

# INTERVENTIES STOPPEN MET ROKEN VOOR JONGEREN

## KERNPUNTEN

- De helft (51%) van de huidige rokende jongeren heeft in het verleden een niet geslaagde stoppoging gedaan [1].
- Het percentage jongeren dat succesvol stopt door deel te nemen aan een interventie stijgt gemiddeld van 6% zonder interventie naar 9% met interventie [2].
- Er is over de hele linie nog te weinig wetenschappelijk bewijs om één of meerdere typen interventies op grote schaal te implementeren [3].
- Jongere rokers zijn doorgaans beperkt geïnteresseerd in stoppen-met-roken interventies, maar er zijn strategieën bekend om deelname aan interventies te bevorderen [4].
- Verschillende instellingen in Nederland bieden (niet bewezen effectieve) stoppen-met-roken interventies voor jongeren aan, ondermeer via internet.

## INLEIDING

Ondanks alle preventieve interventies gericht op het voorkomen dat jongeren voor het eerst een sigaret opsteken, beginnen elke dag tussen de 80.000 en 100.000 jongeren wereldwijd met roken [3]. De eerste sigaret wordt meestal op 12-18 jarige leeftijd gerookt. Dagelijks roken 15-23% van de 16-jarige scholieren in Nederland, op te maken uit de gegevens van het Peilstationsonderzoek [5] en de Roken Jeugd Monitor [1]. Lager opgeleiden en jongens roken het vaakst dagelijks, culturele herkomst lijkt geen bepalende rol te spelen [6]. In Europees perspectief ligt het aandeel actuele rokers onder Nederlandse jongeren iets boven het gemiddelde [7]. Om het aantal rokende jongeren in Nederland terug te dringen is de regering van plan in 2014 de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak te verhogen van 16 naar 18 jaar [8].

Veel van deze jonge rokers willen op een gegeven moment stoppen. Een deel van deze jonge rokers slaagt er niet in om zonder hulp te stoppen. 51% van de huidige rokende jongeren tussen 10 en 19 jaar heeft in het verleden een niet geslaagde

stoppoging gedaan [1]. Voor deze doelgroep kunnen interventies ondersteuning bieden. De in deze factsheet besproken interventies richten zich specifiek op jongeren onder de 20 jaar, die regelmatig roken (minimaal 1 sigaret per week). Gemiddeld rookten de deelnemers 10 sigaretten per dag maar de spreiding was groot. Onderzoeken zijn in diverse westerse en niet-westerse landen uitgevoerd. Rokende jongeren werden geworven via scholen, de gezondheidszorg, of elders, bijvoorbeeld in winkelcentra.

Deze factsheet beantwoordt op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs de volgende vragen over stoppen-met-roken interventies voor deze jongeren:

- Welke categorieën interventies zijn er onderzocht en welke zijn effectief?
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor deelname aan tabaksinterventies?
- Welke interventies worden er in Nederland aangeboden voor jongeren?

Met interventies worden in deze factsheet psychosociale of farmacologische interventies bedoeld, individueel of in groepsverband, van één of meer sessies, met als doel jongeren aan te moedigen te stoppen met het roken van tabak.

## ZIJN STOPPEN-MET-ROKEN INTERVENTIES VOOR JONGEREN EFFECTIEF?

Daarvoor zijn aanwijzingen maar het bewijs is nog niet heel overtuigend. In de afgelopen jaren is wereldwijd onderzoek gedaan naar verschillende categorieën stoppen-met-roken interventies voor jongeren. Deze afzonderlijke onderzoeken zijn in meta-analyses gebundeld. De uitspraken over effectiviteit in deze factsheet zijn gebaseerd op deze meta-analyses (zie ook Methodologische verantwoording).

De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van individuele psychologische interventies, interventies voor scholen of jongeren in groepsverband, farmacologische interventies voor jongeren, en interventies via internet wordt hieronder besproken. Van belang is dat de categorieën elkaar niet noodzakelijkerwijs uitsluiten, maar wel een herkenbare

onderverdeling in het palet aan bestaande interventies aanbrenge. Op basis van de beschikbare meta-analyses kunnen enkele algemene opmerkingen worden gemaakt, en opmerkingen die betrekking hebben op de onderscheiden categorieën interventies.

#### Algemeen

- Interventies die samengesteld zijn uit meerdere theoretische modellen / therapeutische benaderingen zijn het meest waarschijnlijk effectief [3].
- Het percentage dat succesvol stopt<sup>1</sup> door deel te nemen aan een interventie stijgt van gemiddeld 6% (zonder interventie) naar 9%. Dat is een toename van gemiddeld 40-50%, maar de onzekerheidsmarge rond dit percentage is erg groot [2].
- Interventies die uit vijf sessies bestaan leiden tot een hoger percentage stoppers dan interventies die uit minder dan vijf sessies bestaan [2]. De effectiviteit lijkt niet verder toe te nemen bij meer dan vijf sessies.
- Er is over de hele linie nog te weinig wetenschappelijk bewijs om één of meerdere categorieën interventies op grote schaal te implementeren [3], mede omdat de resultaten uit de verschillende meta-analyses niet eenduidig zijn: sommige rapporteren beduidend positievere resultaten van stoppen-met-roken interventies voor jongeren dan anderen.

#### Individuele psychologische interventies

- Er worden verschillen gerapporteerd tussen de verschillende theoretische modellen waar psychologische interventies op gebaseerd zijn [2,3].
- Interventies gebaseerd op het trans-theoretische model van gedragsverandering [9], motiverende gespreksvoering [10], op cognitieve gedragstherapie [11], of gebaseerd op sociaal-cognitieve theorieën [12] leiden tot hogere percentages stoppers [2,3,13] dan interventies gebaseerd op andere interventietechnieken.
- Het sterkste bewijs voor de effectiviteit van individuele psychologische interventies is gevonden wanneer interventies in of rond school worden aangeboden (in de klas of bij de schoolarts), terwijl er minder bewijs is voor de effectiviteit van interventies in zuiver medische settings [2,14]. Toch zou het onverstandig zijn om de medische setting als interventie-terrein uit te sluiten vanwege het grote aantal jongeren dat op die wijze is te bereiken [14].
- Voor de effectiviteit van innovatieve interventiekanalen, bijvoorbeeld via internet, is nog niet veel bewijs, maar deze worden gezien als veelbelovend, mede vanwege het potentieel zeer hoge bereik [2,14-16].

#### Interventies voor scholen of jongeren in groepsverband

- (Verplichte) interventies voor jongeren die een rookbeleid op school hebben overtreden zijn waarschijnlijk niet effectief [3].
- Interventies op scholen die niet gericht zijn op stoppen maar op een vermindering van tabaksgebruik (niet noodzakelijkerwijs stoppen) zijn beperkt effectief [17,18]: in som-

mige gerandomiseerde onderzoeken wordt gevonden dat interventies tot een reductie van roken leiden in vergelijking met een onbehandelde controlegroep, terwijl andere gerandomiseerde onderzoeken geen verschillen tussen interventie en controle rapporteren. Een enkele studie rapporteert zelfs een grotere reductie van roken in de controlegroep.

- De meerderheid van de interventies die in deze categorie is ondergebracht wordt op scholen uitgevoerd (bijv. [18]: 9 van de 10 besproken interventies gericht op de reductie van tabaksconsumptie werden op school uitgevoerd).
- Effectieve elementen van interventies voor scholen of jongeren in groepsverband zijn betrokkenheid van ouders, het betrekken van mensen met aanzien of leiders van de gemeenschappen in alle fasen van de interventie, het inzetten van peers als rolmodellen, en massamediale communicatie van de belangrijkste boodschap van de interventie [18].
- De meest onderzochte stoppen-met-roken interventie gericht op groepen rokende jongeren is de Amerikaanse "Not On Tobacco" interventie [19] (zie ook Kader 1).
- Not On Tobacco is waarschijnlijk effectief in het bevorderen van stoppen met roken van jongeren, gebaseerd op vier gecombineerde studies uitgevoerd op 131 scholen in de VS [3], hoewel de power van de studies afzonderlijk onvoldoende was om dit overtuigend aan te tonen.
- Omdat de grootte van de gerapporteerde effecten sterk uiteenloopt [2,20], kan geconcludeerd worden dat de evidentie rond deze interventie categorie (nog) inconsistent is, maar dat interventies met als doelstelling te stoppen met roken een grotere kans hebben effectief te zijn dan interventies die richten op het verminderen van roken.

#### Kader 1: Not On Tobacco

Not On Tobacco (NOT) is een programma van de Amerikaanse Longassociatie gericht op jongeren die willen stoppen met roken. Sinds 1999 hebben meer dan 150.000 jongeren in 48 landen aan NOT deelgenomen. Belangrijkste kenmerken:

- Jongeren nemen vrijwillig deel: er is geen sprake van dwang.
- Bestaat uit groepsactiviteiten, discussies, bijhouden van een dagboek, en rollenspellen.
- Heeft verschillende activiteiten voor jongens en meisjes.
- Maakt gebruik van een geïntegreerde leefstijlbenadering: geeft advies over gezond gedrag, omgaan met stressfactoren en zelfredzaamheid.
- Bestaat uit 10 sessies en kan gebruikt worden in scholen of in de woonomgeving.
- Is gebaseerd op meer dan 10 jaar van onderzoek en evaluatie.

Voor meer informatie zie: <http://www.notontobacco.com>; Not-On-Tobacco wordt niet in Nederland aangeboden.

#### Farmacologische interventies voor jongeren

- De verschillende overzichtsartikelen en meta-analyses stellen dat de evidentie voor effectiviteit van farmacologische interventies bij jongeren ontbreekt, of dat farmacologische interventies vooralsnog niet effectief blijken te zijn [2,3,14,15,21]. Dit in tegenstelling tot de resultaten die bij volwassenen worden gevonden. Zo bespreekt een Cochrane review [3]

<sup>1</sup> Succesvol stoppen werd in [2] geoperationaliseerd als 'gestopt zijn ten tijde van de follow-up meting'. De meeste artikelen (37 publicaties) waar deze meta-analyse over rapporteert hadden een follow-up periode van 0-3 maanden, 21 artikelen hanteerden 4-12 maanden, en 5 artikelen een follow-up van meer dan 12 maanden. Overigens werden voor alle follow-up periodes positieve resultaten gevonden van de interventies, in vergelijking met de controlegroepen.

drie gerandomiseerde farmacologische interventies: één naar de effectiviteit van nicotinevervangers zoals nicotinepleisters, één naar bupropion in verschillende doseringen, en één naar de combinatie van nicotinevervangers en bupropion. Alleen met de hoogste dosering werd op de korte termijn een klein positief effect op rookgedrag gevonden, dat direct verdween nadat gestopt werd met medicatie. Ook de medicatietrouw bleek verre van optimaal (30-80% werd volgens voorschrift ingenomen) bij in elk geval twee van deze drie studies.

- De besproken onderzoeken maken melding van enkele tientallen onaangename bijwerkingen bij farmacologische interventies, waarvan de meeste overigens niet ernstig waren [3,21].
- Bij de Universiteit Utrecht wordt momenteel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van nicotinepleisters bij jongeren die willen stoppen met roken [22].
- Farmacologische interventies, met of zonder psychosociale ondersteuning, kunnen op basis van de huidige beperkte wetenschappelijke evidentie ten aanzien van de effectiviteit en de potentiële bijwerkingen momenteel niet worden aangeraden voor jongeren [3,21,23].

#### *Interventies via internet*

- Stoppen-met-roken interventies die deels of geheel via internet worden aangeboden worden gezien als veelbelovend [2, 14-16].
- De eerste gerandomiseerde onderzoeken naar stoppen-met-roken interventies via internet voor jongeren laten gematigde effecten zien in vergelijking met onbehandelde

controlegroepen [2]. De uitkomsten zijn bovendien niet homogeen: soms positief, maar soms ook nauwelijks tot geen effect. Hierom moet geconcludeerd worden dat de wetenschappelijke basis voor deze categorie interventies nog in de kinderschoenen staat [24]. Er is niet veel onderzoek gedaan, de methodologische kwaliteit is wisselend, en de effectgroottes zijn beperkt.

- Het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) werkt aan een systematische overzichtsstudie naar de effectiviteit en mogelijkheden van technologisch ondersteunde stoppen-met-roken interventies voor jongeren en volwassenen, waaronder behandelaanbod via internet. De resultaten zijn vermoedelijk eind 2013 beschikbaar.

#### **WAT IS BEPALEND VOOR DEELNAME AAN STOPPEN-MET-ROKEN INTERVENTIES VOOR JONGEREN?**

##### *Beperkt geïnteresseerd*

Uit meerdere studies blijkt dat jongere rokers doorgaans beperkt geïnteresseerd zijn deel te nemen aan stoppen-met-roken interventies, om uiteenlopende redenen. Veel genoemd in de literatuur (o.a. [4,21,25-28]) zijn:

- Jongeren zien zichzelf doorgaans niet als verslaafde roker die hulp nodig heeft.
- Jongeren willen niet dat hun docenten of ouders van hun roken afweten.
- Stoppen-met-roken interventies worden als onaantrekkelijk of ongeschikt beschouwd.
- Jongeren zijn niet altijd op de hoogte van bestaande interventies.
- Taalgebruik van de interventies sluit niet altijd aan bij wat als gepast wordt gezien (te saai of juist te populair).
- Stabiele en intrinsieke motivatie om met een interventie te beginnen ontbreekt vaak.

##### *Succesvolle rekruteringsstrategieën*

- De meest gebruikte rekruteringsstrategieën zijn te groeperen in vijf categorieën [4]: inter-persoonlijke communicatie, marketing, het op maat en gericht aanbieden van informatie, belonen voor deelname (niet financieel), deelname via beleid stimuleren.
- Deze strategieën kunnen worden ingezet op plaatsen waar de doelgroep te vinden is: school, werk, buitenschoolse activiteiten, thuis door ouders, gezondheidszorg, tabaksverkooppunten, traditionele media, en via internet.
- Met name het benaderen van jongere rokers via verkooppunten, rookruimten, of via informatie op sigarettenverpakkingen is een weinig ingezette strategie [4].

##### *Voorspellers langere deelname*

In een recente overzichtsstudie [25] is onderzocht welke factoren samenhangen met het beginnen en met het blijven deelnemen aan stoppen-met-roken interventies door jongeren. Hiervoor zijn de resultaten van 55 studies uitgevoerd in 8 landen samengenomen. Belangrijke bevindingen zijn:

- Onderzoeken waarin relatief lichte jonge rokers (maximaal 5 sigaretten per dag) werden uitgenodigd hadden een hoog percentage jongeren dat besloot deel te nemen.
- De studies die de zwaardere rokers (meer dan 5 sigaretten per dag) includeerden zagen meer deelnemers de interventie helemaal afmaken.





- Het inzetten van beloningen voor deelname bleek contra-productief te zijn. Hoewel uit [4] blijkt dat beloningen de rekrutering kunnen verbeteren heeft een externe motivator negatieve gevolgen voor de therapietrouw: zonder beloning maakten meer deelnemers de interventie af.
- De kans op het volledig afmaken van een interventie is groter indien jongeren zo snel mogelijk na aanmelding kunnen starten met de interventie [29].
- Om te voorkomen dat jongeren met een lagere sociaal-economische status gedurende de interventie uitvallen is specifieke aandacht nodig [29].
- Andere factoren, zoals de manier van werven (actief of passief), of waar deelname aan de interventie plaats had bleken niet samen te hangen met de mate van deelname.

## AANGEBODEN INTERVENTIES IN NEDERLAND

In Nederland worden diverse interventies aangeboden om het stoppen met roken te ondersteunen, voor jongeren is dit aanbod momenteel nog zeer beperkt.

- De database van RIVM Centrum Gezond Leven bevat in juni 2013 38 interventies gericht op roken [30], waarvan er 11 gericht zijn op het ondersteunen van mensen die willen stoppen.
- Van deze interventies gericht op stoppen met roken draagt er één het predicaat waarschijnlijk effectief (dit is “Stoppen-met-roken op maat 2.0” van de Universiteit Maastricht), en is er geen één bewezen effectief.
- Van 11 stoppen-met-roken interventies in de RIVM Centrum Gezond Leven database is er slechts één ontwikkeld voor jongeren. Dit is de interventie “Smoke Alert” [31]. Smoke Alert draagt het predicaat ‘theoretisch goed onderbouwd’.
- Smoke Alert is een eenmalig advies op maat voor zowel niet-rokers als rokers. Het moedigt rokers aan om te stoppen, maar biedt geen verdere hulp of ondersteuning.
- Verschillende instellingen in Nederland bieden stoppen-met-roken websites, zelftests en soms interventies voor jongeren via internet aan. Een precies overzicht van deze interventies, waar ze op gebaseerd zijn, en of er onderzoek naar de effectiviteit is gedaan, ontbreekt.

### Kader 2: Smoke Alert

Smoke Alert is een digitaal advies-op-maat over roken voor jongeren van 14 t/m 19 jaar. Jongeren vullen een vragenlijst in waarna met één druk op de knop een persoonlijk advies gegenereerd wordt. Dit advies is samengesteld op basis van de gegeven antwoorden. Het advies kan onder meer tips bevatten om te stoppen met roken of om een sigaret af te slaan. Smoke Alert heeft als doel om stoppen met roken bij jongeren te bewerkstelligen of om te voorkomen dat ze beginnen.

Ten aanzien van het bevorderen van stoppen werden echter geen positieve resultaten gevonden [32]. Smoke Alert bleek wel effectief bij het voorkómen dat jongeren gaan roken. Van 402 niet-rokers was 3,7% zes maanden na deelname aan Smoke Alert begonnen met roken terwijl van de 517 niet-rokers in de controlegroep, dus zonder Smoke Alert, 5,8% hiermee begon ( $p=0,02$ ) [32].

## METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

Uitspraken over effectiviteit in deze factsheet zijn gebaseerd op 8 publicaties [2,3,13,16-18,20,24], waaronder 4 meta-analyses [2,3,17,18], waarvan 3 Cochrane reviews [3,17,18]. Een meta-analyse is een onderzoek waarin de resultaten van meerdere empirische onderzoeken worden samengevoegd. Door de kwantitatieve resultaten van eerdere onderzoeken gezamenlijk statistisch te analyseren kunnen preciezere uitspraken worden gedaan over bijvoorbeeld de effectiviteit van de onderzochte interventies, en kan worden nagegaan of vergelijkbare interventies tot vergelijkbare resultaten leiden in de verschillende onderzoeken [33]. Hierdoor zijn de resultaten van een goed uitgevoerde meta-analyse betrouwbaarder en meer valide dan de resultaten van de afzonderlijke (gerandomiseerde) onderzoeken.

Grimshaw en Stanton (2010) [3] combineerden de uitkomsten van 24 trials met gezamenlijk meer dan 5.000 geïncludeerde jongeren waarin de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor jongeren werden onderzocht. Thomas, McLellan en Perera (2013) [17] combineerden de uitkomsten van 134 trials met gezamenlijk 428.293 geïncludeerde jongeren waarin rookpreventiestrategieën op scholen werd onderzocht; een subselectie van 15 trials met 45.555 jongeren waarin het veranderen van bestaand rookgedrag centraal stond was relevant voor deze factsheet. Carson, Brinn, Labiszewski en collega's (2013) [18] combineerden 25 trials in hun Cochrane review naar rookinterventies voor jongeren in de gemeenschap, met gezamenlijk rond de 104.000 deelnemers. De meta-analyse van Sussman, Sun en Dent (2006) [2] rapporteerde over 48 studies met totaal 15.552 deelnemende rokende jongeren.

De exacte definitie van stoppen met roken wisselt nogal tussen de verschillende studies. Zo beschrijven Grimshaw en Stanton [3] dat 4 trials in hun Cochrane review ‘gestopt’ definieerden als minimaal 6 maanden abstinentie terwijl 5 trials 30 dagen abstinentie als definitie hanteerden. 15 andere onderzoeken beschouwden jongeren als gestopt wanneer ze zeven dagen of zelfs korter niet gerookt hadden.

Uitspraken over wat bepalend is voor deelname aan stoppen-met-roken interventies voor jongeren zijn gebaseerd op 6 publicaties [4,25-29], waarvan één randomized controlled trial en 5 overzichtstudies. Daarnaast is de database van RIVM Centrum Gezond Leven geraadpleegd. Om meer zicht te krijgen op de interventies die in Nederland worden aangeboden zijn instellingen en experts in Nederland benaderd en de websites van instellingen bezocht.

## BRONNEN

- [1] STIVORO (2012). *Roken jeugd monitor, rookprevalenties 2011*. Den Haag: STIVORO.
- [2] Sussman, S., Sun, P., Dent, C.W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol*, 25(5):549-57.
- [3] Grimshaw, G.M., Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(4):CD003289. Update 2010.
- [4] The ACCESS Consortium (2010). *Access Strategies for Teen Smoking Cessation: Guiding Principles, Strategies and Activities*. München, Germany: The ACCESS Consortium.
- [5] Verdurmen, J., Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., Lokman, S., Vermeulen-Smit, E., Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011 Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- [6] 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.
- [7] 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*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- [8] Tweede Kamer der Staten-Generaal (2013). *Wijziging van de Tabakswet ter verhoging van de minimumleeftijd van 16 jaar naar 18 jaar van personen aan wie tabaksproducten mogen worden verkocht (Verhoging minimumleeftijd verkoop tabaksproducten)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33590, nr. 1-4.
- [9] Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51(3):390-5.
- [10] Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford press.
- [11] Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. In Clark, D, Fairburn, CG & Gelder, MG. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press. pp. 1–26.
- [12] Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol*: 52, 1-26.
- [13] Robinson, L.M., Vail, S.R. (2012). An integrative review of adolescent smoking cessation using the Transtheoretical Model of Change. *J Pediatr Health Care*, 26(5):336-45.
- [14] Curry, S.J., Mermelstein, R.J., Sporer, A.K. (2009). Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annu Rev Psychol*, 60:229-55.
- [15] Villanti, A.C., McKay, H.S., Abrams, D.B., Holtgrave, D.R., Bowie, J.V. (2010). Smoking-cessation interventions for U.S. young adults: a systematic review. *Am J Prev Med*, 39(6):564-74.
- [16] Sussman, S., Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis*, 5:3.
- [17] Thomas, R.E., McLellan, J., Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(4):CD001293.
- [18] Carson, K.V., Brinn, M.P., Labiszewski, N.A., Esterman, A.J., Chang, A.B., Smith, B.J. Community interventions for preventing smoking in young people. (2011). *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(7):CD001291. Update 2013.
- [19] American Lung Association (2011). *Not on tobacco*. URL: <http://www.webcitation.org/6IBE2EOYE>.
- [20] Gervais, A., O'Loughlin, J., Dugas, E., Eisenberg, M.J., Wellman, R.J., DiFranza, J.R. (2007). A systematic review of randomized controlled trials of youth smoking cessation interventions. *Droques Sante et Societe* 6(1 Supplement 2): ii1-ii26.
- [21] Grimshaw, G.M., Stanton, A. (2008). Smoking cessation services for young people. *BMJ*, 337:a1394.
- [22] van den Eijnden, R.J.J.M. (2009). *Project: The effectiveness of Nicotine Replacement Therapy for young people aged 12 to 18 years*. ZonMw Preventieprogramma 4. URL: <http://www.webcitation.org/61BDy62x5>.
- [23] Bailey, S.R., Crew, E.E., Riske, E.C., Ammerman, S., Robinson, T.N., Killen, J.D. (2012). Efficacy and tolerability of pharmacotherapies to aid smoking cessation in adolescents. *Paediatr Drugs*, 14(2):91-108.
- [24] Hutton, H.E., Wilson, L.M., Apelberg, B.J., Tang, E.A., Odelola, O., Bass, E.B., Chander, G. (2011). A systematic review of randomized controlled trials: Web-based interventions for smoking cessation among adolescents, college students, and adults. *Nicotine Tob Res*, 13(4):227-38.
- [25] Backinger, C.L., Michaels, C.N., Jefferson, A.M., Fagan, P., Hurd, A.L., Grana, R. (2008). Factors associated with recruitment and retention of youth into smoking cessation intervention studies-a review of the literature. *Health Educ Res*, 23(2):359-68.
- [26] McNeill, A., Amos, A. (2007). The challenges of getting youth cessation services right. *Addiction*, 102(7):1023-4.
- [27] Dalum, P., Bühler, A., Kamstrup-Larsen, N. (2010). *Recruitment to Adolescent Smoking Cessation Interventions – A literature review*. München, The ACCESS Consortium.
- [28] Kealey, K.A., Ludman, E.J., Mann, S.L., Marek, P.M., Phares, M.M., Riggs, K.R., Peterson, A.V. Jr. (2007). Overcoming barriers to recruitment and retention in adolescent smoking cessation. *Nicotine Tob Res*, 9(2):257-70.

# INTERVENTIES STOPPEN MET ROKEN VOOR JONGEREN

[29] Kalkhuis-Beam, S., Stevens, S.L., Baumritter, A., Carlson, E.C., Pletcher, J.R., Rodriguez, D., Audrain-McGovern, J. (2011). Participant- and study-related characteristics predicting treatment completion and study retention in an adolescent smoking cessation trial. *J Adolesc Health*, 49(4):371-8.

[30] RIVM (2013). *Loketgezondleven.nl: interventies*.  
URL:<http://www.webcitation.org/6HUmAIRbw>.

[31] RIVM (2013). *Loketgezondleven.nl: Smoke Alert*.  
URL:<http://www.webcitation.org/6HWDkFWzk>.

[32] de Josselin de Jong, S., Segaar, D., de Vries H. (2012). *Onderzoeksrapport "Effectiviteit en bereik van e-health interventie Smoke Alert"*. Maastricht/Den Haag: Universiteit Maastricht/STIVORO.

[33] Alderson, P., Green, S. (2002). *Cochrane Collaboration open learning material for reviewers*.  
URL:<http://www.webcitation.org/6HynQTyek>.



## Colofon

**Auteurs**  
Matthijs Blankers  
Margriet van Laar

**Advies**  
Kernteam Tabak NET/Trimbos

**Ontwerp & productie**  
Ladenius Communicatie BV Houten

**Beeld**  
[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1243**

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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