). *De relatie tussen roken en de hersenontwikkeling van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Knol, K., Wagener, D. J., & Willemsen, M. C. (2004). *Tabaksgebruik, gevolgen en bestrijding in Nederland*. Utrecht: Lemma.
- Krosnick, J. A., & Judd, C. M. (1982). Transitions in social influence at adolescence: who induces cigarette smoking. *Developmental Psychology*, 18, 359-368.

Leonardi-Bee J, Jere ML & Britton J (2011). Exposure to parental and sibling smoke and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 66, 847-855.

Levinson, A.H., Hendershott, S., & Byers, T.E. (2002). The ID effect on youth access to cigarettes. *Tobacco Control*, 11, 296-299.

McGrath Y, Sumnall H, McVeigh J, Bellis M. (2006). Drug Use Prevention Among Young People: A Review Of Reviews. Evidence Briefing Update. Health Development Agency (HDA).

Malmberg, M. (2014). Take it or leave it! Prevention and personality in early adolescent substance use. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Monshouwer, K., Verdurmen, J., Ketelaars, T., & Laar, M. W. van (2014). Points of sale of tobacco products. Utrecht: Trimbos-instituut.

Moor, G.B., Leijenhof, L. van, Rombouts, S. A. R. B., Crone, E.A., & Molen, M.W. van (2010). Do you like me? Neural correlates of social evaluation and developmental trajectories. *Social Neuroscience*, 5, 461-482.

Nelson, S. E., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2015). Alcohol, marijuana, and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years: Demographic correlates and young adult substance use problems. *Development and Psychopathology*, 27(1), 253-277.

Nurmi, J.E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review*, 11, 1-59.

Ogden, T. & Amlund Hagen, K.A. (2008) Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*. Aug; vol 76 (issue 4): pp 607-21.

Onrust, S.A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). 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*, 44, 45-59.

Otten, R., Harakeh, Z., Vermulst, A. A., Van den Eijnden, R. J. J. M., Engels, R. C. M. E. (2007). Frequency and quality of parental communication as antecedents of adolescent smoking cognitions and smoking onset. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 1-12.

Pabay, R., O'Loughlin, J., Barnett, T. A., Cohen, J. E., & Gauvin, L. (2011). Does intolerance of smoking at school or in restaurants or corner stores decrease cigarette use initiation in adolescents? *Nicotine and Tobacco Research*, 14(10), 1154-1160.

Palmonari, A., Kirchler, E., & Pombeni, M.L. (1991). Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. *European Journal of Social Psychology*, 21, 381-402.

Pieterse, M. E., Willemsen, M. C., Knol, K., Hilvering, C., & Wagener, D. J. (2005). Ontstaan en voorkomen van rookgedrag bij jongeren. *Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding*, 283-299.

Poelen, E. A., Scholte, R. H., Willemsen, G., Boomsma, D. I., Engels, R. C. M. E. (2007). Drinking by parents, siblings, and friends as predictors of regular alcohol use in adolescents and young adults: a longitudinal twin-family study. *Alcohol & Alcoholism*, 42, 362-369.

RIVM (2005). Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school intervention programs targeted at adolescents in the Netherlands. Rapport 260601002. Bilthoven: RIVM.

Schulenberg, J.E., & Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54-70.

Sherman, S. J., Chassin, L., Presson, C., Seo, D. C., & Macy, J. T. (2009). The intergenerational transmission of implicit and explicit attitudes toward smoking: Predicting adolescent smoking initiation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(2), 313-319.

Siegel, M., Albers, A. B., Cheng, D. M., Hamilton, W. L., & Biener, L. (2010). Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(5), 477-483.

Sims, M. et al. (2014). Effectiveness of tobacco control television advertising in changing tobacco use in England: a population-based cross-sectional study. *Addiction*, 109(6), 986-994.

Sowden A, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291. .

Spoth, R., Redmond, C., Lepper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: one- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, pp. 103-111.

Stein, J. A., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1987). An 8-year study of multiple influences on drug use and drug use consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1094-1105.

Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence. New perspectives from brain and behavioural science. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 55–59.

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52, 216–224.

Stevens, G., van Dorsselaer, S., Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E., ter Bogt, T., van den Eijnden, R., Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & de Looze, M. (2018). HBSC 2017: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: The family check-up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 227–232.

Stormshak, E. A., Connell, A. M., Véronneau, M.-H., Myers, M. W., Dishion, T. J., Kavanagh, K., et al. (2011). An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: Family-centered intervention in public middle schools. *Child Development*, 82, 209–225.

Sumter, S.R., Bokhorst, C.L., Steinberg, L., & Westenberg, P.M. (2008). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: will the teenager ever be able to resist? *Journal of Adolescence*, 32, 1009–1021.

Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P. Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.

Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. Wiley Online Library: The Cochrane Collaboration.

Tobacco Product Directive (2014). Official Journal of the European Union, 1-127.

Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2018). Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2017. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Dorsselaer S, Tuithof M, Verdurmen J, Spit M, van Laar M & Monshouwer K (2016). Jeugd en riskant gedrag 2015: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut

Van Ryzin, M. J., & Nowicka, P. (2013). Direct and indirect effects of a family-based intervention in early adolescence on parent– youth relationship quality, late adolescent health, and early adult obesity. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 106.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Laar, M. van (2014). Roken Jeugd Monitor 2013. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verdurmen, J., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K. (2016). Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO. Utrecht: Trimbos-instituut.

Weijde, W. R. ter & Croes, E. A. (2014). Herziening EU-richtlijn Tabaksproducten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Westenberg, P.M., & Gjerde, P.F. (1999). Ego development during the transition from adolescence to young adulthood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 33, 233–252.

White, D., & Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction*, 93, 1475-1487.

WHO (2005). Why is tobacco a public health priority? Geneva: World Health Organization
Windle, M., Spear, L.P., Fuligni, A. J., Brown, J.D., Pine, D., Smith, G.T., et al. (2008). Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*, 121, 273–289.

Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, 11, 13–28.

