

1

Tabakspreventie in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid

Rol en verantwoordelijkheid
lokale overheid in gezondheidsbeleid

A

Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem

B

Preventie loont

C

Ambities realiseren door landelijke en lokale interactie

D

Tabakspreventie als beleidsdoel in nota
Lokaal Gezondheidsbeleid

E

Taak- en rolverdeling binnen de gemeente

F

Integraal beleid versterkt het gezondheidsbeleid

G

Basispakket Tabakspreventie

H

Resultaten meten

I

Handleiding Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid

‘Kan er een handzame richtlijn komen voor de invoering van *gemeentelijk Tabaksontmoedigingsbeleid*?’ Dat was de vraag die STIVORO enkele jaren terug vanuit gemeenten en lokale gezondheidsorganisaties kreeg voorgelegd. Als antwoord daarop hebben wij, in nauwe samenwerking met deze lokale partijen, deze “Handleiding Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid” ontwikkeld.

De handleiding is bestemd voor beleidsmakers volksgezondheid van gemeenten en regionale GGD's, alsmede voor GezondheidsBevorderaars van GGD's, Instellingen voor Verslavingszorg en Thuiszorg. Bij de samenstelling heeft STIVORO nauw samengewerkt met de gemeente Zoetermeer en GGD Zuid Holland West. Daarnaast kon gebruikt worden gemaakt van ervaringen die de gemeenten 's Hertogenbosch en Winterswijk met tabakspreventie hadden opgedaan. Ook de GGD West- Friesland en GGD Hart voor Brabant hebben hun kennis met ons gedeeld. Toen een eerste versie gereed was, hebben we die toegestuurd aan sleutelfiguren van landelijke- en regionale organisaties; van aanvullingen en commentaar is dankbaar gebruik gemaakt.

In de tekst vindt u praktische informatie, concepten en voorbeelden die te gebruiken zijn bij het opstellen van eigen documenten. Alle informatie, voorbeelden en concepten zijn te downloaden en eenvoudig te bewerken via www.stivoro.nl/professionals > lokaal gezondheidsbeleid.

Met de handleiding kunt u

- in korte tijd de contouren voor een gemeentelijk Tabaksontmoedigingsbeleid schetsen;
- met de functie *copy/paste* in uw tekstverwerker snel voor intern gebruik een eigen plan opstellen;
- een selectie maken van wat voor uw specifieke werkgebied relevant is.

Daarmee legt u accenten waar dat nodig is, zodat u met een door uzelf aangepast plan voor tabakspreventie op adequate wijze de gemeenteraad kunt informeren.

In de hoofdstukken hieronder treft u informatie aan over doelstellingen, interventies, over het organiseren van samenwerking tussen uitvoerende partijen en over het opstellen van een communicatieplan. De handleiding is als werkboek te gebruiken: bij elk onderwerp kunt u de onderdelen selecteren die u zelf relevant acht. In de tekst is ruimte gelaten voor het invullen van eigen gegevens waar het data, namen, instellingen en cijfers betreft. In de

kantlijn is telkens aangegeven waar u uw eigen gegevens kunt vermelden. STIVORO is er van uitgegaan dat een gemeente een actieperiode vaststelt voor agendasetting en structurele inbedding van Tabakspreventie op gemeentelijk niveau.

Deze Handleiding Tabakspreventie beslaat twee terreinen

1. het formuleren van beleid in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid;
2. de uitvoering van dit beleid naar concrete activiteiten.

Het eerste deel geeft informatie om verantwoord beleid te kunnen formuleren. Het tweede, praktisch gerichte deel helpt om het beleid uit te kunnen voeren. Op overzichtelijke wijze is de benodigde (achtergrond)informatie bewerkt tot een praktisch handboek, dat ook digitaal beschikbaar is. Op grond van bevindingen in de praktijk zal deze digitale versie (www.stivoro.nl/professionals) regelmatig worden bijgewerkt. Op deze site vindt u daarnaast aanvullende achtergrondinformatie, theoretische onderbouwing, regionale toepassingen van interventies en illustraties van interventies.

Wij wensen u veel succes met het vormgeven van tabakspreventie in uw gemeente.

STIVORO landelijk expertisecentrum voor Tabakspreventie

Inhoud

A	Rol en verantwoordelijkheid lokale overheid in gezondheidsbeleid	6
B	Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem	7
C	Preventie loont	13
D	Ambities realiseren door landelijke en lokale interactie	18
E	Tabakspreventie als beleidsdoel in nota Lokaal Gezondheidsbeleid	21
F	Taak- en rolverdeling binnen de gemeente	23
G	Integraal beleid versterkt het gezondheidsbeleid	24
H	Basispakket Tabakspreventie	26
I	Resultaten meten	30

A

Rol en verantwoordelijkheid lokale overheid

Tabakspreventie verdient een structurele plaats in gemeentelijk beleid. Gezond leven is immers een gedeelde verantwoordelijkheid. Weliswaar zijn individuele burgers daar in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor, maar in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is vastgelegd dat dit ook Nederlandse gemeenten aangaat. Zij zijn namelijk verantwoordelijk voor de uitvoering van preventieve taken "die niet direct voortkomen uit een hulpvraag van de burgers". Het bijdragen aan gezondheidsbevorderende activiteiten, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting valt daar ook onder. Het is aan de gemeentelijke- en rijksoverheid om de samenleving zo in te richten dat mensen daadwerkelijk voor een goede gezondheid kunnen kiezen.

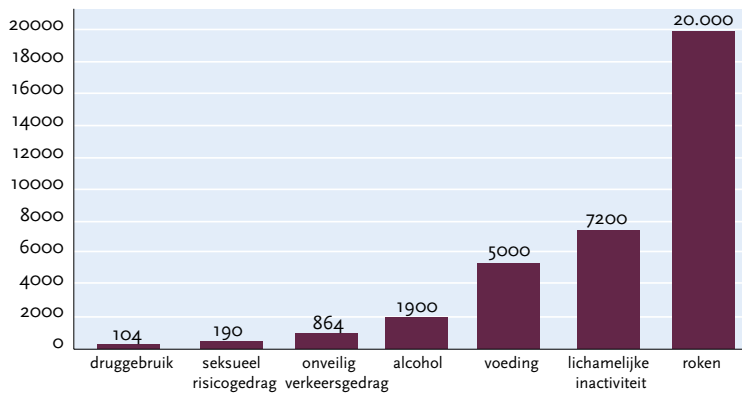
Op lokaal niveau zijn er mogelijkheden voor Tabakspreventie die nog onbenut zijn gebleven. Een op de eigen gemeente toegesneden beleid kan ondersteund en versterkt worden met landelijke interventies. Met het uitvoeren van een Tabaksontmoedigingsbeleid op nationaal én lokaal niveau, dat goed op elkaar afgestemd is, valt nog veel gezondheidswinst te halen.

B

Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem

In de huidige leefstijl van mensen vormen verschillende factoren een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid. Roken neemt daarbij een cruciale plaats in: het is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden. Onderstaande grafiek laat dat zien.

Grafiek 1



bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.2, 2005, RIVM, Bilthoven.

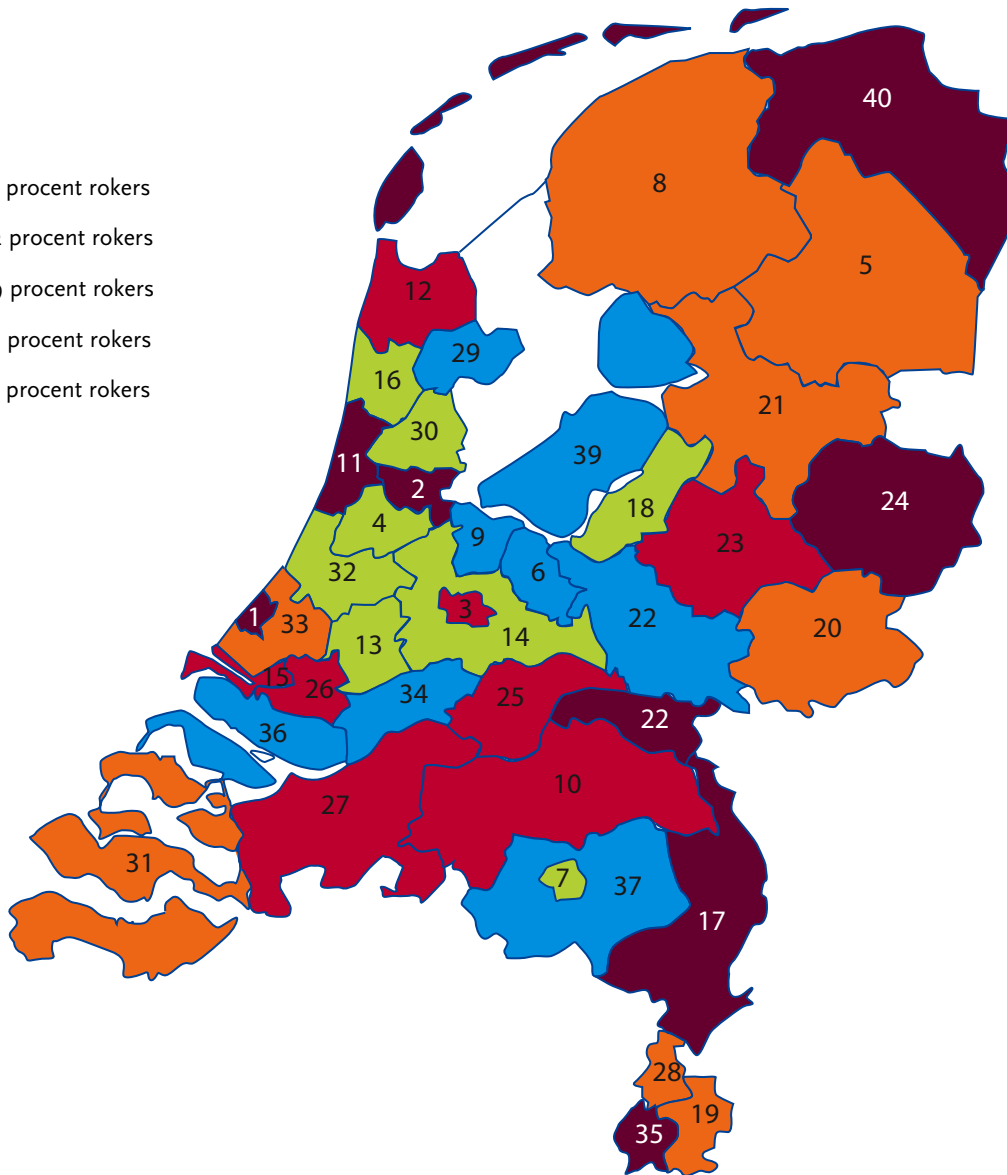
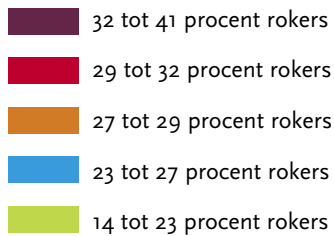
AANTAL ROKERS IN EEN GEMEENTE VAN 100.000 INWONERS

Aantal rokers in een gemeente van 100.000 inwoners

In een gemiddelde Nederlandse gemeente met 100.000 inwoners rookten in 2004 21.549 mensen: dit is 28 % van de bevolking van 15 jaar en ouder + 6,2 % rokende jongeren tussen de 10 en 14 jaar. (21.115 + 434 = 21.549)

bron: STIVORO/TNS NIPO-enquêtes naar roken onder volwassenen 2004 & STIVORO/TNS NIPO-enquêtes naar roken onder de jeugd 2004

Roken was in 2003 verantwoordelijk voor meer dan 20.000 sterfgevallen in Nederland. Bij mensen boven de twintig jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte aan roken worden toegeschreven.



- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Gemeente Den Haag, Dienst OCW, GGD 2. GG&GD Amsterdam 3. GG&GD Utrecht 4. GGD Amstelland - de Meerlanden 5. GGD Drenthe 6. GGD Eemland 7. GGD Eindhoven 8. GGD Fryslân 9. GGD Gooi en Vechtstreek 10. GGD Hart voor Brabant 11. GGD Kennemerland 12. GGD Kop van Noord-Holland 13. GGD Midden-Holland | <ul style="list-style-type: none"> 14. GGD Midden-Nederland 15. GGD Nieuwe Waterweg Noord 16. GGD Noord- en Midden Limburg 17. GGD Noord Kennemerland 18. GGD Noordwest-Veluwe 19. GGD Oostelijk Zuid-Limburg 20. GGD Regio Achterhoek 21. GGD Regio IJssel-Vecht 22. GGD Regio Nijmegen 23. GGD Regio Stedendriehoek 24. GGD Regio Twente 25. GGD Rivierenland 26. GGD Rotterdam e.o. 27. GGD West-Brabant | <ul style="list-style-type: none"> 28. GGD Westelijke Mijnstreek 29. GGD Westfriesland 30. GGD Zaanstreek-Waterland 31. GGD Zeeland 32. GGD Zuidelijk Zuid-Limburg 33. GGD Zuid-Holland Noord 34. GGD Zuid-Holland West 35. GGD Zuid-Holland Zuid 36. GGD Zuidhollandse Eilanden 37. GGD Zuidoost-Brabant 38. Hulpverlening Gelderland Midden 39. Hulpverleningsdienst Flevoland 40. HVD Groningen, directie GGD |
|--|---|---|

In sommige delen van Nederland wordt meer gerookt dan in andere gebieden: per gemeente of GGD-regio kunnen dan ook afwijkingen optreden ten aanzien van het landelijke gemiddelde.

In het kaartje is per GGD-regio aangegeven in welk bereik het percentage rokers in 2006 lag. Deze gegevens worden jaarlijks geactualiseerd.

Zie ook www.stivoro.nl/professionals> lokaal gezondheidsbeleid.

AANTAL STERFGEVALLEN ALS GEVOLG VAN ROKEN IN EEN GEMIDDELDE GEMEENTE

In een gemiddelde Nederlandse gemeente met 100.000 inwoners overlijden jaarlijks 123 mensen aan de gevolgen van roken en 22 inwoners aan de gevolgen van meerroken; in een gemeente van 200.000 inwoners zijn die cijfers dus verdubbeld.

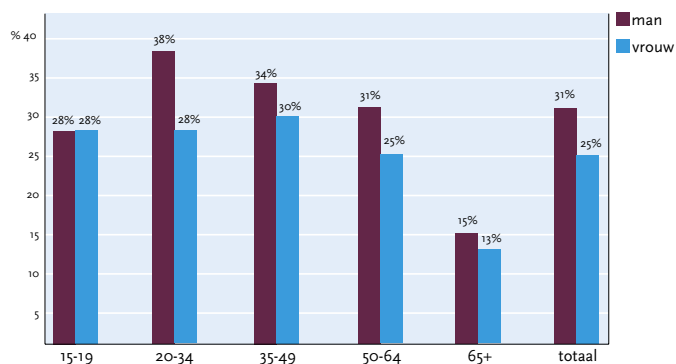
VERSCHILLEN IN ROOKGEDRAG

Er bestaan verschillen in rookgedrag bij verschillende bevolkingsgroepen. Er is variatie naar geslacht, welstandsklasse, leeftijd en herkomst. Op elk van deze categorieën gaan we hier in.

Mannen-vrouwen

De verschillen in rookgedrag tussen mannen en vrouwen zijn de laatste decennia minder geworden. Rookte aan het eind van de vijftiger jaren in de vorige eeuw nog veruit de meerderheid van de mannen tegenover zeer weinig vrouwen, halverwege de jaren zeventig veranderde dit beeld. Doordat meer vrouwen gingen roken terwijl mannen massaal stopten, werden de verschillen kleiner. Een consequentie van deze “emancipatoire inhaalslag” is dat er al enige tijd sprake is van een sterke stijging van het aantal sterfgevallen onder vrouwen door longkanker. Onder de mannen daalt het aantal juist.

Grafiek 2



bron: STIVORO, TNS NIPO-enquêtes naar roken onder volwassenen 2006

Vanaf 1990 zien we bij beide seksen dezelfde geleidelijke afname van het roken. Doordat roken bij vrouwen echter altijd minder populair is geweest dan bij mannen, ligt het percentage vrouwelijke rokers al jaren ongeveer 6% onder dat van de mannen (25% vrouwen versus 31% mannen in 2004). Zie ook grafiek 2.

RISICOGROEPEN

Roken levert voor iedereen een gezondheidsrisico op. Er zijn verschillende groepen, die om verschillende redenen extra risico lopen.

Risicogroep Zwangere vrouwen

Roken en meerroken tijdens de zwangerschap hebben gevolgen voor het ongeboren kind.

Risicogroep Rokers met een chronische ziekte

Voor mensen met hart-en vaatziekten, voor longpatiënten en voor diabetespatiënten is roken extra riskant. Stoppen-met-roken verlaagt de kans dat de ziekte versneld negatief verloopt.

Risicogroep Volwassenen uit achterstandsgroepen

Het percentage rokers is hier groter, er wordt meer shag (met een hoger teergehalte dan sigaretten) gerookt, men begint op jongere leeftijd met roken en er is vaak sprake van een combinatie van ongezonde leefstijlfactoren.

De verschillen in rookgewoonten tussen lage en hoge welstandsgroepen blijken aanzienlijk te zijn.

Als we naar opleiding kijken, zien we dat in de groep van actieve rokers de laagopgeleide mannen en vrouwen een extra risico lopen. Er zijn grote verschillen in gezondheid tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden. De laagst-opgeleide mannen leven 5 jaar korter dan de hoogst opgeleide mannen. Bij vrouwen is dat verschil 2,6 jaar. Bovendien zijn hoogopgeleide mannen en vrouwen gemiddeld bijna 10 jaar langer vrij van lichamelijke beperkingen. bron: RIVM, Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002

In de leeftijdscategorie van 30-39 jaar komt het verschil in rookgedrag het sterkst tot uiting. In deze groep rookt 56% van de laag opgeleide mannen tegen 31% van de hoog opgeleide mannen. Bij de vrouwen is dit respectievelijk 53% van de laag opgeleide en 25% van de hoog opgeleide vrouwen. De verschillen in het percentage rokers tussen de verschillende opleidingsniveaus zijn de afgelopen tien jaar groter geworden.

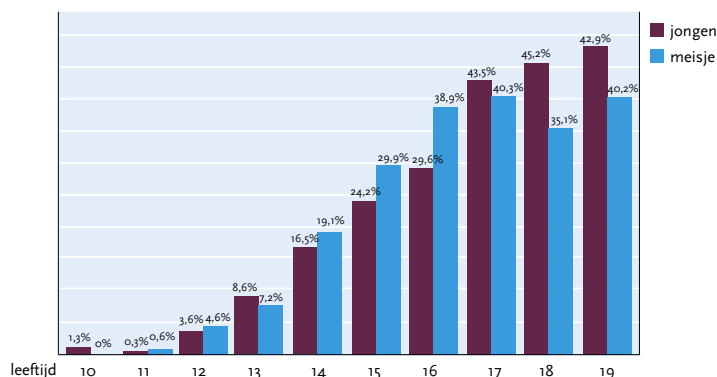
bron: STIVORO/NIGZ. (2005). Waar roken nog de norm is. Samenvatting van review naar bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau. Den Haag/Woerden: STIVORO/NIGZ

Risicogroep Jongeren uit achterstandsgroepen

Meer laag opgeleide jongeren roken.

Als jongeren ongeveer 13 jaar oud zijn, neemt het aantal rokers onder hen aanzienlijk toe. In 2004 lag het percentage jongeren tussen de tien en veertien jaar dat rookte nog ongeveer op 10%. Tussen zestien en negentien jaar is dat al 40% à 45%. Bijna evenveel meisjes als jongens roken, maar grafiek 3 laat zien dat meisjes er eerder 'bij' zijn, maar daarna de jongens het overnemen. Hoe lager het schooltype, hoe meer leerlingen er roken.

Grafiek 3 rookgedrag onder de jeugd in 2004 afgelopen 4 weken gerookt



bron: STIVORO, TNS NIPO-enquêtes naar roken onder de jeugd 2006

Uit de grafiek rookgedrag onder de jeugd in 2004 valt af te leiden dat in een gemiddelde gemeente met 100.000 inwoners 2928 jongeren in de leeftijd tussen 10 en 19 jaar roken.

Risicogroep Migranten

Per bevolkingsgroep en per geslacht bestaan grote verschillen in rookgedrag. Uit onderzoek is bekend dat er onder de mannelijke Nederlanders van Turkse afkomst bijzonder veel wordt gerookt.

Tabel 1 Percentage rokers onder de grootste groepen niet-westerse migranten

	Mannen	Vrouwen
Turks	49-69	21-34
Marokkaans	3-34	1-3
Surinaams	40-51	17-22
Antilliaans	37	28
Autochtoon Nederlands*	39-48	31-47

bron: RIVM/NHS, Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Bilthoven/Den Haag, 2002

* De meeste onderzoeken onder migranten zijn uitgevoerd in grote steden en kunnen daardoor afwijken van landelijke cijfers. Deze cijfers zijn daardoor niet goed vergelijkbaar met de andere gegevens over autochtone Nederlanders

MEEROKEN

De laatste decennia zijn de ernstige gevolgen van meeroken of passief roken wetenschappelijk onderbouwd.

Naar schatting van de Gezondheidsraad is passief roken in ons land jaarlijks de oorzaak van:

- enkele honderden sterfgevallen door longkanker;
- enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen;
- een tiental gevallen van wiegendood;
- vele tienduizenden gevallen van (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen.

Door aanscherpingen van de Tabakswet wordt meeroken in het publieke domein steeds verder teruggedrongen. Thuis roken waar anderen bij zijn, in het bijzonder kinderen, blijft echter een omvangrijk probleem. De Gezondheidsraad ziet hier een rol weggelegd voor artsen, verloskundigen en medewerkers van consultatiebureaus: zij zullen vaak en duidelijk moeten wijzen op de gevaren van meeroken.

bron: Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr 2003/21.

Risicogroep Kinderen

Kinderen zijn extra gevoelig voor de gevolgen van meeroken.

Baby's en jonge kinderen die in een rokerige omgeving opgroeien beginnen in feite al op jonge leeftijd met roken. Dit kan de gezondheid van het kind nadelig beïnvloeden, in eerste instantie op korte termijn. Maar ook op lange termijn kan het meeroken met volwassenen aan jonge kinderen schade berokkenen.

Maar ongewenst meeroken heeft ook schadelijke gevolgen voor volwassenen. Ook niet-rokers kunnen overlijden aan het inademen van hoge concentraties kankerverwekkende stoffen in tabaksrook. Ook bij een niet-roker neemt het risico op longkanker en hart- en vaatziekten toe. Wie wordt blootgesteld aan tabaksrook, heeft meer kans een aandoening aan de ademhalingswegen te krijgen. Gebleken is, dat er voor meeroken geen veilige ondergrens is.

In Nederland rookt 72 % van de bevolking van 15 jaar en ouder NIET. Per jaar sterven tenminste 2000 van deze niet-rokers door het inademen van andermans rook. Vier op de vijf Nederlanders ervaren rookoverlast als een serieus probleem.

C

Preventie loont



WAT IS TABAKSPREVENTIE?

Het doel van tabakspreventie is het voorkomen en terugdringen van roken om de gezondheid te bevorderen.

Daarbij gaat het om een breed pakket van activiteiten:

- het voorkomen van beginnen met roken
- het voorkomen van meerroken
- het stimuleren en ondersteunen van stoppen-met-roken

Tabakspreventie bestaat uit voorlichting, uit wet- en regelgeving, uit het beschikbaar stellen van voorzieningen en uit het treffen van maatregelen die ingrijpen in de omgevingsfactoren.

MEER DAN EEN T.V.-SPOTJE

Louter door voorlichting via de massamedia lukt het niet om roken terug te dringen. Dat komt doordat zowel bij het gaan roken als bij het stoppen-met-roken tal van factoren een rol spelen. Aan de orde zijn: voorbeeldgedrag van rolmodellen, de heersende sociale norm, gevoeligheid voor groepsdruk, verkrijgbaarheid van sigaretten, kennis over de negatieve gevolgen van roken, geloof in eigen vermogen om niet te roken en verslavingsgevoeligheid. Maar ook het verhogen van het succes van stoppogingen, het versterken van het ondersteuningsaanbod in de zorg, het genereren van sociale stimulans door intensieve campagnes en het terugdringen van het aantal potentiële terugvalsituaties door regelgeving spelen een rol. Bewezen is dat een aanpak die rekening houdt met meer factoren tegelijkertijd het beste resultaat geeft. Hiervoor is een waaier aan activiteiten mogelijk en beschikbaar.

Voor verschillende leeftijdsfases zijn acties in het kader van Tabakspreventie aan te bieden. De meeste van deze activiteiten hebben een regionale/lokale component. In **DE LEEFLIJN** wordt duidelijk wat de aangrijpingspunten van de interventies zijn, welke intermediaire en einddoelgroepen onderscheiden kunnen worden en in welke settings de interventies uit te voeren zijn. Ze zijn er alle op gericht om roken en meerroken terug te dringen, waardoor ze een positief effect zullen hebben op de volksgezondheid.

SAMENHANG

De interventies hangen onderling samen en kunnen bij dezelfde doelgroep diverse oorzaken van het roken of meerroken aanpakken.

Voorbeeld

Er zijn meerdere interventies voor jongeren van 12-15 jaar.

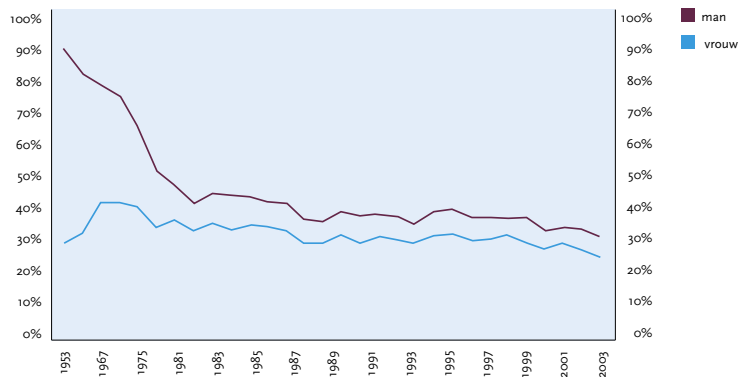
- De klassikale niet-rokenafpraak richt zich op de sociale norm.
- De lespakketten voor deze leeftijdsgroep richten zich op kennis en op het ontwikkelen van vaardigheden om zich tegen groepsdruk te verweren.

Een andere vorm van samenhang bestaat uit het feit dat de effecten van de ene interventie die van een andere kunnen versterken. Maatregelen die het meeroken beperken, verstevigen enerzijds niet-roken als de dominante sociale norm, anderzijds stimuleren ze daarmee ook de behoefte om te stoppen-met-roken. Van een breed samenhangend pakket zijn dan ook de meeste effecten te verwachten.

DE MOEITE WAARD

Tabakspreventie en Tabaksontmoediging zijn de moeite van de inspanning waard. Dat is de conclusie als we kijken naar wat er de afgelopen vijftig jaar reeds bereikt is: een enorme verschuiving in het aantal rokers. 28% van de bevolking van 15 jaar en ouder rookt nog. Waar in 1953 roken de norm was (met een percentage van 90% mannelijke rokers), is dit in 2004 honderdachtig graden gedraaid: nu is 'niet-roken' de norm.

Grafiek 4



bron: STIVORO, TNS NIPO-enquêtes naar roken onder volwassenen, STIVORO 1979-2004; Gadourek, 'Riskante gewoonten' (1958); NOP & Ton-enquêtes (1963-1975).

EEN MIX VAN INTERVENTIES

De resultaten van het Tabaksontmoedigingsbeleid (2002-2004) laten zien dat een mix van interventies en maatregelen succes oplevert en het aantal rokers in Nederland aanzienlijk heeft teruggedrongen. In de loop der jaren is berekend wat de mogelijke opbrengsten zijn van dergelijke interventies.

bron: Doorzetten en verder terugdringen, STIVORO meerjarenplan tabaksontmoediging 2005-2008. STIVORO, 2005

Een greep uit de bevindingen:

Intensieve multimediacampagnes

Een schatting van de mogelijke opbrengst van een intensieve stoppen-met-rokencampagne: 50.000-100.000 extra ex-rokers per jaar. Kosten per gestopte roker: tussen de 60 en de 120 euro.

Kortdurend stoppen-met-rokenadvies van de huisarts

Verdubbelt de kans dat een patiënt stopt met roken: van 2,5% naar 5%. Als alle huisartsen jaarlijks een kwart van hun patiënten zo'n kortdurend stopadvies geven, levert dit per jaar 25.000 extra ex-rokers op. De opbrengst ligt hoger als de huisarts de frequentie van het aantal adviezen kan opvoeren, de patiënten kan doorverwijzen naar ondersteuning of zelf ondersteuning kan bieden. Dit kost een huisarts 6 minuten per week uitgaande van 44 werkweken.

Minimale interventie strategie stoppen-met-roken voor zwangeren

21% van de rokende vrouwen die de Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Verloskundigenpraktijk (V-MIS) ontvingen was zes weken na de bevalling gestopt tegen 12% in de controlegroep.

Vergoeding stoppen-met-rokenhulp

100% vergoeding van hulp bij stoppen-met-roken leidt tot meer stoppogingen, meer gebruik van ondersteuning bij stoppen en een hoger succespercentage van de stoppogingen. Mogelijke opbrengst: 97.500 tot 144.300 extra ex-rokers per jaar. Kosten per extra ex-roker: tussen de 260 en 380 euro.

Accijnsverhogingen

Een prijsverhoging van 10% heeft een daling in de consumptie van 6% tot gevolg (door minder sigaretten per roker en/of doordat rokers stoppen).
Gebruik van (bewezen effectieve) stoppen-met-rokenondersteuning
Ondersteuning vergroot het effect van stoppogingen met een factor 2 tot 3. Een verhoging van het aantal gebruikers van bewezen effectieve vormen van hulp met 100.000 kan jaarlijks naar schatting zo'n 10.000 extra ex-rokers opleveren.

Terugdringen van meerroken

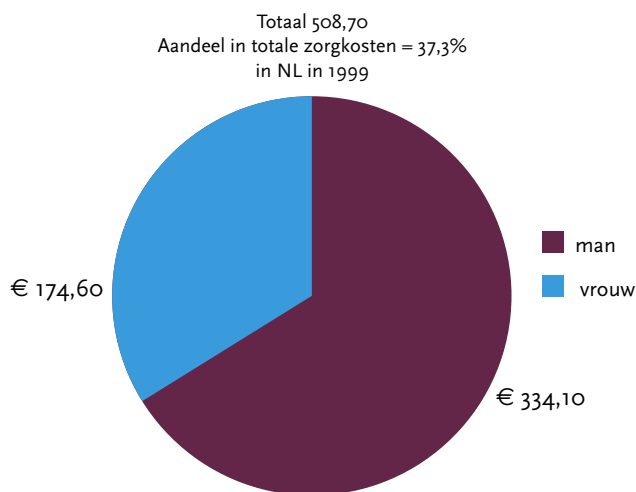
Dit heeft indirecte effecten op actief roken. Activiteiten om het meerroken terug te dringen stimuleren de ontwikkeling van niet-roken als sociale norm. Dat leidt tot meer rokers die stoppen en tot minder jongeren die beginnen.

Mensen die niet roken leven langer én ze leven langer gezond. Roken is verantwoordelijk voor de meeste te vermijden ziektelast. Roken is de bepalende factor die gepaard gaat met het meeste gezondheidsverlies: 15% van de totale ziektelast kan worden toegeschreven aan roken. Dit wordt met name veroorzaakt door longkanker, COPD, coronaire hartziekten en beroerte. Ook overmatig alcoholgebruik, hypertensie en ernstig overgewicht leiden tot relatief veel ziektelast.

bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.2, 18 mei 2005 RIVM, Bilthoven

Wie niet rookt, doet minder een beroep op de gezondheidszorg. In geld uitgedrukt waren de totale zorgkosten in 1999 ruim 500 miljoen euro.

Diagram 1



bron: 'Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding'. K.Knol, C. Hilvering, D.J.Th. Wagener, M.C. Willemsen, Utrecht, 2005

KOSTEN BESPAREN

Als we zien hoe duur het is om ziekten te behandelen die aan roken zijn gerelateerd, blijken de kosten van stoppen-met-roken interventies laag in vergelijking tot de opbrengsten. Een minimale interventie in de huisartsenpraktijk leidt al tot een uiteindelijke kostenbesparing in de gezondheidszorg. In onderzoek zijn er vergelijkingen gemaakt tussen de kosten van bepaalde stoppen-met-roken ondersteuningsmethoden en de kosten voor het behandelen van ziekten als COPD, bepaalde hart- en vaatziekten, en bepaalde vormen van kanker. Voor elke € 10 die wordt uitgegeven aan minimale advisering in de huisartsenpraktijk, wordt uiteindelijk €25 aan zorgkosten bespaard.

Als iedereen morgen stopt met roken, zou er bijna 509 miljoen euro bespaard worden op de kosten van de gezondheidszorg (VWS, 2003).

De totale kosten door verlies aan productiviteitskosten door ziekteverzuim is door het RIVM geraamd op 238 miljoen euro. Het grootste deel hiervan wordt veroorzaakt door ziekteverzuim (excl. zwangerschap). In deze berekening is geen rekening gehouden met de gevolgen van meeroken (passief roken). Het werkelijk ziekteverzuim zou dan hoger liggen. Volgens het RIVM is per werknemer op langere termijn besparing mogelijk van ongeveer 100 euro per jaar als werknemers stoppen met roken.

Tabel 2 Schatting van de kosten van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en sterfte als gevolg van roken. Alle cijfers betreffen de Nederlandse beroepsbevolking in 1999

	totaal in de werkzame Nederlandse beroepsbevolking	Waarvan toe te schrijven aan roken	aandeel	kosten (miljoen euro)
aantal dagen ziekteverzuim *	81.000.000	1.100.000	1,9%	238
aantal nieuwe WAO- en WAZ-uitkeringen	93.000	3.270	3,5%	0
sterfgevallen	13.400	2.930	22,0%	68
totaal				306

* Exclusief zwangerschapsverlof. Van 29% van het aantal dagen is geen verzuimreden bekend. Het aandeel dat aan roken kan worden toegeschreven, is berekend op het aantal waarvoor wel een reden bekend is.

bron: Jacobs-van der Bruggen e.a. Aan roken toe te schrijven productiviteitskosten voor Nederlandse werkers in 1999. Bilthoven: RIVM.

D

Ambities realiseren door landelijke en lokale interactie

De landelijke overheid heeft de ambitie om het percentage rokers in 2007 terug te dringen naar 25 %. In 2010 moet dat percentage op 20% liggen. In dat geval zouden er ten opzichte van 2004 in het jaar 2010 1.050.000 minder mensen roken. Omgerekend naar een gemeente met 100.000 inwoners komt dat neer op 7.900 minder rokers in 2010.

VERANDERING SOCIALE NORM

'Niet-roken als sociale norm' moet versterkt worden (VWS, 2003). In de nota 'Kiezen voor gezond leven' heeft het ministerie van VWS roken benoemd tot een van de vier speerpunten van het preventiebeleid. Door met alle betrokken partijen de krachten te bundelen moeten de komende jaren resultaten worden geboekt. Gemeenten, zorgaanbieders, scholen, zorgverzekeraars en werkgevers geven daar gevolg aan door steeds meer hun verantwoordelijkheid te nemen voor een gezonde leefstijl van burgers, in het bijzonder roken. Activiteiten op lokaal en regionaal niveau zijn door hun eigen dynamiek onmisbaar bij het halen van de landelijke ambitie: op dat niveau vinden immers veel persoonlijke contacten plaats met de doelgroep.

Van met name 'risicogroepen' is bekend dat persoonlijk contact cruciaal is bij de aanzet tot gedragsverandering. Bovendien is in de lokale situatie een groot potentieel aan deskundigen aanwezig, die een belangrijke rol (kunnen) spelen in het terugdringen van de problemen rondom roken. Daarbij krijgen ze allerlei landelijk ontwikkelde campagnes, projecten en stoppen-met-roken-ondersteuning aangeboden. Dit activiteitenaanbod is zowel gericht op de einddoelgroepen (jongeren en volwassenen) als op intermediairs. De door STIVORO ontwikkelde producten worden zoveel mogelijk begeleid door onderzoek en in samenwerking met de regionale samenwerkingspartners ontwikkeld. Interactie tussen regionale en landelijke Tabakspreventie vergroot de impact van ieders inzet.

IMPACT LOKALE TABAKSPREVENTIE

Op lokaal niveau worden al veel inspanningen verricht om roken terug te dringen en zijn er tal van professionals die gemotiveerd zijn om 'beginnen-met-roken bij jongeren' te voorkomen en rokers te stimuleren tot en te ondersteunen bij een stoppoging. Ook zien we steeds meer aandacht voor het voorkomen van meeroken. Door een goede afstemming tussen een landelijk en een lokaal aanbod, wordt de impact van de boodschap versterkt. De kracht van lokale preventie zit vooral in de persoonlijke benadering van de roker en de samenhang tussen de verschillende boodschappen in verschillende situaties. Deze kracht kan echter nog toenemen en daarmee aan effect winnen. Door beter inzicht in de mogelijkheden van de verschillende actoren binnen de gemeente en afstemming tussen lokaal en nationaal niveau worden mensen op steeds verschillende momenten in steeds wisselende situaties aangespoord en gemotiveerd om niet te (gaan) roken. Anders gezegd, er gaat kracht uit van *Frappez toujours*

I. GGD

Regionaal zijn met name de GGD, Thuiszorg, eerste lijn en IVV actief. Zij voeren diverse preventieactiviteiten uit op scholen, bieden inwoners van het werkgebied ondersteuning aan bij stoppen-met-roken en kunnen bijvoorbeeld bedrijven adviseren ten aanzien van het invoeren van een rookbeleid. De GGD heeft de overkoepelende expertise in huis die nodig is om uitvoering te geven aan een verantwoord Tabakspreventiebeleid. Een schematisch overzicht van interventies gerangschikt op leeftijdsgroep vindt u in [DE LEEFLIJN](#). Voor advies, ondersteuning en scholing kan de GGD terugvallen op de volgende landelijke expertisecentra.

II. STIVORO

STIVORO is het landelijke expertisecentrum voor Tabakspreventie. STIVORO ontwikkelt onder meer interventies, voert onderzoek uit ten behoeve van die voorlichting; adviseert gevraagd en ongevraagd de overheid, organisaties en instellingen over voorschriften, gebruiken, wet- en regelgeving met betrekking tot roken en de volksgezondheid; verleent steun bij het stoppen met roken; werkt samen met andere organisaties waar het roken en de volksgezondheid betreft en treedt hierbij coördinerend op en werkt samen met soortgelijke organisaties in het buitenland.

Voor ondersteuning in de uitvoering is gebruik te maken van de expertise van STIVORO. Jaarlijks organiseert STIVORO informatiebijeenkomsten voor professionals. Op de website www.stivoro.nl/professionals staat een overzicht van beschikbare interventies, te bestellen producten en de mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering voor professionals.

III. Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

De missie van het instituut is: kennis over geestelijke gezondheid creëren en doen toepassen in beleid en praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. Het Trimbos-instituut heeft voor scholen bijvoorbeeld het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen' ontwikkeld. Het programma wordt via de GGD of Instelling voor Verslavingszorg aangeboden aan de bovenbouw van het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs. In dit programma is ook het thema 'roken' opgenomen.

IV. NIGZ _ LOGIN en GGD-NL

Het NIGZ (Nationaal Gezondheidsinstituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie), het LOGIN-traject van de VNG en GGD Nederland ondersteunen de gemeenten en GGD's bij het opstellen en uitvoeren van hun gezondheidsbeleid door brede informatievoorziening en door ondersteuning, advisering en begeleiding van lokale gezondheidsbevorderende programma's en projecten

V. Partnership Stop met Roken

Het Partnership Stop met Roken stimuleert medisch wetenschappelijke beroepsverenigingen om de CBO-richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving te implementeren in de dagelijkse praktijk. Om hierbij ondersteuning te bieden is het “Kenniscentrum Implementatie Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving” opgezet. Dit kenniscentrum is een interactief kenniscentrum, waarvan de website www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum de basis vormt. Het is zowel gericht op beleidsmakers als op individuele professionals die stopondersteuning willen implementeren. Op de site is onder andere wetenschappelijke informatie over implementeren en behandeling van tabaksverslaving te vinden. Ook worden enkele good practices beschreven. De kennis van STIVORO voor een rookvrije toekomst en het Centre for Quality of Care Research (WOK) van het UMC St. Radboud zijn in dit kenniscentrum verenigd.

VI. Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven (CGL) is een spil tussen de lokale vraag en het landelijk aanbod. Het centrum heeft tot doel het gebruik van landelijk ontwikkelde evidence based interventies (gezond gedrag stimulerende programma's en maatregelen) en best practices te bevorderen. Het Centrum Gezond Leven ondersteunt de visie dat preventieve maatregelen meer effect hebben als samenhang wordt nagestreefd en aangesloten wordt bij de leefstijl, levensfase en leefomgeving van mensen.

E

Tabakspreventie als beleidsdoel in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid

De gemeente kan investeren in het terugdringen van het aantal rokers en meerokers. Concreet richten de inspanningen zich dan op:

- het voorkomen van gaan roken door jongeren;
- het voorkomen van meeroken;
- het ondersteunen van rokers die willen stoppen-met-roken.

De beleidsdoelen van het lokaal tabakspreventiebeleid hangen samen met die van het totale tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland. De doelen die lokaal en regionaal worden gerealiseerd, leiden in relatie tot wat landelijk wordt nagestreefd tot een totaalresultaat. Daarbij onderscheiden we lange- en korte-termijn doelen; in doelen die de gezondheid van burgers bevorderen en doelen die leiden tot gedragsverandering. Daarnaast zijn er doelen die te maken hebben met de noodzakelijke randvoorwaarden om gedragsverandering te bevorderen.

Doelen ten aanzien van gezondheid

De lange-termijndoelen bestaan uit het bevorderen van de gezondheid van burgers. Bijvoorbeeld: het voorkomen van ziekte en vroegtijdige sterfte of het verhogen van de kwaliteit van leven.

Doelen ten aanzien van gezond gedrag

De doelen op middellange termijn hebben te maken met gedragsverandering. Bij roken gaat het dan om stoppen-met-roken of niet beginnen. Of om het uitsluitend roken op plaatsen waar anderen niet aan tabaksrook worden blootgesteld.

De overheid heeft voor de lopende kabinetsperiode het doel geformuleerd van een daling van het percentage rokers van 28% (2004) naar 25% (2007). In het nieuwe Actieplan Tabaksontmoediging dat het Ministerie van VWS, de Hartstichting, KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds en STIVORO hebben opgesteld, staan onder meer de volgende doelstellingen:

in 2010 rookt nog 20% van de Nederlandse volwassen bevolking;
de blootstelling aan tabaksrook in de omgeving is verder gedaald.

Doelen ten aanzien van voorwaarden voor gedragsverandering

Voor de korte termijn kunnen doelen worden geformuleerd die te maken hebben met (1)

VERSCHILLENDE DOELEN OP
VERSCHILLENDE NIVEAUS:
EEN KORTE UITLEG

het beïnvloeden van de determinanten van gezond gedrag en (2) met het ontwikkelen van structuren en randvoorwaarden voor gezondheidsbevordering. In het eerste geval kunnen zaken aan de orde zijn als kennis, houding, intentie, vaardigheden, sociale norm, etc. Bij punt (2) kan worden gedacht aan adequate doorverwijzing van patiënten naar stopondersteuning of aan opname van voorlichting in het basistakenpakket JGZ. Bij randvoorwaarden voor gezondheidsbevordering gaat het bijvoorbeeld om het trainen van intermediairs of om het beschikbaar hebben van voldoende verwijsmogelijkheden.

Regionale en lokale doelen

Doelen op lokaal niveau kunnen het beste op middellange of korte termijn worden geformuleerd. Voorbeelden:

- het aantal huisartsen dat een kortdurend advies geeft vergroten
- het aantal verloskundigen dat stopadvies en begeleiding geeft (V-MIS)
- het aantal scholen met het predikaat Rookvrije School vergroten
- het uitvoeren van een activiteit zoals, het participeren in landelijke stopacties
- het uitvoeren van een x aantal groepstrainingen 'Pakje Kans'- samen stoppen met roken

Tussen het realiseren van deze doelen en de doelen op gedragsniveau ligt een sterk verband. Het voordeel is dat deze doelstellingen tegen betrekkelijk geringe kosten lokaal te meten zijn.

De doelstellingen op gedragsniveau en gezondheidsniveau worden landelijk gemeten. Waar het gaat om de prevalentie van roken wordt er vanuit de landelijke cijfers een uitsplitsing gemaakt naar regio. Zo kunt u jaarlijks monitoren wat op dit punt de ontwikkeling is in uw regio. Op de internetsite www.stivoro.nl/professionals treft u bij de verschillende interventies suggesties aan over te formuleren lokale doelstellingen. In hoofdstuk 1.9 van deze Handleiding vindt u ideeën over het meten van de resultaten.

UITVOERENDE ORGANISATIES IN GEMEENTE

Uitgangspunt: gebruik maken van wat er al is

Op lokaal niveau zijn er veel organisaties en beroepsgroepen die een aandeel (kunnen gaan) leveren aan Tabakspreventie. Voor het uitvoeren van het geformuleerde beleid is het belangrijk om zo veel en zo goed mogelijk gebruik te maken van dit bestaande, hiervoor toegeruste potentieel in de gemeente.

Het gaat om GGD, Thuiszorg, Instelling voor Verslavingszorg, longpoli en cardiologieafdeling in het ziekenhuis, huisartsen en praktijkondersteuners, verloskundigen, kraamverzorgeren, mondhygiënist, ROSSen en tandartsen, leerkrachten en welzijnswerkers.

REGISSEREN

In de meeste gemeenten hoeft er nauwelijks iets te worden toegevoegd aan het bestaande aanbod. Wel is het van belang om de afzonderlijke activiteiten meer met elkaar in verband te brengen. Voorkomen moet worden dat er in sommige gevallen meer van hetzelfde gedaan wordt, terwijl er op andere terreinen lacunes in het aanbod bestaan. De gemeente kan bij uitstek de regierol vervullen om vraag en aanbod binnen de gemeente goed op elkaar af te stemmen.

F

Taak- en rolverdeling binnen de gemeente

De verantwoordelijkheid voor het initiëren en uitvoeren van Tabakspreventie op lokaal niveau ligt in de eerste plaats bij de gemeente. De gang van zaken is meestal als volgt. De wethouder Volksgezondheid geeft opdracht tot het opnemen van Tabakspreventie als beleidsdoel in de nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

De gemeenteraad stelt de prioriteiten vast en bepaalt in welke mate Tabakspreventie voor de gemeente een item is.

De ambtenaar Volksgezondheid is belast met de realisering van deze opdracht en laat zich hierbij informeren en adviseren door de GGD.

De functionarissen Gezondheidsbevordering van de GGD houden zich bezig met de ontwikkeling, begeleiding en uitvoering van preventieprogramma's in samenwerking met diverse partners. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van preventieprogramma's die elders in het land al tot succes hebben geleid. De GGD adviseert de gemeenten en instellingen over het preventiebeleid en informeert hen over de diverse programma's gezondheidsbevordering. De resultaten daarvan worden vervolgens onderzocht en geëvalueerd.



Integraal beleid versterkt het gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid is niet het alleenrecht van de afdeling Volksgezondheid. Buiten de directe invloedssfeer van deze afdeling zijn immers ook andere factoren van invloed op de gezondheid. Deze dienen bij het ontwikkelen van gemeentelijk gezondheidsbeleid dan ook nadrukkelijk betrokken te worden. Integraal beleid heeft tot doel om op meerdere beleids-terreinen gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. Daarbij gaat het om:

- bevorderen van een gezonde leefstijl;
- beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt);
- beïnvloeden van de fysieke omgeving (zoals lucht en milieu binnenshuis).

Om binnen de gemeente een effectief tabaksontmoedigingsbeleid te voeren en het percentage rokers onder inwoners daadwerkelijk terug te dringen zijn sectoroverschrijdende maatregelen nodig. Op lokaal niveau zijn op een beperkt aantal beleidsterreinen gecombineerde maatregelen mogelijk.

- **Jeugd en Onderwijs**

Op school is het zaak een gezonde leefstijl te bevorderen. Veel gemeenten kennen Rookvrije Scholen. Deze kwalificatie garandeert dat de school een goed rookbeleid hanteert. Zo wordt voorkomen dat jongeren (gaan) roken. Maar ook voorlichting, training en deskundigheidsbevordering op het gebied van leefstijlgerelateerde factoren zijn gangbare beleidsmaatregelen voor de sector onderwijs.

- **Werk en inkomen**

Via armoedebeleid en eventueel schuldhelpverlening kunnen lage-welstandsgroepen bereikt worden. Het gaat erom hen te stimuleren om gebruik te maken van ondersteuningsmogelijkheden bij het stoppen-met-roken en de voorwaarden daarvoor te scheppen.

- **Toezicht op naleving Tabakswet zoals leeftijdsgrenzen**

Op grond van de Tabakswet heeft een gemeente geen handhavingstaken (anders dan het instellen, aanduiden en handhaven van de rookverboden in eigen instellingen). Een gemeente kan natuurlijk wel actief zijn. Zij kan bij overtredingen de Voedsel en Waren Autoriteit informeren die belast is met het toezicht op de naleving van de Tabakswet en optreedt tegen overtredingen. Zo kan de gemeente bijvoorbeeld de Voedsel en Waren Autoriteit inschakelen wanneer het verbod van verkoop van tabak aan jongeren onder de 16 jaar wordt overtreden.

Uiteraard is een voorwaarde voor de geloofwaardigheid van het lokale tabaksontmoedigingsbeleid dat een gemeente zelf aan de eisen van de Tabakswet voldoet en een goed rookbeleid heeft ingevoerd in alle gemeentelijke instellingen en ervoor zorgt dat zowel bezoekers als werknemers gevrijwaard zijn van blootstelling aan tabaksrook. Door het geven van het goede voorbeeld kan een gemeente zorgen voor een positieve invloed op bedrijven en instellingen in de gemeente. Voor informatie over de Tabakswet kunt u terecht bij het Informatiecentrum Roken en de Wet op www.rokenendewet.nl of 0900-8380. (E 0,10) Voor advies over het invoeren van een goed rookbeleid kunt u terecht bij het adviescentrum van STIVORO.

bron: Steevens, van den Putte, Yzer, 2004. Evaluatie open vragen

Als beheerder van openbare gebouwen én als werkgever heeft de gemeente de verplichting om te voldoen aan de Tabakswet. Zij kan door middel van gecombineerde maatregelen vanuit diverse beleidsterreinen extra toezien op de naleving van de Tabakswet. Het adviescentrum van STIVORO ondersteunt organisaties en instellingen bij het invoeren van een rookbeleid.

H

Basispakket Tabakspreventie

Om het roken als bedreigende factor van volksgezondheid terug te dringen, zou iedere gemeente in Nederland haar inwoners een minimaal aanbod aan Tabakspreventie moeten doen. Om de uitvoering hiervan te vereenvoudigen heeft STIVORO een Basispakket Tabakspreventie samengesteld. Dit pakket omvat een selectie van bestaande campagnes, voorlichtingsmaterialen en projecten om

- ervoor te zorgen dat de jeugd niet gaat roken
- het ondersteunen van rokers die willen stoppen
- meerroken te voorkomen

Het Basispakket bevat samenhangende interventies. Als er meer rokers stoppen met roken, de samenleving steeds meer rookvrij wordt, dan worden jongeren steeds minder geconfronteerd met roken en andermans rookgedrag. Minder jongeren zullen gaan roken. Bovendien leidt een verhoging van het aantal gestopte rokers en een vermindering van het aantal nieuwe rokers, tot een betere bescherming van de niet-rokers.

Wat betreft de mate van bemoeienis/investering door de gemeente zijn de interventies in 3 categorieën te verdelen:

Een aantal interventies die opgenomen zijn in het Basispakket, worden landelijk verzorgd en vergen geen tot minimale inspanning van de lokale actoren. De inspanning die op lokaal niveau geleverd kan worden betreft het promoten van de interventie. Deze zijn aangegeven met een • Er zijn ook interventies opgenomen die passen in de reguliere uitvoering van intermediairs. De meeste van deze beroepsgroepen werken met of zijn op de hoogte van deze interventies. Dit vergt van de gemeente een minimale inspanning. De inspanning bestaat uit het motiveren van deze beroepsgroepen om de interventie uit te voeren. Deze interventies zijn aangegeven met •• Ten slotte zijn er nog de interventies die relatief veel inzet op lokaal niveau vergen. Deze zijn aangemerkt met •••

Voorkomen dat de jeugd gaat roken

- 'Rookvrije School' ●●●
- Actie Tegengif ●●

Bevorderen van het stoppen-met-roken

- Regionale versterking van landelijke multimediale stoppen-met-roken campagne ●●
- Actie 24 uur niet roken ●●●
- Brochure: Stoppen met roken; willen en kunnen ●
- Advies op Maat (een digitaal advies over hoe te stoppen-met-roken) ●
- Advies op Maat voor zwangeren ●
- Kortdurend stopadvies: 'Meer huisartsen gaan voor minder rokers' ●●
- Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de huisartsenpraktijk (H-MIS) ●●
- Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Cardiologieafdeling (C-MIS) ●●
- Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Longpoli (L-MIS) ●●
- topadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk (V-MIS) ●●
- Telefonische coaching
(6 telefonische begeleidingsgesprekken over stoppen-met-roken) ●
- Persoonlijke Coaching : 6 gesprekken van 30 à 45 minuten en 1 telefoongesprek met persoonlijke coach ●●●
- 'Pakje Kans-samen stoppen met roken' (groepstraining samen stoppen-met-roken) ●●●
- Word wijzer over roken: voorlichting voor migranten via VETC-ers (voorlichting in de eigen taal)** ●●●

** afhankelijk van bevolkingssamenstelling in de gemeente

Voorkomen van het meerroken

- 'Roken? Niet waar de kleine bij is' ●●

De huidige landelijke maar ook lokale preventieprogramma's voor de doelgroep Jeugd zijn vooral gericht op de schoolsetting. In deze setting kunnen veel factoren die samenhangen met het gaan roken worden beïnvloed. Het betreft hier enerzijds omgevingsfactoren én anderzijds factoren die persoonsgebonden zijn. De beïnvloeding van persoonsgebonden factoren richt zich op zaken als kennis over de gevolgen van roken, vaardigheden om weerstand te bieden aan de sociale druk om te roken, het maken van afspraken over niet-roken, het overbrengen van niet-roken als norm. Bij het beïnvloeden van omgevingsfactoren gaat het om zaken als een rookvrije omgeving en goed voorbeeldgedrag. Naast interventies voor de schoolsetting wordt ook gewerkt aan het beïnvloeden van de omgeving in de thuis-, de horeca- en de sportsetting.

INTERVENTIES OM HET AANTAL ROKERS TERUG TE DRINGEN

Roken is vooral een verslaving. Dat maakt stoppen-met-roken tot een moeilijke opgave. Veel rokers (40%) geven aan, ooit, te willen stoppen met roken; 14 % heeft zelfs een stopmoment binnen 6 maanden in gedachten en 46% weet het nog niet. Slechts een klein deel van de rokers (14%) zegt nooit te willen stoppen. Jaarlijks onderneemt bijna een op de vijf rokers een stoppoging.

De kunst van het succesvol stoppen is het volhouden.

Het gebruik van effectieve stopondersteuning vergroot de kans op succes. Ongeveer een derde van de rokers heeft hulpmiddelen, stopmethoden of deskundige ondersteuning gebruikt bij de laatste stoppoging. (STIVORO, 2005). Om het grote aantal rokers te bereiken moet gebruik worden gemaakt van kanalen met een groot bereik zoals de massamedia en de huisartsen. Het ondersteuningsaanbod bij het stoppen moet gevarieerd zijn omdat de behoeftes van rokers nogal verschillen. Het aanbod kan dan ook variëren van methodes die weinig investering van de roker vergen zoals brochures, advies op maat via internet en coaching per telefoon, tot methodes die meer tijd en geld kosten zoals de groepstraining 'Pakje Kans samen stoppen met roken'.

In het onderdeel stoppen- met-roken zit een opbouw in de intensiteit van de interventies en is er een afname in de breedte van de beoogde doelgroep. Anders gezegd: Hoe intensiever de interventie, hoe kleiner de doelgroep.

Schematisch ziet dat er als volgt uit:



Toelichting

De campagne richt zich, als lichte interventie, op een brede doelgroep. In de top van de piramide staat de groepstraining Pakje Kans: samen stoppen met roken. Deze interventie is het meest intensief. Slechts een beperkte doelgroep komt in aanmerking voor deze interventie.

Het Basispakket kan naar believen uitgebreid worden met interventies die verdieping geven. Zie voor een overzicht van alle interventies DE LEEFLIJN. STIVORO pleit voor een breed pakket; het is aan de gemeente om te bepalen of zij het Basispakket ook in de volle breedte wil uitvoeren.

INTERVENTIES OM HET MEEROKEN TE VOORKOMEN

Met de invoering van de rookvrije werkplek is het meeroken aanzienlijk teruggedrongen. Probleem blijft het meeroken in de thuissituaties, en dan met name door de groep die hiervoor het meest kwetsbaar is: de kinderen.

Door de voorlichtingsactiviteiten is de blootstelling in de thuissituatie van kleine kinderen aan tabaksrook al behoorlijk afgenomen. De sociale omgeving is een belangrijke barrière bij het invoeren en handhaven van huisregels. Het massamediale gedeelte van de campagne Roken? Niet Waar De Kleine Bij Is (R?NWDKBI) richt zich in belangrijke mate op deze sociale omgeving en creëert draagvlak voor afspraken over niet-roken. Via de JGZ worden ouders voorgelicht over de maatregelen die ze kunnen nemen bij het voorkomen dat hun kinderen meeroken.

De kracht van de benadering van de interventie R?NWDKBI is dat deze gericht is op het niet roken in het bijzijn van kinderen. Het wel of niet roken zelf is geen onderwerp van gesprek. Kraamverzorgsters en artsen en verpleegkundigen van de consultatiebureaus kunnen getraind worden in het hanteren van deze voorlichtingsboodschap.

De interventies opgenomen in het Basispakket Tabakspreventie zijn

- a. effectief (ontwikkeld naar voorbeeld van (inter)nationaal succesvol gebleken interventies);
- b. in te passen in de bestaande regio-structuur (gebruiksklaar voor verschillende intermediaire groepen);
- c. af te stemmen op de lokale situatie (door bijvoorbeeld de beschikbaarheid van halffabrikaten);
- d. indien van toepassing, voorzien van instructies voor intermediairs;
- e. concreet en zichtbaar.

Resultaten meten

Iedereen wil graag weten wat het resultaat is van bepaalde geleverde inspanningen. De afdeling epidemiologie van uw regionale GGD heeft het inzicht in de 'rookcijfers' van uw gemeente/regio. De medewerkers van deze afdeling kunnen ook uw actieplan roken met onderzoek begeleiden.

ONDERZOEK

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. De bruikbaarheid van een methode op landelijke of op lokale schaal verschilt echter per onderzoeksmethode en onderzoeksvraag.

STIVORO heeft in samenwerking met universiteiten een handleiding 'Meetinstrumenten voor stoppen met roken' (Mudde, e.a. 2000) ontwikkeld voor het doen van evaluatie onderzoek naar interventies voor tabaksonthouding. Zie ook www.stivoro.nl/publicaties. Op landelijk niveau meet TNS NIPO (in opdracht van STIVORO) continu de relevante gegevens van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Daarbij gaat het om het percentage rokers, hun intentie om te stoppen en het gebruik van hulpmiddelen bij stop-pogingen. Daarnaast verzamelt TNS NIPO 1x per jaar gegevens over rookgedrag van jongeren (10-19 jaar). Alle gegevens worden per jaar gerapporteerd op de website van STIVORO. Zie ook: www.stivoro.nl/professionals.

Interventies

Landelijk wordt gewerkt aan een certificeringssysteem voor interventies. Alleen effectief gebleken interventies komen in aanmerking voor certificering. Toetsing van de effectiviteit vindt landelijk of internationaal plaats. Op lokaal niveau worden het proces en het bereik van de interventies gemeten. Zo onderzoekt de GGD welk deel van de doelgroep, zoals scholen, gemeenten of het jongerenwerk, met de interventie is bereikt. Dat kan bijvoorbeeld leiden tot de conclusie: van de 30 basisscholen zijn er 15 die het predikaat 'Rookvrije School' hebben behaald in het afgelopen jaar.

Gezondheidsmonitor

De afdeling epidemiologie van de GGD onderzoekt ook landelijke of regionale trends in gezondheid of gedrag. Iedere GGD voert op gezette tijden een gezondheidsmonitor uit. Daarmee is in kaart te brengen waar de belangrijkste knelpunten zitten bij ongezond gedrag. Deze informatie over gezondheid is een belangrijke factor in het besluit om gezondheidsbeleid aan te passen of te handhaven, zowel lokaal als landelijk.

Evaluatie

Een evaluatie van de actieperiode levert een beschrijving van het proces en de succes- en faalfactoren op, waardoor op lokaal niveau inzicht ontstaat in het verloop van de actie. De aldus verkregen gegevens kunnen leerstof bieden voor nieuwe (leefstijl-)thema's en

toekomstig Tabakspreventie-beleid. De landelijke organisaties kunnen uit dergelijke gegevens conclusies trekken voor bijstelling van het aanbod aan de regio.

Beleidsmatig ligt het voor de hand om beleid en aanbod van preventie in te passen in een vierjarige cyclus rond het ontwikkelen en vaststellen van de nota's lokaal gezondheidsbeleid.

Meer informatiebronnen voor epidemiologische gegevens

www.rivm.nl/vtv
www.monitorgezondheid.nl
www.stivoro.nl/professionals
www.statline.cbs.nl

De Tabakswet

De Tabakswet en een aantal bijbehorende besluiten regelen het volgende:

- verkoopverbod van tabaksartikelen in overheidsgebouwen;
- rookverbod voor publiek toegankelijke ruimten en andere openbare gebouwen
- tabaksreclame- en sponsoringverbod;
- leeftijdsgrens: aan kinderen onder de 16 jaar mogen geen tabaksartikelen worden verkocht;
- recht op een rookvrije werkplek;
- rookvrij personenvervoer (zoals treinen, bussen, taxi's);
- boetes wanneer wettelijke bepalingen overtreden worden;
- toezicht door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) op de naleving van de Tabakswet
- systeem van boetes voor overtredingen
- productregulering tabaksproducten

Meer informatie op www.rokenendewet.nl of bel 0900-8380 (€ 0,10)

COLOFON

Handleiding Tabakspreventie in het Lokaal Gezondheidsbeleid is een uitgave van STIVORO – voor een rookvrije toekomst.

Samenstelling en redactie	Monique de Beer
Advies STIVORO	Fleur van Bladeren
	Daniëlle Frissen
	Carolien Koning
	Carl Simons
	Renate Spruijt
	Ingrid Stevens
	Brigitte de Weert
	Marieke Wiebing
	Marc Willemsen
	Grieto Zeeman
Advies GGD Zuid Holland West	Dianne Eshuis
	Elly Glerum
Bijdragen	GGD West Friesland
	Hart voor Brabant Den Bosch
Advies Gemeente	Zoetermeer; Peter Esseveld
Bijdrage Gemeente	Winterswijk; Bernadette KleinGunnewiek
Advies NIGZ	Jan Bouwens
Vormgeving	hollandse meesters BNO, Utrecht
Tekstbewerking	Michael Elias, LEXIS, Amersfoort
Illustratie regiokaart	Hedie von Banniseht, Pakweg
Productiebegeleiding	Mariëlle Vieira, STIVORO

©STIVORO Den Haag, 2006. Alles uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd op voorwaarde van bronvermelding:

STIVORO Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid, Den Haag, 2006

internetversie herzien juli 2007