



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord **roken**

Worden de ambities voor 2040 bereikt?

RIVM-rapport 2023-0413



**Doorrekening impact Nationaal
Preventieakkoord: deelakkoord roken**
Worden de ambities voor 2040 bereikt?

RIVM-rapport 2023-0413

Colofon

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2023-0413

T.G. Kuijpers (auteur), RIVM
J.M.A. Boer (auteur, projectleider), RIVM
A.J. Rodenburg (auteur), RIVM
J.J. Edens (auteur), RIVM
M. Eykelenboom (auteur), RIVM
E.L. Sanderman-Nawijn (auteur), RIVM
N. Koopman (projectondersteuner), RIVM
A. Blokstra (auteur), RIVM
A. Van Giessen (auteur, projectleider), RIVM

Contact:

Jolanda Boer
Centrum voor Preventie, Leefstijl en Gezondheid,
Jolanda.boer@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de monitor Nationaal Preventieakkoord.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord roken

Worden de ambities voor 2040 bereikt?

De Nederlandse overheid wil dat er minder mensen roken, overgewicht hebben of te veel alcohol drinken. Om dat te bereiken, is in 2018 het Nationaal Preventieakkoord met doelen voor 2040 afgesloten. Hiervoor heeft de overheid met meer dan zeventig partijen afspraken gemaakt. Het RIVM heeft berekend of de doelen in 2040 worden gehaald met de afspraken zoals ze nu worden uitgevoerd. Het RIVM heeft hiervoor berekend hoe de situatie in 2040 zal zijn met én zonder de afspraken.

Uit de berekening blijkt dat het aantal mensen dat rookt in 2040 iets verder zal zijn gedaald met de afspraken dan zonder de afspraken. Maar de gestelde doelen worden met de afspraken niet gehaald. Extra en stevigere maatregelen zijn nodig om deze doelen te bereiken. Denk bijvoorbeeld aan extra prijsverhogingen, naast de verhogingen die al zijn afgesproken.

Het doel is dat in 2040 minder dan vijf procent van de volwassenen en geen enkele jongere meer rookt. Volgens de berekeningen zal door de afspraken naar schatting ongeveer 10 procent van de volwassenen roken. Zonder afspraken zou dat 13 procent zijn. Het aantal jongeren (12 t/m 16 jaar) dat rookt, zal in 2040 door de afspraken ongeveer vier procent zijn, in plaats van vijf procent zonder de afspraken. Het duurder maken van sigaretten en shag bleek het meest effectieve middel om mensen te laten stoppen met roken of te voorkomen dat ze ermee beginnen. In dit onderzoek is niet gekeken naar het roken van elektronische sigaretten (vapen).

Kernwoorden: Nationaal Preventieakkoord, roken, doel 2040, doorrekening

Synopsis

Calculating the impact of the National Prevention Agreement – subagreement on smoking

Will the 2040 ambitions be reached?

The Dutch government wants to reduce the number of people who smoke, are overweight or consume excessive amounts of alcohol. To this end, the National Prevention Agreement was drawn up in 2018, with goals for 2040. In this context, the government made agreements with over 70 different parties. RIVM has calculated whether the agreements, as they are currently being implemented, will be enough to reach the goals for 2040. RIVM has calculated what the situation will look like in 2040 both with and without the agreements.

The calculations show that the agreements will result in slightly less people smoking in 2040, compared to the situation without the agreements. However, the agreements will not result in the goals being met. More and stricter measures will be necessary to meet these goals. For example, additional price increases could be introduced, alongside the previously agreed increases.

The goal for 2040 is to reduce the number of adults who smoke to less than 5 per cent and to reduce the number of young people smoking to zero. According to the calculations, the agreements will result in an estimated 10 per cent of adults smoking. Without agreements, this would be 13 per cent. The agreements will also result in around 4 per cent of young people (between 12 and 16 years old) smoking in 2040, compared to 5 per cent without the agreements. Making cigarettes and roll-your-own tobacco more expensive would be the most effective way of getting people to quit smoking or preventing them from ever beginning. Vaping was not included in this study.

Keywords: National Prevention Agreement, smoking, 2040 goal, calculation

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 11

2 Methoden: algemeen — 13

- 2.1 Scenario's in de doorrekening — 13
- 2.2 Periodieke expertconsultatie — 13
- 2.3 Modelberekeningen — 14
- 2.4 Bepalen door te rekenen interventies — 14
- 2.5 Kwalitatieve beoordeling voor zwangere vrouwen — 15

3 Methoden: rookmodellen — 17

- 3.1 Volwassenen — 17
 - 3.1.1 Demografie en sterfte — 17
 - 3.1.2 Wel/niet roken — 18
 - 3.1.3 Percentage rokers — 18
 - 3.1.4 Implementatie van interventiescenario's — 19
- 3.2 Jongeren — 20
 - 3.2.1 Demografie — 20
 - 3.2.2 Percentage rokers — 20
 - 3.2.3 Implementatie van interventiescenario's — 21

4 Methoden: aannames bij de interventiescenario's — 23

- 4.1 Accijnsverhoging tabak — 23
 - 4.1.1 Beschrijving — 23
 - 4.1.2 Wat is bekend over het effect van accijnsverhoging? — 24
 - 4.1.3 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames — 24
- 4.2 Uitstal- en reclameverbod voor rookwaren — 26
 - 4.2.1 Beschrijving — 26
 - 4.2.2 Wat is bekend over het effect van een uitstal- en reclameverbod voor rookwaren? — 26
 - 4.2.3 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames — 27
- 4.3 Neutrale verpakkingen — 28
 - 4.3.1 Beschrijving — 28
 - 4.3.2 Wat is bekend over het effect van neutrale verpakkingen? — 29
 - 4.3.3 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames — 29
- 4.4 Verminderen verkooppunten tabak — 30
 - 4.4.1 Beschrijving — 30
 - 4.4.2 Wat is bekend over het effect van het verminderen van verkooppunten? — 31
 - 4.4.3 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames. — 31
- 4.5 Rookvrije (kind)omgevingen — 34
 - 4.5.1 Beschrijving — 34
 - 4.5.2 Wat is bekend over het effect van rookvrije (kind)omgevingen — 34
 - 4.5.3 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames — 35
- 4.6 Stoppen-met-roken-zorg — 36
 - 4.6.1 Beschrijving — 36
 - 4.6.2 Wat is bekend over het effect van SMR-zorg? — 37
 - 4.6.3 Wat is bekend over het bereik van SMR-zorg? — 37
 - 4.6.4 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames — 38

4.7	Rookvrije werkomgeving — 39
4.7.1	Beschrijving — 39
4.7.2	Wat is bekend over het effect van de rookvrije werkplek? — 40
4.7.3	Wat is bekend over het bereik van de rookvrije werkplek? — 40
4.7.4	Interventiescenario's: onderbouwing en aannames. — 40
4.8	Informatievoorziening en campagnes — 41
4.8.1	Beschrijving — 41
4.8.2	Wat is bekend over het bereik en effect van informatievoorziening en campagnes? — 42
5	Resultaten — 45
5.1	Volwassenen — 45
5.2	Jongeren — 45
6	Kwalitatieve inschatting voor roken onder zwangere vrouwen — 47
6.1	Beschrijving — 47
6.2	Kwalitatieve inschatting van de impact van de afspraken gericht op zwangere vrouwen — 48
6.2.1	Campagne 'rookvrij zwanger' — 48
6.2.2	Stoppen-met-roken-advies — 48
6.3	Kwalitatieve inschatting van het wel of niet bereiken van de ambitie gericht op zwangere vrouwen — 49
7	Discussie — 51
7.1	Samenvatting van de resultaten — 51
7.2	Vergelijking van de huidige doorrekening met de Quicksan — 51
7.3	Methodologische kanttekeningen — 52
7.3.1	Onzekerheden in de modellen — 52
7.3.2	Onzekerheden bij de interventiescenario's — 53
7.4	Duiding van de resultaten — 54
7.5	Conclusie en kansen voor de toekomst — 56
	Referenties — 57
	Dankwoord — 63
	Bijlage 1 Doelstellingen en afspraken per doorgerekende maatregel — 65

Samenvatting

Achtergrond

In 2018 hebben ruim 70 partijen samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) afspraken gemaakt om bij te dragen aan een gezonder Nederland. Deze afspraken zijn vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Met deze afspraken willen de partijen er voor zorgen dat in 2040 minder mensen roken, minder mensen overgewicht hebben en minder mensen problematisch alcoholgebruik vertonen. Voor elk van de drie thema's in het NPA zijn door de partijen ambities vastgesteld in deelakkoorden. In het NPA is afgesproken dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de impact van de afspraken in het NPA eens in de vier jaar doorrekent, om in te kunnen schatten of de ambities voor 2040 worden bereikt.

Doel

Het doel van de doorrekening is om in te schatten wat de impact is van de in het NPA vastgelegde afspraken en de voortgang daarvan op het percentage mensen dat sigaretten of shag rookt. In dit onderzoek is niet gekeken naar het roken van elektronische sigaretten (vapen).

Aanpak

Het RIVM heeft modellen gemaakt om te berekenen hoe het percentage volwassenen en jongeren (12 t/m 16 jaar) dat sigaretten of shag rookt zich naar verwachting in de periode 2019 t/m 2040 ontwikkelt. Deze modellen zijn gebruikt om drie scenario's door te rekenen: (i) het referentiescenario, (ii) het realistische interventiescenario en (iii) het optimistische interventiescenario. Het referentiescenario geeft de ontwikkeling van het aantal rokers weer als het NPA er niet zou zijn. In de interventiescenario's wordt de verwachte impact meegenomen van de afspraken die in het NPA zijn gemaakt. De impact van het NPA wordt verkregen door de resultaten van de doorrekening voor het realistische en optimistische interventiescenario te vergelijken met het referentiescenario. In het deelakkoord 'roken' is ook een ambitie voor zwangere vrouwen vastgelegd. Er zijn daarvoor onvoldoende gegevens beschikbaar om een modelmatige doorrekening uit te voeren. Daarom is kwalitatief beoordeeld of deze ambitie wordt bereikt.

Resultaten

Deze doorrekening laat zien dat met de huidige voortgang van de NPA-afspraken en de beschreven aannames voor voortgang in de toekomst de eerdere daling in het percentage volwassenen en jongeren dat rookt zich sterker voortzet. De afspraken in het NPA zorgen er samen voor dat het percentage volwassenen rokers in 2040 naar verwachting ongeveer twee tot drie procentpunt lager ligt dan in het referentiescenario. Het percentage jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt ligt door de NPA-afspraken in 2040 één procentpunt lager dan in het referentiescenario. De ambities voor 2040 uit het deelakkoord 'roken' van het NPA worden met de NPA-afspraken en hun huidige voortgang echter niet bereikt.

Onzekerheden bij de doorrekening

Deze doorrekening geeft een zo goed mogelijke inschatting van de impact van de afspraken in het NPA. Bij modelberekeningen moet echter altijd rekening worden gehouden met onzekerheden. Ook was het voor het bepalen van de impact van de afspraken in het NPA in veel gevallen noodzakelijk om aannames te doen. Voor het onderbouwen van deze aannames is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van (wetenschappelijke) literatuur en expertopinions. Desondanks brengen deze aannames ook onzekerheid met zich mee, zeker als ze over de toekomst gaan. Door het gebruik van zowel een realistisch als een optimistisch interventiescenario wordt deels rekening gehouden met deze aannames en onzekerheden.

Conclusie en kansen voor de toekomst

De NPA-afspraken dragen volgens deze doorrekening bij aan een daling van het percentage rokers, bovenop de al dalende trend. Om deze daling voort te zetten, is het belangrijk het bestaande beleid voort te zetten. De impact van het NPA is echter niet zodanig dat de ambities voor 2040 worden bereikt. Om die ambities te bereiken, zijn aanvullende maatregelen en/of intensivering van huidige maatregelen nodig. Veel interventies uit het NPA zijn in overeenstemming met de aanbevelingen uit het MPOWER raamwerk van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Gekeken kan worden hoe deze maatregelen verder kunnen worden aangescherpt. Volgens deze doorrekening lijken vooral verdere accijnsverhogingen kansrijk om dichterbij de ambities te komen. Een andere optie is om meer te doen aan het verbeteren van de doorverwijzing naar effectieve stoppen-met-roken-zorg. In een eventuele volgende doorrekening kan het RIVM onderzoeken of de ambities met een aantal aanvullende maatregelen wel in zicht komen.

1 Inleiding

In 2018 hebben ruim 70 partijen samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) afspraken gemaakt om bij te dragen aan een gezonder Nederland. Deze afspraken zijn vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord (NPA) [1]. Onder de partijen bevinden zich onder meer patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportbonden, bedrijven, fondsen, onderwijsinstellingen, maatschappelijke organisaties en de rijksoverheid. Zij zetten zich er met de afspraken voor in dat in 2040 minder mensen roken, minder mensen overgewicht hebben en minder mensen problematisch alcoholgebruik vertonen. Deze drie leefstijlkenmerken zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de ziektelast in Nederland [2].

Voor elk van de drie thema's in het NPA zijn door de partijen ambities vastgesteld in deelakkoorden. In het NPA is afgesproken dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de voortgang van de afspraken jaarlijks monitort, en eens in de vier jaar de impact van de afspraken in het NPA doorrekent om in te schatten of de ambities voor 2040 worden gehaald. Het doel van deze doorrekening is om voor de periode 2019 t/m 2040 in te schatten wat de impact van de vastgelegde afspraken in het deelakkoord 'roken' is op het percentage mensen dat tabak rookt. Aan de hand daarvan wordt beoordeeld of een aantal in het NPA geformuleerde ambities voor 2040 wordt bereikt. Deze ambities zijn:

1. het deel van de inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder dat rookt is kleiner dan 5% in 2040;
2. het deel van de jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt is 0% in 2040, en;
3. het deel van de zwangeren dat rookt is 0% in 2040.

In dit onderzoek is niet gekeken naar het roken van elektronische sigaretten (vapen), omdat in het NPA geen afspraken over vapen zijn opgenomen.

Ten tijde van de ondertekening van het NPA in 2018 publiceerde het RIVM de 'Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord' [3]. Deze Quickscan berekende de impact onder de aanname dat alle afspraken in het NPA zouden worden uitgevoerd zoals afgesproken en binnen de afgesproken termijnen zouden worden gehaald. De huidige doorrekening geeft inzicht in de impact van de in het NPA vastgelegde afspraken zoals die tot nu toe in de praktijk worden uitgevoerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de meest recente informatie over de voortgang van de afspraken.

Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden, hoofdstuk 3 beschrijft de modellen die voor de doorrekening van volwassenen en jongeren zijn gebruikt, en hoofdstuk 4 beschrijft de aannames bij de interventiescenario's die zijn opgesteld om de NPA-afspraken door te rekenen. Hoofdstuk 5 geeft vervolgens de resultaten van de doorrekening weer. Hoofdstuk 6 beschrijft een kwalitatieve inschatting van de impact van NPA-afspraken gericht op zwangere vrouwen. Het rapport eindigt met een discussie die

de kanttekeningen bij de doorrekening weergeeft en de resultaten in een bredere context plaatst. De discussie wordt afgesloten met de conclusie over de impact van de afspraken die binnen het deelakkoord 'roken' zijn vastgelegd, in relatie tot de ambities en aanbevelingen voor de toekomst.

2 Methoden: algemeen

2.1 Scenario's in de doorrekening

Om de impact van het NPA te bepalen, zijn drie scenario's doorgerekend die de ontwikkeling van het percentage rokers van 2019 t/m 2040 schatten. Dit zijn (i) het referentiescenario, (ii) het realistische interventiescenario en (iii) het optimistische interventiescenario.

In het referentiescenario wordt de historische trend in het percentage rokers van 2002 t/m 2018 doorgetrokken t/m 2040. Hierbij wordt rekening gehouden met demografische ontwikkelingen in de bevolking. De historische trend wordt mede bepaald door eerder gevoerd beleid en door andere maatschappelijke ontwikkelingen die invloed hebben gehad op het percentage rokers. Dit scenario geeft de ontwikkeling van dit percentage weer als er geen NPA-afspraken waren gemaakt.

In de interventiescenario's wordt een schatting gemaakt van het percentage rokers t/m 2040, als de NPA-afspraken die van invloed kunnen zijn op de rookprevalentie er wel zijn. Deze interventiescenario's worden verkregen door aanpassingen te doen in het referentiescenario. De interventiescenario's verschillen in de aannames die worden gedaan over onder meer het aantal mensen waarop de NPA-afspraken effect hebben (het bereik), het effect dat wordt behaald met de NPA-afspraken en de verwachte duur van het effect (het effectbehoud). In het realistische interventiescenario zijn de aannames realistisch, maar behoudend. Zo zijn er alleen aannames over de toekomst gedaan als er concrete aanwijzingen en/of toezeggingen zijn die deze aannames plausibel maken. In het optimistische interventiescenario zijn de aannames ook realistisch, maar positiever (zie Hoofdstuk 4). Het optimistische scenario is dus geen maximaal scenario, waarbij bijvoorbeeld alle afspraken per definitie voor 100% behaald worden en/of het bereik per definitie 100% is. Door twee interventiescenario's te schetsen, wordt rekening gehouden met de onzekerheden die aannames met zich meebrengen. Daarnaast biedt het optimistische interventiescenario de mogelijkheid om duidelijkere conclusies te trekken. Als de ambities in het optimistische interventiescenario niet worden gehaald, is het onwaarschijnlijk dat de ambities van het NPA met de huidige inspanningen zullen worden bereikt.

De impact van het NPA wordt verkregen door de resultaten van de doorrekening voor het realistische en optimistische interventiescenario te vergelijken met het referentiescenario.

2.2 Periodieke expertconsultatie

Een groep van experts op het gebied van tabaksontmoediging (zie Dankwoord) heeft periodiek input gegeven voor deze doorrekening. In totaal vonden er zes online expertsessies van minimaal twee uur plaats. De experts gaven meestal voorafgaand aan deze sessies schriftelijke feedback op aangeleverde stukken, om deze daarna gezamenlijk te bespreken. In andere gevallen volgde de discussie op een presentatie van de onderzoekers. Daarnaast zijn voor specifieke vragen experts met

kennis op specifieke onderwerpen geraadpleegd. De experts hebben kritisch meegedacht over de clustering van de NPA-afspraken (zie paragraaf 2.4), de modellen (zie Hoofdstuk 3) en de aannames voor de interventiescenario's (zie Hoofdstuk 4).

2.3 Modelberekeningen

Er zijn modellen ontwikkeld om het percentage rokers onder de Nederlandse bevolking te simuleren. Deze modellen zijn gebruikt om voor de drie scenario's – het referentiescenario, het realistische interventiescenario en het optimistische interventiescenario – voor de periode van 2019 t/m 2040 een inschatting te geven van:

1. het percentage van de Nederlandse volwassenen (18 jaar of ouder) dat rookt
2. het percentage van de Nederlandse jongeren (12 t/m 16 jaar) dat de afgelopen maand heeft gerookt

In dit rapport noemen we dit simpelweg het percentage rokende volwassenen en het percentage rokende jongeren.

Voor volwassenen is een rookmodule ontwikkeld binnen het Life Course Disease Model (LCDM). Dit model bevat ook een overgewichtmodule en een alcoholmodule, die worden gebruikt voor de doorrekeningen voor volwassenen in de deelakkoorden 'overgewicht' en 'problematisch alcoholgebruik'.

Voor jongeren is een apart model ontwikkeld, dat we hier het jongerenmodel noemen. Redenen daarvoor zijn dat er voor jongeren minder data beschikbaar zijn en dat de ambitie voor jongeren is gedefinieerd in termen van het percentage dat de afgelopen maand heeft gerookt. Voor beide typen modellen worden de onderliggende data, verschillende onderdelen en rekenstappen verder toegelicht in Hoofdstuk 3.

2.4 Bepalen door te rekenen interventies

De afspraken in het NPA die eenzelfde doel voor ogen hebben, zijn samengevoegd in clusters met een bepaald doel. Deze geclusterde afspraken vormen samen een interventie. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende afspraken om rookvrije (kind)omgevingen te creëren. Op basis van feedback van de expertgroep is de clustering waar nodig aangepast. Deze clustering heeft geleid tot acht interventies die voor het deelakkoord 'roken' mogelijk konden worden doorgerekend. Hiervan hadden er vijf betrekking op volwassenen én jongeren. Twee interventies zijn alleen voor volwassenen doorgerekend (rookvrije werkomgeving en stoppen-met-roken-zorg). Een overzicht van alle clusters met bijbehorende afspraken staat in bijlage 1.

De voortgangsrapportages van het NPA [4-6] zijn gebruikt om de voortgang van de NPA-afspraken voor de jaren 2019 t/m 2021 vast te stellen. Deze voortgangsrapportages bevatten informatie over de voortgang van NPA-afspraken, die door de betrokken partijen zelf is aangeleverd. De voortgang van de NPA-afspraken is essentieel om te beoordelen wat de mogelijke impact van een afspraak zou kunnen zijn. Met behulp van deze voortgangsinformatie is bepaald in hoeverre de

afspraken zijn gehaald, maar ook of de afspraken al (deels) waren ingezet vóór het NPA. Sommige afspraken zorgen er namelijk voor dat eerdere activiteiten worden voortgezet, zoals de campagne Stoptober. Met behulp van de voortgangsinformatie wordt ingeschat of er door het NPA een intensivering heeft plaatsgevonden. Dit is nodig omdat in de interventiescenario's wordt gekeken naar de impact als gevolg van het NPA ten opzichte van het referentiescenario. Daarnaast kan uit de voortgangsinformatie blijken dat de praktische implementatie van een afspraak afwijkt van de oorspronkelijke NPA-afpraak. De NPA-afspraken worden doorgerekend zoals de partijen zelf aangeven deze uit te voeren. Aan de hand van deskresearch en een gerichte uitvraag aan NPA-partijen is de voortgangsinformatie aangevuld met relevante informatie voor 2022.

Na het clusteren van de afspraken en het actualiseren van de voortgangsinformatie is literatuuronderzoek en deskresearch uitgevoerd om aanvullende informatie over het mogelijke effect en bereik van de interventies te vinden. Er is apart gezocht naar informatie voor volwassenen en jongeren. De voorkeur ging uit naar onderzoek in Nederland, omdat dit de toepasbaarheid van de gevonden informatie vergroot. Daarnaast hadden meta-analyses en systematische reviews over effectiviteit de voorkeur, omdat deze een sterkere onderbouwing voor de doorrekening bieden dan één of enkele studies. Voor het bereik is onder meer gebruik gemaakt van monitors en datasets over deelname aan interventies. Waar informatie ontbrak, vulden experts dit aan met relevante studies. Literatuuronderzoek en deskresearch vonden plaats tot 15 juni 2023. In een enkel geval is deze informatie later geactualiseerd. Er was niet altijd bruikbare informatie beschikbaar. Daarom is er ook gebruik gemaakt van expertopinions. Periodiek vond overleg met de expertgroep plaats om te controleren of de gebruikte informatie juist was en of de gemaakte aannames plausibel waren.

2.5 Kwalitatieve beoordeling voor zwangere vrouwen

Er is één cluster gemaakt met alle afspraken die specifiek op zwangere vrouwen zijn gericht (zie bijlage 1). Voor zwangere vrouwen zijn er echter onvoldoende gegevens beschikbaar om een modelmatige doorrekening van het NPA uit te voeren. Daarom is er een kwalitatieve beoordeling gedaan om in te schatten of de ambitie voor zwangere vrouwen met de NPA-afspraken wordt bereikt. Deze kwalitatieve beoordeling en de resultaten ervan worden verder beschreven in Hoofdstuk 6.

3 Methoden: rookmodellen

Voor de doorrekening zijn modellen gebruikt om voor het referentiescenario en de interventiescenario's te berekenen wat het percentage van de bevolking is dat rookt. De modellen voor volwassenen en jongeren worden in dit hoofdstuk beschreven.

3.1 Volwassenen

Voor volwassenen wordt gebruik gemaakt van het door het RIVM ontwikkelde Life Course Disease Model (LCDM). Het LCDM simuleert de levensloop van individuen die samen de volwassen Nederlandse bevolking representeren. Deze simulatie begint met een startpopulatie. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van een eerder ontwikkelde kunstmatige populatie [7]. Deze populatie is representatief voor de Nederlandse bevolking van 2013¹, en is gemaakt door informatie van verschillende databronnen te combineren met informatie over demografie, opleiding, leefstijl en ziekten². Vervolgens rekent het LCDM de rookstatus (roker of niet-roker) van de individuen uit de startpopulatie in tijdstappen van een kwart jaar door naar het jaar 2040. De berekening van de rookstatus van de individuen in het LCDM hangt af van de volgende eigenschappen: geslacht (man/vrouw), leeftijd, hoogst afgeronde opleidingsniveau (laag/midden/hoog volgens de Standaard Onderwijsindeling 2006 van het CBS [8]) en kalendertijd.

3.1.1 Demografie en sterfte

Het LCDM simuleert ontwikkelingen in de demografie van de volwassen populatie over de tijd. Dit gebeurt (1) doordat volwassenen die al in het model zitten ouder worden, (2) doordat er nieuwe 18-jarigen instromen, (3) door sterfte en (4) door migratie. Voor de toekomstige instroom van nieuwe 18-jarigen gebruikt het LCDM in de eerste jaren demografische gegevens van de mensen in de startpopulatie die jonger zijn dan 18 jaar, en in latere jaren data en prognoses van nieuwgeborenen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) [9]. Er wordt rekening gehouden met sterfte door elke volwassene gedurende elke tijdstap een kans op overlijden te geven. Deze sterftetekans hangt af van leeftijd, geslacht en kalendertijd, en is bepaald op basis van sterftecijfers van het CBS [10]. Omdat de levensverwachting met de tijd toeneemt, is er een tijdstrend voor sterfte bepaald op basis van de jaren 2004 t/m 2018 [11]. Tot slot stromen in elke tijdstap immigranten het model in en emigranten het model uit. Beide migratiestromen zijn per leeftijd en geslacht bepaald op basis van data en prognoses van het CBS [12]. Aangenomen wordt dat immigranten hetzelfde opleidingsniveau en dezelfde rookstatus hebben als Nederlanders van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Voor de simulatie nemen we aan dat mensen niet van geslacht en ook niet van hoogst afgeronde opleidingsniveau veranderen³.

¹ Het gebruik van 2013 als startjaar (in plaats van 2019, het startjaar van het NPA) heeft geen grote gevolgen voor het referentiescenario in deze doorrekening: zie Figuur 3.1 en de beschrijvingen onder paragraaf 3.1.3.

² Gegevens in de startpopulatie over leeftijd, geslacht en opleidingsniveau komen van de populatie van Nicolaie et al., 2023

³ Als het hoogst afgeronde opleidingsniveau wordt het opleidingsniveau van 25 tot 35-jarigen gebruikt.

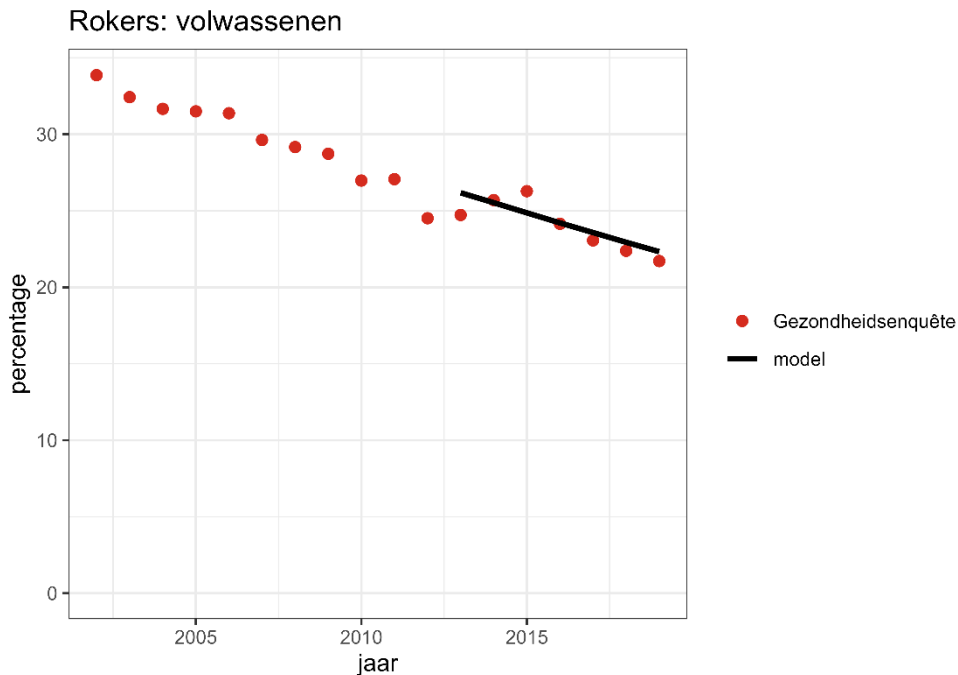
3.1.2 *Wel/niet roken*

Het percentage rokers in de startpopulatie van 2013 is per geslacht, leeftijd en opleidingsniveau bepaald, op basis van gegevens van de Gezondheidsenquête [13]. Of iemand wel of niet rookt, wordt in deze enquête bepaald door het antwoord op de vraag "Rookt u wel eens?" [14]. Hierbij gaat het niet over het roken van elektronische sigaretten, verhitte tabak of heatsticks [14]. Om de ontwikkeling van het percentage rokers gedurende de periode 2013 t/m 2040 te simuleren, werkt het LCDM per tijdstap de rookstatus van elk individu bij. Hierbij hebben *niet-rokers* elke tijdstap een bepaalde kans om te *starten* met roken, en hebben *rokers* elke tijdstap een bepaalde kans om te *stoppen* met roken. Deze start- en stopkansen hangen af van rookstatus, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en kalendertijd. De start- en stopkansen voor het referentiescenario zijn bepaald op basis van data van Lifelines [15] en de Gezondheidsenquête [13]. Details over de bepaling van de start- en stopkansen staan in een online bijlage ([2023-0413-bijlage-roken](#)). In de rookstatus worden voormalige rokers niet apart meegenomen; zij worden ondergebracht in de categorie niet-rokers.

3.1.3 *Percentage rokers*

Voor het referentiescenario zijn de start- en stopkansen zó bepaald dat het percentage rokers dat het LCDM simuleert de tijdstrend in de data van de Gezondheidsenquête volgt. Hierbij is de tijdstrend apart geschat per geslacht, leeftijd en opleidingsniveau en bepaald over de periode 2002 t/m 2018. Deze periode is gekozen omdat de geraadpleegde experts in deze periode het tabaksontmoedigingsbeleid en externe ontwikkelingen die van invloed zijn op de rookstatus vergelijkbaar achten met de periode die wordt gesimuleerd (2019 t/m 2040). De Gezondheidsenquête heeft door een veranderde vraagstelling door de jaren heen en een veranderde methodiek van uitvragen te maken gehad met een aantal 'methodebreuken'. Bij het maken van het model is hier rekening mee gehouden.

Figuur 3.1 laat het percentage volwassenen rokers zien in de Gezondheidsenquête voor de periode 2002 t/m 2019 (rode punten) en volgens de simulatie voor de periode 2013 t/m 2019 (lijn).



Figuur 3.1 Modelberekening van het percentage volwassen rokers in de periode 2013 t/m 2019 (zwarte lijn) en het percentage volwassen rokers in de periode 2002 t/m 2019 in de Gezondheidsenquête (rode punten).

In de figuur is te zien dat het model de data in deze periode goed representeert. Mede doordat de datapunten van telkens een andere steekproef van de Nederlandse bevolking komen, fluctueren de datapunten wel rondom de modelberekeningen. In 2019, het eerste volledige jaar na het ondertekenen van het NPA, komt het gesimuleerde percentages volwassenen rokers - binnen de marge van de jaarlijkse fluctuaties - goed overeen met de gegevens uit de Gezondheidsenquête.⁴

3.1.4 Implementatie van interventiescenario's

Interventies kunnen worden geïmplementeerd in het LCDM door alle volwassenen of een deel van de volwassenen op bepaalde momenten in de tijd te laten meedoen met een interventie. Deze interventies kunnen vervolgens effect hebben op de rookstatus van volwassenen die meedoen, door aanpassing van hun start- en stopkansen. Hiervoor dient het effect van een interventie dus te worden opgegeven als een aanpassing van de start- en stopkansen. De interventie 'stoppen-met-roken-zorg' (zie hoofdstuk 4.4) wordt op deze manier geïmplementeerd. Een alternatieve manier om het effect van een interventie op te geven, is als een daling in de rookprevalentie van alle volwassenen. Alle andere interventies van hoofdstuk 4 worden op deze manier gespecificeerd. Hierbij nemen we aan dat de daling in de rookprevalentie behouden blijft tot 2040. In de online bijlage [2023-0413-bijlage-roken](#) wordt in meer detail beschreven op welke manier interventies in het model zijn geïmplementeerd.

⁴ Ook de demografische samenstelling van rokers komt overeen tussen de modelberekening en de Gezondheidsenquête.

3.2 Jongeren

In tegenstelling tot het LCDM simuleert het jongerenmodel niet per individu of iemand wel of niet rookt. In plaats daarvan simuleert het model direct het percentage jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt. Hieronder wordt het jongerenmodel toegelicht.

3.2.1 Demografie

Het jongerenmodel houdt rekening met ontwikkelingen in de demografie van de populatie jongeren voor de periode 2019 t/m 2022, op basis van data van het CBS over deze periode [16]. Voor de periode 2023 t/m 2040 zijn prognoses van het CBS gebruikt [17]. Hierbij zijn jongeren uitgesplitst naar geslacht (man/vrouw) en leeftijd. Het model beperkt zich tot de leeftijden 12 t/m 16 jaar, omdat die aansluiten bij de leefstijlcijfers en geformuleerde ambities in het NPA.

3.2.2 Percentage rokers

Het percentage jongeren dat in 2019 de afgelopen maand heeft gerookt, is bepaald per geslacht⁵ (man/vrouw), leeftijd (12 t/m 16 jaar) en kalendertijd [18]. Dit percentage is bepaald uit antwoorden op de vraag of iemand de afgelopen maand heeft gerookt. In het referentiescenario nemen we aan dat dit percentage in de periode van 2019 t/m 2040 exponentieel daalt. In tegenstelling tot het model voor volwassenen neemt het jongerenmodel aan dat deze jaarlijkse procentuele afname niet verschilt per geslacht of leeftijd. De grootte van de jaarlijkse procentuele afname is bepaald op basis van historische data over de periode 2003 t/m 2019⁶[18].

Op 1 januari 2014 is de minimumleeftijd voor de verkoop van tabaksproducten verhoogd van 16 jaar naar 18 jaar [19]. Dit ging gepaard met een sterke daling in het percentage rokende jongeren[18]. Omdat we een dergelijke sterke en impactvolle beleidswijziging in het referentiescenario niet opnieuw verwachten, nemen we de hieraan gerelateerde daling in het aantal rokende jongeren niet mee in de bepaling van de tijdstrend. Daarom is de tijdstrend van het referentiescenario bepaald op basis van twee periodes: één periode die in zijn geheel vóór de wetwijziging ligt (2003 t/m 2011) en één die er in zijn geheel ná valt (2015 t/m 2019). Hierdoor heeft de daling in het percentage rokers tussen 2011 en 2015 géén invloed op de tijdstrend van het referentiescenario.

Het totale percentage rokende jongeren voor de periode 2019 t/m 2040 volgt door het berekende percentage rokers binnen elke leeftijdsgroep jongens en meisjes te combineren met de prognose van de demografische samenstelling van Nederlandse jongeren.

⁵ Er was geen data direct beschikbaar over de percentages rokende jongens en meisjes binnen elke leeftijdsgroep, noch over de totale percentages rokende jongens en meisjes in 2019. Daarom hebben we aangenomen dat de verhouding van de percentages rokende jongens en meisjes *binnen* elke leeftijdsgroep *in 2019* gelijk is aan de verhouding van de *totale* percentages rokende jongens en meisjes *in 2021*. Voor de percentages rokende jongeren *per leeftijd* was wél data van 2019 beschikbaar.

⁶ In principe was het niet de bedoeling om voor de bepaling van de tijdstrend ook het jaar 2019 mee te nemen, omdat 2019 na de invoering van de NPA ligt. Vanwege de beperkte beschikbaarheid aan data is gekozen om dit toch te doen.

3.2.3 *Implementatie van interventiescenario's*

Een interventie kan in het jongerenmodel worden geïmplementeerd door vanaf een bepaald moment in de tijd het percentage rokende jongeren van het referentiescenario aan te passen. Door meerdere aanpassingen aan het percentage rokers te doen, kan het effect van meerdere interventies worden berekend.

4 Methoden: aannames bij de interventiescenario's

In dit hoofdstuk worden de acht door te rekenen interventies beschreven die het resultaat waren van de clustering van NPA-afspraken in het deelakkoord 'roken'. De paragrafen beginnen met een beschrijving waarin staat wat de interventie inhoudt, wat de belangrijkste bijbehorende NPA-afspraken zijn, en wat daarvan de voortgang is. Vervolgens wordt beschreven wat er bekend is over het effect en bereik van de interventies. De paragrafen eindigen met een onderbouwing van en aannames voor de interventiescenario's die voor deze doorrekening zijn opgesteld. Een overzicht van de interventies staat in tabel 4.1, waarbij wordt aangegeven of de impact van de interventie is doorgerekend of niet.

Tabel 4.1 Overzicht van de interventies.

	Doorgerekend voor interventiescenario:			
	Volwassenen		Jeugd	
	RS	OS	RS	OS
Accijnsverhoging tabak (4.1)	✓	✓	✓	✓
Uitstal- en reclameverbod voor rookwaren (4.2)	✓	✓	✓	✓
Neutrale verpakkingen (4.3)	✓	✓	✓	✓
Verminderen verkooppunten tabak (4.4)	✓	✓	✓	✓
Rookvrije (kind)omgevingen (4.5)	✓	✓	✓	✓
Stoppen-met-roken-zorg (4.6)	✓	✓	n.v.t.	n.v.t.
Rookvrije werkomgeving (4.7)	✓	✓	n.v.t.	n.v.t.
Informatievoorziening en campagnes (4.8)	Niet doorgerekend omdat campagnes niet zijn geïntensiveerd sinds het NPA.			

RS: realistisch interventiescenario, OS: optimistisch interventiescenario, ✓: doorgerekend, n.v.t.: niet van toepassing

4.1 Accijnsverhoging tabak

4.1.1 Beschrijving

Een verhoging van de prijs van tabak wordt wereldwijd gezien als één van de meest effectieve maatregelen om tabaksgebruik te verminderen. Vooral bij jongeren en mensen met een lage sociaaleconomische status is het effect van accijnsverhoging groot [20]. Volgens de afspraken van het NPA (zie bijlage 1) is de prijs van een pakje sigaretten van 20 stuks per 1 april 2020 met 1 euro verhoogd [21]. Om substitutie door zelf gerolde sigaretten te beperken, is de accijns op een pakje shag (50 gram) tegelijkertijd met €2,50 verhoogd. De accijns op volumetabak en heatsticks is ook verhoogd [22]. Daarnaast is in het NPA afgesproken dat het kabinet in 2021 een evaluatie zou uitvoeren, alvorens de gemiddelde prijs van een pakje sigaretten verder zou worden verhoogd tot 10 euro in 2023 [21]. In een Kamerbrief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is in december 2022 toegezegd dat er in 2023 en 2024 nog tweemaal accijnsverhogingen zullen worden doorgevoerd, zodat een pakje van 20 sigaretten in 2024 10 euro zal

kosten [23] Dit is een jaar later dan aanvankelijk in het NPA was afgesproken. De eerste accijnsverhoging is in april 2023 doorgevoerd. De accijnsverhoging van 2024 staat in het belastingplan en is goedgekeurd door de Tweede Kamer, maar moet nog door de Eerste Kamer worden goedgekeurd [24]. De prijs van een pakje van 20 sigaretten zal volgens het belastingplan €11,10 gaan bedragen.

4.1.2 *Wat is bekend over het effect van accijnsverhoging?*

4.1.2.1 Volwassenen

Het effect van het verhogen van de accijns op de verkoop van tabak kan worden gemeten middels de prijselasticiteit. In hoge inkomenslanden is de prijselasticiteit van tabak voor volwassenen gemiddeld rond de -0,4 [25, 26], wat betekent dat bij een prijsstijging van 1% de verkoop van rookwaren naar verwachting 0,4% daalt. De helft van dit effect (-0,2%) wordt toegeschreven aan een afname van het aantal rokers, de andere helft aan het roken van minder tabak [27]. Deze effectmaat is in de afgelopen decennia gezien als dé gouden standaard in accijnsonderzoek, en werd ook gebruikt in een maatschappelijke kosten-batenanalyse van tabaksontmoediging, uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, het Trimbos-instituut en het RIVM in 2016 [28].

Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat de betaalbaarheid van tabak niet blijvend afneemt, mede doordat accijnsverhoging geen rekening houdt met inflatie en doordat de inkomens van mensen over de tijd stijgen [25, 29]. Ook kunnen er bij rokers prijsontwijkende gedragingen optreden na een accijnsverhoging. Zo concludeerde het RIVM na de accijnsverhoging van april 2020 dat 8% van de rokers overstapte naar een goedkoper product en dat 4% vaker naar het buitenland ging voor de aanschaf van rookwaren [30].

4.1.2.2 Jongeren

Jongeren zijn gevoeliger voor verhogingen van tabaksprijzen dan volwassenen [20]. Dit komt onder meer doordat jongeren minder besteedbaar inkomen hebben [20]. In het handboek voor tabaksontmoediging van het International Agency for Research on Tobacco Control worden meer dan dertig studies beschreven die het effect van prijsstijgingen van tabak op jongeren samenvatten [20, 25]. Hieruit blijkt dat prijselasticiteiten voor jongeren uiteenlopen van -0,06 tot -1,56, waarbij de meeste waarden tussen -0,5 en -0,9 liggen [20]. In een eerdere kosten-batenanalyse in een Nederlandse setting werd een elasticiteit van -0,6 gebruikt voor jongeren van 15-17 jaar, waarbij de ene helft weer werd toegeschreven aan minder roken (-0,3) en de andere helft (-0,3) aan een daling van het aantal rokers [31]. Dit betekent dat het aantal rokers bij een prijsstijging van 1% met 0,3% afneemt.

4.1.3 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames*

4.1.3.1 Algemeen

Het effect van accijnsverhoging op tabaksaankopen en -gebruik hangt af van de veranderingen in de consumentenprijzen door de maatregel. Het CBS monitort de consumentenprijzen van tabaksproducten middels de consumentenprijsindex (CPI) [32]. Dit is de prijsverandering ten opzichte van een basisjaar. Volgens deze index was de consumentenprijs van tabaksproducten in juli 2020 18,7% hoger dan in

juli 2019 [33]. Dit is met name het gevolg van de accijnsverhogingen op een pakje sigaretten per 1 januari (14 cent) en 1 april 2020 (1 euro) en de prijsverhoging van een pakje shag (2,50 euro) [33]. In 2021 en 2022 was de consumentenprijs van tabaksproducten vrij stabiel. In juli 2023, dus na de volgende accijnsverhoging, was de prijs van tabaksproducten 16% hoger dan een jaar eerder [32]. Volgens het belastingplan van de rijksoverheid kost een pakje van 20 sigaretten in april 2024 €11,10 en een pakje shag €24,62 [24]. Dit komt overeen met een verdere prijsstijging van 23,3% voor sigaretten en 44,8% voor shag. We nemen aan dat gemiddelde prijs voor tabakswaren in juli 2024 30,7% hoger is dan een jaar eerder. Dit is de gemiddelde prijsstijging voor sigaretten en shag, gewogen voor de verhouding tussen het aantal sigarettenrokers (65,5%) en shagrokers (34,5%) [34].

Het RIVM concludeerde na de accijnsverhoging van april 2020 dat 4% van de rokers vaker naar het buitenland ging voor rookwaren [30]. Volgens de geraadpleegde experts zijn de studies naar prijselasticiteit over het algemeen observationeel, en zitten grenseffecten daarom al in de berekening van de prijselasticiteit. Verdere aannames over mogelijke grenseffecten zijn daarom niet nodig.

Er zijn volgens de experts geen gegronde redenen om aan te nemen dat het effect van accijnsverhogingen groter of kleiner zou kunnen zijn dan het effect dat met de prijselasticiteiten wordt berekend. Daarom is het optimistische interventiescenario zowel voor volwassenen als jongeren gelijk aan het realistische interventiescenario.

4.1.3.2 Volwassenen

Het deel van de prijselasticiteit voor tabaksproducten voor volwassenen dat aan de daling in het aantal rokers (-0,2) wordt toegeschreven, is het uitgangspunt in zowel het *realistische* als het *optimistische* interventiescenario. Op basis hiervan nemen we aan dat de rookprevalentie eenmalig daalt met 3,74% na de prijsstijging van 18,7% in 2020. We nemen aan dat vervolgens de rookprevalentie nogmaals eenmalig daalt met 3,2% na de prijsstijging van 16% in 2023. Tot slot nemen we aan dat er nogmaals een eenmalige daling van 6,1% in de rookprevalentie optreedt na de prijsstijging van 30,7% in 2024.

4.1.3.3 Jongeren

Voor jongeren is de prevalentie-elasticiteit uit de eerdere kosten-batenanalyse (-0,3) [31] het uitgangspunt in zowel het *realistische* als het *optimistische* interventiescenario. We nemen aan dat de prijsstijging in 2020 leidt tot een eenmalige daling in de rookprevalentie van 5,6%. We nemen vervolgens aan dat er nogmaals eenmalige dalingen optreden van 4,8% in 2023 en 9,2% in 2024. Een overzicht van de prijsstijgingen en effecten in het realistische en het optimistische scenario voor volwassenen en jongeren staat in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Overzicht van de prijsstijgingen en daling in rookprevalentie voor volwassenen en jongeren.

Prijselasticiteit	Prijsstijging	Daling in de rookprevalentie	
		Volwassenen	Jongeren
		-0,2	-0,3
Juli 2020	18,7%	3,7%	5,6%
Juli 2023	16,0%	3,2%	4,8%
Juli 2024	30,7%	6,1%	9,2%

4.2 Uitstal- en reclameverbod voor rookwaren

4.2.1 Beschrijving

Een uitstalverbod heeft als doel om tabaksproducten bij verkooppunten aan het zicht te onttrekken, zodat niemand op die plekken wordt blootgesteld aan tabaksproducten. De maatregel is met name bedoeld om kinderen niet te verleiden om te gaan roken en om (recente) ex-rokers te helpen niet weer met roken te beginnen [35]. Het niet toestaan van reclame zou ook kunnen bijdragen aan het 'denormaliseren' van roken [36].

Zoals in het NPA afgesproken zijn tabaksproducten en aanverwante producten sinds juli 2020 bij supermarkten uit het zicht gehaald, en sinds januari 2021 ook bij andere verkooppunten [1, 21]. Daarnaast was afgesproken dat gevelreclame en reclame in de winkel met ingang van 2021 ook voor speciaalzaken verboden werden. De wet om reclame aan de voorgevel van en in speciaalzaken te verbieden, is uiteindelijk per 1 juli 2022 in werking getreden. Zoals ook opgenomen in het NPA gelden het uitstalverbod en het verbod op reclame in de winkel niet voor speciaalzaken die alleen rookwaren, rookaccessoires, loten en dagbladen verkopen en niet voor bestaande kleine zaken die meer dan 75% van hun omzet uit tabaksproducten halen. Bijlage 1 geeft alle afspraken weer in het cluster 'Uitstal- en reclameverbod voor rookwaren'.

4.2.2 Wat is bekend over het effect van een uitstal- en reclameverbod voor rookwaren?

Via verschillende mechanismen kan het uitstalverbod op de lange termijn leiden tot een daling van de rookprevalentie [36]. Allereerst geven tabaksdisplays visuele signalen of prikkels af, waardoor rokers en degenen die proberen te stoppen gaan verlangen naar een sigaret. Ook maken tabaksdisplays roken aantrekkelijk, met name voor jongeren, en normaliseren ze roken door hun invloed op de perceptie van roken. Tot slot vergroten tabaksdisplays naamsbekendheid en merkherkenning, en dienen zo als een middel om de verkoop van tabaksproducten te verhogen.

4.2.2.1 Volwassenen

In Engeland is in 2012 een gedeeltelijk uitstalverbod in werking getreden in grote winkels (groter dan 280 m²). Naar het effect hiervan is een herhaald onderzoek onder steeds een nieuwe groep volwassenen uitgevoerd [37]. Uit dit onderzoek bleek dat het aantal rokers significant sterker daalde in de drie jaren na de invoering van het gedeeltelijke uitstalverbod dan in de drie jaren die eraan voorafgingen. Hierbij werd gecorrigeerd voor potentiële versturende factoren (bijvoorbeeld gelijktijdig ander beleid). De daling in het percentage volwassenen dat

wel eens rookt, was 2,07 procentpunt per jaar voor de invoering van het uitstalverbod en 0,46 procentpunt groter na de invoering (95% betrouwbaarheidsinterval: 0,20 tot 0,72). Bij een rookprevalentie in Engeland in 2012 van 20,4% [38], komt de extra daling van 0,46 procentpunt neer op een relatieve extra daling in het percentage rokers van 2,3% per jaar.

In een andere studie in Ierland werd in het jaar na invoering van een uitstalverbod geen significante extra daling in de prevalentie van roken gevonden (vergeleken met de trend van vier jaar daarvoor) [39]. De onderzoekers schreven de afwezigheid van een effect toe aan de relatief korte follow-up duur van één jaar.

Er is geen onderzoek bekend waaruit blijkt hoe lang de effecten van een uitstalverbod kunnen doorwerken.

4.2.2.2 Jongeren

Een studie met data van 25 Europese landen vergeleek de rookprevalentie onder 15- en 16-jarigen in landen mét (Kroatië, Finland, IJsland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk) en landen zonder uitstalverbod [40]. Hieruit bleek dat de odds ratio voor regelmatig roken (één of meer sigaretten per dag) onder jongeren in landen mét versus landen zonder uitstalverbod 0,85 was (95% betrouwbaarheidsinterval: 0,79 tot 0,91). Voor jongeren die minder dan 1 sigaret per dag maar meer dan 1 sigaret per week rookten, was de odds ratio 0,94 (95% betrouwbaarheidsinterval: 0,87 tot 1,03) en niet statistisch significant. Deze resultaten zijn met behulp van de Tobacco Control Scale gecorrigeerd voor de implementatie van andere tabaksmaatregelen. De auteurs geven echter aan dat ze wellicht niet optimaal hebben kunnen corrigeren voor deze andere tabaksmaatregelen, omdat de Tobacco Control Scale versimpelde maten heeft voor bijvoorbeeld tabaksprijs en campagnes. Ook geven ze aan dat ze niet hebben kunnen corrigeren voor lange-termijntrends in roken in de verschillende landen, omdat ze maar in drie jaren hebben gemeten [40].

4.2.3 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames*

4.2.3.1 Volwassenen

De geraadpleegde experts verwachten dat de rookprevalentie en beleidscontext bij invoering van het uitstalverbod in Engeland redelijk vergelijkbaar zijn met de rookprevalentie en beleidscontext in Nederland rondom de invoering van het uitstal- en reclameverbod. De studie in Ierland vond géén effect van het uitstalverbod op het aantal rokers [39]. In afstemming met de geraadpleegde experts nemen we daarom in het *realistische* interventiescenario voor volwassenen aan dat de *extra* daling in de rookprevalentie de helft is van de daling in de studie in Engeland [37]. Dit komt neer op een *extra* daling in rookprevalentie van 1,13% per jaar. Omdat de effecten in deze studie zijn gebaseerd op een periode van drie jaar na de invoering, nemen we aan dat dit effect drie jaar aanhoudt. De daling in rookprevalentie is dan in de jaren 2021 t/m 2023 sterker dan in de drie jaar voor de invoering van het uitstalverbod (2018 t/m 2020).

Er zijn volgens de experts geen gegronde redenen om aan te nemen dat het effect onder bepaalde omstandigheden eventueel groter zou zijn. In het *optimistische* interventiescenario wordt daarom uitgegaan van dezelfde effecten als in het realistische scenario (1,13% extra daling per jaar in het percentage rokers in de drie jaar na invoering van het uitstalverbod). Het uitstalverbod kan het wel blijvend makkelijker maken voor gestopte rokers om het stoppen vol te houden, waardoor het effect langer dan drie jaar zou kunnen aanhouden. De tabaksverkoop in supermarkten wordt in 2024 verboden. Daarmee neemt het aantal verkooppunten vermoedelijk fors af. Het lijkt niet correct om hetzelfde effect toe te passen in een situatie waarin er minder verkooppunten zijn. Daarom gaan we er in het optimistische scenario van uit dat de extra daling in het percentage rokers in het vierde jaar na invoering 50% van het jaarlijks effect in de drie jaar daarvoor is (0,57% extra daling in prevalentie).

4.2.3.2 Jongeren

In het *realistische* interventiescenario voor jongeren baseren we het effect op de resultaten uit de hierboven beschreven studie [40] voor de uitkomstmaat die het meest overeenkomt met de uitkomstmaat voor jongeren in deze doorrekening (roken in de afgelopen maand). Dat is de odds ratio (0,94) voor het roken van minder dan één sigaret per dag, maar meer dan één sigaret per week. In overleg met de experts is besloten om de helft van het oorspronkelijke effect uit de studie te hanteren. Dit is gedaan omdat het effect van het uitstalverbod anders onevenredig groot zou zijn ten opzichte van het effect van de andere NPA-maatregelen. Op basis van de rookprevalentie in het referentiescenario voor verschillende leeftijden vertaalt de odds ratio zich naar prevalentiedalingen bij jongeren van 2,5% tot 3% (afhankelijk van de leeftijd). In overleg met experts wordt aangenomen dat dit effect in drie jaar wordt bereikt (2021-2023). In afstemming met de geraadpleegde experts nemen we in het *optimistische* interventiescenario voor jongeren aan dat het uitstal- en reclameverbod mogelijk langer effect kan hebben, net als bij volwassenen. Net als bij volwassenen nemen we aan dat het effect in het vierde jaar (2024) de helft betreft van het jaarlijks effect in de drie jaren daarvoor (2021 t/m 2023).

4.3 Neutrale verpakkingen

4.3.1 Beschrijving

In het NPA is afgesproken dat de verpakking van sigaretten en shag vanaf 2020 een neutraal uiterlijk krijgt (zie bijlage 1) [1]. Deze wettelijke maatregel is in oktober 2020 ingevoerd [41]. De neutrale verpakkingen hebben allemaal dezelfde onaantrekkelijke kleur, en er mag geen reclame of promotie op staan. Alleen de merknaam en variant mogen in een standaard lettertype en -grootte op de verpakking worden vermeld, naast de gezondheidswaarschuwingen in de vorm van tekst en een afschrikwekkende afbeelding. Deze gezondheidswaarschuwingen waren al verplicht als onderdeel van de nieuwe tabakswet, die in 2016 van kracht werd [42]. De voorraden van al geproduceerde producten zonder waarschuwing mochten tot één jaar na de invoering nog worden verkocht [43]. In het NPA is ook afgesproken dat wordt overwogen om neutrale verpakkingen in 2022 in te voeren voor sigaren en e-sigaretten

[1]. Voor e-sigaretten en sigaren zijn neutrale verpakkingen inmiddels aangekondigd [23], maar het is nog niet bekend wanneer de maatregel ingaat [44].

4.3.2 *Wat is bekend over het effect van neutrale verpakkingen?*

Er is veel wetenschappelijk bewijs dat zowel jongeren als volwassenen neutrale verpakkingen minder aantrekkelijk vinden dan merkpakjes [45]. Daarnaast ervaren rokende jongeren en volwassenen tabak uit neutrale verpakkingen als van slechtere kwaliteit en als minder bevredigend om te roken. Ook vergroten neutrale verpakkingen het bewustzijn dat roken schadelijk is [45]. Er zijn ook positieve effecten gevonden van neutrale verpakkingen op de intentie om te stoppen met roken. Deze effecten zijn echter alleen snel na invoering gevonden en (nog) niet op de langere termijn [45]. In Australië zijn neutrale verpakkingen eind 2012 ingevoerd. In 2013, dus na de invoering van neutrale verpakkingen, gaven significant meer jonge rokers (12-24 jaar) aan dat ze aan stoppen hadden gedacht, of geprobeerd hadden te stoppen met roken (34%) dan vóór de invoering (14% gemeten in 2011) [46].

Direct na de invoering van neutrale verpakkingen in Australië, eind 2012, werd in een andere studie een significante daling in het percentage rokers van 3,7% (95% betrouwbaarheidsinterval: 1,1% tot 6,2%) gevonden [47]. Niet duidelijk is hoe roken precies was gedefinieerd. Hierbij werd gecorrigeerd voor ander beleid, zoals rookvrije omgevingen, grafische gezondheidswaarschuwingen en verhoging van de tabaksaccijns. Wegens een gebrek aan data werd niet gecorrigeerd voor campagnes in massamedia, maar de onderzoekers verwachtten dat dit effect verwaarloosbaar zou zijn in vergelijking met de maatregelen waarvoor wel werd gecorrigeerd.

Eenzelfde soort onderzoek onder jongeren tussen de 14 en 17 jaar vond een (niet-significante) afname van 12,1% (95% betrouwbaarheidsinterval: -4,8% tot 26,2%) in het percentage rokers na invoering van neutrale verpakkingen [48]. Ook hier werd voor hetzelfde al geldende beleid gecorrigeerd (rookvrije omgevingen, grafische gezondheidswaarschuwingen en verhoging van de tabaksaccijns). Ook deze studie corrigeerde niet voor campagnes in massamedia.

Het Trimbos-instituut concludeert in een factsheet dat er onvoldoende bewijs is om te stellen dat invoering van generieke verpakkingen als op zichzelf staande maatregel een direct effect heeft op het percentage rokers [45].

4.3.3 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames*

4.3.3.1 Algemeen

De geraadpleegde experts gaven aan dat de twee Australische studies naar prevalentiedalingen bij volwassenen en jongeren methodologische tekortkomingen hebben. Ook is de context van Australië lastig te vergelijken met die van de Nederland. In 2012 werden in Australië veel maatregelen tegelijkertijd ingevoerd. Het is lastig om te corrigeren voor het effect dat die andere maatregelen op zichzelf en in combinatie met elkaar hebben gehad. Net als in de factsheet van het Trimbos-instituut is

benoemd [45], is volgens de experts geen onafhankelijk effect van neutrale verpakkingen op prevalentie te verwachten. In combinatie met andere maatregelen kan het uiteindelijk wel een effect hebben. Verder dragen neutrale verpakkingen volgens de experts bij aan de denormalisatie van roken. In overleg met de experts nemen we daarom aan dat neutrale verpakkingen een klein effect hebben op de rookprevalentie. Deze effecten worden gebaseerd op de daling in het percentage volwassen rokers na de invoering van neutrale verpakkingen in Australië [47].

4.3.3.2 Volwassenen,

In het *realistische* interventiescenario nemen we in overleg met de experts aan dat er van de 3,7% prevalentiedaling bij volwassenen in Australië 10% overblijft (een daling van 0,37%). In lijn met de interventiescenario's voor het uitstalverbod (zie paragraaf 4.2) wordt op aanraden van de experts verondersteld dat dit effect over een periode van drie jaar wordt behaald (in de jaren 2021-2023).

In het *optimistische* interventiescenario zwakken we het effect in overleg met de experts minder af. In het optimistische interventiescenario nemen we aan dat het effect in Nederland 20% is van het oorspronkelijke effect van 3,7% in Australië. Dit komt neer op een daling in de rookprevalentie onder volwassenen van 0,73%. Net als in het realistische scenario nemen we aan dat dit effect over een periode van drie jaar wordt behaald (in de jaren 2021-2023).

4.3.3.3 Jongeren

In overleg met de geraadpleegde experts nemen we zowel in het *realistische* als in het *optimistische* interventiescenario aan dat het effect voor jongeren gelijk is aan dat voor volwassenen. Dit ondanks het feit dat de uitkomstmaat voor jongeren (roken in de afgelopen maand) anders is dan de uitkomstmaat voor volwassen ('wel eens' roken).

4.4 Verminderen verkooppunten tabak

4.4.1 Beschrijving

Een hogere dichtheid van verkooppunten kan leiden tot een hogere tabaksconsumptie door brede beschikbaarheid, waardoor kleinere investeringen (tijd, geld) nodig zijn om tabak te verkrijgen [49]. Een vermindering van tabaksverkooppunten is bedoeld om kinderen, ex-rokers en mensen die een stoppoging doen minder vaak met tabak in aanraking te laten komen [23]. Verder zou de concurrentie tussen verschillende verkooppunten door een kleiner aantal verkooppunten kunnen verminderen. Daardoor zijn verkopers wellicht minder geneigd de prijs van tabak te verlagen of minder strikt te handhaven op de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten [50]. Het verminderen van verkooppunten van tabak zou eveneens kunnen leiden tot (een verdere) denormalisatie van roken.

Alle afspraken in het NPA gericht op het verminderen van verkooppunten staan vermeld in bijlage 1. Er is afgesproken dat het aantal verkooppunten van tabak de komende jaren geleidelijk wordt verminderd. Automaatverkoop is sinds 1 januari 2022 verboden [51]. De verkoop via internet was in 2020 verwaarloosbaar in vergelijking met

de andere verkooppunten, en is sinds 1 juli 2023 verboden, waardoor een verschuiving naar online kanalen niet meer mogelijk zou moeten zijn [23, 52]. Met ingang van 2030 zal de verkoop van tabak alleen zijn voorbehouden aan tabaks- en gemakszaken en vanaf 2032 alleen aan tabaksspeciaalzaken [23].

Ook de afspraak dat in 2020 ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg zijn naar een Rookvrije Generatie draagt bij aan het verminderen van het aantal tabaksverkooppunten. Als onderdeel van rookvrij beleid kunnen zij namelijk kiezen om te stoppen met de verkoop van tabaksproducten [1]. Inmiddels zijn twee bedrijven uit de top 100 van grootste bedrijven gestopt met de verkoop van tabak (KLM en NS/Prorail) [41].

4.4.2 *Wat is bekend over het effect van het verminderen van verkooppunten?*

Er zijn verbanden bekend tussen de dichtheid van verkooppunten en rookprevalentie voor zowel volwassenen als jongeren [50]. Dit soort studies maken het echter niet mogelijk uitspraken te doen over de gevolgen van vermindering van het aantal verkooppunten voor de prevalentie van roken. Het is namelijk lastig te bepalen of een groter aantal verkooppunten in een omgeving er voor zorgt dat meer mensen gaan roken, of dat een groot aantal rokers in een omgeving leidt tot het ontstaan van een groter aantal verkooppunten [50].

In een meta-analyse van elf studies onder adolescenten was een hogere dichtheid van verkooppunten geassocieerd met een hogere prevalentie van roken in de afgelopen maand (een odds ratio van 1,1 voor hoge versus lage verkooppuntendichtheid. 95% betrouwbaarheidsinterval: 1,0 tot 1,1) [53]. Een andere meta-analyse onder volwassenen vond ook een positief verband [54]. De auteurs van deze meta-analyse vergeleken de effectschattingen met die uit de meta-analyse voor adolescenten, en concludeerden dat het verband tussen verkooppuntendichtheid en rookprevalentie voor adolescenten iets minder sterk was dan voor volwassenen.

In een onderzoek dat is uitgevoerd naar de beperking van verkooppunten van tabak tot speciaalzaken in Nederland, wordt aangenomen dat het aantal rokers in Nederland met elke 10% vermindering van het aantal verkooppunten met 0,5 tot 1% afneemt [55]. Deze aanname is volgens de onderzoekers gebaseerd op een relatief beperkt aanbod van wetenschappelijke literatuur over dichtheid van verkooppunten in relatie tot rookprevalentie, in combinatie met expertopinionies.

4.4.3 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames.*

4.4.3.1 Algemeen

Nederland telde volgens een ander recent onderzoek eind 2019 15.761 verkooppunten voor tabaksproducten [52]. Supermarkten vormden hiervan het grootste deel (41%, n=6.441), gevolgd door tabaksautomaten (36%, n=5.650), tankstations (13%, n=2.094) en tabaks- en gemakszaken inclusief tabaksspeciaalzaken (10%, n=1.576). Van de tabaks- en gemakszaken is ongeveer 16% een tabaksspeciaalzaak die zich vrijwel exclusief richt op de verkoop van tabaksproducten.

Het onderzoek naar de impact van het verminderen van tabaksverkooppunten op het percentage rokers in Nederland [55] gebruikt drie scenario's voor het aantal supermarkten dat mogelijk een tabaksspeciaalzaak zal beginnen na het verkoopverbod in supermarkten. Het "lage" scenario gaat ervan uit dat dit niet gebeurt. Het "midden" scenario gaat ervan uit dat uiteindelijk 800 (12,5%) van de supermarkten die geen tabakswinkel in de buurt hebben, een positieve businesscase hebben en een tabaksspeciaalzaak zullen beginnen. Het "hoge" scenario gaat ervan uit dat 1.500 supermarkten een tabaksspeciaalzaak zullen beginnen. De onderzoekers achten de kans nihil dat tankstations en gemakzaken zich gaan omvormen tot tabaksspeciaalzaak, omdat marges op tabak gering zijn, wat de winstgevendheid van een tabaksspeciaalzaak beperkt. De bovengenoemde scenario's vormen de basis voor de aannames voor eventueel marktherstel na het verbod van verkoop in supermarkten.

In afstemming met de geraadpleegde experts is de vuistregel uit de scenariostudie van Kok et al. [55] overgenomen, waarbij 10% vermindering in verkooppunten leidt tot 0,5% tot 1% minder volwassen rokers. In lijn met de maatschappelijke kosten-batenanalyse van tabaksmaatregelen die in 2016 is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, het Trimbos-instituut en het RIVM gaan we bij elke daling van verkooppunten uit van een eenmalige daling in het percentage rokers in het jaar van invoering [28].

4.4.3.2 Volwassenen

In het *realistische* interventiescenario voor volwassenen nemen we aan dat de markt zich mogelijk (deels) aanpast door middel van het ontstaan van nieuwe verkooppunten. We gaan hierbij uit van het "midden" scenario van Kok et al. [55], waarbij 800 supermarkten (12,5%) na het verbod op de verkoop van tabak in supermarkten een tabaksspeciaalzaak zullen beginnen. In het realistische interventiescenario nemen we verder voor alle verkooppunten (behalve tabaksautomaten) aan dat het effect gelijk is aan de ondergrens van de vuistregel van Kok et al.: een vermindering van het aantal verkooppunten met 10% (ten opzichte van de meting in 2019) leidt tot 0,5% minder volwassen rokers. Dit effect is volgens de geraadpleegde experts echter te groot om ook toe te passen op het verbod van tabaksautomaten. Die vormen namelijk een groot deel van de verkooppunten, maar er wordt relatief weinig tabak uit verkocht. Daarom nemen we aan dat het effect voor tabaksautomaten de helft is van het effect voor de andere soorten verkooppunten (dus 10% minder automaten leidt tot 0,25% minder volwassen rokers).

In het *optimistische* interventiescenario nemen we - net als Kok et al. [55] in hun "lage" scenario - aan dat er bij sluiting van verkooppunten geen nieuwe alternatieve verkooppunten zullen worden geopend. In het optimistische interventiescenario nemen we verder voor alle verkooppunten, behalve tabaksautomaten, aan dat het effect gelijk is aan de bovengrens van de vuistregel van Kok et al.: een vermindering van het aantal verkooppunten met 10% (ten opzichte van de meting in 2019) leidt tot 1% minder volwassen rokers. Net als in het realistische interventiescenario nemen we aan dat voor tabaksautomaten het effect

de helft is van dat van de andere verkooppunten (dus 10% vermindering leidt tot 0,5% minder volwassen rokers).

Tabel 4.3 geeft voor het realistische scenario de vermindering van het aantal verkooppunten en de verwachte invloed op de rookprevalentie onder volwassenen weer. In tabel 4.4 staan deze gegevens voor het optimistische scenario weergegeven.

Tabel 4.3 Realistisch interventiescenario voor de vermindering van het aantal verkooppunten en de invloed daarvan op de daling in rookprevalentie.

Realistisch interventiescenario

Geen verkoop meer via	Per	Afname verkooppunten ten opzichte van 2019 (n=15.761)	Daling rookprevalentie (%)
Kiosken en stations-huiskamers	1-4-2020	136 (0,86%)	0,04%
Albert Heijn To Go's op stations	1-1-2021	45 (0,29%)	0,01%
Automaten	1-1-2022	5.650 (35,85%)	0,90%
Supermarkten	1-7-2024	5.596 (35,51%) ^a	1,78%
Tankstations	1-1-2030	2.094 (13,29%)	0,66%
Tabaks- en gemakszaken (exclusief tabaks-speciaalzaken)	1-1-2032	1.188 (7,54%) ^b	0,38%

a) Van het aantal supermarkten zijn de Albert Heijn To Go's op stations afgetrokken; deze vallen onder supermarkten en zijn in 2021 al gestopt met de verkoop van tabak.

b) Hier wordt aangenomen dat kiosken en stationshuiskamers onder Tabaks- en Gemakszaken vallen. Ze zijn van de tabaks- en gemakszaken afgetrokken, omdat ze in 2020 al waren gestopt met de verkoop van tabak. De tabaksspeciaalzaken zijn ook van de Tabaks- en gemakszaken afgetrokken, omdat ze na 2032 tabak blijven verkopen.

Tabel 4.4 Optimistisch interventiescenario voor de vermindering van het aantal verkooppunten en de invloed daarvan op de daling in rookprevalentie.

Optimistisch interventiescenario

Geen verkoop meer via	Per	Afname verkooppunten ten opzichte van 2019: n=15.761	Daling rookprevalentie (%)
Kiosken en stations-huiskamers	1-4-2020	136 (0,86%)	0,09%
Albert Heijn To Go's op stations	1-1-2021	45 (0,29%)	0,03%
Automaten	1-1-2022	5.650 (35,85%)	1,79%
Supermarkten	1-7-2024	6.396 (40,58%) ^a	3,55%
Tankstations	1-1-2030	2.094 (13,29%)	1,33%
Tabaks- en gemakszaken (exclusief tabaks-speciaalzaken)	1-1-2032	1.188 (7,54%) ^b	0,75%

a) Van het aantal supermarkten zijn de Albert Heijn To Go's op stations afgetrokken; deze vallen onder supermarkten en zijn in 2021 al gestopt met de verkoop van tabak

b) Hier wordt aangenomen dat kiosken en stationshuiskamers onder Tabaks- en Gemakszaken vallen. Ze zijn van de tabaks- en gemakszaken afgetrokken, omdat ze in 2020 al waren gestopt met de verkoop van tabak. De tabaksspeciaalzaken zijn ook van de Tabaks- en gemakszaken afgetrokken, omdat ze na 2032 tabak blijven verkopen.

4.4.3.3 Jongeren

De geraadpleegde experts geven aan dat het lastig is om in te schatten of het effect van minder verkooppunten groter of kleiner zou moeten zijn voor jongeren dan voor volwassenen. We nemen daarom zowel in het *realistische* als het *optimistische* interventiescenario voor jongeren aan dat het effect gelijk is aan dat voor volwassenen. Dit ondanks het gegeven dat de uitkomstmaat voor jongeren (roken in de afgelopen maand) anders is dan de uitkomstmaat voor volwassenen ('wel eens' roken). De aannames over de afname in het aantal verkooppunten en eventuele marktaanpassingen zijn ook gelijk aan die voor volwassenen.

4.5 Rookvrije (kind)omgevingen

4.5.1 *Beschrijving*

Jongeren zijn gevoelig voor voorbeeldgedrag, en een rookvrije omgeving creëert een situatie waar niet-roken de norm is [19]. Om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken en om het voor rokers makkelijker te maken om te stoppen of gestopt te blijven, richt het NPA zich onder meer op het realiseren van rookvrije (kind)omgevingen [1]. Zo is afgesproken dat in 2020 alle schoolpleinen, speeltuinen, kinderopvanglocaties en kinderboerderijen rookvrij zijn. De schoolpleinen zijn vanaf 1 augustus 2020 wettelijk rookvrij gemaakt [21]. In 2022 was 81% van de beheerde speeltuinen (403 van de 498) en circa 95% van de 17.000 kinderopvanglocaties rookvrij⁷. Eind 2022 waren er 335 kinderboerderijen rookvrij (84%) [56].

Verder is in het NPA afgesproken dat 2.500 buitensportverenigingen in 2020 rookvrij zijn. In 2025 moet dit gelden voor alle sportverenigingen [1]. In 2022 waren minstens 2.174 sportverenigingen geheel of gedeeltelijk rookvrij. NOC*NSF verwacht dat dit aantal in werkelijkheid een stuk hoger ligt, aangezien dit aantal alleen aangeeft hoeveel sportverenigingen 'rookvrij'-borden aankopen of zich actief hebben gemeld bij de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij¹. Alle NPA-afspraken over rookvrije (kind)omgevingen staan in bijlage 1.

4.5.2 *Wat is bekend over het effect van rookvrije (kind)omgevingen*

Er zijn bijna alleen studies gevonden over het effect van een rookvrij schoolbeleid en rookvrije schoolpleinen op de rookprevalentie onder jongeren. Voor andere locaties waar veel jongeren komen is weinig bruikbare literatuur gevonden. Er zijn vooral studies verschenen die onderzoek doen naar de effecten van rookvrije (kind)omgevingen op bijvoorbeeld meeroken of rookgedrag op die specifieke locatie.

Een Europese studie onder 10.325 scholieren van 14 tot 17 jaar oud in zes Europese landen, waaronder Nederland, vond dat er minder vaak werd gerookt op terreinen van scholen waar een sterker rookvrij beleid van kracht was [57]. Er was echter geen verband tussen het rookvrij beleid van de school en het dagelijks roken door leerlingen (ten minste 1 sigaret per dag in de afgelopen maand, onafhankelijk van de locatie). Rookvrij beleid bestond uit rookvrije locaties, maar ook uit tabaksreclameverboden, en is dus breder dan alleen een verbod op roken op het schoolplein.

⁷ Deze (voortgangs)informatie over 2022 is uitgevraagd bij de betreffende NPA-partij,

Een Nederlandse studie onder 7.733 middelbare scholieren vond geen verband tussen de invoering van rookverboden op buitenterreinen van scholen en het percentage leerlingen dat 18 maanden daarna aangeeft ooit te hebben gerookt [58]. De onderzoekers schreven dit resultaat toe aan de korte opvolgperiode, omdat rookvrij beleid doorwerkt via intermediaire uitkomsten, zoals de sociale norm. Ook verklaren zij het uitblijven van een effect door mogelijk onvoldoende handhaving en door het feit dat leerlingen vaker buiten de schoolterreinen gingen roken.

Uit een recente Nederlandse studie blijkt verder dat 65% van de volwassen rokers die afgelopen jaar minstens één keer een rookvrije buitenruimte bezochten nooit rookt als zij daar zijn [59]. Van de rokers geeft 23% aan dat zulke omgevingen helpen om minder te roken, en 18% geeft aan dat zulke omgevingen hen stimuleren om te stoppen met roken. Er is in dit onderzoek echter niet onderzocht wat de effecten zijn van rookvrije omgevingen op het daadwerkelijk stoppen met roken.

4.5.3 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames*

4.5.3.1 Algemeen

De hierboven beschreven studies zijn niet bruikbaar om het effect van rookvrije (kind)omgevingen op roken in te schatten, zowel voor jongeren als voor volwassenen. De effecten in de interventiescenario's zijn in overleg met de geraadpleegde experts gebaseerd op de effecten van het verbieden van rookruimtes op de werkplek. De geraadpleegde experts schatten dat het effect van rookvrije (kind) omgevingen voor volwassenen de helft is van het effect van het verbieden van rookruimtes op de werkplek (zie paragraaf 4.7). Dit omdat volwassenen veel minder tijd doorbrengen in rookvrije (kind)omgevingen dan op de werkplek.

Ook vóór de ondertekening van het NPA waren er al rookvrije (kind)omgevingen. Een deel van het effect van rookvrije (kind)omgevingen is daarom al terug te zien in het referentiescenario. In 2018 was het percentage rookvrije schoolterreinen (po, vo en mbo), kinderboerderijen, speeltuinen en sportverenigingen respectievelijk 80%, 62%, 14%, 20%, 30% en 28% [21]. Op basis van het gemiddelde van deze percentages was 39% van de (kind)omgevingen in 2018 al rookvrij.

Het kabinet is voornemens het wettelijke rookverbod in 2025 uit te breiden met plekken waar 'veel kinderen' komen, zoals speeltuinen en sportparken [23]. Daarom wordt zowel in het *realistische* als in het *optimistische* interventiescenario aangenomen dat in 2025 nagenoeg alle (kind)omgevingen rookvrij zullen zijn.

4.5.3.2 Volwassenen

In lijn met de voortgangsinformatie wordt aangenomen dat in 2019 45%, in 2020 86%, in 2021 90% en in 2022 92% van de (kind)omgevingen rookvrij was. Dit gemiddelde is gebaseerd op de percentages rookvrije kinderboerderijen, speeltuinen, sportverenigingen, kinderdagopvanglocaties en schoolterreinen van po, vo en mbo. In het *realistische* interventiescenario is vervolgens aangenomen dat het percentage rookvrije (kind)omgevingen tot 2025 lineair toeneemt tot 100%. In het *realistische* interventiescenario is aangenomen dat het

effect van rookvrije (kind)omgevingen voor volwassenen de helft is van het effect van het verwijderen van rookruimtes op de werkplek (0,5*0,4% daling in de rookprevalentie, zie paragraaf 4.7.4). Omdat 39% van de (kind)omgevingen al rookvrij was voordat de NPA-afspraken werden vastgelegd, en omdat de handhaving van rookvrije (kind)omgevingen niet 100% optimaal zal zijn, is dit effect nogmaals verminderd met 39% (naar een 0,12% daling in de rookprevalentie).

In het *optimistische* interventiescenario wordt aangenomen dat de ontwikkeling in het aantal rookvrije (kind)omgevingen gelijk is aan die in het realistische interventiescenario. Net als bij de interventiescenario's voor het verwijderen van rookruimtes op de werkplek wordt verder aangenomen dat er in de toekomst beter wordt gehandhaafd op het rookvrij zijn van (kind)omgevingen. Ook wordt verondersteld dat het door normverandering (steeds) minder wordt geaccepteerd om te roken op plekken waar veel kinderen komen. In het optimistische interventiescenario is daarom aangenomen dat het effect anderhalf keer zo groot is als in het realistische interventiescenario (dus een daling van 0,18% in de rookprevalentie voor volwassenen).

4.5.3.3 Jongeren

In de interventiescenario's voor jongeren wordt aangenomen dat de ontwikkeling in het aantal rookvrije (kind)omgevingen gelijk is aan die in de interventiescenario's voor volwassenen. Omdat kinderen meer tijd doorbrengen op de locaties die met de NPA-afspraken in dit cluster rookvrij worden gemaakt, wordt zowel voor het *realistische* als het *optimistische* interventiescenario aangenomen dat het effect van de rookvrije (kind)omgeving voor jongeren twee keer zo groot is als voor volwassenen. Verder is aangenomen dat het effect naar jongeren is te vertalen, ondanks dat de uitkomstmaat voor jongeren (roken in de afgelopen maand) anders is dan de uitkomstmaat voor volwassenen ('wel eens' roken). In het *realistische* interventiescenario is daarom aangenomen dat de prevalentiedaling 0,24% is. In het *optimistische* interventiescenario is de daling anderhalf keer zo groot (0,36%).

4.6 Stoppen-met-roken-zorg

4.6.1 Beschrijving

Vier op de vijf rokers willen stoppen met roken, maar rokers hebben vaak een aantal stoppogingen nodig voor het hen lukt om definitief te stoppen [23]. De kans dat een roker blijvend stopt, is groter als hij of zij gebruik maakt van effectieve stoppen-met-roken-zorg (SMR-zorg) [60, 61]. Binnen het thema 'effectieve en toegankelijke stoppen-met-roken-zorg' van het NPA is een van de doelstellingen dat 50% van de rokers een serieuze stoppoging doet in 2020, en dat een op de vijf daarbij gebruik maakt van effectieve zorg. Onder een serieuze stoppoging wordt verstaan dat de roker een stoppoging doet waarbij hij of zij langer dan 24 uur niet rookt [41]. Veel van de afspraken binnen het thema 'effectieve en toegankelijke SMR-zorg' zijn erop gericht om rokers vaker en beter naar effectieve SMR-zorg toe te leiden, zonder financiële drempels (zie bijlage 1). Dit wordt onder meer gedaan door het ontwikkelen van richtlijnen en zorgpaden [1]. Ook is afgesproken dat eerstelijns SMR-programma's niet langer ten koste gaan van het verplichte eigen risico [1, 23]. Sinds 2006 zijn deze programma's

opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering (met uitzondering van het jaar 2012) [62]. De vrijstelling van het eigen risico geldt sinds 2020. Rokers krijgen één behandeling per kalenderjaar vergoed [63]. De meeste zorgverzekeraars stellen als voorwaarde voor vergoeding dat de SMR-begeleiding bestaat uit bewezen effectieve programma's [64].

Zoals afgesproken in het NPA bieden verschillende bedrijven en organisaties verder SMR-zorg aan als deel van hun rookvrij-beleid (onder meer NS, ProRail, RET, ABN AMRO, KPN en de rijksoverheid als werkgever) [21]. Het is echter niet altijd bekend hoeveel werknemers van die bedrijven er gebruik van maken. Uit de voortgangsrapportages van het NPA [21, 41] blijkt dat slechts een klein aantal werknemers van de rijksoverheid (72 in 2021) gebruikt maakte van de aangeboden SMR-trainingen. Dat zijn er nog minder bij ABN AMRO en KPN (60 werknemers in de jaren 2019 t/m 2021). Voor 2022 gaf ABN AMRO aan dat er minder dan vijf mensen hebben meegedaan met het SMR - programma en dat het daarom is stopgezet. Voor KPN zijn er geen gegevens over 2022 beschikbaar. Verder is afgesproken dat bedrijfsartsen vanaf 2020 roken meenemen in alle contacten die zij met werknemers hebben [21]. In 2018, bij de start van het NPA, werd geschat dat dit in minder dan 5% van de contacten gebeurde. In 2021 en in 2022⁸ werd dit percentage op 30% van de contacten geschat [21]. Hierbij werd ook een SMR-advies gegeven.

Hoewel er geen leeftijdsgrens is gedefinieerd voor de vergoeding van SMR-zorg, lijken de SMR-programma's uit het NPA zich niet specifiek te focussen op rokers onder de 18 jaar. Dit is bevestigd door een geraadpleegde SMR-expert. Voor de doorrekening wordt er daarom vanuit gegaan dat SMR-zorg alleen gericht is op volwassen rokers.

4.6.2 *Wat is bekend over het effect van SMR-zorg?*

Volgens de NHG-behandelrichtlijn 'Stoppen met Roken' zijn met een intensieve gedragsmatige interventie, inclusief medicatie (zoals bijvoorbeeld bupropion of varenicline) na minimaal 6 maanden stoppercentages van circa 20% te behalen [60]. Dit betekent dat één op vijf mensen door de interventie na minimaal zes maanden nog succesvol is gestopt met roken. Een in deze richtlijn beschreven review van 49 interventie-onderzoeken vond dat met individuele gedragsmatige interventies zonder medicatie na 5-18 maanden een stoppercentage van 11% werd behaald [65].

4.6.3 *Wat is bekend over het bereik van SMR-zorg?*

In 2018 deed 36,9% van de volwassen rokers een serieuze stoppoging [66] en van hen maakte 20% gebruik van zorg (7,4% van de rokers deed dus een stoppoging met zorg; zie tabel 4.5) [21, 41]. Het percentage stoppers dat gebruik maakt van zorg omvat rokers die gebruik maken van nicotinevervangende middelen, professionele hulp en/of medicatie. Er is niet precies bekend van wat voor professionele hulp gebruik is gemaakt en of dit effectieve programma's betreft. Verder is ook het gebruik van nicotinevervangende middelen die door rokers zelf zijn aangeschaft meegenomen in de cijfers. Het is op basis van deze

⁸ Deze (voortgangs)informatie over 2022 is uitgevraagd bij de betreffende NPA-partij.

gegevens daarom niet precies bekend hoeveel rokers stoppen met behulp van *effectieve* zorg.

In 2020 deed 35,6% van de volwassen rokers een serieuze stoppoging, en in 2022 35,9% [67, 68]. Daarbij maakte in 2020 26% van de stoppers gebruik van zorg (9,3% van alle rokers) [21]. Het percentage dat in 2022 gebruik maakte van SMR-zorg is niet bekend. Op basis van deze cijfers is het aantal rokers dat een serieuze stoppoging deed met behulp van zorg tussen 2018 en 2020 dus met 1,9 procentpunt toegenomen (9,3% min 7,4%).

Tabel 4.5 Aantal rokers dat per jaar een serieuze stoppoging doet en aantal rokers dat een stoppoging doet met behulp van zorg.

Jaar	2018	2020	2022
Percentage rokers dat een serieuze stoppoging doet	36,9	35,6	35,9
Percentage rokers dat een stoppoging doet met behulp van zorg	7,4	9,3	?*

* Dit percentage is (nog) niet bekend.

Ook declaratiegegevens van Vektis geven inzicht in de toename van het aantal rokers dat met behulp van effectieve zorg een stoppoging doet [69]. Analyse van deze data geeft aan dat tussen 2017 en 2019 gemiddeld 18.650 personen per jaar (circa 0,6% van de rokers) SMR-zorg via de huisarts en/of andere zorgprofessionals vergoed kregen. In 2020 en 2021 waren dit gemiddeld 46.400 personen per jaar (circa 1,6% van de rokers). Het gemiddelde jaarlijkse aantal rokers dat SMR-zorg vergoed kreeg, is na de invoering van de vrijstelling van het eigen risico dus met 27.750 personen (één procentpunt) toegenomen. Deze getallen onderschatten waarschijnlijk het aantal personen dat SMR-zorg vergoed heeft gekregen, omdat volgens Vektis niet alle SMR-declaraties bij hen worden aangeleverd [69]. Het is onbekend hoe compleet de Vektis-data zijn.

4.6.4 Interventiescenario's: onderbouwing en aannames

4.6.4.1 Algemeen

Uit analyse van de declaratiegegevens van Vektis blijkt dat er sinds 2019 bij vergoede SMR-zorg in de meeste gevallen (91%) alleen gebruik wordt gemaakt van gedragsmatige ondersteuning. In de overige 9% van de gevallen wordt gebruik gemaakt van gedragsmatige ondersteuning in combinatie met medicatie en/of nicotinevervangende middelen (NVM) [69]. Aangenomen wordt dat deze verhouding tussen verschillende typen SMR-zorg over de jaren 2019 t/m 2040 constant blijft.

Voor zowel het *realistische* als het *optimistische* interventiescenario wordt uitgegaan van de stoppercentages die in de NHG-behandelrichtlijn worden genoemd [60]. Dat betekent dat wordt uitgegaan van een stoppercentage van 11% bij alleen gedragsmatige ondersteuning en van een stoppercentage van 20% bij gedragsmatige ondersteuning in combinatie met medicijnen en/of NVM⁹.

⁹ Deze stoppercentages worden omgerekend naar aanpassingen van de stopkansen die voor het referentiescenario in het model worden gebruikt. Zie de online bijlage [2023-0413-bijlage-roken](#) voor meer details.

Verder wordt aangenomen dat rokers die via bedrijven meedoen aan of via bedrijfsartsen voor SMR-zorg worden doorverwezen, terugkomen in de getallen over de aantallen rokers die stoppen.

4.6.4.2 Realistisch interventiescenario

Het *realistische* interventiescenario gaat uit van de laagste (dus conservatieve) schatting voor de toename van het aantal rokers dat sinds 2018 een stoppoging doet met SMR-zorg. Dit is de schatting op basis van de declaratiegegevens van Vektis (één procentpunt toename). Niet de gehele toename is echter toe te schrijven aan de NPA-afspraken voor betere SMR-zorg. Er zijn in 2020 namelijk ook andere maatregelen genomen om roken te ontmoedigen, zoals een accijnsverhoging, waardoor het aantal stoppogingen (met effectieve zorg) kan toenemen. In overleg met de geraadpleegde experts is daarom aangenomen dat 50% van de toename (0,5 procentpunt) komt doordat SMR-zorg sinds 2020 is vrijgesteld van het eigen risico, en door de andere NPA-afspraken op het thema SMR-zorg.

Volgens de geraadpleegde experts verbetert de toeleiding naar SMR-zorg en het aanbod van effectieve SMR-programma's in de toekomst waarschijnlijk door alle NPA-afspraken over SMR-zorg. Daarom is in het realistische interventiescenario aangenomen dat het *extra* percentage rokers dat jaarlijks gebruik maakt van SMR-zorg (ten opzichte van het referentiescenario) lineair toeneemt van 0,5% van de rokers in 2020 tot 1% van de rokers in 2040 (een verdubbeling).

4.6.4.3 Optimistisch interventiescenario

In het *optimistische* interventiescenario wordt uitgegaan van de grotere toename van het aantal rokers dat een stoppoging doet met SMR-zorg, dat gebaseerd is op de schattingen uit tabel 4.5 (1,9 procentpunt toename). Net als in het realistische interventiescenario is op basis van expertadvies aangenomen dat 50% van de *extra* rokers in 2020 een stoppoging deed als gevolg van de NPA-afspraken over SMR-zorg (dus 0,95 procentpunt meer rokers). In samenspraak met de experts is in het optimistische interventiescenario aangenomen dat het percentage *extra* rokers dat jaarlijks gebruik maakt van SMR-zorg (ten opzichte van het referentiescenario) als gevolg van verdere verbetering in de toeleiding naar SMR-zorg en het aanbod van SMR-zorg in de toekomst lineair toeneemt van 0,95% van de rokers in 2020 tot 2,85% van de rokers in 2040 (een verdrievoudiging).

4.7 Rookvrije werkomgeving

4.7.1 Beschrijving

Sinds 2004 is roken op de werkplek binnen verboden [70]. Op dit verbod was een uitzondering van toepassing voor rookruimtes, waar nog wel mocht worden gerookt [71]. In het NPA zijn verschillende afspraken gemaakt die er op zijn gericht om werkplekken nog verder rookvrij te maken (zie bijlage 1). Deze afspraken vallen binnen twee thema's in het deelakkoord over roken: Rookvrije zorg (werkplekken voor zorgpersoneel) en Rookvrije organisatie (werkplekken van werknemers binnen specifieke bedrijven). Het verschilt per bedrijf en per sector hoe het rookvrij-beleid er precies uit ziet [21, 41]. Zo hanteert een deel van de zorginstellingen een zelf-audit ,waarmee een score wordt bepaald die

volgens de "Global Network for Tobacco Free Health Care" leidt tot een gouden, zilveren of bronzen status [21]. Naast alle afspraken die bedrijven en sectoren in het NPA hebben gemaakt, is er ook landelijk geldende wetgeving uit het NPA voortgekomen. Zo zijn de rookruimtes in (semi)overheids- en openbare gebouwen (waaronder 210 rijkskantoren) per 1 juli 2021 gesloten. Sinds 1 januari 2022 is dit het geval voor het gehele bedrijfsleven [21].

4.7.2 *Wat is bekend over het effect van de rookvrije werkplek?*

Een Nederlandse modellerstudie (gebruikmakend van het zogenaamde SimSmoke model) uit 2011 gaat uit van 6% reductie in de rookprevalentie in het jaar van invoering, als een rookverbod op de werkplek in alle ruimtes wordt ingevoerd [31]. Als een rookruimte wordt toegestaan, dan wordt uitgegaan van 2% reductie in de rookprevalentie. Als handhaving en/of een mediacampagne rondom het verbod ontbreken, dan kan de effectiviteit van het rookverbod op de werkplek volgens de Nederlandse modellerstudie tot 50% afnemen. De effectmaten in het Nederlandse SimSmoke model zijn gebaseerd op literatuurreviews, adviezen uit een expertpanel en modelvalidatie. Ze betreffen de hele populatie (dus niet alleen de werkenden) [31].

4.7.3 *Wat is bekend over het bereik van de rookvrije werkplek?*

In 2021 en 2022 zijn in de werkomgevingen in de publieke en private sector alle (nog bestaande) in pandige rookruimtes bij wet verboden [21, 41]. In principe ondervinden daarom na 2022 alle rokende werkende Nederlanders bij wie op het werk eerder nog een rookruimte aanwezig was het effect van het sluiten van de rookruimtes op hun werkplek. In totaal waren er 9.448.000 werkenden in 2022 [72], ofwel 54% van alle Nederlanders in 2022 [72, 73].

4.7.4 *Interventiescenario's: onderbouwing en aannames.*

4.7.4.1 *Algemeen*

Als uitgangspunt wordt aangenomen dat het verschil tussen het effect bij een rookverbod in alle ruimtes op de werkplek (6%) en het effect bij een verbod met uitzondering van rookruimtes (2%) het uiteindelijke effect van het sluiten van de rookruimtes betreft. Roken op de werkplek was met uitzondering van rookruimtes immers al verboden. Dit komt dus neer op een 4% daling in de rookprevalentie als rookruimtes worden verboden.

Het effect van het sluiten van alle rookruimtes op de werkplek zal in werkelijkheid waarschijnlijk lager liggen, omdat 1) de handhaving/naleving misschien niet optimaal is, 2) een deel van de bedrijven voor het verbod inging waarschijnlijk al geen rookruimte meer had (het is onbekend hoeveel dit er zijn), 3) werknemers nog kunnen roken op de buitenterreinen van het bedrijf of in de openbare ruimte, en 4) de wettelijke maatregelen naar verwachting weinig tot geen invloed zullen hebben op bepaalde groepen werkenden, zoals zij die buiten werken of zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) die vanuit huis werken. Ook heeft de coronapandemie geleid tot meer thuiswerken [74], waar werknemers zelf kunnen bepalen of ze er roken. In overleg met de experts zijn daarom de effecten in zowel het realistische als het optimistische interventiescenario naar beneden bijgesteld (zie hieronder). Omdat de effecten van de eerder genoemde modellerstudie

werden toegepast op de gehele volwassen bevolking en niet alleen op werkenden [31], wordt het uiteindelijke effect hier ook toegepast op de totale volwassen populatie.

4.7.4.2 Realistisch interventiescenario:

In overleg met de geraadpleegde experts is in het *realistische* interventiescenario aangenomen dat werknemers bij een aanzienlijk deel van de bedrijven nog buiten kunnen roken (op eigen terrein en/of openbare ruimte), dat de handhaving niet optimaal is, en dat slechts bij een klein deel van de bedrijven überhaupt nog rookruimtes aanwezig waren toen het verbod hierop inging. In overleg met de experts is daarom in het realistische interventiescenario aangenomen dat van het originele effect (4%) slechts 10% overblijft (dus een daling van 0,4% in de rookprevalentie in de totale populatie, eenmalig op 1 januari 2022).

4.7.4.3 Optimistisch interventiescenario:

In het *optimistische* interventiescenario is in overleg met de geraadpleegde experts aangenomen dat minder werknemers nog buiten kunnen roken dan in het realistische interventiescenario, omdat grotere gebieden rondom de werkplek rookvrij zijn of worden gemaakt. Ook wordt aangenomen dat er beter wordt gehandhaafd, en dat meer bedrijven nog rookruimtes hadden die door deze maatregel nu zijn gesloten. Ook wordt verondersteld dat het door normverandering (steeds) minder geaccepteerd wordt om tijdens het werk te roken. In het optimistische interventiescenario is daarom in overleg met de experts aangenomen dat van het originele effect (4%) nog 30% overblijft (dus een daling van 1,2% in de rookprevalentie in de totale populatie, eenmalig op 1 januari 2022).

4.8 Informatievoorziening en campagnes

4.8.1 Beschrijving

Er zijn verschillende soorten campagnes met het doel om roken tegen te gaan, bijvoorbeeld bewustwordingscampagnes om de kennis over de gezondheidsrisico's van roken te vergroten en stopcampagnes om rokers te stimuleren tot het doen van een stoppoging [75]. Campagnes kunnen verschillende effecten hebben, bijvoorbeeld op stopintenties, de hoeveelheid die gerookt wordt, zoekgedrag naar hulp, attitudes ten opzichte van (stoppen met) roken en de sociale norm over (stoppen met) roken [75].

In het NPA zijn verschillende afspraken opgenomen over campagnes en informatievoorziening [1]. Dit betreft onder meer de campagnes 'Rookvrij opgroeien', 'Rookvrij zwanger', een nieuwe meerjarige stoppen-met-roken-campagne (PUUR rookvrij) en de voortzetting van 'Stoptober'. Ook zijn in het NPA afspraken opgenomen over informatievoorziening [21, 41]. Dit zijn afspraken over het updaten van en beter verwijzen naar internetpagina's zoals ikstopnu.nl en rokeninfo.nl. Een volledig overzicht van alle afspraken rond informatievoorziening en campagnes staat in bijlage 1.

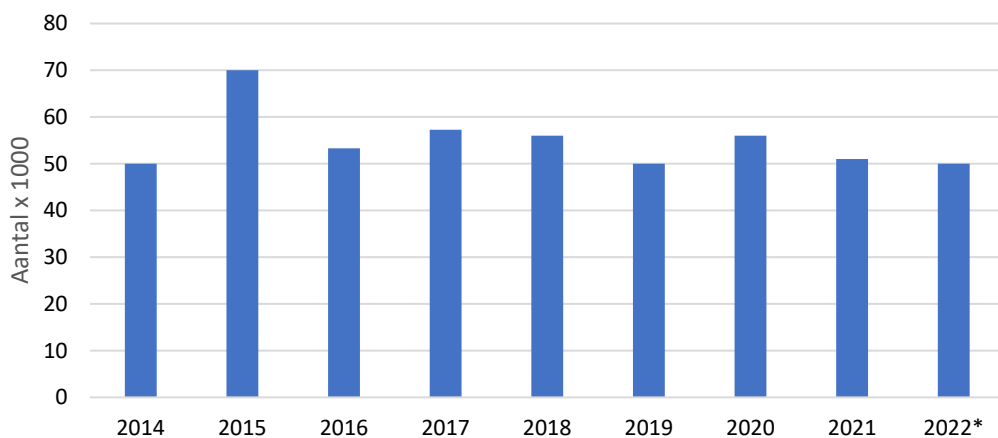
De campagne 'Rookvrij opgroeien' heeft in 2018 gelopen en is daarna gestopt. De campagne 'Rookvrij zwanger' begon in 2017 en is tot en met 2019 voortgezet [21]. 'PUUR rookvrij' begon in oktober 2020 en liep

in elk geval t/m 2022 [21, 41]. 'PUUR Rookvrij' is een campagne die rokers wil aanzetten tot een serieuze stoppoging, die focust op de positieve kanten van stoppen met roken en die rokers laat nadenken over hun leven als niet-roker [21]. Het ministerie van VWS gaf in 2022 aan dat er in 2023 nog een campagne over stoppen met roken zal plaatsvinden, maar het is nog niet duidelijk of dit in de vorm van PUUR rookvrij zal gebeuren¹⁰. De stopcampagne 'Stoptober' wordt sinds 2014 nog steeds jaarlijks uitgevoerd.

4.8.2 *Wat is bekend over het bereik en effect van informatievoorziening en campagnes?*

Campagnes maken al tientallen jaren deel uit van het beleid. Ze worden sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw ingezet om roken tegen te gaan. Het ministerie van VWS heeft sinds 1983 samen met STIVORO tientallen campagnes gevoerd om bijvoorbeeld jongeren te ontmoedigen om te beginnen met roken, stoppen met roken te bevorderen en niet-rokers tegen meer roken te beschermen [62]. Volgens de geraadpleegde experts is het aantal campagnes en het bereik van campagnes sinds de start van het NPA in 2018 niet toegenomen, maar eerder afgenomen. Dit komt volgens een blog van het Trimbos-instituut mede doordat campagnes tegenwoordig binnen een beperkend stramien (van voorheen Postbus 51) vallen [64]. Dit stramien stelt volgens de geraadpleegde experts grenzen aan de omvang en inhoud van de campagnes. Hierdoor zijn deze volgens de experts minder effectief dan voorheen.

Het is verder niet bekend hoeveel mensen jaarlijks aan 'Stoptober' deelnemen. Wel is bekend dat de Stoptober-app in 2014 50.000 keer is gedownload [76]. In daaropvolgende jaren lag het aantal downloads meestal tussen de 50.000 en 57.000, met uitzondering van het jaar 2015, toen de app 70.000 keer is gedownload (zie figuur 4.1). Afgaande op het aantal downloads van de app lijkt het aantal deelnemers dus niet toegenomen sinds de start van het NPA in 2018 [21, 41, 76].



Figuur 4.1 Aantallen downloads Stoptober-app in duizenden vanaf 2014 [21, 41, 76].

¹⁰ Deze (voortgangs)informatie over 2022 is uitgevraagd bij de betreffende NPA-partij.

Volgens het Trimbos-instituut kunnen campagnes- mits voldoende intensief - effectief zijn bij het verminderen van de rookprevalentie [75]. Dit wordt bijvoorbeeld ook verondersteld in de maatschappelijke kosten-batenanalyse van tabaksontmoediging [28] en in het SimSmoke model [31].

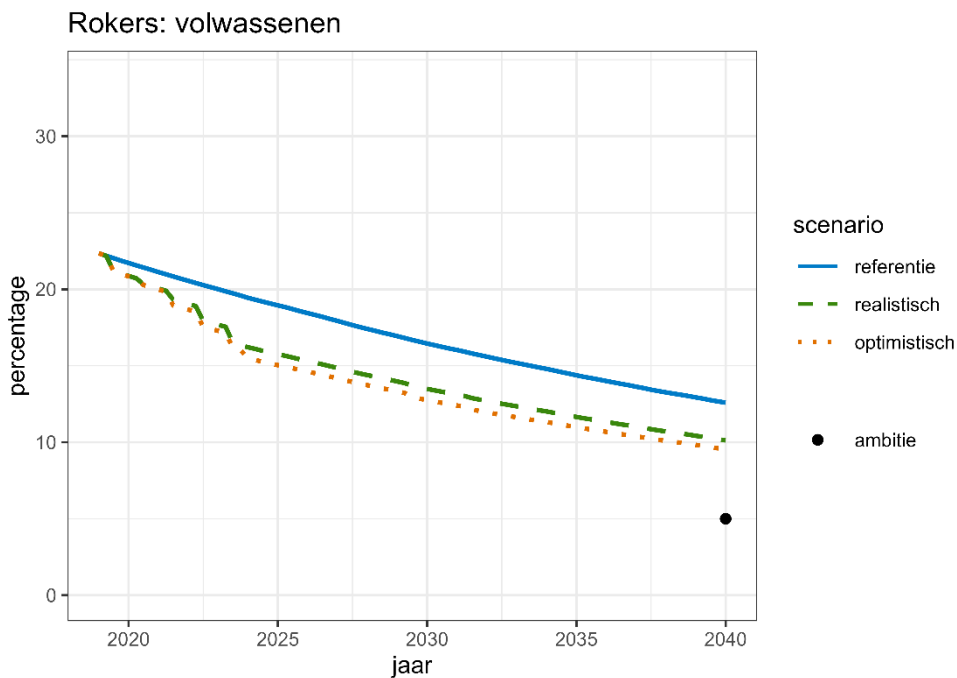
Aangezien campagnes sinds de start van het NPA in 2018 niet verder zijn geïntensiveerd en het aantal deelnemers aan 'Stoptober' sinds 2018 niet lijkt te zijn toegenomen, veronderstellen wij dat het *extra* effect door de afspraken over informatievoorziening en campagnes in het NPA ten opzichte van het referentiescenario verwaarloosbaar is.

5 Resultaten

5.1 Volwassenen

Het referentiescenario geeft de ontwikkeling weer van het percentage rokers als het NPA er niet zou zijn. In het referentiescenario daalt het percentage volwassen rokers tot ongeveer 13% in 2040 (zie figuur 5.1).

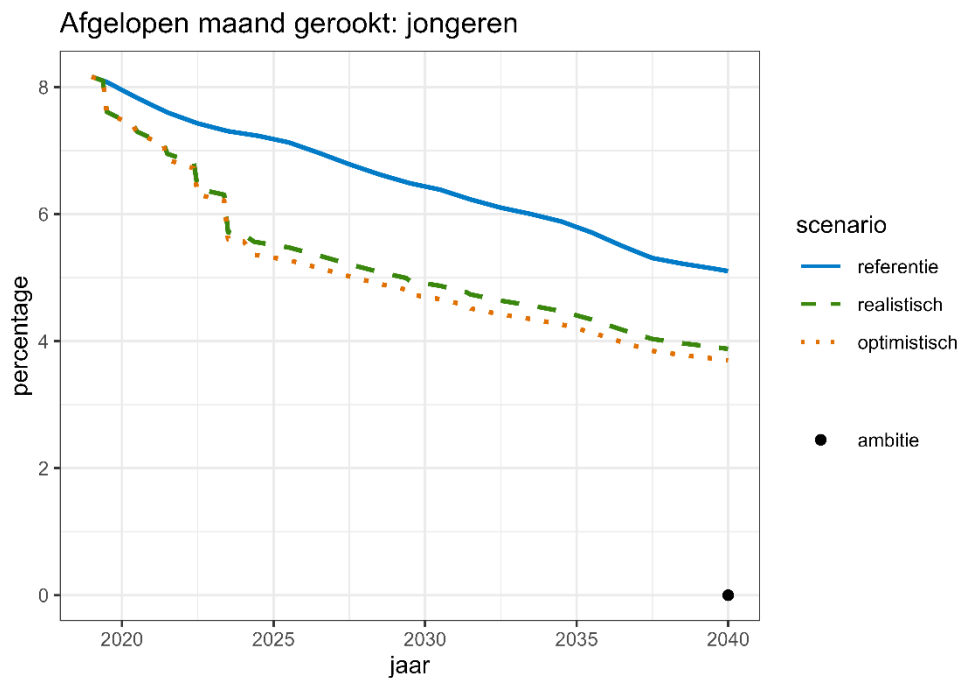
In de interventiescenario's wordt de verwachte impact meegenomen van de afspraken die in het deelakkoord 'roken' van het NPA zijn gemaakt. Zowel in het realistische als in het optimistische interventiescenario daalt het percentage volwassen rokers sterker dan in het referentiescenario. Het percentage volwassenen dat in 2040 rookt is in de interventiescenario's ongeveer twee tot drie procentpunt lager dan in het referentiescenario. Het percentage volwassenen dat rookt is in beide interventiescenario's hoger dan de in het NPA geformuleerde ambitie van minder dan 5% rokers in 2040.



Figuur 5.1 Modelberekening van het percentage volwassen rokers in de periode 2019 t/m 2040 volgens het referentiescenario (zonder NPA) en twee interventiescenario's (met NPA). De zwarte stip geeft de geformuleerde ambitie van het NPA weer.

5.2 Jongeren

In het referentiescenario daalt het percentage rokende jongeren tot 5% in 2040 (zie figuur 5.2). In zowel het realistische als het optimistische interventiescenario daalt het percentage rokende jongeren harder dan in het referentiescenario. Het percentage jongeren dat rookt ligt in 2040 in beide interventiescenario's ongeveer één procentpunt lager dan in het referentiescenario. Dit is boven de in het NPA geformuleerde ambitie van 0%.



Figuur 5.2 Modelberekening van het percentage jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt in de periode 2019 t/m 2040 volgens het referentiescenario (zonder NPA) en twee interventiescenario's (met NPA). De zwarte stip geeft de ambitie van het NPA weer.

6 Kwalitatieve inschatting voor roken onder zwangere vrouwen

6.1 Beschrijving

Roken tijdens de zwangerschap is een belangrijke vermijdbare oorzaak voor sterfte rond de geboorte en gezondheidsproblemen, zoals een miskraam, vroeggeboorte, luchtweginfecties en kanker [77]. In het NPA zijn daarom afspraken gemaakt die er voor moeten zorgen dat in 2040 geen enkele zwangere vrouw meer rookt (zie bijlage 1). Zo is afgesproken dat de rijksoverheid de campagne 'rookvrij zwanger' continueert, waarbij de sociale omgeving van zwangere vrouwen wordt gestimuleerd om niet te roken waar de zwangere bij is [1]. Deze campagne begon in 2017 en is tot en met 2019 uitgevoerd [21]. In 2020 is de campagne 'rookvrij zwanger' gestopt. De website met de informatie over de campagne en de gebruikte reclamespots is nog wel actief [41].

Daarnaast is afgesproken dat in 2020 alle zwangere vrouwen die roken op basis van motiverende gespreksvoering een stopadvies krijgen van de verloskundig zorgverlener [1]. Ook zou er in 2020 in elke regio (waaronder alle geboortezorg/JGZ regio's) een 'zorgpad stoppen met roken' moeten zijn voor de verloskundige en medisch-specialistische zorg. De Taskforce Rookvrije Start helpt de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) hun zorgpaden voor zwangere rokende vrouwen en rokende partners verder te ontwikkelen en te implementeren. Ook ontwikkelt en implementeert de taskforce verdiepende trainingen voor (kraam)zorgverleners. Verder is afgesproken dat de Taskforce Rookvrije Start van start gaat met een monitor om de implementatie van stoppen-met-roken-beleid in de VSV's te volgen [1]. Deze monitor volgt de voortgang van de implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen' [78].

Uit de voortgangsinformatie van het NPA over 2021 blijkt dat tweederde van de bevraagde VSV's (33 van de 51) in 2021 een zorgpad had voor vrouwen die roken tijdens de zwangerschap [41]. Veertien VSV's hebben een zorgpad voor vrouwen die vlak voor of tijdens de zwangerschap zijn gestopt met roken. Uit de tweede monitor 'Stoppen-met-roken-begeleiding binnen VSV's' uit 2021 [77] komt eenzelfde beeld. Van de 72 VSV's hebben er 32 een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Van deze 32 VSV's hebben er 27 een zorgpad voor vrouwen die roken tijdens de zwangerschap. Volgens de voortgangsrapportage van het NPA kreeg in 2021 47% van de rokende zwangere vrouwen een stopadvies van een zorgverlener [79].

6.2 **Kwalitatieve inschatting van de impact van de afspraken gericht op zwangere vrouwen**

6.2.1 *Campagne 'rookvrij zwanger'*

Volgens het Trimbos-instituut kunnen campagnes - mits voldoende intensief - effectief zijn in het verminderen van de rookprevalentie [75], zoals bijvoorbeeld ook in de maatschappelijke kosten-batenanalyse van tabaksontmoediging en in het SimSmoke model wordt verondersteld [28, 31]. De campagne 'rookvrij zwanger' bestond in 2018 uit een tv-spot en twee radiospotjes. Het aantal mensen dat in 2018 is bereikt is niet bekend. In 2019 is de campagne voortgezet, dit keer met een tv-spot, een online video en een socialemediacampagne. In 2019 werden ruim vier miljoen mensen bereikt. Het bereik in 2019 is lager dan in 2017: toen werden er met de campagne tien miljoen mensen bereikt.

In 2019 is onder ruim 400 personen onderzoek gedaan naar de effecten van de campagne 'rookvrij opgroeien', onderdeel van de campagne 'rookvrij zwanger' [80]. In dit onderzoek is echter alleen gekeken naar het aantal mensen dat niet meer rookt in de buurt van zwangere vrouwen. Het is daarom onbekend of er na de campagne minder zwangere vrouwen rookten.

Aangezien de campagne 'rookvrij zwanger' sinds de start van het NPA in 2018 niet verder is geïntensiveerd en uiteindelijk in 2019 is afgebroken, is de verwachting dat er ten opzichte van het referentiescenario geen impact is van de NPA-afspraken over de campagne 'rookvrij zwanger'.

6.2.2 *Stoppen-met-roken-advies*

Het is niet duidelijk hoeveel zwangere vrouwen er de afgelopen jaren gemiddeld per jaar waren, maar het is wel bekend hoeveel vrouwen jaarlijks zijn bevallen. In 2020 en 2021 bevielen er gemiddeld rond de 165.000 vrouwen per jaar (161.699 in 2020 [81] en 168.625 in 2021 [82]). Daarvan rookte volgens de laatste meting van de monitor middelengebruik en zwangerschap uit 2021 7,7% [79]. Dit vertaalt zich naar ruim 12.500 rokende zwangere vrouwen jaarlijks in Nederland. Van de groep zwangere rokende vrouwen krijgt iets minder dan de helft (47%) een stopadvies van een (kraam)zorgverlener, wat er op neerkomt dat jaarlijks bijna 6.000 zwangere rokende vrouwen een stopadvies krijgen.

De effectiviteit van een eenmalig of kortdurend advies van een arts om te stoppen met roken, ongeacht de motivatie van de patiënt, is beschreven in een Cochrane-review [83]. Dit onderzoek was niet specifiek op zwangere vrouwen gericht. Onderzoekers vonden dat 5,8% van de rokende patiënten stopte in groepen die een stopadvies kregen van een arts, vergeleken met 3,7% in de controlegroepen die geen advies kregen of standaardzorg ontvingen [60]. Als deze kans om te stoppen met roken zou worden toegepast op de groep zwangere vrouwen die jaarlijks een stopadvies krijgt (n = 6.000), dan zouden ongeveer 350 van hen stoppen. Als zij geen advies krijgen, dan zouden er ongeveer 220 vrouwen stoppen. Het verschil hiertussen (n=130) is dan de hypothetische impact van deze actie op zwangere vrouwen. Dit is een klein deel van de 12.500 vrouwen per jaar die roken tijdens de zwangerschap. Verder is het goed mogelijk dat SMR-advies bij zwangere

vrouwen die roken een lagere slagingskans heeft dan 5,8%, omdat zij ondanks hun zwangerschap nog roken.

6.3 Kwalitatieve inschatting van het wel of niet bereiken van de ambitie gericht op zwangere vrouwen

In het deelakkoord 'roken' van het NPA is voor zwangere vrouwen de volgende ambitie vastgesteld: 'het streven is dat in 2040 geen enkele zwangere vrouw nog rookt, met hooguit 5% rokende zwangere vrouwen in 2020 als tussendoel' [1]. In 2016 rookte 8,6% van de zwangere vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap. In 2018 was dit percentage 7,4%, en in 2021 7,7% [79]. Als deze trend zich voortzet, komt het percentage zwangere vrouwen dat rookt nauwelijks dichterbij de ambitie van het NPA. Uit de kwalitatieve inschatting blijkt dat de afspraak over het stoppen-met-roken-advies het percentage zwangere vrouwen dat rookt kan verminderen. Het lijkt echter niet aannemelijk dat met de impact van deze afspraak de ambitie van geen enkele rokende zwangere in 2040 wordt bereikt.

7 Discussie

7.1 Samenvatting van de resultaten

Deze doorrekening laat zien dat - met de huidige voortgang van de NPA-afspraken en de beschreven aannames voor voortgang in de toekomst - het percentage volwassenen en jongeren dat sigaretten en shag rookt sterker daalt dan nu het geval is. De afspraken in het NPA zorgen er samen voor dat het percentage volwassenen rokers in 2040 naar verwachting ongeveer twee tot drie procentpunt lager ligt dan in het referentiescenario. Het percentage jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt ligt door de NPA-afspraken in 2040 naar verwachting één procentpunt lager dan in het referentiescenario. De ambities voor 2040 uit het deelakkoord 'roken' van het NPA worden met de afspraken en hun huidige voortgang echter niet bereikt.

7.2 Vergelijking van de huidige doorrekening met de Quickscan

Conclusies doorrekening en Quickscan komen niet helemaal overeen

Bij het afsluiten van het NPA in 2018 heeft het RIVM de 'Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord' gepubliceerd [3]. Dit was een snellere en grovere inschatting van de impact dan deze doorrekening, waarbij nog geen rekening kon worden gehouden met de voortgang van de afspraken. Voor de huidige doorrekening is uitgebreider literatuuronderzoek uitgevoerd dan voor de Quickscan. Daarnaast zijn er uitgebreide sessies georganiseerd met experts op het gebied van tabaksontmoediging, om te controleren of de gebruikte informatie juist is en de gemaakte aannames valide zijn. Dit maakt de huidige doorrekening beter onderbouwd dan de Quickscan. In de Quickscan werd geconcludeerd dat de ambities voor volwassenen in het deelakkoord 'roken' met het pakket aan afspraken in het NPA mogelijk zouden kunnen worden gehaald. De conclusies van de huidige doorrekening komen hier niet mee overeen. Uit deze doorrekening blijkt dat het aantal volwassen rokers in 2040 naar verwachting ongeveer twee keer zo hoog is (10%) als de in het NPA gestelde ambitie (5%).

Quickscan ging uit van tijdig behalen alle afspraken NPA

Er is een aantal belangrijke verschillen tussen de huidige doorrekening en de Quickscan, die de verschillende uitkomsten mede kunnen verklaren. Ten eerste ging de Quickscan er van uit dat alle afspraken in het NPA binnen de afgesproken termijnen zouden worden behaald. De huidige doorrekening maakt in zowel het realistische als het optimistische interventiescenario gebruik van de meest recente voortgangsinformatie over de gemaakte afspraken. Hierdoor zijn bijvoorbeeld in de Quickscan bepaalde afspraken met een groter bereik doorgerekend dan deze - na 2018 - in werkelijkheid bleken te hebben. Zo ging de Quickscan er van uit dat in 2020 20% van de rokers een stoppoging zou doen met effectieve SMR-zorg. Dit percentage was bij de ondertekening van het NPA 5%. De daadwerkelijke toename in het aantal rokers dat sinds de vrijstelling van het eigen risico een stoppoging met effectieve SMR-zorg deed, was één tot twee procentpunt. Het bereik van deze interventie is in deze doorrekening dus veel lager, en daarmee ook de impact.

Campagnes en informatievoorziening geen extra impact door NPA

Ten tweede is in deze doorrekening de impact van één interventie niet meegenomen, namelijk 'campagnes en informatievoorziening', terwijl dat in de Quicksan wel het geval was. Dit komt doordat bij deze doorrekening is aangenomen dat campagnes en informatievoorziening gemiddeld genomen sinds de ondertekening van het NPA in 2018 niet zijn geïntensiveerd, in vergelijking met de periode waarop het referentiescenario is gebaseerd (2002 t/m 2018). In die periode vonden er ook geregeld campagnes plaats [62], en volgens de experts is de intensiteit van campagnes sinds de ondertekening van het NPA niet toegenomen. Ook de deelname aan Stoptober is niet aantoonbaar toegenomen nadat het NPA werd ingevoerd, ondanks de acties die daarop waren gericht.

Doorrekening gebruikt andere methodiek

Tot slot is in de huidige doorrekening gebruik gemaakt van het nieuw ontwikkelde rookmodel binnen het LCDM, waardoor de impact van de interventies nauwkeuriger kon worden berekend. Het LCDM simuleert de rookstatus (roker of niet-roker) van individuen die samen de volwassen Nederlandse bevolking representeren. Daaruit is voor het referentiescenario het percentage volwassen rokers voor de periode 2019 t/m 2040 afgeleid. In de Quicksan is voor het referentiescenario gebruik gemaakt van de verwachte trend van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018 [84]. In de VTV rapporteert het RIVM elke vier jaar over de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. De VTV gebruikt een andere methodiek om het percentage volwassen rokers in de toekomst te berekenen. Dit kan een deel van de verschillen tussen de huidige doorrekening en de Quicksan verklaren.

7.3 Methodologische kanttekeningen

Deze doorrekening geeft een zo goed mogelijke inschatting van de impact van de afspraken die in het NPA zijn vastgelegd op het percentage rokers tot 2040. Bij modelberekeningen moet echter altijd rekening worden gehouden met onzekerheden, aangezien een model altijd een simplificatie van de werkelijkheid is. Hieronder worden de belangrijkste onzekerheden beschreven.

7.3.1 Onzekerheden in de modellen

Onzekerheden zijn inherent aan gebruik modellen

Om een inschatting te maken van het percentage rokers voor de periode 2019 t/m 2040 is in deze doorrekening gebruikgemaakt van rookmodellen. Ondanks dat er voor de modellen de best beschikbare data en de best passende methoden zijn gebruikt, zijn onzekerheden inherent aan modelberekeningen voor de toekomst. Zo is voor het referentiescenario, dat de ontwikkeling in het percentage rokers zonder het NPA weergeeft, de historische trend in het percentage rokers uit een representatieve periode in het verleden doorgetrokken t/m 2040. Er zijn verschillende aannames gedaan over hoe deze historische trend zich zal voortzetten. Ook is in het referentiescenario aangenomen dat eerder gevoerd beleid en andere maatschappelijke ontwikkelingen gemiddeld genomen representatief zijn voor de toekomst. Daarnaast is in de modellen rekening gehouden met demografische ontwikkelingen in de toekomst, en de samenhang hiervan met roken. De aannames die

hierbij zijn gedaan, brengen ook onzekerheid met zich mee, bijvoorbeeld over opleidingsniveau en migratie.

Niet mogelijk rekening te houden met uitzonderlijke gebeurtenissen
Er is na 2018 ook een aantal uitzonderlijke gebeurtenissen geweest die het rookgedrag kunnen beïnvloeden, zoals de coronapandemie. Het is niet bekend welke gevolgen de coronapandemie op de lange termijn heeft voor roken [85]. Het is daarom niet mogelijk om in de modellering rekening te houden met dergelijke uitzonderlijke gebeurtenissen.

Onzekerheden hebben vooral invloed op bereiken ambities
Door de genoemde aannames en onzekerheden zit er ook onzekerheid rond de modelberekening van het toekomstige percentage rokers. Deze onzekerheden hebben enige invloed op hoe ver de modelberekeningen voor 2040 van de ambities af liggen (de absolute voorspellingen voor 2040), maar niet zozeer op de inschatting van de impact van het NPA.

Kwalitatieve inschatting voor zwangere vrouwen onzekerder
Voor zwangere vrouwen zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar om een modelmatige doorrekening van de NPA-afspraken uit te voeren. Daarom is er een kwalitatieve inschatting gemaakt van de impact van de NPA-afspraken voor rokende zwangere vrouwen. Deze kwalitatieve inschatting brengt meer onzekerheid met zich mee dan een uitgebreide doorrekening, zoals die voor volwassenen en jongeren is gedaan.

7.3.2 *Onzekerheden bij de interventiescenario's*

Aannames nodig door ontbreken informatie

De NPA-afspraken zijn zo veel mogelijk doorgerekend zoals ze volgens de partijen in de praktijk worden uitgevoerd, waarbij de voortgang t/m 2022 in ogenschouw is genomen. In sommige gevallen is er - gebaseerd op een kamerbrief van eind 2022 - vanuit gegaan dat interventies in de toekomst op een bepaalde manier worden uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn het verder beperken van verkooppunten voor tabak tot alleen tabaksspeciaalzaken in 2032 en een wettelijk rookverbod op locaties 'waar veel kinderen komen' in 2025 [23]. Deze plannen zijn in voorbereiding, maar moeten nog worden goedgekeurd door de Eerste en Tweede kamer. De accijnsverhoging in 2024 moet nog door de Eerste kamer worden goedgekeurd. Als deze plannen niet worden goedgekeurd, zullen ze mogelijk niet in deze vorm worden uitgevoerd. In dat geval wordt de impact van deze interventies enigszins overschat.

Aannames zijn zo goed mogelijk onderbouwd

Ook konden de gegevens die wel beschikbaar waren uit de voortgangsrapportages, het literatuuronderzoek en/of publiek beschikbare informatie niet altijd direct worden vertaald naar gegevens die voor het model nodig zijn. Hierdoor was het in veel gevallen noodzakelijk om aannames te doen. Voor het onderbouwen van deze aannames is zo veel mogelijk gebruikgemaakt van (wetenschappelijke) literatuur en expertopinion. Desondanks brengen deze aannames ook onzekerheid met zich mee, zeker als ze over de toekomst gaan. Daarom zijn er alleen aannames over de toekomst gedaan als er concrete aanwijzingen en/of toezeggingen zijn, die het aannemelijk maken dat deze aannames reëel zijn. Door zowel een realistisch als een optimistisch interventiescenario te schetsen, wordt deels rekening

gehouden met deze aannames en onzekerheden. Verhoging van de tabaksaccijns heeft in deze doorrekening de meeste impact. Er bestaat al tientallen jaren consensus over het effect van accijnsverhogingen op rookgedrag. Daarom lijkt een aanzienlijk deel van de impact van het 'deelakkoord 'roken' goed onderbouwd.

7.4 Duiding van de resultaten

Meerderheid van de interventies heeft impact

De afspraken in het NPA hadden betrekking op acht interventies voor volwassenen en/of jongeren. Deze hadden bijna allemaal impact op het percentage volwassenen en/of jongeren dat rookt, bovenop de daling van het aantal rokers in het referentiescenario. De daling in het referentiescenario is mede het gevolg van eerder gevoerd en huidig beleid, zoals reclameverboden, de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak, campagnes (zoals bijvoorbeeld Stoptober) en eerdere accijnsverhogingen. Het NPA zorgt er mede voor dat eerder beleid, zoals Stoptober en SMR-zorg, wordt voortgezet. Dit is van belang om de dalende trend vast te houden. Er liggen nog wel kansen bij het vergroten van het bereik van interventies, bijvoorbeeld door te proberen het bereik van Stoptober verder te vergroten of de toeleiding naar SMR-zorg verder te verbeteren.

Afspraken NPA zijn in lijn met aanbevelingen

Veel van de afspraken in het deelakkoord 'roken' zijn in lijn met de beleidsvoorschriften van de Wereldgezondheidsorganisatie in het zogenaamde MPOWER-raamwerk (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise [86]). Hieronder vallen bijvoorbeeld de verhoging van de tabaksaccijns, het invoeren van reclameverboden (uitstal- en reclameverbod en neutrale verpakkingen), het creëren van rookvrije (kind)omgevingen en SMR-beleid om rokers te helpen met hun stoppoging. Landen die meer van deze MPOWER-maatregelen hebben ingevoerd, hebben over het algemeen een lager aantal rokers dan landen die minder van deze maatregelen hebben genomen [87]. Bovendien zijn de NPA-afspraken in het deelakkoord 'roken' vaak in wetgeving vastgelegd. Dit geldt ook voor afspraken die oorspronkelijk via een convenant zouden worden geregeld, zoals het verwijderen van rookruimtes in het bedrijfsleven en het rookvrij maken van (kind)omgevingen, al is dat laatste nog niet definitief [6, 9]. Deze wettelijke verankering zorgt er voor dat de maatregelen daadwerkelijk worden geïmplementeerd en dat er verantwoordelijke handhavingsinstanties zijn die toezien op de naleving.

Aanscherping interventies binnen MPOWER kan impact vergroten

Het Trimbos-instituut benadrukt het belang voor landen om zich blijvend in te zetten voor het handhaven en versterken van bestaande MPOWER-maatregelen [88]. Accijnsverhogingen worden in de wetenschappelijke literatuur erkend als de meest effectieve manier om roken terug te dringen [7]. Verdere (regelmatige) accijnsverhogingen in de toekomst zouden de ambities dichterbij kunnen brengen. Het RIVM heeft berekend dat de rookprevalentie met jaarlijkse accijnsverhogingen van één euro of 10% mogelijk nog twee tot drie procentpunt lager zou kunnen zijn dan in het realistische interventiescenario van deze doorrekening [89]. Verder blijkt uit dit rapport dat nog relatief weinig mensen

gebruikmaken van gratis effectieve stoppen-met-roken-zorg. Er zou daarom ook kunnen worden ingezet op initiatieven die zorgen voor een (nog) betere toeleiding naar deze zorg. Tot slot blijkt dat de impact van campagnes niet is toegenomen sinds ondertekening van het NPA. Hoewel het belangrijk is om effectieve campagnes zoals Stoptober voort te zetten, zouden mogelijk nog grootschaligere campagnes kunnen worden ingezet om het roken verder te ontmoedigen dan nu met Puur Rookvrij het geval is.

Mogelijke synergie van interventies niet meegenomen

In zowel de wetenschappelijke wereld als de beleidswereld wordt de opvatting breed gedeeld dat voor effectieve gedragsverandering een duurzame integrale aanpak nodig is, waarbij verschillende maatregelen en interventies in samenhang worden ingezet [90]. Hoewel in het NPA afspraken over verschillende interventies zijn gemaakt, is de impact van de interventies in deze doorrekening afzonderlijk gemodelleerd. Er is namelijk geen informatie beschikbaar over de impact van combinaties van alle doorgerekende interventies. Het is mogelijk dat de effecten van sommige interventies elkaar overlappen, en door optelling nu te positief worden ingeschat. Het is echter ook mogelijk dat de gecombineerde impact van de interventies groter is dan de opgetelde impact van de afzonderlijke interventies, omdat bepaalde interventies elkaar versterken.

Indirecte effecten van interventies niet meegenomen

Bij het uitgebreide literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de mogelijke impact van de NPA-afspraken op roken in te schatten, is voornamelijk gebruik gemaakt van wetenschappelijk bewijs voor een direct verband tussen de interventies en rookprevalentie. Een aantal van de interventies, zoals bijvoorbeeld rookvrije (kind)omgevingen, kan via het beïnvloeden van sociale normen en attitudes rondom roken echter mogelijk indirect een effect hebben op rookgedrag [91]. Hoewel deze interventies wellicht niet leiden tot een afname in het roken op korte termijn, kunnen ze middels veranderde attitudes en sociale normen de rookprevalentie na verloop van tijd toch verminderen [91]. Omdat het lastig is om dergelijke indirecte effecten te kwantificeren, zijn deze niet meegenomen in de doorrekening.

Sigaretten roken neemt af, maar vaperen onder jongeren neemt toe

Door het NPA neemt het aantal jongeren dat sigaretten rookt in de toekomst naar verwachting af. Het gebruik van elektronische sigaretten (vaperen) onder jongeren van 12 t/m 18 neemt echter toe [92]. Vaperen maakt geen onderdeel uit van deze doorrekening, omdat er in het NPA geen afspraken over zijn opgenomen. Maar naast het mogelijke schadelijke effect van vaperen zelf, speelt het toenemend gebruik van e-sigaretten mogelijk een rol in toekomstig rookgedrag waar het gaat om tabak. Recent onderzoek wijst uit dat bijna 70% van de jongeren die maandelijks een e-sigaret gebruikt, daarnaast ook maandelijks sigaretten rookt [93]. Het gebruik van e-sigaretten zou kunnen functioneren als toegangspoort tot het roken van tabak (de zogenaamde 'gateway theory') [94]. Jongeren kunnen een nicotineverslaving ontwikkelen door het gebruik van e-sigaretten, waarna ze ook hun toevlucht zouden kunnen nemen tot het roken van tabak om aan deze verslaving tegemoet te komen. Om te voorkomen dat mensen op deze

manier beginnen met roken, zouden preventieactiviteiten zich eveneens moeten richten op het (toenemende) gebruik van e-sigaretten.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen niet door te rekenen

Een onderliggend doel van het NPA is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Informatie over effect en bereik, waarmee de impact van het NPA voor verschillende SEP-groepen kan worden berekend, is vaak beperkt beschikbaar. Ook zijn de gebruikte modellen (nog) niet geschikt voor alle uitsplitsingen, zoals naar SEP. In het NPA zijn geen ambities voor sociaal-economische gezondheidsverschillen geformuleerd, en in het NPA zijn vrijwel geen afspraken gericht op specifieke sociaal-economische groepen. Deze rapportage levert om deze redenen geen inzicht in de impact van het NPA op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het is dan ook aan te bevelen om de effecten en het bereik van interventies te monitoren, en daarbij informatie voor groepen met een verschillende sociaal-economische positie te verzamelen. Daarnaast is het aan te bevelen om te onderzoeken of de huidige modellen kunnen worden uitgebreid, zodat doorrekening voor verschillende groepen mogelijk wordt.

7.5 Conclusie en kansen voor de toekomst

Deze doorrekening laat zien dat de afspraken die zijn vastgelegd in het deelakkoord 'roken' van het NPA zorgen voor een daling van het aantal volwassenen en jongeren dat tabak rookt, bovenop de daling die al gaande is. Om deze daling voort te zetten, is het belangrijk om zowel verder te gaan met het bestaande beleid als sterker in te zetten op de afspraken van het NPA om de vastgestelde doelstellingen te halen.

De impact van het NPA is echter niet zodanig dat de ambities voor 2040 worden bereikt. Om de ambities te bereiken, zijn aanvullende maatregelen en/of intensivering van huidige maatregelen nodig. Volgens deze doorrekening lijken vooral verdere accijnsverhogingen kansrijk om dichterbij de ambities te komen. Ook kunnen initiatieven worden uitgebreid om deelname aan effectieve stoppen-met-roken-zorg te vergroten. Tot slot is het belangrijk om het gebruik van e-sigaretten tegen te gaan, vooral bij jongeren. Dit om te voorkomen dat jongeren mogelijk overstappen op het roken van traditionele sigaretten of shag. In een eventuele volgende doorrekening kan het RIVM onderzoeken of de ambities met een aantal aanvullende maatregelen wel in zicht komen.

Referenties

1. *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland.* 2018, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
2. Hilderink, H.B.M. and M. Verschuuren, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese.* 2018, RIVM: Bilthoven.
3. RIVM, *Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord.* 2018, RIVM: Bilthoven.
4. Van Giessen, A., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019. RIVM-rapport 2020-0104.* 2020, RIVM: Bilthoven.
5. van Giessen, A., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020. RIVM rapport 2021-0098.* 2021, RIVM: Bilthoven.
6. Boer, J., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021. RIVM rapport 2022-0072.* 2022, RIVM: Bilthoven.
7. Nicolaie, M.A., K. Füssenich, C. Ameling, and H.C. Boshuizen *Constructing synthetic populations in the age of big data.* Population health metrics, 2023. **21**, 19 DOI: 10.1186/s12963-023-00319-5.
8. CBS, *Standaard onderwijsindeling 2006. Editie 2015/'16.* 2016, CBS: Den Haag/Heerlen.
9. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline. Geboorte; kerncijfers, 1950-2022.* [cited 2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/portal.html?tableId=37422ned& catalog=CBS& la=nl& theme=64>.
10. Poos, R., M. Nielen, and H. Hilderink, *Analyseren van het effect van het hebben van diabetes op de sterftekans en levensverwachting.* 2021, RIVM: Bilthoven.
11. vtv2018.nl. *Levensverwachting: Hoe oud worden we in de toekomst?* 2018 [cited 2023]; Available from: <https://www.vtv2018.nl/levensverwachting>.
12. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline. Immi- en emigratie; leeftijd (31 dec.), burgerlijke staat, geboorteland.* [cited 2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/portal.html?tableId=03742& catalog=CBS & la=nl& theme=65>.
13. vzinfo.nl. *Gezondheidsenquête.* [cited 2023]; Available from: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsenqu%C3%A4te>.
14. cbs.nl. *Vragenlijsten Gezondheidsenquête vanaf 2014.* [cited 2023]; Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende-onderzoeksomschrijvingen/vragenlijsten-gezondheidsenquete-vanaf-2014>.
15. Scholtens, S., et al., *Cohort Profile: LifeLines, a three-generation cohort study and biobank.* Int J Epidemiol, 2015. **44**(4): p. 1172-80.

16. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline. Bevolking; geslacht, lft, generatie en migr. achtergrond, 1 jan; 1996-2022*. 2023 [cited 2023 03-10-2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/portal.html?tableId=37325& catalog=CBS & la=nl& theme=91>.
17. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline: Prognose bevolking; geslacht, leeftijd, achtergrond en generatie, 2021-2070*. 2023 [cited 2023 01-10-2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/portal.html?tableId=84872NED& catalog=CBS& la=nl& theme=85>.
18. vzinfo.nl. *Roken | Jongeren*. 2023 [cited 2023 01-10-2023]; Available from: <https://www.vzinfo.nl/roken/jongeren>.
19. Kleinjan, M., M. Willemsen, and J. Bommelé, *Rookprevalentie bij jongeren: effectieve interventies en andere mogelijkheden voor preventie van roken bij jongeren*. 2019, Trimbos-instituut: Utrecht.
20. Croes, E. and M. Willemsen, *Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten; Update 2020*. 2020, Trimbos-instituut: Utrecht.
21. Boer, J., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021*. RIVM-rapport 2022-0072. 2022, RIVM: Bilthoven.
22. Nationaledrugmonitor.nl. *Tabak; 12.7.3 Accijnzen*. [cited 2022]; Available from: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/tabak-accijnzen/>.
23. Staatssecretaris VWS, *Kamerbrief Op weg naar de rookvrije generatie 2022*, Ministerie van VWS: Den Haag.
24. Rijksoverheid.nl. *Voortgang maatregelen Belastingplan 2024*. [cited 04-12-2023]; Available from: [https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/belastingplan/voortgan g-maatregelen-belastingplan](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/belastingplan/voortgang-maatregelen-belastingplan).
25. *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, vol. 14: Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control*. 2011, IARC: Lyon.
26. Stoklosa, M., *Prices and cross-border cigarette purchases in the EU: evidence from demand modelling*. *Tobacco Control*, 2020. **29**(1): p. 55-60.
27. Chaloupka, F.J. and K.E. Warner, *The economics of smoking*, in *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Editors. 2000, Elsevier. p. 1539-1627.
28. de Kinderen, R.J.A., et al., *Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging*. 2016, Maastricht University: Maastricht.
29. Geboers, C., et al., *Trends in individualised affordability of factory-made cigarettes: findings of the 2008-2020 International Tobacco Control (ITC) Netherlands Surveys*. *Nicotine & Tobacco Research*, 2022.
30. Visscher, K., et al., *Prijsgevoeligheid van rokers*. RIVM-rapport 2120-0013. 2021, RIVM: Bilthoven.
31. Nagelhout, G.E., et al., *The effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths. Findings from the Netherlands SimSmoke Tobacco Control Policy Simulation Model*. *Addiction*, 2012. **107**(2): p. 407-416.
32. cbs.nl. *Consumentenprijzen; prijsindex 2015=100*. 11-04-2023 [cited 2023]; Gewijzigd op 31 maart 2023: Available from: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table>.

33. cbs.nl. *Rookwaren in één jaar bijna 20 procent duurder*. 2020 [cited 2022]; Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/33/rookwaren-in-een-jaar-bijna-20-procent-duurder>.
34. Kyriakos, C.N., et al., *Impact of the European Union's menthol cigarette ban on smoking cessation outcomes: longitudinal findings from the 2020–2021 ITC Netherlands Surveys*. Tobacco Control, 2022. **Epub ahead of print (26 september 2022)**.
35. Staatssecretaris VWS, *Diverse onderwerpen op het gebied van preventie*. 2022, Ministerie van VWS: Den Haag.
36. Monshouwer, K., J. Verdurmen, and M. van Laar, *Display ban verkooppunten tabak*. 2015, Trimbos-instituut: Utrecht.
37. Kuipers, M.A., et al., *Impact on smoking of England's 2012 partial tobacco point of sale display ban: a repeated cross-sectional national study*. Tob Control, 2017. **26**(2): p. 141-148.
38. digital.nhs.uk. *Statistics on Smoking, England - 2015*. 2015 [cited 2023 16-10-2023]; Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-smoking/statistics-on-smoking-england-2015>.
39. McNeill, A., et al., *Evaluation of the removal of point-of-sale tobacco displays in Ireland*. Tob Control, 2011. **20**(2): p. 137-43.
40. Van Hurck, M.M., et al., *Impact of removing point-of-sale tobacco displays on smoking behaviour among adolescents in Europe: a quasi-experimental study*. Tob Control, 2019. **28**(4): p. 401-408.
41. van Giessen, A., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020*. RIVM-rapport 2021-0098. 2021, RIVM: Bilthoven.
42. Croes, E., M. Willemsen, J. Bommelé, and G. Nagelhout, *Factsheet Waarschuwendende teksten en afbeeldingen op tabaksverpakkingen*. 2016, Trimbos-instituut: Utrecht.
43. Staatssecretaris VWS, *Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 april 2020, kenmerk 1668603-203750-WJZ, houdende wijziging van de Tabaks- en rookwarenregeling in verband met de invoering van standaardverpakkingen voor sigaretten en shagtabak*. 2020, Staatscourant Den Haag.
44. Rijksoverheid.nl. *Regels voor de e-sigaret*. [cited 2023 31-01-2023]; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/regels-e-sigaret>.
45. Willemsen, M., E. Croes, and M. van Laar, *Factsheet generieke tabaksverpakkingen (plain packaging) - update 2019*. 2019, Trimbos-instituut: Utrecht.
46. Dunlop, S., D. Perez, A. Dessaix, and D. Currow, *Australia's plain tobacco packs: anticipated and actual responses among adolescents and young adults 2010–2013*. Tobacco Control, 2017. **26**(6): p. 617-626.

47. Diethelm, P.A. and T.M. Farley, *Refuting tobacco-industry funded research: empirical data shows decline in smoking prevalence following introduction of plain packaging in Australia*. *Tob Prev Cessation*, 2015. **1**: p. 6.
48. Diethelm, P.A. and T.M. Farley, *Re-analysing tobacco industry funded research on the effect of plain packaging on minors in Australia: Same data but different results*. *Tob Prev Cessation*, 2017. **3**: p. 130.
49. Schneider, J.E., et al., *Tobacco Outlet Density and Demographics at the Tract Level of Analysis in Iowa: Implications for Environmentally Based Prevention Initiatives*. *Prevention Science*, 2005. **6**(4): p. 319-325.
50. Monshouwer, K., J. Verdurmen, T. Ketelaars, and M.W. van Laar, *Points of sale of tobacco products: Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays*. 2014, Trimbos-instituut: Utrecht.
51. nvwa.nl. *Verbod op sigarettenautomaten*. [cited 14-02-2022]; Available from: <https://www.nvwa.nl/onderwerpen/roken-en-tabak/verbod-tabaksautomaten#:~:text=Sigarettenautomaten%20%28tabaksautomaten%29%20die%20klanten%20zelf%20kunnen%20bedienern%2C%20zijn,is%20al%20verboden%20op%20grond%20van%20de%20Alcoholwet>.
52. Kok, L., et al., *Beperken van het aantal verkooppunten tabak: verkenning beleidsopties. SEO-rapport 2020-55*. 2020, SEO economisch onderzoek: Amsterdam.
53. Finan, L.J., et al., *Tobacco outlet density and adolescents' cigarette smoking: a meta-analysis*. *Tobacco Control*, 2019. **28**(1): p. 27-33.
54. Lee, J.G.L., et al., *Associations of tobacco retailer density and proximity with adult tobacco use behaviours and health outcomes: a meta-analysis*. *Tobacco Control*, 2022. **31**: p. e189-e200.
55. Kok, L., T. Smits, G.E. Nagelhout, and N. Poole, *Beperken tabaksverkoop tot tabaksspeciaalzaken. SEO-rapport 2021-108*. 2021, SEO economisch onderzoek: Amsterdam.
56. Kinderboerderijenactief.nl. *Overzicht rookvrije kinderboerderijen*. 2023 [cited 2023 30-03-2023]; Available from: <http://kinderboerderijenactief.nl/rookvrij/overzicht-rookvrije-kinderboerderijen/>.
57. Kuipers, M.A.G., et al., *School smoking policies and educational inequalities in smoking behaviour of adolescents aged 14-17 years in Europe*. *J Epidemiol Community Health*, 2016. **70**: p. 132-139.
58. Rozema, A.D., et al., *Impact of an Outdoor Smoking Ban at Secondary Schools on Cigarettes, E-Cigarettes and Water Pipe Use among Adolescents: An 18-Month Follow-Up*. *Int J Environ Res Public Health*, 2018. **15**(2): p. 205.
59. Kantar Public, *In hoeverre hebben rookvrije omgevingen invloed op rookgedrag? Rapport 338411861*. 2023, Kantar Public: Amsterdam.
60. Chavannes, N., et al., *NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken*. 2017, Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht.
61. Zhu, S., et al., *Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis*. *Elsevier*, 2000. **18**(4): p. 305-311.

62. Boer, J.M.A., et al., *Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018: Wat zijn de effecten en lessen? RIVM-rapport 2021-0088*. 2021, RIVM: Bilthoven.
63. Overheid.nl. *Besluit zorgverzekering*. 2023; Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2023-01-01/#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.5b.
64. trimbos.nl. *Tabaksbeleid: Nederland weer gidsland*. [cited 2023]; Available from: <https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/tabaksbeleid-nederland-weer-gidsland/>.
65. Lancaster, T. and L.F. Stead, *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. **3**(3): p. Cd001292.
66. Bommelé, J. and M. Willemsen, *Kerncijfers roken 2018. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken, meerroken en het gebruik van elektronische sigaretten*. 2020, Trimbos-instituut: Utrecht.
67. Bommelé, J. and M. Willemsen, *Kerncijfers roken 2022. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van elektronische sigaretten*. 2023, Trimbos-instituut: Utrecht.
68. Bommelé, J. and M. Willemsen, *Kerncijfers roken 2020. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van elektronische sigaretten*. 2021, Trimbos-instituut: Utrecht.
69. Vektis.nl. *Vanaf 2020 een ruime verdubbeling in het aantal 'stoppers' per jaar: meer mensen vragen hulp voor stoppen met roken*. 2022; Available from: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-smr-2022>.
70. Willemsen, M.C., *Tobacco control policy in the Netherlands: between economy, public health, and ideology*. 2018, Palgrave Macmillan.
71. Overheid.nl. *Tabaks- en rookwarenbesluit*. Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037160/2021-07-01>.
72. cbs.nl. *Werkende beroepsbevolking (15 tot 75 jaar), seizoensgecorrigeerd*. [cited 2023]; Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden#:~:text=In%20het%20vierde%20kwartaal%20van,van%2015%20tot%2075%20jaar>.
73. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline. Bevolkingsontwikkeling; maand en jaar*. [cited 2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83474NED/table?ts=1681374988868>.
74. Oude Hengel, K., L. Bouwens, E. de Vroome, and W. Hooftman, *Hoe werken werknemers uit 2019 na de pandemie? Resultaten van het NEA-COVID-19 cohort onderzoek*. 2023, TNO: Leiden.
75. Troelstra, S., D. Feenstra, and M. Willemsen, *Factsheet Massamediacampagnes om roken terug te dringen*. 2020, Trimbos-instituut: Utrecht.
76. Stoptober.nl. [cited 2023]; Available from: <https://stoptober.nl/>.
77. van Aerde, M. and D. Meije, *Stoppen-met-roken begeleiding binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) - Factsheet Monitor Rookvrije Start 2019*. 2019, Trimbos-instituut.

78. Addendumwerkgroep, *Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen - Addendum bij de richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning (Herziening 2016)"*. 2017, Trimbos-instituut.
79. Scheffers-van Schayck, T., V. Thissen, F. Errami, and M. Tuithof, *Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2021: Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap*. 2022, Trimbos Instituut: Utrecht.
80. Ministerie van VWS, *Campagne-effectonderzoek 'Rookvrij opgroeien'*. 2019.
81. knov.nl. *KNOV zet cijfers rondom zwanger en bevallen op een rij*. 2022 [cited 2023]; Available from: <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/knov-zet-cijfers-rondom-zwanger-en-bevallen-op-een-rij#:~:text=De%20cijfers%20zijn%20gebaseerd%20op,tijdens%20haar%20zwangerschap%20en%20bevalling>.
82. Perined, *Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg 2021*. 2022, Perined: Utrecht.
83. Stead, L.F., et al., *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **2013**(5): p. Cd000165.
84. vtv2018.nl. *Leefstijl: hoe (on)gezond leven we in de toekomst?* 2018 [cited 2023]; Available from: <https://www.vtv2018.nl/leefstijl>.
85. Harbers, M., et al., *Inventarisatie nederlandse covid-19 onderzoeken: Preventie en zorg & brede maatschappelijke vraagstukken. Rapportage nr. 13: Update leefstijl*. 2021, RIVM: Bilthoven.
86. World Health Organization, *MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic*. 2008, Geneva: World Health Organization.
87. Gravely, S., et al., *Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study*. Lancet Public Health, 2017. **2**(4): p. e166-e174.
88. Bommelé, J., B. Hipple Walters, and M. Willemsen, *Eindspel tegen tabak. Beleidsopties om tabak uit de samenleving te laten verdwijnen*. 2022, Trimbos insituut: Utrecht.
89. RIVM, *Doorrekening scenario's accijnsverhoging op tabak*. 2024, RIVM: Bilthoven.
90. Ministerie van Financiën, *IBO gezonde leefstijl*. Eindrapportage van de werkgroep "IBO Gezonde leefstijl, 2016.
91. Dam, W., J. Bommelé, and M. Willemsen, *Notitie effectiviteit van Nederlands tabaksbeleid*. 2022, Trimbos-instituut: Utrecht.
92. opendata.cbs.nl. *CBS Open data Statline. Leefstijl; persoonskenmerken*. [cited 2023]; Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85457NED>.
93. Garritsen, H., et al., *Jongerenmonitor tabaks- en nicotineproducten*. 2023, Trimbos-instituut: Utrecht.
94. Martinelli, T., et al., *Exploring the gateway hypothesis of e-cigarettes and tobacco: a prospective replication study among adolescents in the Netherlands and Flanders*. Tobacco Control, 2023. **32**(2): p. 170-178.

Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met bijdragen van experts op het gebied van tabaksontmoedigingsbeleid. We waarderen hun deelname aan de expertsessies en hun schriftelijke bijdragen aan deze doorrekening. Het is mede dankzij hun inbreng dat wij in staat zijn geweest dit rapport te schrijven.

Onze dank gaat uit naar:

Dr. Esther Croes (*Trimbos-instituut*)

Dr. Reina de Kinderen (*Gezondheidsfondsen voor Rookvrij*)

Prof. Gera Nagelhout (*Universiteit Maastricht*),

Dr. Mirte Kuipers (*Amsterdam UMC*)

Prof. Marc Willemsen (*Trimbos-instituut*)

Daarnaast danken wij Drs. Cloé Geboers (*Trimbos-instituut*) voor haar input op specifieke onderwerpen.

Ook danken wij de leden van de externe begeleidingscommissie voor hun waardevolle commentaren. De commissie bestond uit vertegenwoordigers van *Het Centraal Bureau voor de Statistiek*, *het Centraal Planbureau*, *GGD-GHOR*, *Universiteit Maastricht*, *het Mulier Instituut*, *Pharos*, *het Sociaal en Cultureel Planbureau* en *het Trimbos-instituut*.

De inhoud van het rapport blijft onder verantwoordelijkheid van de RIVM-auteurs.

Bijlage 1 Doelstellingen en afspraken per doorgerekende maatregel

Accijnsverhoging tabak

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die betrekking hebben op het verhogen van de accijns op tabak.

Doelstelling

Het kabinet zal in 2020 een eerste stap zetten en de accijns op een pakje sigaretten met 20 stuks zodanig verhogen dat de prijs van dat pakje met 1 euro stijgt. Alvorens de prijs verder verhoogd kan worden tot 10 euro in 2023, zal het kabinet in 2021 een evaluatie uitvoeren. Om substitutie te beperken zal ook voor andere producten zoals shag, volumetabak en heatsticks een in absolute zin gelijke accijnsverhoging plaatsvinden.

Bijbehorende acties

Het kabinet zal in 2020 een eerste stap zetten en de accijns op een pakje sigaretten met 20 stuks zodanig verhogen dat de prijs van dat pakje met 1 euro stijgt. Alvorens de prijs verder verhoogd kan worden tot 10 euro in 2023, zal het kabinet in 2021 een evaluatie uitvoeren omdat grenseffecten de effectiviteit van en het draagvlak voor de maatregel kunnen ondermijnen. Tegelijkertijd worden in deze jaren de contacten met Duitsland, België en Frankrijk gebruikt om bij verdere accijnsverhoging samen met onze buurlanden op te trekken.

Om een substitutie te beperken zal ook voor andere producten zoals shag, volumetabak en heatsticks een in absolute zin gelijke accijnsverhoging plaatsvinden. Om illegale handel in tabaksproducten te voorkomen wordt gewerkt aan de implementatie van nieuwe Europese regels om deze illegale handel tegen te gaan. Ook werkt Nederland aan de implementatie van het protocol tegen illegale tabakshandel bij het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (FCTC).

Uitstal en reclameverbod van rookwaren

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die de zichtbaarheid van tabaksproducten in de openbare ruimte verminderen.

Doelstelling

Per 2020 worden rookwaren bij supermarkten uit het zicht gehaald en per 2021 bij andere verkooppunten. Ook is reclame in en aan de voorgevel van verkooppunten vanaf 2021 niet meer toegestaan.

Bijbehorende acties

Het uitstalverbod geldt per 2020 voor supermarkten en wordt versneld (per 2021) ingevoerd voor andere verkooppunten. Met dit besluit wordt geregeld dat het uitstellen van tabaksproducten in verkooppunten niet langer is toegestaan, met uitzondering van speciaalzaken die alleen rookwaren, rookaccessoires, loten en dagbladen verkopen. Tevens zullen bestaande kleine zaken met meer dan 75% omzet uit tabaksproducten worden uitgezonderd van het uitstalverbod. Met het uitstalverbod mogen te koop aangeboden tabaksproducten en aanverwante producten niet meer van buiten de speciaalzaak zichtbaar zijn.

Het reclameverbod is per 2021 van toepassing op speciaalzaken. Gevelreclame en reclame in speciaalzaken wordt dan verboden. Reclame in speciaalzaken is wel toegestaan voor speciaalzaken die alleen rookwaren, rookaccessoires, loten en dagbladen verkopen, alsmede bestaande kleine zaken met meer dan 75% omzet uit tabaksproducten gedurende de uitzondering van het uitstalverbod.

Neutrale verpakkingen

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat verpakkingen van tabaksproducten minder aantrekkelijk worden.

Doelstelling

Rookwaren worden vanaf 2020 verpakt in neutrale verpakkingen. Voor sigaretten geldt dit vanaf 2020. Voor sigaren en e-sigaretten overwegen we dit in 2022 in te laten gaan.

Bijbehorende acties

Rookwaren worden vanaf 2020 verpakt in neutrale verpakkingen. Voor sigaretten geldt dit vanaf 2020. Voor sigaren en e-sigaretten wordt overwogen dit in 2022 in te laten gaan. Verpakkingen van rookwaren hebben vanaf die data een donker-groen bruine kleur (Pantone 448 C; wordt ook gebruikt in andere Europese landen) en zijn ontdaan van alle merkuitingen (met uitzondering van een merknaam in een nader vast te stellen standaard lettertype). Hier hoort ook bij dat de sigaretten een neutraal uiterlijk hebben.

Verminderen verkooppunten tabak

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat het aantal verkooppunten van tabaksproducten afneemt.

Doelstellingen

De komende jaren wordt het aantal verkooppunten verminderd.

In 2020 zijn ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg naar een Rookvrije Generatie; zij hebben een rookvrij beleid voor de eigen werknemers, gebouwen en terreinen, inclusief stoppen-met-rokenondersteuning, **en/of zij zijn gestopt met de verkoop van tabaksproducten** en/of zij zijn gestopt met investeringen in de tabaksindustrie.

In 2020 zijn meer bedrijven gestopt met diensten en/of producten te leveren aan de tabaksindustrie.

Bijbehorende acties

Het aantal verkooppunten van tabaksproducten wordt de komende jaren teruggebracht. Met de regelgeving voor het uitstalverbod wordt al geregeld dat sigarettenautomaten (momenteel [in 2018] zijn dat er 13.000) per 2022 niet meer zijn toegestaan. Het ministerie van VWS laat onderzoek uitvoeren naar de mogelijkheden om het aantal verkooppunten in de toekomst te beperken. Aan het einde van deze kabinetsperiode is er duidelijkheid over het proces en het moment waarop een verdere vermindering van verkooppunten zal worden gerealiseerd.

Rookvrije (kind)omgevingen

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor moeten zorgen dat meer kinderen opgroeien in een rookvrije omgeving.

Doelstellingen

Vanaf 2020 zijn rookvrije schoolterreinen verplicht waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende scholen en instellingen.

In 2020 zijn alle (400) kinderboerderijen rookvrij. Dit betekent dat de terreinen van de kinderboerderijen geheel rookvrij zijn.

In 2020 is 75% van de speeltuinen rookvrij of zijn er rookvrije afspraken gemaakt. In 2025 zijn alle beheerde en onbeheerde speeltuinen geheel rookvrij.

In 2020 zijn alle (12.000) kinderopvanglocaties rookvrij. Rookvrije kinderopvang betekent dat er niet wordt gerookt op het terrein en dat er geen overdracht van derdehandsrook plaatsvindt.

In 2020 zijn 2500 sportverenigingen rookvrij. Dit betekent dat de sportterreinen rookvrij zijn of dat er rookvrije afspraken zijn gemaakt, waarmee wordt geregeld dat kinderen niet meer in aanraking komen met roken. In 2025 zijn (nagenoeg) alle sportverenigingen rookvrij.

Bijbehorende acties

KinderboerderijenActief jaagt kinderboerderijen aan om rookvrij te worden. KinderboerderijenActief werkt hierbij samen met Vereniging Stads- en Kinderboerderijen Nederland, gemeenten, NUSO¹¹, Jantje

¹¹ Brancheorganisatie voor speeltuinverenigingen en stichtingen.

Beton en de Alliantie Nederland Rookvrij! en benut communicatiekanalen voor bewustwording en voorlichting.

KinderboerderijenActief zal in overleg met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), gemeenten en Vereniging Stads- en Kinderboerderijen Nederland bewerkstelligen dat een rookvrije locatie als voorwaarde wordt opgenomen voor gemeentelijke financiering van kinderboerderijen, uiterlijk in 2020.

NUSO maakt de besturen en vrijwilligers van de speeltuinen bewust van het belang van rookvrij spelen voor de gezondheid van kinderen. NUSO doet dat door artikelen te plaatsen in het blad Speelmail, korte informatie te delen van derden zoals de Alliantie Nederland Rookvrij! (ANR) en met een digitale nieuwsbrief gekoppeld aan een website en een Facebook-pagina (bereik: 2.500 personen). Op het online platform worden de discussies aangejaagd en voorbeelden verspreid.

NUSO inventariseert wat speeltuinen nodig hebben om hun speeltuin rookvrij te maken. Dit kunnen materialen, informatie voor ouders en coaching zijn. In reguliere werkbezoeken en bijeenkomsten adviseert en enthousiasmeert NUSO besturen onder andere door gebruik te maken van de materialen die de ANR samen met NUSO ontwikkelde, zoals een stappenplan, posters en flyers.

NUSO adviseert en ondersteunt besturen vanuit de reguliere activiteiten tijdens werkbezoeken. Er wordt gebruik gemaakt van de handreiking die de ANR samen met NUSO ontwikkelde. Zo nodig kan aangesloten worden bij bijeenkomsten van lokale koepels. Deze inzet doet NUSO vanuit de jaarlijkse bijdragen van leden en een investering van Jantje Beton. NUSO kent een nauwe samenwerking met Jantje Beton.

De Belangenorganisatie van Ouders in de Kinderopvang (BOinK) maakt al jaren afspraken met de werkgevers in de kinderopvang over kwaliteit en veiligheid. Deze afspraken worden vervolgens omgezet in wetgeving. BOinK wil op dezelfde wijze afspraken maken over de rookvrije omgeving. Deze afspraken moeten deel gaan uitmaken van het gezondheidsbeleid van de kinderopvangorganisaties.

BOinK zet met een communicatieaanpak en in samenwerking met de brancheorganisaties sterk in op het terugdringen van derdehandsrook door pedagogische medewerkers. Roken voor en tijdens werktijd kan ertoe leiden dat baby's door contact tijdens de verzorging derdehandsrook binnen krijgen, met alle gevolgen van dien voor de gezondheid.

NOC*NSF en de sportbonden jagen besturen van sportverenigingen aan om rookvrij te worden door ze te enthousiasmeren en te stimuleren.

NOC*NSF en de sportbonden zetten coaches in die verenigingen begeleiden bij het rookvrij maken van het sportterrein (naast de twee andere thema's van het preventieakkoord: implementeren van alcoholbeleid en gezonde sportkantine). Hierbij dienen de modelkantines als inspiratie- en leerplekken bij het ontwikkelen van rookvrij beleid (voor de buitenterreinen van de sportaccommodaties), voor zowel andere verenigingen als voor de coaches die andere verenigingen begeleiden.

NOC*NSF en de sportbonden organiseren een grote campagne in samenwerking met de ANR en eventueel met andere maatschappelijke organisaties, met als doel dat (nagenoeg) alle sportverenigingen in 2025 rookvrij zijn.

Sportbonden zullen in 2025 op zelf georganiseerde evenementen roken niet toestaan.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie ondersteunen initiatieven van bewoners voor een rookvrije omgeving, voeren actief rookvrij beleid en ondersteunen en verbinden maatschappelijke organisaties zoals kinderboerderijen, speeltuinen, zwembaden, sportverenigingen, speelplekken, scholen en ziekenhuizen bij het rookvrij worden.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie hebben een voorbeeldfunctie, zowel landelijk als regionaal; zij nemen actief deel aan het Rookvrije Generatie platform voor gemeenten.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie nemen de Rookvrije Generatie met concrete doelen en activiteiten op in hun eigen Nota Publieke Gezondheid.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie kunnen een lokale of regionale aanpak formuleren voor de ambities uit het Nationaal Preventieakkoord. Via deze aanpak richten zij zich ook op de samenhang tussen de thema's en de achterliggende oorzaken van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. Hierbij kan worden gedacht aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen, armoede, eenzaamheid en stress.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie kunnen de mogelijkheid onderzoeken om vanaf 2025 of in elk geval zoveel eerder als mogelijk de verplichting tot het invoeren van een rookvrij beleid op te nemen in de subsidieverlening voor o.a. beheerde speeltuinen, kinderboerderijen, sportterreinen en evenementen waar veel kinderen komen.

Gemeenten met beleid voor 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.

Om het bereik van de Rookvrije Generatie (en andere interventies) te monitoren, leveren gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie reguliere beschikbare cijfers aan over wijksamenstelling en gezondheidsproblematiek.

Ook andere gemeenten die actief zijn of willen worden met de rookvrije generatie kunnen hierbij aansluiten en daarbij ondersteund worden via onder meer het kennisplatform voor gemeenten.

De VNG stimuleert gemeenten tot het formuleren van een lokale of regionale aanpak, waarvan de inzet op roken, zoals geformuleerd in dit deelakkoord, onderdeel uitmaakt. In deze aanpak ligt de focus op wijken waar de urgentie het hoogst is.

De VNG onderkent het belang van een gezonde leefomgeving rond de school en zal zich samen met de onderwijsraden inspannen om afspraken te maken om een omgeving van de school te bevorderen, waarin het aanbod en de promotie van tabak wordt beperkt of voorkomen.

De VNG organiseert, samen met de ANR, lokale en regionale themabijeenkomsten.

Het is de ambitie om in 2040 een gezonde leefstijl onderdeel te laten zijn van het DNA van het onderwijs. Hierdoor zal ook de jeugd meer aandacht krijgen voor gezondheidsvaardigheden. De activiteiten gericht op het onderwijs die hieraan vanuit dit akkoord bijdragen zullen via het Programma Gezonde School lopen.

Via het Programma Gezonde School promoten de onderwijsraden het belang van een rookvrij schoolterrein en kunnen scholen rekenen op ondersteuning bij het realiseren van een rookvrij schoolterrein.

Onderwijs en gemeenten willen leren van dergelijke goede praktijken en gaan de komende jaren met elkaar in gesprek zodat bij de totstandkoming van een lokale aanpak door gemeenten afspraken kunnen worden gemaakt met de betreffende partijen om de gezonde leefomgeving rond te school te bevorderen.

GGD GHOR NL werkt met de GGD-professionals aan instrumenten om het creëren van rookvrije kindomgevingen bespreekbaar te maken en te stimuleren bij ouders, burgers en betrokken lokale samenwerkingspartners, bijvoorbeeld in het kader van het toezicht op de kinderopvang, aanvullend op lopende initiatieven.

GGD GHOR NL werkt aan een toolkit voor de JGZ om samen met ouders en andere samenwerkingspartners rookvrije kindomgevingen te bevorderen.

GGD GHOR NL en GGD'en werken mee aan het opstellen van een beleids- en juridisch kader om een rookvrije omgeving in het kader van de Omgevingswet te kunnen realiseren.

GGD'en worden aangemoedigd om kennis over aanpak en goede voorbeelden te delen op GGD GHOR NL Kennisnet.

ANR zet zich continu in voor het vergroten van het draagvlak voor rookvrije kindomgevingen en activeert het algemeen publiek, onder andere met massamediale publiekscampagnes en door samenwerking met koepelorganisaties. ANR stelt up-to-date informatie en ondersteuning beschikbaar, zoals een stappenplan, voorbeeldteksten, tips en rookvrij-bordjes. Hiermee kunnen kindomgevingen op weg naar een rookvrij terrein.

ANR informeert, ondersteunt en traint intermediaire organisaties en professionals die contact hebben met de kindomgevingen, zodat zij ze kunnen helpen rookvrij te worden. De Alliantie is ook achtervang en vraagbaak voor deze organisaties.

ANR is vraagbaak voor kindomgevingen die rookvrij willen worden en die niet bij intermediaire organisaties en professionals terecht kunnen.

ANR brengt partijen bij elkaar en inspireert ze, zodat acties onderling worden versterkt en goede voorbeelden worden gedeeld.

Rookvrije schoolterreinen zijn vanaf 2020 verplicht. Er worden regels opgesteld waarin wordt uitgewerkt hoe het rookverbod op de scholen en instellingen wordt ingesteld, aangeduid en gehandhaafd. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende scholen en instellingen. Er worden daarnaast aanvullende middelen ingezet om via de Gezonde School extra scholen te ondersteunen in het rookvrij maken van hun schoolterrein. In het najaar van 2018 start VWS met een communicatietraject om schoolbesturen te informeren over de aankomende wettelijke verplichting.

Het rookverbod wordt per 2020 uitgebreid voor de e-sigaret met en zonder nicotine. Met de uitbreiding willen we het roken van de bestaande en toekomstige damp- en aanverwante producten die gezondheidsschade veroorzaken verbieden. Dit om ook de sociale norm te versterken dat "roken" niet normaal is en om jongeren te beschermen.

Samenwerken (optrekken en kennis delen) met andere lidstaten voor tabaksontmoediging op Europees niveau (meetmethoden, tabaksproductenrichtlijn, Framework Convention Tobacco Control).

De rijksoverheid ondersteunt gemeenten financieel en inhoudelijk bij het maken van beleid voor de rookvrije generatie. De rijksoverheid ondersteunt de inrichting van een (zowel digitaal als fysiek) kennisplatform voor gemeenten. Daarnaast biedt ze gemeenten ondersteuning met het opnemen van rookvrije omgevingen in de omgevingvisie en Algemene Plaatselijke Verordening.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie hebben in hun tabaksontmoedigingsbeleid specifiek aandacht voor het bereiken van mensen met lage SES.

GGD GHOR NL draagt, op basis van de JGZ Preventieagenda samen met ActiZ en NCJ, bij aan de ontwikkeling van de tools en de randvoorwaarden voor de implementatie van een gezonde leefstijl (waaronder niet roken) onder ouders.

GGD GHOR NL ondersteunt de samenwerking van JGZ-professionals onderling en met andere zorginstellingen en zorgverleners, onder meer met het programma Kansrijke Start. GGD GHOR NL zal met GGD'en en andere JGZ-organisaties de ambities op het gebied van roken agenderen binnen het programma Kansrijke Start.

Via de sponsoringafspraken worden clubs, bedrijven en events die gesponsord worden door ABN AMRO, uitgedaagd een bijdrage te leveren aan de rookvrije generatie.

KPN gaat actief samenwerking zoeken met de sportbonden KNSB en KNVB om bij te dragen aan de doelstelling van een Rookvrije Generatie.

KPN zal het belang van een Rookvrije Generatie benadrukken in zijn contacten met andere (Top 100-) organisaties, onder andere door het delen van good practices.

Stoppen-met-rokenczorg

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat rokers gestimuleerd worden om te stoppen met roken en daarbij ondersteund worden.

Doelstellingen

In 2020 doet 50% (t.o.v. 33% in 2016) van de rokers een serieuze stoppoging en ten minste 20% (t.o.v. 8% in 2016) maakt daarbij gebruik van effectieve zorg (zorg die gebaseerd is op de richtlijn Behandeling Tabaksverslaving en Ondersteuning bij Stoppen met Roken).

In 2020 is er voor iedereen die wil

vanaf 2020 eerstelijns stoppen-met-rokenprogramma's vrij te stellen van het eigen risico bij gecontracteerde zorgaanbieders en communiceren daarover bij hun polisaanbod in 2020. Dit stoppen toegankelijke stoppen-met-rokenczorg en ondersteuning zonder financiële drempels voor eerstelijnszorg programma's.

In 2020 zijn meer zorgverleners toegerust om motiverende gesprekken te voeren, vaker een stopadvies te geven en iemand door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg en/of passende zorg en begeleiding in de buurt.

In 2020 zijn ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg naar een Rookvrije Generatie; zij hebben een rookvrij beleid voor de eigen werknemers, gebouwen en terreinen, **inclusief stoppen-met-rokenondersteuning**, en/of zij zijn gestopt met de verkoop van tabaksproducten en/of zij zijn gestopt met investeringen in de tabaksindustrie.

In 2020 nemen bedrijfsartsen roken mee in elk contact, door roken te ontmoedigen en tools aan te bieden om te stoppen met roken.

In 2020 hebben meer bedrijven een rookvrij beleid voor werknemers, gebouwen en terreinen.

Bijbehorende acties

De VNG stimuleert gemeenten tot het formuleren van een lokale of regionale aanpak, waarvan de inzet op roken, zoals geformuleerd in dit deelakkoord, onderdeel uitmaakt. In deze aanpak ligt de focus op wijken waar de urgentie het hoogst is.

Individuele zorgverzekeraars kiezen ervoor om uiterlijk betreft dan zowel de gedragsmatige ondersteuning als de medicatie bij stoppen met roken. Medicatie wordt alleen vrijgesteld van het eigen risico indien deze wordt gecombineerd met gedragsmatige begeleiding en daarmee expliciet onderdeel is van een stoppen-met-rokenprogramma.

Individuele zorgverzekeraars baseren zich bij hun inkoopbeleid 2020 op de Zorgstandaard Stoppen met Roken (de opvolger van de huidige module Stoppen met Roken 2009) die in april 2019 openbaar wordt en spannen zich in om voor alle rokers een passend en toegankelijk stoppen-met-rokenaanbod in te kopen.

Zorgverzekeraars leveren aan de website www.ikstopnu.nl informatie over het aanbod voor stopondersteuning dat zij vergoeden, inclusief over de hoogte van de vergoeding.

Het ZN/LAN knelpuntoverleg stoppen-met-rokenzorg zal worden voortgezet om (nieuwe) knelpunten op het gebied van de stoppen-met-rokenzorg te identificeren en aanpak te monitoren van bestaande knelpunten. Bij het overleg zijn patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en kennisinstellingen betrokken.

Beroepsverenigingen/zorgprofessionals/kennispartners/LAN (patiëntenorganisaties) implementeren de multidisciplinaire richtlijn, de specifieke richtlijn en module voor huisartsen en de zorgstandaard.

Beroepsverenigingen en professionals uit de medisch-specialistische en verloskundige zorg ontwikkelen en implementeren 'zorgpaden stoppen met roken' en leefstijladviezen om stoppers de juiste zorg op maat te kunnen geven.

Zorgprofessionals geven stopadviezen, bieden begeleiding en verwijzen zo nodig door. Er is een goed aansluitend aanbod, zoveel mogelijk in de eigen buurt, waar de hulpverlener naar kan verwijzen. Daar waar mogelijk stimuleren zij ook het gebruik van veilige en doelmatige e-health.

Zorgprofessionals in de (academische) ziekenhuizen voeren pilots uit, gericht op het trainen van zorgprofessionals in het geven van een kort en bondig stopadvies.

Zorgprofessionals in de GGZ en verslavingszorg voeren pilots uit, gericht op ondersteuning van ernstige psychiatrische patiënten bij stoppen met roken.

Zorgprofessionals benutten campagnes bij stopadvies, begeleiding dan wel bij verwijzing naar effectieve ondersteuning of zorg.

Het Partnership faciliteert kwaliteitsbewaking van de stoppen-met-rokenzorg met een kwaliteitsregister, een richtlijn en een zorgstandaard.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen ondersteunen huisartsen in het geven van een stopadvies door aanvullende niet-medicamenteuze stopadviezen bij de medicamenteuze informatie toe te voegen in het Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)/ Consultwijzer.

NHG, LHV en InEen ontwikkelen voor huisartsen een module in NHGDoc (een medisch beslisondersteunend systeem voor de huisarts), die de huisarts attendeert op het bespreken van (stoppen met) roken bij specifieke patiëntengroepen (zoals jeugdigen, zwangeren) en hen geleidt naar passende interventies volgens de NHG richtlijnen.

Om deskundigheidsbevordering van zorgprofessionals in de huisartsenzorg te stimuleren ontwikkelen NHG, LNV en InEen een e-learning Stoppen met roken voor de huisartsenzorg.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie kunnen (lichte) regie voeren als het gaat om zorgpaden en samenwerking.

Gemeenten met beleid voor de rookvrije generatie kunnen in samenwerking met zorgverleners een lokale sociale kaart maken voor stoppen-met-rokenondersteuning.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie hebben in hun tabaksonthoudingsbeleid specifiek aandacht voor het bereiken van mensen met lage SES.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie nemen waar mogelijk stoppen met roken op in subsidies/ opdrachten aan JGZ organisaties.

GGD GHOR NL ondersteunt GGD'en om met zorginstellingen en zorgverleners in gesprek te gaan om stopondersteuning verder te verspreiden in alle zorglocaties. Als er onvoldoende stopondersteuning in de regio wordt aangeboden zal de GGD in overleg gaan voor meer aanbod, eventueel door zelf gecontracteerd te worden door de zorgverzekeraar.

ANR identificeert kansen voor stoppen met roken die voortkomen uit regionale initiatieven voor de Rookvrije Generatie en deelt deze met het Landelijk coördinatiepunt stoppen met roken.

ANR verbindt de (communicatietrajecten en pr-bijeenkomsten van) partners van de Alliantie met de gezamenlijke communicatieagenda.

De rijksoverheid versterkt de ondersteuning van het Landelijk coördinatiepunt stoppen met roken (onderdeel van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging).

De rijksoverheid beziet met het Zorginstituut Nederland op welke wijze er meer maatwerk geleverd kan worden aan alle rokers die willen stoppen (Zinnige Zorg traject) en of daarbij sprake is van eventuele belemmeringen in de regelgeving.

De rijksoverheid biedt ondersteuning bij de implementatie van de Zorgstandaard Stoppen met Roken.

De rijksoverheid biedt ondersteuning bij de (door)ontwikkeling van een wijkgericht stopaanbod voor rokers met een lage SES en bevordert met landelijke kennispartners de implementatie van de interventie Stopadvisor.

De rijksoverheid biedt ondersteuning voor de ontwikkeling van een aanbod voor zwaar verslaafde rokers en onderzoekt hoe deze zorg betaalbaar kan worden gemaakt.

De rijksoverheid geeft financiële ondersteuning aan pilots.

De Topsectoren zetten voor 2020 in op een publiek-privaat partnerschap dat investeert in kennis en innovatie over het voorkomen van en voorgoed stoppen met roken. Als onderdeel hiervan wordt onder meer ingezet op kennis en innovatie bij prikkels die een rookvrij leven bevorderen.

ABN AMRO komt met een stoppen-met-rokenpakket voor de eigen medewerkers en stelt dit daarna beschikbaar aan andere bedrijven.

KPN gaat zijn medewerkers actieve ondersteuning geven bij het stoppen met roken.

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) ontwikkelt een toolkit ofwel overzichtskaart voor bedrijfsartsen, met materiaal gericht op het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van werkenden door stoppen met roken:

- Focus op de negatieve gevolgen van roken op de gezondheid en productiviteit. Speciale aandacht voor stapeling van risico's, zoals bij organisaties waarbij de werkomgeving risico's geeft op het ontwikkelen van een beroepslongaandoening.

- Mogelijkheden ter verspreiding van kennis en innovatie op het gebied van roken, rookgedrag en rookvrije organisatie-initiatieven.
- Roken meenemen in elk contact, zowel preventief (gezondheidsscreenend) als curatief (verzuimmanagement) met werknemers. Via Minimale Interventie Strategie door middel van motivational interviewing verleiden tot interventie en gedragsverandering. Van belang daarbij is dat gekeken gaat worden naar de verwijismogelijkheden door de bedrijfsarts.

NVAB ontwikkelt (of sluit aan bij) een kennisnetwerk 'Stoppen met Roken', bevordert ketensamenwerkingen kent verwijsmogelijkheden.

NVAB zet een preventief landelijke actie op gericht op de gehele beroepsbevolking via aangesloten werkgevers.

Verslavingskunde Nederland (VKN) voert een kwaliteitstoets uit op stoppen-met-rokencare voor bedrijven en adviseert bedrijven over deze zorg.

GGD GHOR NL faciliteert GGD'en bij het adviseren van hun gemeenten hoe zij al hun gemeentelijke gebouwen, dus inclusief alle GGD-gebouwen rookvrij kunnen maken. Ook wil GGD GHOR NL bevorderen dat gemeenten en GGD'en hun medewerkers die roken, ondersteunen met een stoppen-met-roken-aanbod.

In haar rol als werkgever Rijk zal de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) onderzoeken hoe rijkskantoren in 2021 rookvrij kunnen worden gemaakt. Ook biedt zij vanaf medio 2019 medewerkers in dienst van het Rijk die willen stoppen met roken een ondersteuningsprogramma aan. Een interdepartementale werkgroep voert dit onderzoek uit en levert de bevindingen uiterlijk 1 juli 2019 op. Daarnaast zal de minister in overleg met gemeenten bezien hoe de openbare ruimte rondom rijkskantoren in dit licht kan worden gezien.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) bevordert aan de hand van het programma "Preventie beroepsziekten, blootstelling gevaarlijke stoffen" met branches, bedrijven, producenten, werkgever- en werknemersorganisaties, Arbo professionals en preventiemedewerkers een verdere beweging om te komen tot een gezondere en veiligere omgang met stoffen op de werkvloer. Hierbij is oog voor innovatie en wordt een bewezen effectieve stopmethode de komende jaren geïmplementeerd bij meer dan 200 bedrijven, met als doel een brede landelijke toepassing en meer gezondere werknemers.

Rookvrije werkomgeving

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat werknemers een rookvrije werkplek hebben

Doelstellingen

Op 31 mei 2019 (op Wereld Niet Roken Dag) spreken vertegenwoordigers van alle zorgaanbieders in ons land de ambitie uit om in 2030 rookvrij te zijn en hierop actief beleid te voeren.

In 2020 zijn alle verslavingszorginstellingen (aangesloten bij Verslavingskunde Nederland) rookvrij; zij beschikken allen over beleid dat aansluit bij de gouden status volgens de systematiek van het Global Network For Tobacco Free Health Care.

De komende jaren voeren alle GGZ-instellingen aangesloten bij GGZ Nederland beleid om rookvrij te worden; zij beschikken allen over beleid dat aansluit bij de bronzen status volgens voornoemde systematiek. Uiterlijk in 2025 zijn alle GGZ-instellingen aangesloten bij GGZ Nederland rookvrij; zij beschikken allen over beleid dat aansluit bij de gouden status volgens voornoemde systematiek.

De komende jaren voeren alle ziekenhuizen, aangesloten bij de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) of Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), actief beleid om rookvrij te worden. Uiterlijk in 2025 zijn alle ziekenhuizen rookvrij.

In 2020 zijn ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg naar een Rookvrije Generatie; zij hebben een **rookvrij beleid voor de eigen werknemers, gebouwen en terreinen**, inclusief stoppen-met-rokenondersteuning, en/of zij zijn gestopt met de verkoop van tabaksproducten en/of zij zijn gestopt met investeringen in de tabaksindustrie.

Op 1 juli 2019 is het onderzoek afgerond hoe rijkskantoren in 2021 rookvrij kunnen worden gemaakt. In 2020 hebben meer bedrijven een rookvrij beleid voor werknemers, gebouwen en terreinen.

Bijbehorende acties

Rookruimten in de horeca worden uiterlijk juli 2022 gesloten. Hiertoe wordt een aanpassing van de tabaks- en rookwarenwet voorbereid. Ook in de (semi)-publieke sector en in openbare gebouwen worden uiterlijk dan de rookruimten gesloten. Voor het sluiten van rookruimten op de werkplek buiten de horeca wordt een convenant met het bedrijfsleven gesloten, waarbij het uitgangspunt is dat het bedrijfsleven zijn verantwoordelijkheid kan nemen en dat sluiting gerealiseerd is in 2023. Indien na 3 jaar bij een tussenmeting blijkt dat er onvoldoende voortgang is geboekt wordt wetgeving voorbereid.

Vertegenwoordigers¹² stimuleren, activeren en ondersteunen de totstandkoming van rookvrije zorg.

Vertegenwoordigers bepalen en faciliteren per sector een werkgroep die zich bezighoudt met het rookvrij maken van de eigen sector.

Vertegenwoordigers ondersteunen de leden en stimuleren hen andere zorgaanbieders in hun omgeving aan te laten sluiten.

¹² Bestaande uit de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), GGZ Nederland (GGZ NL) en Verslavingskunde Nederland (VKN).

Vertegenwoordigers spannen zich in om nog niet aangesloten vertegenwoordigers in de zorg te betrekken bij het rookvrij maken van de zorg.

Vertegenwoordigers en hun leden ondersteunen de implementatie van het rookvrije beleid in de verslavingszorg, GGZ-instellingen, (academische) ziekenhuizen en andere zorgorganisaties, indien gewenst vanuit een op te richten implementatieteam.

In navolging van het congres 'Maak de zorg rookvrij' op 31 mei 2017 dragen de vertegenwoordigers in 2019 bij aan het congres 'Maak de zorg rookvrij' en spannen zij zich er voor in dat nog niet aangesloten vertegenwoordigers in de zorg de ambitie uitspreken om in 2030 rookvrij te zijn en hierop actief beleid te voeren.

Alle aangesloten instellingen van GGZ NL en VKN stimuleren rookvrij ambulant werken door zowel medewerkers als patiënten uit te leggen dat medewerkers recht hebben op een veilige (dat betekent: rookvrije) werkplek en dat de thuisomgeving van de patiënt bij ambulant werken als werkplek geldt.

ANR activeert en verbindt zorginstellingen om verdere stappen te zetten op weg naar een rookvrije instelling. Waar mogelijk en wenselijk leidt zij toe naar de hulpbronnen die er zijn vanuit het op te richten kennisplatform en de expertise vanuit het implementatieteam.

ANR ondersteunt de inzet van het implementatieteam.

Bij de activering van gemeenten/regio's benoemt ANR zorginstellingen als belangrijke partners. ANR stimuleert gemeenten om samenwerking met deze partners te zoeken.

ANR neemt deel aan een ondersteuningstructuur in de vorm van een (zowel digitaal als fysiek) kennisplatform dat de zorg ondersteunt bij het rookvrij worden.

ANR speelt een agenderende, activerende en faciliterende rol bij het aanjagen van bedrijven om rookvrij te worden.

ANR zet best practices in de schijnwerpers.

ANR ontwikkelt diverse proposities ter ondersteuning van bedrijven en organisaties (onder andere voor de bancaire en retailsector) op weg naar een Rookvrije Generatie. Deze proposities bevatten onder andere de ontwikkeling van een stappenplan en handboek voor bedrijven en organisaties om een rookvrij beleid toe te passen.

De rijksoverheid ondersteunt de inrichting van een (zowel digitaal als fysiek) kennisplatform dat de zorg ondersteunt bij het rookvrij worden.

De rijksoverheid ondersteunt de inzet van het implementatieteam.

De rijksoverheid ondersteunt de ontwikkeling van een communicatietoolkit voor de rookvrije zorg.

De gezamenlijke Topsectoren dringen bij publieke en private samenwerkingspartners in programma's, projecten en evenementen in de betreffende topsector aan op het toepassen van een rookvrij beleid op de werkvloer (rookvrije gebouwen en terreinen, stoppen-met-roken-hulp voor werknemers).

ABN AMRO onderzoekt of interne regels omtrent nevenfuncties van medewerkers, de Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen op termijn in lijn kunnen worden gebracht met het Rookvrij beleid van de bank.

KPN werkt in 2019 toe naar een volledig rookvrije organisatie.

VKN helpt mee de self-audit tool te vertalen naar een bruikbare checklist voor bedrijven.

VKN verzamelt kennis en ervaring en deelt die in samenwerking met Alliantie Nederland Rookvrij! met (niet-zorg)organisaties die rookvrij willen worden.

GGD GHOR NL faciliteert GGD'en bij het adviseren van hun gemeenten hoe zij al hun gemeentelijke gebouwen, dus inclusief alle GGD-gebouwen, rookvrij kunnen maken. Ook willen GGD GHOR NL bevorderen dat gemeenten en GGD'en hun medewerkers die roken, ondersteunen met een stoppen-met-rokenaanbod.

GGD GHOR NL ondersteunt de leden om zelf het goede voorbeeld te geven, onder meer via het uitwisselen van goede voorbeelden en het verspreiden van werkmateriaal zoals concepten van bestuurlijke besluiten, in aansluiting op de intentieverklaring 'Maak de zorg rookvrij' uit 2017.

In haar rol als werkgever Rijk zal de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) onderzoeken hoe rijkskantoren in 2021 rookvrij kunnen worden gemaakt. Ook biedt zij vanaf medio 2019 medewerkers in dienst van het Rijk die willen stoppen met roken een ondersteuningsprogramma aan. Een interdepartementale werkgroep voert dit onderzoek uit en levert de bevindingen uiterlijk 1 juli 2019 op. Daarnaast zal de minister in overleg met gemeenten bezien hoe de openbare ruimte rondom rijkskantoren in dit licht kan worden gezien.

Informatievoorziening en campagnes

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat de bevolking van Nederland van informatie voorzien wordt over roken en stoppen met roken

Doelstellingen

Er zijn in het NPA geen doelstellingen geformuleerd die specifiek betrekking hebben op informatievoorziening en campagnes

Bijbehorende acties

Het is de ambitie om in 2040 een gezonde leefstijl onderdeel te laten zijn van het DNA van het onderwijs. Hierdoor zal ook de jeugd meer aandacht krijgen voor gezondheidsvaardigheden. De activiteiten gericht op het onderwijs die hieraan vanuit dit akkoord bijdragen zullen via het Programma Gezonde School lopen.

De rijksoverheid voert, in afstemming met maatschappelijke partijen, een meerjarige campagne 'Rookvrij opgroeien' uit. De campagne (tv en sociale media) geeft voorlichting en zorgt voor bewustwording over de gevolgen van roken en meerroken (inclusief blootstelling aan 'derdehandsrook'), met name gericht op ouders van opgroeiende kinderen. De campagne is voldoende intensief om de beoogde veranderingen in kennis en houding te realiseren.

Zorgverzekeraars leveren aan de website www.ikstopnu.nl informatie over het aanbod voor stopondersteuning dat zij vergoeden, inclusief over de hoogte van de vergoeding.

NHG, LHV en InEen doen periodieke aanpassingen in Stoppen met rokenpagina's van Thuisarts.nl, bijvoorbeeld na herziening van de NHG-behandelrichtlijn en de NHG zorgmodule Leefstijl Roken.

NHG, LHV en InEen onderzoeken of verwijzingen naar de pagina's over roken op (risicovol) leefstijlgerelateerde pagina's op Thuisarts.nl (zoals over alcoholgebruik, SOA, drugsgebruik) mogelijk zijn.

Gemeenten met beleid voor de Rookvrije Generatie ondersteunen een lokale uitrol van landelijke campagnes.

Alle GGD'en werken mee aan de online stopondersteuning van Stoptober.

ANR blijft Stoptober met financiële ondersteuning van de rijksoverheid organiseren en reserveert daar zelf ook financiële middelen voor.

ANR versterkt ikstopnu.nl en verwijst naar ikstopnu.nl in communicatie-uitingen.

ANR activeert partners van de Alliantie om mee te doen aan stoppen-met-rokencampagnes en te verwijzen naar ikstopnu.nl.

De rijksoverheid ondersteunt Stoptober en voert deze campagne mede uit.

De rijksoverheid voert een meerjaarlijkse stoppen-met-roken campagne uit (tv en sociale media), in afstemming met maatschappelijke partijen en zorgverleners. De campagne is voldoende intensief om de beoogde gedragsverandering te realiseren.

De rijksoverheid vergroot de capaciteit van ikstopnu.nl.

De rijksoverheid zorgt ervoor dat de publieksinformatie over stoppen met roken op www.rokeninfo.nl aantrekkelijk is voor jongeren.

De rijksoverheid biedt ondersteuning voor de ontwikkeling van een zelfcheck op ikstopnu.nl, en voor een diagnostisch instrument.

Acties voor zwangere vrouwen

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat zwangere vrouwen gestimuleerd worden om te stoppen met roken en daarbij ondersteund worden. Omdat dit cluster een zeer kleine doelgroep betreft, wordt het cluster niet doorgerekend, maar bediscussieerd in een apart hoofdstuk over zwangere vrouwen (Hoofdstuk 6).

Doelstellingen

In 2020 krijgen alle zwangere vrouwen die roken een stopadvies van de verloskundig zorgverlener op basis van motiverende gespreksvoering.

In 2020 is er in elke regio (waaronder alle geboortezorg/JGZ regio's) een 'zorgpad stoppen met roken' voor de verloskundige en medisch specialistische zorg en is de samenwerking voor zorg en ondersteuning in en tussen deze sectoren goed georganiseerd en waar mogelijk ook ingebed in het bredere aanbod van zorg en preventie in de buurt.

Bijbehorende acties

De rijksoverheid continueert de campagne rookvrij zwanger waarbij de sociale omgeving van zwangere vrouwen wordt gestimuleerd om niet te roken waar ze bij is.

De Taskforce Rookvrije Start ontwikkelt een monitor en past deze toe om de implementatie van stoppen-met-rokenbeleid in de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) te meten, en om de VSV's te kunnen vergelijken en te stimuleren.

De Taskforce Rookvrije Start doet visitaties om VSV's te helpen rookvrij te worden, hun zorgpad voor zwangere rokende vrouwen en partners verder te ontwikkelen en te implementeren en de ketensamenwerking te verbeteren.

De Taskforce Rookvrije Start ontwikkelt en implementeert verdiepende trainingen (o.a. e-learning rookvrije start, e-learning kraamzorg, omgaan met lage SES, nascholing nicotine vervangende middelen in de zwangerschap en motiverende gespreksvoering rokende zwangere vrouwen).

De rijksoverheid biedt ondersteuning bij de ontwikkeling en implementatie van 'zorgpaden voor stoppen met roken' (benchmark verloskundige zorg, praktische handreiking) voor verloskundige zorgverleners en de tweedelijnszorg.

De rijksoverheid versterkt en continueert de ondersteuning aan de Taskforce Rookvrije Start.

De rijksoverheid zorgt voor verbinding met andere programma's, zoals Kansrijke Start en het Sportakkoord.

Stoppen met investeren in, of het leveren van diensten aan de tabaksindustrie

In dit cluster zijn afspraken opgenomen die er voor zorgen dat er minder in de tabaksindustrie geïnvesteerd wordt. Dit is belangrijk, maar zal op zichzelf nauwelijks bijdragen aan het verminderen van het aantal rokers. Daarom wordt deze maatregel niet doorgerekend.

Doelstelling

In 2020 zijn meer bedrijven gestopt met diensten en/of producten te leveren aan de tabaksindustrie.

In 2020 zijn ten minste 10 van de top 100 grootste bedrijven in Nederland op weg naar een Rookvrije Generatie; zij hebben een rookvrij beleid voor de eigen werknemers, gebouwen en terreinen, inclusief stoppen-met-rokenondersteuning, en/of zij zijn gestopt met de verkoop van tabaksproducten en/of **zij zijn gestopt met investeringen in de tabaksindustrie.**

In 2020 zijn ten minste 16 van de 20 grootste institutionele beleggers in Nederland gestopt met het investeren in de tabaksindustrie.

Bijbehorende acties

De Topsectoren agenderen en stimuleren het stoppen met investeren in de tabaksindustrie waar mogelijk, onder andere door beleggers actief te helpen zoeken naar alternatieve, niet-controversiële beleggingen in publieke en private partners in programma's, projecten en evenementen van de Topsectoren.

ABN AMRO gaat geen nieuwe relaties aan met bedrijven die ruwe tabak of tabaksproducten produceren, en met bedrijven in de business-to-business handel en groothandel die een significant deel van hun omzet halen uit tabaksproducten. Lopende contracten worden niet verlengd.

T.G. Kuijpers | J.M.A. Boer | A.J. Rodenburg | J.J. Edens | M.Eykelenboom |
E.L. Sanderman-Nawijn | N. Koopman | A. Blokstra | A. Van Giessen

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

januari 2024

De zorg voor morgen
begint vandaag