

Van: [redacted]
Aan: Wijker, C.G.A. (Charles)
Cc: [redacted]
Onderwerp: Marjolein CC email: Intern of uitgaand stuk betreffende "Nationaal Preventieakkoord (zaaknummer: 181373)"
Datum: donderdag 4 oktober 2018 18:19:48
Bijlagen: [Concept aanbiedingsbrief Nationaal Preventieakkoord.docx](#)
[Nationaal Preventieakkoord.docx](#)
[Nota ter beslissing 2018-09-27 12 24 39.docx](#)
[AanbiedingsFormulier RWIZO-preventieakkoord.pdf](#)

Beste Charles,

Hierbij de stukken voor RWIZO die nu in Marjolein naar Ciska gaan. [redacted]

Morgenochtend is er tijd om jullie reactie te verwerken.

Een en ander is in veelvuldig mailcontact tussen de collega's van VGP en PG tot stand gebracht.

Ciska en deels DGV zijn betrokken geweest bij de meeste aanpassingen in de inleiding,

11.1

Groet [redacted]

Afgestemde aantekeningen overleg staatssecretarissen Financiën en VWS dd 15 juni 2018

Aantekeningen gesprek StasFin en StasVWS

Aftrap: StasFin is bereid mee te denken over fiscale maatregelen in kader Nationaal Preventieakkoord. Alle onderstaande afspraken zijn onder voorbehoud van politieke instemming binnen de coalitiefracties. StasVWS zal deze instemming voor zijn rekening nemen.

Roken

Voorstel StasFin:

11.1

[Redacted text block]

Alcohol

[Redacted text block]

Buiten reikwijdte verzoek

Suikerhoudende dranken

Buiten reikwijdte verzoek

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Buiten
reikwijdte
verzoek

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staatssecretaris

Deadline: 31-10-2018

Directie Voeding
Gezondheidsbescherming
en Preventie

Ontworpen door

Senior beleidsmedewerker

T (070) -

M (31)-E

@minvws.nl

Datum document

25 oktober 2018

Kenmerk

1436930-183145-VGP

Bijlage(n)

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft

Vergaderdatum en tijd

Vergaderplaats

Overleg met (MBO raad)

31 oktober 2018, 17:00 uur

Telefonisch, op 06

Paraaf directeur

Paraaf DGV

1 Aanleiding en doel overleg

De MBO raad heeft een aantal bezwaren ten aanzien van het Nationaal Preventieakkoord. In dit telefonisch overleg gaat u in op deze bezwaren en koppelt u uw gesprek met de hogescholen en universiteiten terug.

2 Deelnemers overleg

(MBO raad).

3 Te bespreken punten

1. Terugkoppeling van uw gesprek met de VSNU en VH
2. Bespreking van de actiepunten voortvloeiend uit het overleg met de PO-, VO- en MBO raad op vrijdag 12 oktober jl.

4 Advies en toelichting

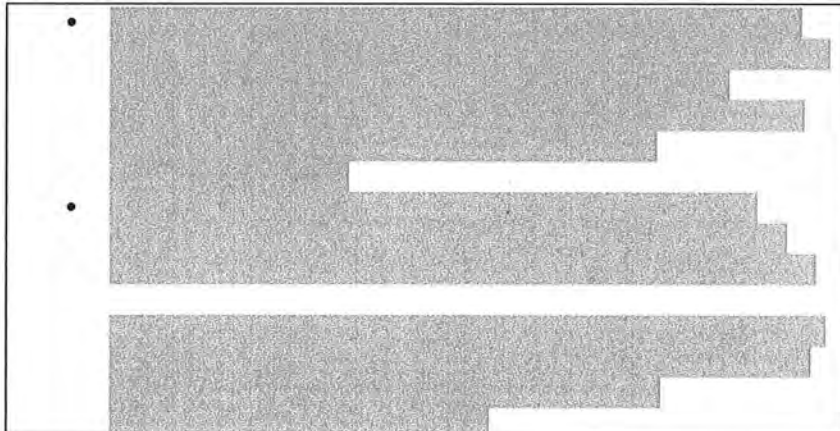
Op 12 november jl. heeft u met de onderwijsraden gesproken in de Galgenwaard (Utrecht). In dit gesprek werden de volgende punten besproken die voor de onderwijsraden van groot belang zijn.

1. Het ondertekenen van het Preventieakkoord door ook de **hogescholen in universiteiten**.
Op 24 oktober jl. heeft directeur VGP overleg gevoerd met over dit punt.

Buiten reikwijdte
verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Kenmerk
1436930-183145-VGP

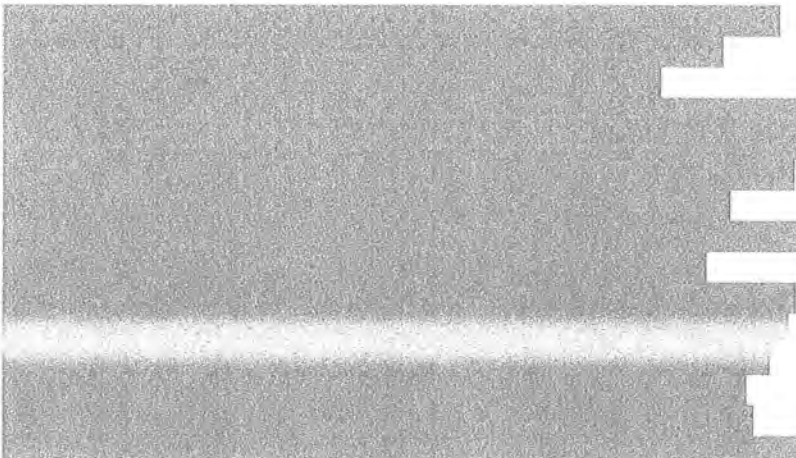


11.1

2. De reikwijdte van het besluit om te komen tot **rookvrije schoolpleinen**. De doelstelling in het Preventieakkoord is om vanaf 2020 rookvrije schoolterreinen verplicht te hebben gesteld waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende scholen en instellingen. Er worden nog regels gesteld waarin wordt uitgewerkt hoe het rookverbod op de scholen en instellingen wordt ingesteld, aangeduid en gehandhaafd. Er worden daarnaast aanvullende middelen ingezet om, uiteraard 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 en wat dit voor hen betekent.

3. 

Buiten reikwijdte
verzoek

4. 

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

[Redacted text block]

Kenmerk
1436930-183145-VGP

5. [Redacted text block]

Buiten reikwijdte verzoek

[Redacted text block]

11.1

[Redacted text block]

Senior beleidsmedewerker

Van: [redacted]
Aan: Wijker, C.G.A. (Charles); [redacted]; [redacted]; [redacted]; [redacted]
Cc: [redacted]; Dienstpostbus Secretariaat PG
Onderwerp: Marjolein CC email: Intern of uitgaand stuk betreffende "Preventieakkoord (zaaknummer: 182882)"
Datum: dinsdag 30 oktober 2018 12:01:39
Bijlagen: Concept aanbiedingsbrief Tweede Kamer.docx
Memo bij stukken Nationaal Preventieakkoord.docx
Nationaal Preventieakkoord.docx
Nota ter beslissing 2018-10-17 14 46 36.docx
AanbiedingsFormulier RWIZO-preventieakkoord 6 nov.pdf

Bijgaande stukken zitten in Marjolein (verzoek [redacted]) zodat DGV ze ook heeft. Charles, nota heb ik niet meer kunnen afstemmen maar bevat weinig bijzonderheden. Jouw vraag over al dan niet uitgebreid memo aanleveren bij RWIZO is als bespreekpunt opgenomen. [redacted] wilde stukken graag om 13 uur hebben. Ten behoeve van overleg vanmiddag wel handig om ze te hebben. Zowel in Marjolein als in de nota heb ik meermalen aangegeven dat er nog een overleg is om 17 uur waarvan de uitkomsten verwerkt moeten worden. De stukken moeten wel morgen aangeleverd worden bij RWIZO,
Groet [redacted]

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: graag jullie input
Datum: vrijdag 2 november 2018 11:55:35
Bijlagen: [Nota voorbereiding RWIZO preventieakkoord JLKB.docx](#)
[overzicht besprekpunten coalitie Stas.docx](#)

Ha [redacted],

Hierbij, mede namens [redacted], ingevuld je nota RWIZO. Ik hoor het graag als je vragen hebt!
Succes!

Groet

[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: woensdag 31 oktober 2018 16:43
Aan: [redacted]
CC: [redacted]
Onderwerp: graag jullie input

Hoi allemaal,

We hebben nog maar net de stukken aan de RWIZO gestuurd, en we gaan weer door met de volgende nota.

Deze nota is bedoeld om de stas voor te bereiden op de RWIZO.

Graag jullie input voor stand van zaken.

Zie de tabellen.

Omdat er deze week nog overleggen zijn graag **as maandag uiterlijk 10 uur** aanleveren.
(eerder is welkom, bijv vrijdag als er dan al meer / alles bekend is).

Maandag moet het nog de lijn in en dan naar stas.

Groet,

[redacted]

Van: Michael Rutgers | Longfonds
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]; [redacted]; [redacted]@fnli.nl; [redacted]; [redacted]@cbl.nl
Onderwerp: RE: Wijzigingen tekst Preventieakkoord op basis van overleg zojuist (SGF/FNLI/CBL)
Datum: maandag 5 november 2018 15:03:39

Dank [redacted]!

Dat ziet er goed uit.

We gaan er meteen mee aan de slag. Wellicht kan ik je vanmiddag of vanavond al bericht geven. Anders morgenochtend.

Vriendelijke groet,

Michael Rutgers, M.Sc.
voorzitter SGF
[redacted]@longfonds.nl
06 [redacted]



Van: [redacted] <[redacted]@minvws.nl>

Verzonden: maandag 5 november 2018 13:48

Aan: Wijnker, C.G.A. (Charles) [redacted]@minvws.nl; [redacted]
<[redacted]@minvws.nl>; [redacted]@fnli.nl; [redacted]@cbl.nl; Michael Rutgers | Longfonds <[redacted]@longfonds.nl>; [redacted]@nierstichting.nl>; [redacted]@fnli.nl>

Onderwerp: Wijzigingen tekst Preventieakkoord op basis van overleg zojuist (SGF/FNLI/CBL)

Urgentie: Hoog

Beste [redacted], [redacted], [redacted], Michael, [redacted], [redacted] en Charles

Hieronder treffen jullie de teksten aan zoals zojuist besproken, met eerst telkens de oude tekst en vervolgens de nieuwe tekst (met gewijzigde delen in rood). Kunnen jullie hier naar kijken en spoedig laten weten of dit ook conform jullie beeld is?

Met vriendelijke groet, [redacted]

BLZ. 5 WAS:

Governance, borging en monitoring

De partijen die hun handtekening zetten onder één of meerdere deelakkoorden, verklaren met hun handtekening zich te herkennen in de inhoud van het betreffende deelakkoord en bereid te zijn om zich in te spannen om de geformuleerde doelstellingen te helpen realiseren. Daarbij hanteren de partijen van dit Nationaal Preventieakkoord een aantal spelregels. Het RIVM (in samenspraak met CBS, GGD GHOR, Pharos en CPB) zal jaarlijks over de voortgang van de uitvoering van de maatregelen rapporteren en een aantal relevante leefstijlindicatoren in beeld brengen die betrekking hebben op de drie thema's. Het RIVM zal de voortgangsrapportage eens in de vier jaar aanvullen met een projectie van de ambities gericht op 2040. Vergelijkbaar met

hetgeen nu in de Volksgezondheid Toekomstverkenning gebeurt.

Op basis van de voortgangsrapportage spreken de partijen die het akkoord hebben ondertekend over de voortgang. Hiervoor wordt aangesloten bij de huidige opzet van thematafels met een onafhankelijk voorzitter. Zo nodig worden afspraken aangepast. Nieuwe maatregelen kunnen in samenspraak met betrokken partijen worden toegevoegd als ze passen bij de geformuleerde visie en bijdragen aan het realiseren van de ambities. Nieuwe partners kunnen aansluiten als zij de ambities onderschrijven en bereid zijn bij te dragen aan de verwezenlijking van de ambities in dit akkoord. Preventie is immers een zaak van lange adem, van een langdurige en consistente inzet, van veel partijen in nauwe samenwerking. Daarom houden we vast aan de doelstellingen voor de langere termijn, en zijn we flexibel in de manier waarop we daar samen willen komen.

BLZ. 5 WORDT (onder voorbehoud van bredere afstemming)

Governance, borging en monitoring

De partijen die hun handtekening zetten onder één of meerdere deelakkoorden, verklaren met hun handtekening zich te herkennen in de inhoud van het betreffende deelakkoord en **spreken het commitment uit om de geformuleerde doelstellingen te realiseren. Het uitgangspunt is dat de ambities worden nagestreefd en de doelen worden gehaald.** Daarbij hanteren de partijen van dit Nationaal Preventieakkoord een aantal spelregels. Het RIVM (in samenspraak met CBS, GGD GHOR, Pharos en CPB) zal jaarlijks over de voortgang van de uitvoering van de maatregelen rapporteren en een aantal relevante leefstijlindicatoren in beeld brengen die betrekking hebben op de drie thema's. Het RIVM zal de voortgangsrapportage eens in de vier jaar aanvullen met een projectie van de ambities gericht op 2040. Vergelijkbaar met hetgeen nu in de Volksgezondheid Toekomstverkenning gebeurt.

De voortgangsrapportage van het RIVM wordt met partijen die het akkoord hebben ondertekend besproken. Hiervoor wordt aangesloten bij de huidige opzet van thematafels met een onafhankelijk voorzitter. Zo nodig worden **aan deze tafels door betrokken partijen de afspraken aangepast en maatregelen aangescherpt als ze bijdragen aan het realiseren van de ambities.** Nieuwe partners kunnen aansluiten als zij de ambities onderschrijven en bereid zijn bij te dragen aan de verwezenlijking van de ambities in dit akkoord. Preventie is immers een zaak van lange adem, van een langdurige en consistente inzet, van veel partijen in nauwe samenwerking. Daarom houden we vast aan de doelstellingen voor de langere termijn, en zijn we flexibel in de manier waarop we daar samen willen komen.

BLZ 35,36 WAS:

[REDACTED]

Buiten reikwijdte
verzoek

[REDACTED]

Buiten reikwijdte
verzoek

[REDACTED]

[REDACTED]

Buiten reikwijdte
verzoek

[REDACTED]

Buiten reikwijdte
verzoek

[Redacted text block]

BLZ. 35,36 WORDT

Buiten reikwijdte
verzoek

[Redacted text block]

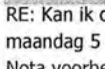
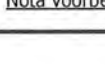
Buiten
reikwijdte
verzoek

[Redacted text block]

Buiten reikwijdte
verzoek

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Van: 
Aan: 
Cc: 
Onderwerp: RE: Kan ik om 13u even langslopen om nota stas in te vullen met jou?
Datum: maandag 5 november 2018 15:03:29
Bijlagen: [Nota voorbereiding RWIZO preventieakkoord.docx](#)

Hi!

Mijn concrete vragen zitten nog steeds bij de tabel voor de RWIZO/stas.

11.1


Zie al het geelgemaakte.

Lukt het jou om dit vandaag aan te passen?

Het is namelijk 15 uur, en we hebben nog geen nota, en de hele afstemming in marjolein heeft ook nog niet plaatsgevonden.

Morgen is (als het door gaat, om 11.45 uur) RWIZO.

Groet,



Ps al witte rook?

Van: [redacted]
Aan: [redacted]; [redacted]; [redacted]
Onderwerp: FW: PA MR en ramingsmemo
Datum: maandag 19 november 2018 16:58:39
Bijlagen: [AanbiedingsFormulier MR-preventieakkoord 16 november \(002\) IB.pdf](#)
[Ramingsmemo accijnsverhoging tabak 19-11 Def.docx](#)

T.i

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: [redacted] (AFP/ANALYSE) <[redacted]@minfin.nl>
Datum: maandag 19 nov. 2018 4:55 PM
Aan: [redacted]@minvws.nl>, [redacted]@minvws.nl>, [redacted]@minvws.nl>, [redacted]@minvws.nl>
Kopie: [redacted]@minvws.nl>, [redacted] (AFP/ANALYSE)
<[redacted]@minfin.nl>, [redacted] (IZV/VB) [redacted]@minfin.nl>, [redacted] (IZV/VB) <[redacted]@minfin.nl>, [redacted] (IZV/VB)
<[redacted]@minfin.nl>
Onderwerp: RE: PA MR en ramingsmemo

Ha [redacted],

Bij deze het aanbiedingsformulier met de gevolgen voor de inkomsten ingevuld.

Daarnaast ook het bijbehorende ramingsmemo. Het ramingsmemo is **niet** voor de MR.
Als jullie nog vragen/opmerkingen hebben bij het ramingsmemo, hoor ik het graag.

Groet,
[redacted]

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 19 november 2018 15:31
Aan: [redacted] (AFP/ANALYSE) [redacted]@minfin.nl>
Onderwerp: FW: PA MR
Urgentie: Hoog

[redacted],

Bij deze , dank voor je scherpe blik!

Van: [redacted]
Verzonden: maandag 19 november 2018 13:47
Aan: [redacted]@minvws.nl>
CC: [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: PA MR
Urgentie: Hoog

Hai,

Buiten reikwijdte verzoek

[REDACTED]

Verzonden: maandag 19 november 2018 12:32

Aan: [REDACTED] (AFP/ANALYSE) <[REDACTED]@minfin.nl>

CC: [REDACTED] <[REDACTED]@minvws.nl>

Onderwerp: PA MR

Hollo [REDACTED],

Hierbij het MR formulier.
ITT wat ik eerder heb aangegeven moet het vandaag retour inclusief jullie berekening.
Dank vast voor het begrip.

Groet, [REDACTED]

[REDACTED]

Verzonden: maandag 19 november 2018 12:17

Aan: [REDACTED]@minvws.nl>

Onderwerp: aanbiedingsformulier MR

Dag [REDACTED],

Hierbij het aanbiedingsformulier voor MR, onderwerp preventieakkoord.
Fijn dat Minfin input wil geven!
Omdat we in een krap tijdsplan zitten, hebben we wel vandaag al input nodig.
We moeten namelijk morgen aanleveren.
Ik hoop dat het lukt.

Hartelijke groet,

[REDACTED]

06 [REDACTED]



Ramingsmemo

10.2.e, tenzij anders aangegeven

Directie Algemene Fiscale
Politiek
Inlichtingen

Datum
19-10-2018

Auteur

memo

Nummer PM; indirecte belasting: verhoging van de
tabaksaccijns (preventieakkoord)

1. Beschrijving van de maatregel

- Op grond van het regeerakkoord is in het Belastingplan 2018 voorzien in een stijging van de minimumaccijns van sigaretten van € 188,99 per 1000 stuks in 2018 naar € 201,93 in 2021.
- Het Nationaal preventieakkoord voorziet in een extra accijnsverhoging in 2020 waardoor een pakje sigaretten € 1,- meer gaat kosten in 2020. Deze accijnsverhoging is bovenop de regeerakkoordmaatregel. Een pakje sigaretten kost dan in 2021 gemiddeld [REDACTED]. De verkoopprijs stijgt daarmee met [REDACTED] %. De minimumaccijns voor sigaretten stijgt met [REDACTED] naar [REDACTED] per 1000 stuks in 2020. De accijns op rooktabak stijgt met hetzelfde absolute bedrag.
- Om te voorkomen dat er in 2020 twee verhogingen in één jaar zijn, wordt de verhoging uit het regeerakkoord ook per 1 april 2020 gedaan.

11.1

2. Kern van de raming

- Structureel worden de opbrengsten van deze maatregel op [REDACTED] geraamd. De ex ante opbrengsten nemen met [REDACTED] toe door de accijnsstijging. Maar door een daling van het aantal binnenslands verkochte sigaretten daalt de opbrengst ex post. De daling van het volume is het gevolg van een daling van het aantal rokers, van het gemiddeld aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt en van een toename van grenseffecten en illegale handel.
- In 2020 is rekening gehouden met de derving die ontstaat doordat de verhoging uit het regeerakkoord per 1 april ingaat in plaats per 1 januari. De derving is [REDACTED].
- Het budgettaire effect is op kasbasis en in prijzen 2020. De opbrengsten in 2021 is gedefinieerd met de prijsmutatie van het BBP (zie bijlage voor de index).

11.1

11.1

Tabel 1: Budgettaire effecten maatregel '+' = saldoverbeterend/lastenverzwarend

(Bedragen in mln euro, prijzen 2020) ¹	2019	2020	2021	Struc	Struc in
Verhoging tabaksaccijns					

11.1

¹ Raming in prijzen van het jaar van invoering

3. Toelichting raming

- Standaard uitgangspunten bij het ramen:
 - Ex ante $R = (T_{t+1} - T_t) * Q_t$
 - Ex post $R = T_{t+1} * Q_{t+1} - T_t * Q_t$
 - $Q_{t+1} = Q_t * (1 + \varepsilon * \text{prijsstijging in procenten})$

R = Accijnsopbrengst van de maatregel

Q_t = Hoeveelheid sigaretten voor verhoging

Q_{t+1} = Hoeveelheid sigaretten na verhoging

T_t = accijns per sigaret voor verhoging

T_{t+1} = accijns per sigaret na verhoging

ε = Elasticiteit

- In tabel 2 is het aantal sigaretten voor en na de accijnsverhoging weergegeven. Ook zelfgedraaide sigaretten van rooktabak zijn meegenomen in de aantallen. Voor rooktabak geldt dezelfde absolute accijnsstijging.

11.1

Tabel 2: aantal sigaretten (incl. rooktabak) per jaar vóór en na de accijnsverhoging

11.1

Jaartal	Percentage rokers	Totale bevolking 18+	Absolute # rokers	# aantal sigaretten voor prijsverhoging	Prijsstijging	# aantal sigaretten na prijsverhoging
2018						

- In tabel 3 is de accijnsstijging van sigaretten per jaar opgenomen per 1000 stuks en in tabel 4 de accijnsstijging van rooktabak. In de vierde kolom is de cumulatieve stijging opgenomen. Deze wordt gebruikt om het budgettaire effect te berekenen.

Tabel 3: Accijnsstijging sigaretten

Jaar	Huidige accijns	Accijnsstijging per 1000	Nieuwe accijns
2018			
2019			
2020			
2021			
2022			

11.1

Tabel 4: Accijnsstijging rooktabak

Jaar	Huidige accijns	accijnsstijging per 1000 gram	nieuwe accijns
2018			
2019			
2020			
2021			

11.1

2022

- Tabel 5: Budgettaire effecten maatregel '+' = saldoverbeterend/lastenverzwarend**

in € miljoen	2020	2021	Struct
ex ante			
ex post			

11.1

- o Voor het percentage rokers zijn gegevens van de website www.vtv2018.nl/leefstijl gebruikt. Dit is een website van het RIVM.
- o Voor de bevolking en het gemiddelde aantal sigaretten per dag zijn gegevens van het CBS gebruikt.

- o Vanwege de forse prijsstijging is afgeweken van de standaardgedragseffecten van het CPB. Voor het gedragseffect is een aanname gedaan over de prijselasticiteit van de vraag naar sigaretten op basis van wetenschappelijke literatuur.
- In de raming is uitgegaan van een prijselasticiteit van -0,7. Dit is berekend door het gemiddelde te nemen van drie verschillende methoden.
- Een studie van Tauras in de VS toont aan dat de elasticiteit verschillend is bij verschillende prijsniveaus. Uit deze studie volgt een prijselasticiteit van -1,12 als een pakje sigaretten \$6,- kost en een prijselasticiteit van -1,49 als een pakje sigaretten \$8,- dollar kost. In Nederland gaan we uit van een prijselasticiteit van -0,4. Dit vermenigvuldigen met 1,33 geeft een prijselasticiteit van -0,5.
- Een Canadese studie (Gruber 2003) komt op een elasticiteit van -0,72. Dit is de gemiddelde prijselasticiteit van staten waar smokkel wel en van staten waar smokkel geen rol speelt. Nederland zal eerder vergelijkbaar zijn met een staat waar smokkel wel een rol speelt cq kan spelen. Nederland is een klein land met open grenzen en met landen in de nabijheid met een fors lagere accijns. De elasticiteit voor een staat waar smokkel een rol speelt zal hoger liggen dan de gemiddelde elasticiteit. Op basis van deze studie zou een elasticiteit van orde grootte -0,75 realistisch zijn.
- De elasticiteit kan ook worden opgebouwd door onderscheid te maken in 3 gedragseffecten. Als deze 3 effecten samen worden genomen, volgt hier een prijselasticiteit uit van ongeveer -0,87.
 1. Effect op het aantal rokers en aantal sigaretten per roker.
Hiervoor kan de elasticiteit van -0,4 van het RIVM gebruikt worden.
 2. Effect op legale koop van sigaretten over de grens.
Uit een rapport van Ecorys volgt dat op dit moment ongeveer 2,8% van het aantal gerookte sigaretten uit het buitenland komt. Bij een verhoging naar € 10 per pakje zal dit stijgen naar 12,9 %. Dit is een gemiddelde van een hoog en laag scenario. Bij een prijsstijging van 1,16 komt dat uit op een stijging van ongeveer 5%, uitgaande van een proportionele stijging.
 3. Effect op de illegale handel van sigaretten.
Uit de studie van Gruber volgt dat de prijselasticiteit -0,47 is als de smokkelstaten niet worden meegenomen. Dit is een daling van ongeveer 0,2 ten opzichte van de gemiddelde elasticiteit van -0,72 voor alle staten. Hieruit kan een elasticiteit van ongeveer -0,2 als gevolg van illegale handel worden afgeleid.

Pagina 3 van 5

- o De grootste onzekerheid is de elasticiteit. Het gaat om een forse verhoging. Voor de elasticiteit moeten we ons daardoor grotendeels baseren op studies met betrekking op het buitenland.

Reeks in lopende prijzen

De budgettaire reeks in tabel 1 is in prijzen 2020. In tabel 6 is de reeks in lopende prijzen opgenomen.

Tabel 6: Budgettaire effecten maatregel '+' = saldoverbeterend/lastenverzwarend

(Bedragen in mln euro)	2019	2020	2021	struc	Struc in
maatregel					

11.1

4. Overige

Doorwerking van de maatregel

- o Er is geen doorwerking naar andere regelingen, zoals de toeslagen.
- o Er is geen doorwerking naar de uitgaven van andere departementen.
- o De maatregel heeft effect op de opbrengsten van de BTW. Over de verhoogde accijns moet BTW worden afgedragen. Dit is niet lastenrelevant.

Informatiebronnen

Literatuur:

Gruber, Sen and Stabile, 2003, Estimating price elasticities when there is smuggling: the sensitivity of smoking to price in Canada, Journal of Health Economics 22 (2003) 821-842

Taurus, Pesko, Huang, Chaloupka, Farrelly, 2016, The effect of cigarette prices on cigarette sales: exploring heterogeneity in price elasticities at high and low prices.

Ecorys 2018, Short and medium term economic impacts of tobacco control policy, <https://alliantienederlandrookvrij.nl/wp-content/uploads/2018/10/NL2020-32646-Final-Report-2504.pdf>

Ramingsdocument:



Basispad verhoging
tabakaccijns doorre

5. Contactpersonen/AFEP/DGbel

Persoon 1: [redacted]

Persoon 2 (achtervang): [redacted]

Afstemming met IZV: [redacted]

Afstemming met AFEP: [redacted]

Afstemming met DGbel: [redacted]

Afstemming met betrokken departement(en): [redacted] (VWS), [redacted] (VWS)

Bijlage:

Prijsmutatie BBP:

NAAM	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BBPPR	0,47746%	0,84787%	0,14187%	1,41957%	1,36845%	0,15000%	0,80531%	0,58414%	1,32321%	1,83812%	2,36076%	1,95314%	1,84541%

gedragseffecten:

Tabel 2.1 Eerste-ordegedragseffecten belastingen

Belasting	Eerste-ordegedragseffect
Dieselaccijns	-20% (standaard) en- 50% (bij substantiële grenseffecten)
Benzineaccijns	-20%
Tabaksaccijns (a)	-40%
Bier- en wijnaccijns	-20%
Alcoholaccijns	-30%
Kansspelbelasting	-30%
Vennootschapsbelasting (algemeen tarief)	-20%
Box 3 (bij hoge vermogens)	-20%
Toptarief box 1	-50%
(a) Een tabaksaccijnsverhoging leidt vaak tot kaseffecten tussen jaren als gevolg van hamsteren. Om die reden gaat het CPB voor het eerste jaar van de verhoging uit van een gedragseffect van -60%.	



10.2.e

Programma startbijeenkomst Nationaal Preventieakkoord

Datum en tijd: vrijdag 20 april 2018, tijd: 13:00 - 16:00 uur

Locatie: Ministerie van VWS, Parnassusplein 5 in Den Haag, Apollozaal

Denk aan uw identificatiebewijs.

13:00 uur Inloop met een broodje

13:30 uur Inleiding en introductie van de drie voorzitters door
staatssecretaris Paul Blokhuis

14:00 uur Presentatie [REDACTED] [REDACTED] over gedragsverandering

14:20 uur Afsluiting plenaire deel

14:25 uur Koffie en doorloop naar de thematafels

14:30 uur Parallele start van de thematafels

16:00 uur Afsluiting

Van: dienstpostbuspreventieakkoord
Aan: [redacted]@planet.nl"
Onderwerp: VWS uitnodiging startbijeenkomst Nationaal preventieakkoord
Datum: woensdag 11 april 2018 14:52:08
Bijlagen: Programma startbijeenkomst PA.pdf

Beste [redacted]

Graag nodig ik u uit voor de startbijeenkomst van de thematafels voor het Nationaal Preventieakkoord op vrijdag 20 april.

Eerder hebben velen van u deelgenomen aan de rondetafelgesprekken over het Nationaal Preventieakkoord. Dat waren inspirerende en mooie gesprekken. Ook werd duidelijk dat we allemaal de ambitie hebben om meters te maken op een gezonder leven voor alle Nederlanders. En dat we bereid zijn om daarvoor afspraken te maken. Dat is een mooi begin.

De afgelopen weken is met u en andere partijen gesproken over de concrete bijdrage die u wilt leveren aan het formuleren van de ambities van het preventieakkoord en de invulling daarvan met concrete maatregelen.

Nu wil ik samen met u de volgende stap zetten. Dat doen we via drie thematafels op de onderwerpen roken, overgewicht en problematisch drinken. Daarom organiseren we op 20 april 2018 een startbijeenkomst. Het programma vindt u in de bijlage.

Ik nodig u van harte uit voor de thematafel roken. Deze uitnodiging is voor u persoonlijk.

U kunt zich aanmelden – voor maandag 16 april - via:
dienstpostbuspreventieakkoord@minvws.nl

Ik hoop u daar te zien.

Met vriendelijke groet,

Paul Blokhuis
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

MASTERPLAN STOPPEN MET ROKEN

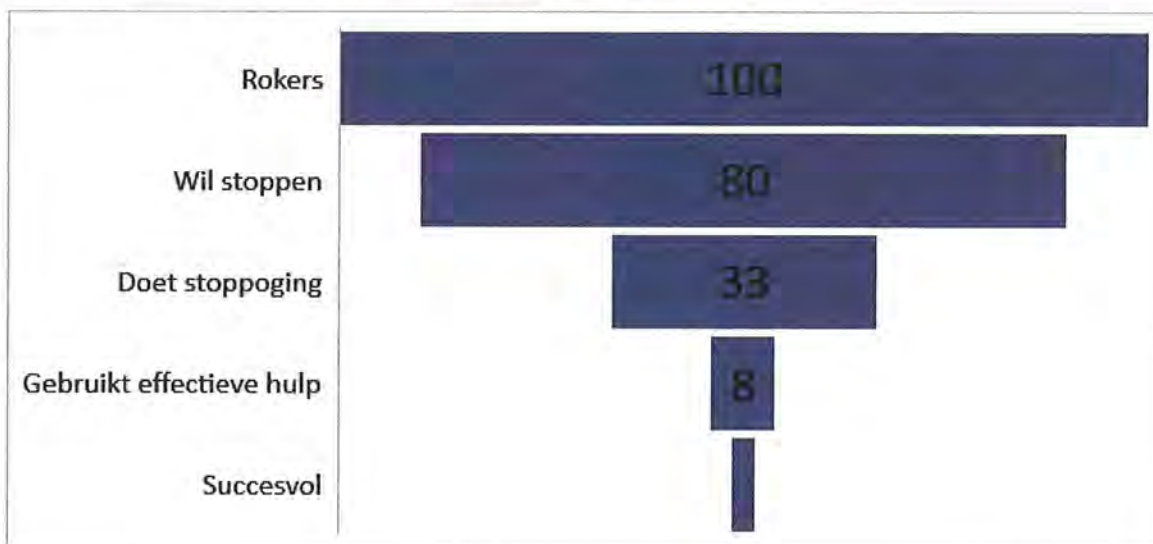
*Meer en succesvollere stoppogingen,
effectievere stop met roken zorg*



versie 19 april 2018

Management samenvatting

Kern van het Masterplan stoppen-met-roken is het bereiken van meer en succesvollere stoppogingen met een samenhangende integrale systeemaanpak. Er is een aantrekkelijk perspectief: 80% van de 3,2 miljoen rokers in Nederland wil eigenlijk stoppen met roken, maar slechts 33% onderneemt jaarlijks een serieuze stoppoging en slechts 8% van de stoppogingen gebeurt op de meest effectieve wijze.



Het uitvoeren van het Masterplan draagt bij aan de doelstellingen van het Kabinet-Rutte III dat in het regeerakkoord "Vertrouwen in de toekomst" de ambitie voor een Rookvrije Generatie omarmt en de aanpak van roken één van de focusgebieden van het Preventieakkoord maakt. Met ruim 20.000 tabaksdoden per jaar is de urgentie onverminderd hoog. Nog steeds raken iedere week honderden kinderen verslaafd aan roken. Om te voorkomen dat kinderen beginnen met roken, is het belangrijk dat zoveel mogelijk volwassenen stoppen met roken. Zien roken, doet roken.

Wenkend perspectief

Uitvoering van het Masterplan levert veel op. Als Nederlanders meer en succesvollere stoppogingen ondernemen, neemt het aantal mensen dat jaarlijks succesvol stopt met roken toenemen toe van 50.000 naar circa 136.000 mensen. Momenteel roken 3,2 miljoen mensen in Nederland. Mede door het Masterplan kan de jaarlijkse daling van het aantal rokers toenemen van 0,37% naar 1,03% van de Nederlandse bevolking.

Daling percentage rokers per jaar

Percentage rokers dat een stoppoging doet	Afname in % rokers indien 5% professionele steun gebruikt	Afname in % rokers indien 20% professionele steun gebruikt
25%	-0,37% ← NU	-0,52%
50%	-0,74%	-1,03% ← STRAKS!

Stoppen met roken levert direct gezondheidswinst op voor de mensen die stoppen met roken. De Nederlandse samenleving als geheel profiteert ook mee, onder meer door toename van de arbeidsproductiviteit en belastinginkomsten. Het saldo van de maatschappelijke kosten en baten is positief¹.

¹ <https://www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/infographic%20MKBA%202016.pdf>

Knelpunten en oplossingen om te komen tot meer en effectievere stoppogingen

Het Masterplan stoppen met roken gaat in op de grootste knelpunten in de stop met roken zorg en oplossingen voor deze knelpunten. Deze zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke inzichten en in overleg met relevante maatschappelijke partijen.

Er worden in Nederland te weinig stoppogingen ondernomen vanwege te weinig bewustwordings- en stopcampagnes; te lage prijs van tabak; te weinig aandacht voor stoppen met roken onder zorgverleners en het bestaan van financiële barrières. Oplossingen om te komen tot meer stoppogingen zijn het introduceren van meer bewustwordings- en stopcampagnes; het fors verhogen van de tabaksaccijns; meer rookvrije zorginstellingen die zorgen voor een cultuur waarin sneller stopadviezen worden gegeven; het scholen van zorgverleners in het geven van stopadviezen en het verruimen van de mogelijkheden stoppogingen te wagen, zonder dat deze ten laste komen van het eigen risico.

Als een patiënt een stoppoging onderneemt, zijn er nieuwe knelpunten waardoor veel stoppogingen niet succesvol zijn. Knelpunten zijn dat de meest effectieve stopmethoden te weinig worden gebruikt (ook al zijn ze wel bekend!); er onvoldoende ketensamenwerking is tussen zorgverleners waarbij bovendien de verslavingszorg ontbreekt als ketenpartner; zorgverzekeraars hebben onvoldoende houvast aan de medische richtlijnen en de bekostigingssystematiek voor het selectief inkopen van effectievere stopmethoden.

Oplossingen te komen tot effectievere stoppogingen zijn het versterken van de vindbaarheid van effectieve stopmethoden; het inzetten van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars ten gunste van effectievere stopmethoden en inzetten op meer vrouwen die rookvrij de zwangerschap ingaan en na de zwangerschap niet opnieuw beginnen met roken.

Tot slot kan het Nederlandse tabakspreventiebeleid aan kracht winnen met een integrale systeemaanpak, waarin alle maatregelen in samenhang met elkaar worden genomen en waarin alle betrokkenen samen optrekken. Onderdelen van de te ontwikkelen integrale systeemaanpak zijn het versterken van de stoppen-met-roken infrastructuur; het zorgen voor meer rookvrije kindomgevingen en het beperken van de marketing op tabaksproducten (die ook veel kinderen bereikt).

1. Het genereren van meer stoppogingen

Knelpunt: te weinig stoppogingen

Op jaarbasis zijn er relatief weinig stoppogingen onder Nederlandse rokers: 80% van de rokers wil stoppen, maar elk jaar probeert slechts minder dan een kwart van de rokers om te stoppen. Dit is relatief weinig vergeleken met het buitenland. In Nederland doen rokers minder vaak stoppogingen dan in het buitenland.⁴ Mensen stellen het stoppen uit, wachten 'het juiste moment' af. Veel rokers hebben een aanleiding nodig om te stoppen.

Oplossing: meer stoppogingen genereren door meer bewustwordings- en stopcampagnes (actie 1)

Er zijn in Nederland onvoldoende stoppen-met-roken campagnes die gericht zijn op het genereren van stoppogingen, terwijl deze campagnes wel effect hebben. Dit effect is nog groter als campagnes worden uitgevoerd ter ondersteuning van (of in combinatie met) nieuwe wetgeving of maatregelen. De recente maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) van Universiteit van Maastricht, Trimbos-Instituut en het RIVM laat zien dat jaarlijkse massa-mediale campagnes met voldoende intensiteit de prevalentie van roken kan laten dalen met 0,5-1,0 procentpunt per jaar.¹⁴

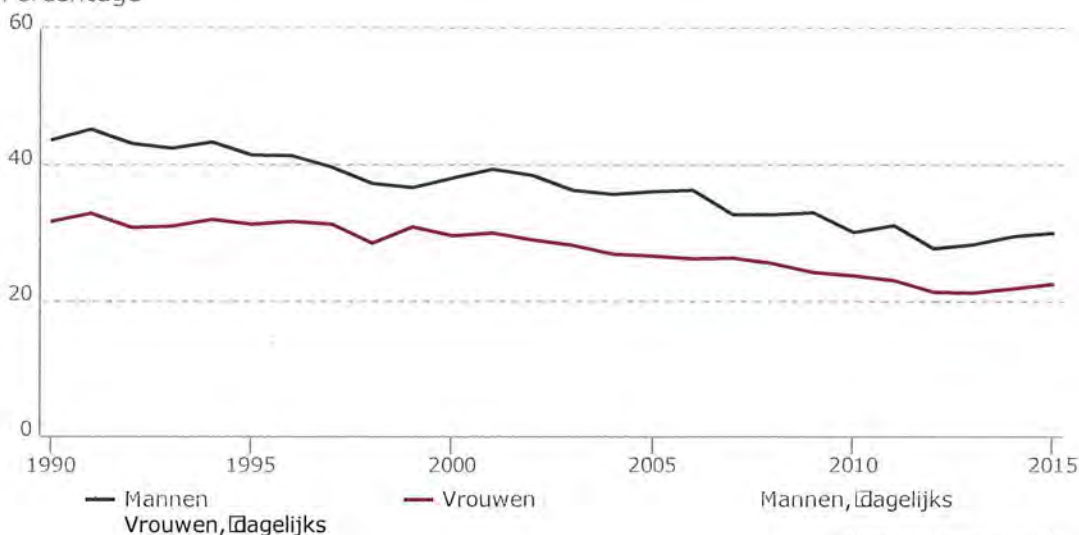
Stopcampagnes werken in Nederland

STIVORO voerde van 1983 tot en met 2011 in opdracht van het Longfonds, KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Hartstichting en het ministerie van VWS 17 massa-mediale campagnes gericht op het stoppen met roken. Vier keer was er sprake van een meer intensieve campagne, Campagnes als 'Samen stoppen met roken' (1990), 'Dat kan ik ook!' (1999), 'Nederland start met stoppen' (2003) en 'In iedere roker zit een stopper' (2008) stimuleerden tussen de 20% en 30% van de Nederlanders rokers om een serieuze stoppogingen te doen wat resulteerde in dalen van het percentage rokers in de bevolking met 1% tot 2%¹⁷. De stopcampagnes vonden plaats ter ondersteuning van belangrijke wetswijzigingen zoals de invoering van het rookverbod in de openbare ruimten (1990), de invoering van het rookverbod op de werkplek (2003), en de invoering van de rookvrije horeca (2008). Jaarlijks vonden er tevens stopcampagnes plaats rond de jaarwisseling. Deze laatstgenoemde campagnes waren een belangrijke strategie om jaarlijks rond 1 januari de GGD'en, gemeenten, en gezondheidsorganisaties te inspireren, en stimuleren om regionale activiteiten rondom stoppen met roken te ondernemen en deze met elkaar te verbinden.

Trend in Roken Volwassenen, 1990-2015

18 jaar en ouder

Percentage



Er zijn in Nederland nog veel mogelijkheden om het aantal stoppogingen te vergroten middels stopcampagnes. Enerzijds kan de inzet rondom het huidige stopmoment (Stoptober) worden geïntensiveerd. Anderzijds kunnen daarnaast middels campagnes aanvullende stopmomenten worden gecreëerd. Daarbij valt te denken aan: 1 januari, 31 mei (wereld niet roken dag), de start van het nieuwe schooljaar, vaderdag en moederdag. Om het effect verder te vergroten kan bij het uitwerken van de campagnes een koppeling worden gelegd met lokale activiteiten. Zo worden lokale laag intensieve voorlichtingsbijeenkomsten over stoppen met roken regelmatig door honderden rokers tegelijk bezocht en dit leidt tot een flink aantal stoppogingen.²

Campagnes dienen voldoende gefinancierd te zijn om ze in staat te stellen zijn om grote groepen (lage SES) rokers te bereiken en in beweging te krijgen. De kosten van deze campagnes worden, uitgaande van kosten van effectieve campagnes in het verleden, ingeschat op €5 tot €6 miljoen per jaar¹.

Oplossing: verhoog de prijs van tabak, om de stopbereidheid te versterken (actie 2)

Hoe hoger de prijs van tabak, hoe groter de bereidheid van rokers om een stoppoging te wagen. Onder jongeren is de prijselasticiteit groter. Het kabinet Rutte III heeft al eerste stappen gezet in het verhogen van de tabaksaccijns om tabaksgebruik te ontmoedigen. Prijsverhogingen vergroten ook het effect van de landelijke stop- en bewustwordingscampagnes.

Wij pleiten voor grotere jaarlijkse prijsverhogingen, die gepositioneerd worden als maatregel met als doel om roken terug te dringen. Middels deze prijsverhogingen, die groter moeten zijn dan de nu in het belastingplan 2018 opgenomen verhogingen, wordt tabak substantieel minder betaalbaar, met een afname van het percentage rokers tot gevolg.

Knelpunt: zorgverleners sporen patiënten te weinig aan te stoppen met roken

Slechts 8% van de rokers krijgt in Nederland in afgelopen jaar bij een doktersbezoek (huisarts, specialist, gezondheidsprofessional) een stopadvies, terwijl dat in andere landen tussen de 20% en 50% kan liggen⁴. Als het gegeven wordt, is het stopadvies van huisarts, medisch specialist, verpleegkundige, praktijkondersteuner of andere zorgverlener voor veel rokers een aanleiding om te stoppen.

De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' roept daarom zorgverleners op systematisch elke rokende patiënt te adviseren om te stoppen met roken en de rookstatus van de patiënt te registreren¹. Zelfs een kort stopadvies heeft al een significant positief effect op de kans dat een patiënt een stoppoging doet en het roken staakt. Als veel meer zorgverleners routinematig alle rokende patiënten adviseren om te stoppen, kan de impact op populatieniveau aanzienlijk zijn. Dit effect is nog sterker bij rokers uit bevolkingsgroepen met een lage sociaal economische status. De huisarts kan de rokers in deze groepen het makkelijkst identificeren en doorverwijzen naar stoppen-met-roken zorg⁸, ook als er sprake is van co-morbide problemen.

² de Boer, E; Kasteleyn, M; de Kleijn, MJJ, Prinssen, M; Pinxteren, B; Chavannes N. Ik Stop Ermee. Stopsucces van deelnemers na een jaar. Submitted.

Oplossing: steeds meer rookvrije zorginstellingen (actie 3)

Als zorgorganisaties rookvrij worden/zijn, draagt dit bij aan een andere cultuur en houding van zorgverleners ten aanzien van het verlenen van stoppen met roken zorg. Het is voor zorgverleners dan makkelijker rokende patiënten aan te sporen te stoppen met roken.

Het rookvrij maken van zorginstellingen krijgt steeds meer vorm en inhoud. Op 31 mei 2017 (Wereld niet roken dag), heeft een aantal zorgorganisaties, waaronder GGZ Nederland, de NVZ, NFU en het Netwerk Verslavingszorg, een intentieverklaring ondertekend om te komen tot een Rookvrije Zorg, waaronder rookvrije ziekenhuizen en rookvrije instellingen voor verslavingszorg met als doel dat in 2019 alle zorginstellingen rookvrij zijn.

Oplossing: zorgverleners scholen om structureel stopadviezen te geven (actie 4)

Een cultuuromslag is nodig waarin het normaal wordt gevonden dat zorgverleners stoppen met roken regelmatig ter sprake brengen, ook als er nog geen directe medische aanleiding voor is. Ingezet wordt op het ontwikkelen van een scholing voor zorgverleners waarin inhoudelijk wordt ingegaan op het stopadvies, de wijze waarop het advies kan worden gegeven en betere inbedding in de zorgorganisatie.

Knelpunt: tabaksverslaving wordt niet als chronische ziekte behandeld en vergoed

Een verslaving onder controle krijgen c.q. het stoppen met het gebruik van een psychoactieve stof, is vaak een leerproces met vallen en opstaan. Vaak worden meerdere pogingen gedaan om uiteindelijk succesvol en definitief te stoppen.

Veelal is het een langdurig en doorlopend proces om tabaksverslaving (net als bijvoorbeeld alcohol- en drugsverslaving) onder controle te krijgen. Uit internationaal onderzoek is bekend dat ex-rokers meerdere en soms veel stoppogingen nodig hadden voordat ze uiteindelijk van hun tabaksverslaving af kwamen⁵. Langdurende ondersteuning en behandeling wordt in het Nederlandse systeem onvoldoende ondersteund, omdat slechts één kort begeleidingstraject per jaar wordt vergoed.

Oplossing: Zorg dat de vergoeding van behandeling van tabaksverslaving aansluit bij het karakter van verslavingsziekten (actie 5)

Voor het oplossen van dit knelpunt is van belang dat de vergoeding van hulp bij stoppen-met-roken niet meer tot één stoppoging per jaar beperkt blijft en dat het stopproces als geheel wordt vergoed.

Oplossing: schaf het eigen risico af (actie 6)

Stoppen met roken programma's vallen in veel gevallen onder het eigen risico. Dit lijkt zeker voor kwetsbare groepen een extra barrière om effectieve hulp te gebruiken. Veel rokers stellen hun stoppoging uit tot het einde van het jaar als het eigen risico betaald is, zodat de stoppen met roken behandeling wordt vergoed.⁹ Dit is niet per se het voor de roker meest kansrijke moment om een stoppoging te ondernemen. Het advies is daarom om het eigen risico voor stoppogingen af te schaffen, mits deze wordt ondernomen met een bewezen effectieve stopmethode.

2. Het vergroten van de effectiviteit van stoppogingen

Nederland onderscheidt zich in gunstige zin van het buitenland door een sterke traditie van wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van stoppen met roken methoden. Het basisaanbod van effectief-bewezen methoden is in Nederland in potentie aanwezig. Er is een ruime keuze aan effectieve gedragsmatige interventies¹, die waar nodig in combinatie met farmacologische ondersteuning worden aangeboden, in zowel de eerste als de tweede lijn. Er zijn richtlijnen en zorgstandaarden die beschrijven hoe de behandeling van tabaksverslaving eruit zou moeten zien. Er zijn bijna 2000 gekwalificeerde professionals die effectieve begeleiding bij stoppen met roken kunnen bieden. Dit ondersteuningspotentieel wordt tot op heden in Nederland echter nog niet goed benut.

Bovendien is er voor de mensen met een ernstige en/of complexe tabaksverslaving wel een aanbod in de gespecialiseerde verslavingszorg, maar deze zorg wordt door zorgverzekeraars nog niet vergoed. Daardoor is deze zorg onvoldoende toegankelijk voor deze doelgroep. Hieronder belangrijke barrières die de effectiviteit van de stoppen met roken zorg en behandeling van tabaksverslaving in de weg zitten.

Knelpunt: de meest effectieve stopmethoden worden te weinig gebruikt

De effectiviteit van stopmethoden is bekend³. Echter in Nederland is momenteel bij slechts 8% van alle serieuze stoppogingen sprake van professionele begeleiding. De succeskans van een stoppoging neemt toe met een factor vier (van 5% naar 20%) indien gebruik wordt gemaakt van een combinatie van farmacotherapie (pillen of nicotinevervangers) en professionele counseling.

Een belangrijke rem op het bereiken van impact is dat weinig rokers behandeling zoeken voor hun verslaving. Veel Nederlandse rokers hebben verkeerde verwachtingen van hulp -zoals onterechte angst voor bijwerkingen van farmacotherapie- en vertrouwen meer op alternatieve methoden zoals acupunctuur en lasertherapie.¹⁰

Als wel hulp wordt ingeschakeld dan is het voor veel zorgverleners en patiënten onduidelijk welke aanbieders wetenschappelijk effectief bewezen hulp verlenen. Als een roker via internet op zoek gaat naar hulp is de kans terecht te komen bij onbetrouwbare informatie groot. Zo wordt de meest onafhankelijk website voor rokers die willen stoppen: ikstopnu.nl van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) van het Trimbos-instituut nog te weinig gevonden.

Oplossing: versterken van de promotie en vindbaarheid van effectieve stopmethoden (actie 7)

Zorgverleners en patiënten kunnen bij het centraal coördinatiepunt stoppen-met-rokenzorg van het Trimbos-instituut objectieve, betrouwbare en volledige informatie vinden over (het begeleiden van patiënten bij het) stoppen met roken. Sterkere inzet op promotie van dit coördinatiepunt is nodig bij zorgverleners en patiënten (voor de roker ikstopnu.nl).

Oplossing: zorgverzekeraars baseren het zorginkoopbeleid van de stoppen-met-roken zorg geheel op de zorgmodule Stoppen met Roken en te ontwikkelen zorgstandaard stoppen met roken (actie 8)

De effectiviteit van de stoppen-met-roken zorg wordt versterkt als zorgverzekeraars consequent de Zorgmodule Stoppen met Roken als uitgangspunt hanteren bij het inkopen van stoppen met roken zorg¹¹ en als zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden

³ <https://www.ntvg.nl/artikelen/mensen-helpen-bij-stoppen-met-roken>

hebben om selectief in te kopen (bijvoorbeeld doordat de effectiviteit van stopmethoden op dezelfde manier wordt gemeten en gepresenteerd) en als onduidelijkheden over de vergoedingen worden weggenomen. Voorts zou ingezet moeten worden op het niet langer vergoeden in de aanvullende polissen van niet effectieve stopmethoden, omdat deze ongewenste legitimiteit geven aan deze stopmethoden.

Het "ZN/LAN knelpuntoverleg stoppen met roken zorg" komt periodiek bijeen om de knelpunten in de stoppen met roken zorg te bespreken. Dit overleg van patiënten- en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, expertisecentra en bedrijven is bereid de komende jaren waar mogelijk te werken aan het wegwerken van (bekostigings-) knelpunten.

Zaken die zullen worden aangepakt, zijn het vergroten van de transparantie over de dekking van de stoppen-met-roken zorg uit de diverse polissen, het bepalen van een uniforme meetmethode voor de effectiviteit van de stoppen-met-roken methoden, vereenvoudiging van de bekostigingssystematiek en het versterken van de selectieve zorginkoop ten gunste van effectieve stopmethoden.

Oplossing: versterk de keten door betere toegankelijkheid van de hooggespecialiseerde verslavingszorg (actie 9)

De zorg-infrastructuur is nog steeds niet zo ingericht dat er voor alle rokers een passend en toegankelijk zorgaanbod is op de manier die bij een verslavingsziekte hoort. Voor een kleinere groep complexe rokers die meer moeite heeft om de tabaksverslaving onder controle te krijgen, is betrokkenheid van de hooggespecialiseerde verslavingszorg nodig. De specialistische verslavingszorg voor tabaksverslaving is weliswaar aanwezig bij de reguliere verslavingszorg, maar wordt niet vergoed door zorgverzekeraars terwijl deze wel in aanmerking komt voor vergoeding.

Knelpunt: potentiële stoppers haken af door onvoldoende ketensamenwerking

Sinds de publicatie van de eerste Nederlandse multidisciplinaire klinische richtlijn behandeling tabaksverslaving³ is onder zorgprofessionals consensus dat verreweg de meeste rokers verslaafd zijn aan tabak. En dat hiervoor effectieve behandeling beschikbaar moet zijn. Rokers die willen stoppen, behoren snel en eenvoudig toegang te kunnen krijgen tot de meest effectieve en passende vormen van stopondersteuning, gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten.

In de praktijk verloopt de ketensamenwerking tussen zorgverleners onderling vaak gebrekkig. Zorgverleners kennen elkaar onvoldoende en zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars competenties. Kansen worden gemist, gemotiveerde mensen die willen stoppen met roken haken af en blijven roken.

Oplossing: ontwikkel een diagnostisch instrument voor tabaksverslaving (actie 10)

Voor veel zorgverleners is het lastig te bepalen bij welk type zorg de patiënt het meest gebaat is en als ze dat beeld wel hebben om vervolgens te bepalen wie deze zorg het beste kan bieden. Hoe langer het duurt voor een patiënt op de juiste plek terecht komt, hoe groter de kans op afhaken.

Om een roker direct naar de juiste begeleiding te verwijzen, dient er een diagnostisch instrument ontwikkeld te worden om eenvoudig vast te stellen of een roker nicotineverslaafd is volgens de criteria van de DSM5 en hoe ernstig deze verslaving is. Aan de hand hiervan kan de juiste zorg worden ingeschakeld.

Indien de patiënt meer nodig heeft dan uitsluitend zelfhulp, kan vanuit de 1e lijn overgegaan worden tot of verwezen worden naar een korte motiverende interventie; een

intensievere ondersteunende interventie (door een huisarts, praktijkondersteuner POH of POH-GGZ of een gespecialiseerde stoppen-met-roken aanbieder) of een gespecialiseerde behandeling in de GGZ of verslavingszorg. Ook vanuit de 2e lijn kan de medisch specialist verwijzen naar stoppen-met-roken zorg, al of niet door de verslavingszorg. Bij voorkeur is het diagnostisch instrument zowel beschikbaar voor patiënt (zelftest) als voor zorgverlener.

Oplossing: versterk de ketensamenwerking tussen patiënt en zorgverleners (actie 11)

Om de samenwerking te versterken tussen zorgverleners betrokken bij stop met roken zorg is het nodig dat de "Zorgstandaard tabaksverslaving" met bijhorend "zorgpad stoppen met rokenzorg" wordt ontwikkeld om tot een sluitende keten te komen. Dit zorgpad kan vervolgens op lokaal niveau (mede aan de hand van de sociale kaart) worden ingevuld. Doel is om in elke regio in Nederland een sluitende integrale keten te realiseren. Met de ontwikkeling van de zorgstandaard is gestart. Meer vaart bij uitvoering van de andere acties is nodig.

Knelpunt: rokende zwangere vrouwen

Zorgelijk is het grote aantal vrouwen dat tijdens de zwangerschap blijft doorroken. Dit brengt gezondheidsschade toe aan moeder en kind.

Vooraf vrouwen met een lagere sociaal economische status roken tijdens de zwangerschap. 22% van de vrouwen met een lage opleiding rookt gedurende de hele zwangerschap. Voor vrouwen met midden- en hoge opleiding zijn deze percentages 5,5 en 1%. Ook na de zwangerschap is er een grote terugval: 46% van de vrouwen die het wel lukte niet te roken *tijdens* de zwangerschap, begint *na* de bevalling weer met roken.

Oplossing: versterken van de duurzaamheid van stopmethoden bij zwangere vrouwen (actie 12)

V-MIS is de huidige effectieve stoppen-met-roken interventie voor zwangeren. Helaas wordt deze interventie nog niet goed en consequent toegepast.

Om de V-MIS te optimaliseren wordt momenteel het PROMISE onderzoeksproject uitgevoerd door het Longfonds, het Trimbos-instituut en Pharos. Dit project richt zich op het verminderen van roken tijdens en na de zwangerschap van mensen met een lagere sociaal economische status. In het project worden onder meer een training en nieuwe materialen getest, afgestemd op de wensen en behoeften van de doelgroep. Naar verwachting worden in de loop van 2018 tussenresultaten bekend gemaakt en verschijnt het eindrapport in juli 2019.

Na afloop van het project is het van belang dat de succesvolle elementen uit het project landelijk worden geïmplementeerd. Financiën voor deze landelijke implementatie zijn nog niet beschikbaar.

3. Meer resultaat met een integrale systeem aanpak

Landen als het Verenigd Koninkrijk en Australië hebben een succesvoller tabaksbeleid met lagere percentages rokers dan Nederland. In deze landen is sprake van een integrale systeem aanpak, die is gebaseerd op de WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).

Belangrijk in de integrale aanpak is dat sprake is van een nationale doelstelling voor het percentage mensen dat nog rookt en dat alle maatregelen om dat te bereiken in samenhang met elkaar worden genomen. De ambitie om een Rookvrije Generatie te realiseren biedt een mooi aangrijpingspunt om een dergelijke doelstelling en bijbehorend pakket aan maatregelen samen te stellen.

Oplossing: ontwikkel een integrale systeem aanpak van het tabaksbeleid (actie 13)

In samenwerking met alle betrokkenen kan het Ministerie van VWS een integrale systeemaanpak ontwikkelen om te komen tot een Rookvrije Generatie. Hierbij is aandacht nodig voor zowel het voorkomen dat mensen gaan roken als het bevorderen dat meer mensen stoppen met roken. Als aanvulling op de eerdergenoemde actiepunten in dit Masterplan zoals stop- en bewustwordingscampagnes en accijnzen, zijn de volgende maatregelen ter overweging:

- o **Meer rookvrije kindomgevingen:** Het stimuleren van een rookvrije zwangerschap en start in het leven en het creëren van rookvrije omgevingen op plekken waar opgroeiende kinderen spelen, sporten, leren, enzovoorts.
- o **Beperk de marketing van tabaksproducten.** Tijdens de vorige kabinetsperiode is een begin gemaakt met een uitstalverbod voor tabaksproducten. Het is van belang dat dit uitstalverbod zo snel mogelijk van kracht wordt op alle plekken waar kinderen komen (zoals supermarkten, tankstations en gemakswinkels) en dat ook wordt gekeken naar andere maatregelen om de verleiding om te gaan roken terug te dringen, zoals plain packaging, en beperking verkooppunten.

Oplossing: versterk de stoppen-met-roken infrastructuur (actie 14)

In de systeemaanpak is het van belang dat één organisatie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de stoppen-met-roken infrastructuur. Het Trimbos Instituut is als Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) de logische plek om deze rol te vervullen, met taken als voorlichting richting publiek en professionals, coördineren van landelijke en lokale activiteiten, koppelen van wetenschap en praktijk. Om deze taken adequaat te kunnen uitvoeren is structurele versterking van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (NET) noodzakelijk.

Referenties

1. Chavannes NH, Meijer E, Wind L, Graaf RCvd, Rietbergen C, Croes EA. Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning'. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017;161:D1394.
2. Verdurmen J, Monshouwer K, van Laar M. *Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014*. Utrecht: Trimbos-Instituut;2015.
3. Van Weel C. *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving*. Alphen aan den Rijn: van Zuiden Communications BV;2004.
4. Borland R, Li L, Driezen P, et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction*. Jan 2012;107(1):197-205.
5. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011045.
6. Willemsen MC. *Roken in Nederland: De keerzijde van tolerantie [inaugural lecture]*. Maastricht: Maastricht University; 2011.
7. de Korte D, Nagelhout G, Willemsen M. *Themapublicatie Stoppen-met-rokenadvisering door huisartsen in Nederland 2001-2009*. Den Haag: STIVORO;2010.
8. Benson FE, Nierkens V, Willemsen MC, Stronks K. Smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged neighbourhoods: an explorative analysis of recruitment channels. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2015;10:28.
9. van Boven JFM, Vemer P. Higher Adherence during Reimbursement of Pharmacological Smoking Cessation Treatments. *Nicotine & Tobacco Research*. March 16, 2015 2015;18:56-63.
10. Willems RA, Willemsen MC, Nagelhout GE, de Vries H. Understanding smokers' motivations to use evidence-based smoking cessation aids. *Nicotine & Tobacco Research* Jan 2013;15(1):167-176.
11. Partnership Stop met Roken. *Zorgmodule Stoppen met roken*. Den Haag: Partnership Stop met Roken;2009.
12. Heijndijk SM, Willemsen MC. *Dutch tobacco control: Moving towards the right track? FCTC Shadow Report 2014*. Den Haag: Alliantie Nederland Rookvrij;2015.
13. World Health Organization. *Who Framework Convention On Tobacco Control: Guidelines for implementation. 2013 edition*. Geneva: WHO;2013.
14. de Kinderen R, Wijnen B, Evers S, Hiligsmann M, Paulus A. *Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands*. Maastricht: Maastricht University, RIVM, Trimbos-instituut;2016.
15. Wakefield MA, Durkin S, Spittal MJ, et al. Impact of Tobacco Control Policies and Mass Media Campaigns on Monthly Adult Smoking Prevalence. *American journal of public health*. 2008;98(8):1443-1450.
16. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: An integrative review. *Tobacco Control*. March 1, 2012 2012;21(2):127-138.
17. Willemsen MC, van Kann D, Jansen E. Stoppen met roken: ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een massamediale campagne. In: Brug J,

Assema Pv, Lechner L, eds. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. . Assen: Van Gorcum; 2012.

Bijlage : leden en agendaleden werkgroep

	Alliantie Nederland Rookvrij
	ASR
	CAHAG
	ENO
	Erasmus MC
	Long Alliantie Nederland
	Longfonds
	LUMC
	LUMC
	Menzis
	NVALT
	SineFuma
	Trimbos-Instituut
	Trimbos-Instituut
	UMCG
	UVA
	V&VN
	VNN
	Zorginstituut Nederland
	Zorginstituut Nederland

Totstandkomingsproces Masterplan

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Long Alliantie Nederland (LAN) hebben in 2015 het ZN/LAN knelpuntoverleg stoppen met roken zorg ingesteld. Dit overleg heeft als doel knelpunten op het gebied van stoppen met roken zorg te signaleren en waar mogelijk te agenderen en op te lossen.

Op 4 september 2017 is tijdens het ZN/LAN stoppen met roken overleg gesproken over de huidige knelpunten rond het stoppen met roken. Besloten is tot het instellen van een breed samengestelde werkgroep die zich specifiek richt op het identificeren van de belangrijkste knelpunten, het aandragen van oplossingsrichtingen en het formuleren van een breed gedragen maatschappelijk advies.

Het concept Masterplan stoppen met roken, is in februari 2018 ter consultatie voorgelegd aan organisaties betrokken bij stoppen met roken zorg, waaronder (de leden van) Zorgverzekeraars Nederland, de Long Alliantie Nederland en het Partnership Stoppen met roken. De opbrengst van de consultatieronde is verwerkt in het plan, waardoor begin april 2018 het definitieve Masterplan stoppen met roken is ontstaan dat wordt ingebracht bij de overleggen over het Preventieakkoord.

Schatting van het populatie-effect van een betere benutting van effectieve stopondersteuning door rokers

Er zijn in Nederland 3,2 miljoen rokers. Jaarlijks doet een kwart een serieuze stoppoging. De meeste rokers stoppen zonder gebruik te maken van stopondersteuning zoals die door de klinische richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving wordt voorgeschreven. Voor een deel van deze rokers is dat geen probleem. Veel stoppers kunnen prima stoppen zonder hulpmiddelen of counseling. Er zijn echter ook rokers, met name in de lage sociaal economische statusgroepen, waarbij de succeskans van de stoppoging aanzienlijk verbetert indien men wél hulp zoekt om van de nicotineverslaving af te komen. Uit onderzoek weten we dat de succeskans kan toenemen tot een factor 4 (van 5% naar 20%) indien men gebruik maakt van een combinatie van farmacotherapie (pillen of nicotinevervangers) en counseling (via een stoppen-met-roken groep, via telefonische counseling of door een aantal coaching gesprekken met een praktijkondersteuner). In Nederland is momenteel bij slechts 5% van alle serieuze stoppogingen sprake van dergelijke begeleiding (Verdurmen, Monshouwer, & van Laar, 2015). Wat zou het uitmaken als dit zou toenemen tot bijvoorbeeld 20%? Dat wordt hieronder geïllustreerd.

De populatie-impact van stoppogingen wordt bepaald door twee factoren: het aantal rokers dat een stoppoging doet én de succeskans van die stoppoging. Die succeskans is groter als meer rokers gebruik maken van stopondersteuning volgens de behandelrichtlijn. De impact (het percentage rokers dat jaarlijks een succesvolle stoppoging doet) kan worden geschat met de formule: $I = S (P_1H + P_2(1-H))$, waarbij S is aantal stoppogingen, H is percentage dat een stopondersteuning volgens de behandelrichtlijn doet, P_1 is de effectiviteit van deze stopondersteuning, en P_2 is de effectiviteit van een stoppoging zonder effectieve ondersteuning. Dit kan vervolgens worden doorgerekend naar het effect op het percentage rokers in de bevolking.

De huidige situatie is dat 5% van de rokers een stoppoging doet met een stopmethode volgens de richtlijn. Uitgaande van een succeskans van 20% mét stopmethode en 5% zonder stopmethode is het jaarlijkse succespercentage $I = 1,4\%$. Doorgerekend komt dit neer op een afname van het percentage rokers in de bevolking met 0,37 procentpunt per jaar (ongeveer 50.000 succesvolle stoppers per jaar). Dit is ongeveer de langzaam dalende trend die we de laatste jaren zien.

Als we er in slagen om door de huidige combinatie van strategieën en maatregelen (rookbeperkingen, minder aantrekkelijk maken van sigaretten, campagnes, Rookvrije generatie activiteiten, kleine accijnsverhogingen, etc.) het percentage jaarlijkse stoppogingen bijvoorbeeld te verhogen naar 30%, zou dit resulteren in een jaarlijkse daling met 0,44% (bijna 60.000 stoppers). Dit percentage zal nog aanzienlijk kunnen toenemen in jaren dat er sprake is van een grootschalige stopcampagne en/of substantiële accijnsverhoging (toename van de prijs van sigaretten met 10% of meer). Als het percentage stoppogingen bijvoorbeeld zou toenemen tot 50% zou het percentage rokers in zo'n jaar dalen met 0,74% (bijna 100.000 stoppers).

De conclusie is dat er veel stoppogingen nodig zijn om het percentage rokers in de bevolking merkbaar naar beneden te krijgen, waarschijnlijk meer dan in andere landen waar de gemiddelde stoppoging succesrijker is. Als in Nederland de stopondersteuning

volgens de behandelrichtlijn beter zou worden benut, bijvoorbeeld een toename van de huidige 5% naar 20% van de rokers dat effectieve hulp gebruikt, zou het effect op het percentage rokers van elke beleidsintensivering worden versterkt (zie tabel 1). Dit zou een aanzienlijke versnelling van de afname van het roken in de samenleving betekenen. In een jaar dat 50% van de rokers een stoppoging doet zal het roken op populatieniveau met ruim een procentpunt kunnen dalen (ongeveer 136.000 stoppers op jaarbasis).

Daling percentage rokers per jaar

Percentage rokers dat een stoppoging doet	Afname in % rokers indien 5% professionele steun gebruikt	Afname in % rokers indien 20% professionele steun gebruikt
25%	-0,37%	-0,52%
30%	-0,44%	-0,62%
50%	-0,74%	-1,03%

References

Verdurmen, J., Monshouwer, K., & van Laar, M. (2015). Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Betreft	Thematafel Roken
Vergaderdatum en -tijd	23 april 2018 14:30
Vergaderplaats	VWS, Den Haag
Aanwezig	Alliantie Nederland Rookvrij (ANR; Floris Italianer), Partnership Stoppen met Roken (PPP; [redacted]), GGZ Nederland (Jacobine Geel), Verslavingskunde Nederland (Robert van de Graaf), Taskforce Rookvrije Start ([redacted]), GGD GHOR (Jos Rietveld), LHV/Ineen (Garmit Postma), VNG/Gemeente Velsen ([redacted]), VWS ([redacted]), NUSO/Jantje Beton ([redacted]), Kinderboerderij Actief ([redacted]), KNVB ([redacted]), Gjalt Jellesma (BOINK), Long Alliantie Nederland ([redacted]), [redacted] (Trimbos Instituut), ZN/ASR ([redacted]), NHG ([redacted]), Jolande Sap (voorzitter), SER (inhoudelijke ondersteuning, [redacted]), VWS ([redacted]), secretaris).
Afwezig	Gemeente Groningen
Kopie aan	Staatssecretaris

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

T 070 [redacted]
M 06-[redacted]
F 070 340 78 34
[redacted]@minvws.nl

Datum

23 april 2018

Aantal pagina's

6

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

- Aftrap voorzitter Jolande Sap**
VZ geeft aan dat ze veel verwacht van akkoord. Geeft daarna een toelichting op de agenda. Agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.
- Kennismaking aanwezigen**
VZ nodigt de deelnemers uit zichzelf te introduceren en het mandaat aan te geven. Ook de rol van de expert [redacted] (inbreng expertise, met effectieve maatregelen, uit binnen en buitenland), de SER (delen van ervaring met sluiten duurzame akkoorden) en VWS (secretaris) worden toegelicht.
- Toelichting ambities van deelnemers**
Deelnemers worden gevraagd om hun eigen ambitie toe te lichten, waar mogelijk voor de korte termijn (2020) en lange termijn (2035 of 2040).

ANR (Floris Italianer)

Ambities zijn gebaseerd op de routekaart van de rookvrije generatie. In 2035: < 5% rokende volwassenen, 0% onder de jongeren. In 2020 <20% volwassenen en <7,5% van de jongeren. ANR kan bijdragen in geld en middelen. Ze spelen een activerende rol richting brede publiek en kunnen samen met gemeenten, speeltuinen, sportverenigingen en vele andere maatschappelijke organisaties werken aan een rookvrije omgeving voor kinderen. Daar staat tegenover dat de overheid effectieve maatregelen zou moeten nemen om de ambitie ook echt te halen.

Heeft concreet 4 ambities voor de overheid: 1 voorlichting (effectief op basis van onderzoeken), 2 rokers faciliteren (oa met meer stoppogingen), 3 snelle implementatie van uitstalverbod (wijst ook op opening bij supermarkten om over verkoopverbod te praten, supermarkten zien echter mededingingsproblemen) en 4 hogere accijnzen (dan nu zijn voorgesteld, in Australië kost een pakje in 2020 €29). Verwacht dat we met elkaar in korte tijd grote stappen kunnen zetten en dat ANR kan bijdragen aan draagvlak via haar leden.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

Partnership Stoppen met Roken ()

Vindt het van belang dat de vindbaarheid, toegankelijkheid en de ketensamenwerking rond de stoppen met roken zorg wordt verbeterd.

GGZ (Jacobine Geel)

Pleidooi voor overkoepelde aanpak over tafels heen en voor inbedding akkoord in bredere beleid rond zorg (draagvlak premies) en arbeidsmarkt. Daarnaast veel draagvlak voor rookvrije zorg, oa door ambitieakkoord Roken de zorg uit (2017) en rechtszaak Sick of Smoking. Ambitie: in 2020 alle verslavingszorginstellingen een gouden status en alle ggz instellingen een bronzen status. Voor de lange termijn, 2025, iedere instelling gouden status. Ziet dat bij rokers in de GGZ sprake is van opeenstapeling van problemen, vandaar ook wens voor integrale aanpak. Wijst op positieve ervaring met terugdringen van separeren in de GGZ.

Verslavingskunde Nederland (Robert van de Graaf)

Wil bereiken dat ook ernstig verslaafde rokers de juiste zorg krijgen en dat de zorg compleet rookvrij is (werkplek en behandelcultuur). Vindt dat een daling tot 5% in 2035 ook terug moet komen binnen kwetsbare groepen rokers. Kan bijdragen met veel expertise op terrein van rookvrije zorg.

Taskforce Rookvrije Start ()

Ambitie gericht op bevorderen van goede stopzorg voor rokende (aanstaande) ouders en versterking ketensamenwerking. Boodschap dat roken verslaving is, moet verder verbreed en indalen in de zorg. Kan daartoe bijdragen met landelijk netwerk van ambassadeurs, e-learning, voorlichtingsmaterialen en richtlijn. Heeft met huidige Taskforce doel om aantal rokende zwangeren te halveren (inclusief partners), maar wil over ambitie Preventieakkoord nog ruggespraak met ANR.

GGD GHOR (Jos Rietveld)

Partner van de Rookvrije Generatie beweging, wil met GGD-en prioriteit geven aan rookpreventie onder jongeren en zwangeren. Heeft als ambitie dat roken

onder lage ses wordt teruggebracht van 22% naar 10% in 2035, dat aantal jongeren dat begint met roken daalt van 100 naar 60 per dag in 2020 en 0 in 2035 en dat aantal gemeenten met RVG beleid in 2020 is gestegen van 60 naar 100. GGD GHOR biedt aan om rol te spelen bij verbinding tussen lokaal en landelijk.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

LHV/Ineen (Garmit Postma)

Ziet weinig ruimte voor extra inzet. Vooral voortzetting van medicamenteuze behandeling rokers en ketenzorg voor chronisch zieken. Er zijn nu weinig verwijsmogelijkheden. Vraagt zich af hoe de roker zonder aandoening bereikt kan worden. Huisartsen zijn heel actief met bereiken van lage ses in kwetsbare buurten. Pleit voor meer afspraken met sociaal domein en in de wijk. Geeft aan dat door programmatische zorg aantal rokers met chronische aandoening gedaald is van 25% naar 15%.

Datum
23 april 2018

VNG ()

Pleit voor meer preventie, aandacht voor SEGV, duidelijker rol van zorgverzekeraar. Vanuit VNG geen specifieke aandacht voor roken. Wijst op succesvolle initiatieven van gemeenten zoals JOGG en GIDS en op belang van sociale akkoorden.

VWS ()

Ambitie gebaseerd op doelstelling van de rookvrije generatie. In 2040 5% rokers en 0% jongeren. Roken onder mensen met een lage sociaal economische status (SES) terugdringen van 29% (2016) naar 19% in 2040. Geeft aan dat lage ses ambitie nog niet onderbouwd is, dat het gaat om lastige groep waar vaak sprake is van meervoudige problemen. Voor 2020 is ambitie dat de omgeving van kinderen rookvrij is en dat er meer effectieve stoppogingen plaats vinden.

Jantje Beton / NUSO ()

Inmiddels is 20% van de speeltuinen rookvrij. Biedt hiertoe ondersteuning aan beheerders van speeltuinen, in veel gevallen ouders of buurtbewoners. Heeft ambitie dat in 2020 50% van de speeltuinen rookvrij is.

Kinderboerderij actief ()

Verwacht dat er eind dit jaar 100 rookvrije kinderboerderijen zijn. Heeft ambitie dat dit aantal in 2020 gegroeid is naar 250. Nederland heeft ruim 400 kinderboerderijen. Wil voor lange termijn meer verbinding met gemeenten als het gaat om tabaksontmoediging.

BOINK (Gjalt Jellesma)

Werkt aan 100% rookvrije kinderopvanglocaties (12.000). Verwacht dat er weerstand is bij pedagogisch medewerkers die vaak nog roken en dat het lastig zal zijn om opvang voor gastouders rookvrij te maken. Ziet rol voor kinderen als ambassadeur.

KNVB ()

Voert integraal programma uit gericht op gezonde sportomgeving. Heeft ambitie dat in 2020 1/3 van de sportverenigingen helemaal rookvrij is en dat

in 2040 alle sportverenigingen rookvrij zijn. Met KNHB, KNKV en Hartstichting zijn inmiddels 300 sportverenigingen rookvrij gemaakt.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Long Alliantie Nederland ()

Ambitie voor 2020: meer (3x zoveel) effectieve stoppogingen, system approach van overheid en streven voor 2040 om tot land met gezondste generatie van Europa te behoren. Heeft met zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, gezondheidsfondsen een Masterplan SMR opgesteld en wil dat graag delen.

Datum
23 april 2018

Zorgverzekeraars Nederland ()

Constateert dat stoppen met roken programma's weinig worden aangevraagd. Wijst op verschillende niveaus van preventie. ZN overweegt om in 2020 meer te focussen op preventie onder specifieke kwetsbare doelgroepen: jeugd, chronisch zieken en lage ses.

Trimbos Instituut ()

Wijst op artikel in Lancet over 5% norm voor een rookvrije samenleving, sluit aan bij gehoorde ambities. Finland wil toe naar 3%. Focus op lage ses belangrijk. Ook koploperlanden als VK hebben doelstelling op lage ses. Denkt dat ambitie van 26% (2017) naar 19% wel een lage ambitie is.

NHG ()

Constateert dat 1/3 van de gezondheidsverschillen verklaard wordt door roken. Wil in 2020 bereiken dat elke praktijk in staat is goed stopadvies te geven, dat er voldoende smr 0^{de} lijns aanbod is en dat de lokale aanpak versterkt wordt (bijvoorbeeld laagdrempelige voorlichting over smr in samenwerking met andere partijen in de wijk).

4. Rode draad gezamenlijke ambitie vaststellen

Op sheets zijn de ambities genoteerd. Voorzitter onderscheidt 3 niveaus als het gaat om een ambitie:

1) overkoepelende ambitie voor gehele preventieakkoord, met oog voor belang van een vitale bevolking voor Nederlandse economie en draagvlak voor premiebetaling. Voorzitter licht toe dat er een verbindingstafel komt waar onderliggende problematiek die aan alle tafels speelt (zoals gezondheidsverschillen naar ses) aangepakt wordt. Zij zal belang van overkoepelende ambitie inbrengen aan deze tafel en vervolgens terugbrengen naar tafel roken.

2) ambitie t.a.v. bereiken resultaat op korte en lange termijn ten aanzien van het terugdringen van roken. Daarvoor zijn verschillende waardevolle suggesties gedaan op landelijk en sectorniveau.

3) ambitie t.a.v. te verrichten inspanningen. Hier zijn veel waardevolle suggesties gedaan over samenwerking, verbinding leggen tussen professionals, tussen landelijk en lokaal e.d.

ANR voegt toe dat er ook behoefte is aan coördinatie en het bundelen van krachten. ANR is bezig om op lokaalniveau toe te werken naar een soort van clustering.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

SER wijst op het belang van de kwaliteit van een akkoord. Er worden vaak akkoorden 'van de goede bedoelingen' gesloten, die in de praktijk mislukken doordat de afgesproken maatregelen niet effectief bleken of doordat afgesproken maatregelen niet zijn uitgevoerd. SER wil kennis en ervaring graag delen. Het is goed als er een onafhankelijk rekenmeester en monitor is, waarbij partijen die het akkoord afsluiten zichzelf tot aan 2040 verplichten om jaarlijks de resultaten te laten evalueren en wanneer een achterstand ontstaat de partijen opnieuw om tafel moeten voor een aanvullend beleidspakket. De SER heeft een voorkeur voor het RIVM bij het preventieakkoord, zoals het PBL deze rol invult bij het Energieakkoord en Klimaatakkoord.

Trimbos geeft aan dat politieke haalbaarheid van een akkoord ook het succes bepaalt.

Gezamenlijk worden de volgende noties gemaakt:

- Ambities moeten niet gratis zijn, ook de maatregelen en daden moeten geleverd worden;
- De rookvrije generatie is een goed frame;
- Vraag of we de prevalentiedoelstellingen niet positief moeten formuleren als in zoveel procent rookt niet.

5. Vervolgstappen

Deelnemers

Draagvlak is van belang, vraag is of we voor dat draagvlak nog meer partijen nodig hebben.

Genoemd worden JGZ, onderwijsraden, patiëntenorganisaties (Mind, Patiëntenfederatie Nederland of het Zwarte Gat), MBO-raad en bedrijfsleven. Gelet op artikel 5.3 van het WHO Kaderverdrag is het niet mogelijk met fabrikanten of partijen die belang hebben bij de verkoop te overleggen over te ontwikkelen beleid. Tegelijkertijd is het wel van belang om bedrijfsleven in rol van werkgever aan tafel te hebben om afspraken te kunnen maken over roken als onderdeel van breder vitaalbeleid voor medewerkers.

Afgesproken is dat ANR, VWS en VZ gauw om tafel gaan om te kijken of en zo ja welke koepels en/of bedrijven zouden kunnen aanschuiven.

Document voor volgende vergadering

VZ stelt voor dat secretariaat op basis van inbreng van de expert vóór de volgende vergadering een document opstelt dat in beeld brengt wat de gemeenschappelijke doelstellingen voor de korte en lange termijn kunnen zijn, waar we staan, wat we weten over effectieve maatregelen en of die passen bij de doelen die we gaan formuleren.

Vertrouwelijkheid

VZ vraagt iedereen om vertrouwelijk om te gaan met hetgeen is besproken en alleen over de inhoud naar buiten te treden als we dat gezamenlijk zo hebben afgesproken. Alle aanwezigen zijn akkoord.

Verslavingskunde Nederland meldt dat voor een Hart van Nederland item gesproken hebben over het Preventieakkoord.

Vervolgafpraak

De volgende bijeenkomst is gepland op woensdag 23 mei, van 14.00 tot 17.00 te Utrecht.

Afgesproken is verder dat iedere deelnemer zijn bijdrage waar mogelijk aanscherpt en deelt in de groep.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

6. Afsluiting

VZ geeft aan dat foto's van de sheets en de presentatie van Reint Jan Renes gedeeld worden. De vergadering wordt om 16.15 uur afgesloten.

2020

- MAX 20% rokers (volwassen)
- jeugd max 7,5%

- Speeltuinen

- gemeenten

- EFFECTIEVE INTERVENTIES (door rokers) VINDEN

-DRAAGVLAK

- VERSLAVINGSINSTELLINGEN (904 de status)

- DALING VOOR ALLE GROEPEN

- ROOKVRIJE WERKCULTUUR

- STOPPEN, NIET MINDEREN

- BETERE COMMUNICATIE DOOR HULPVERLEENERS

- 50% verlaging zwangere VROUWEN en PARTNERS

- MAATSCHAPPELIJK CONTEXT bereiken laag inkomers → 0%
10% (SES) op/cib

- JONGEREN 60% → 100%

2035/2040

minder 5% roken (rokers)
Rookvrije generatie (0%)

ALLE INSTELLINGEN

(GOUDEN STATUS)

ROOKVRIJE WERKCULTUUR

75% hulpverleners getraind

- + STOPPEN MET
ROKEN programma's

- DOELGROEPEN OF ALGEMEEN
bijv. chronisch zieken

→ ELK HUISARTS GOED STOPADVIES
+ GOEDE DOORVERWIJZING

→ EERDER LAAGDREMPELIG
AANBOD STOPPEN MET ROKEN
VOORLICHTING

→ TABAK UIT HET ZICHT
(SUPERMARKTEN)

→ GEEN SPELVELD VERKOPEN

2020

- gemeenten 40 → 100

- SAMENWERKING-
AFSPRAKEN sociaal
DOMEIN

PRE-AMBULE

→ VERBINDING ANDERE TAFELS
→ achterliggende problematiek

→ PREVENTIE MET VERZKERARS

→ lokale INITIATIEVEN
MET LANDESK VERBINDEN

→ 16 % LAGE-SES

→ KINDEREN KOOKCOURSE
(TOTAL) omgeven

- substantieel aantal stoppers

→ 56 % speeltuinen rookvrij ALLE SPEELTUINEN rookvrij

→ 250 KINDERBOEDRAGEN rookvrij
verbinding gemeenten met
speeltuinen / kinderboedrag→ 12.000 kinderopvang-
kookvrij→ 98000 GASTOUDERS 100.000
KIDS

→ 80 % SPORTA rookvrij

→ 3x succesvolle stoppers

2040

gemeenten ALLEMAAL

19 %

SPORTACCOMMODATIES 100 %
kookvrij

GEZONDTE GENERATIE EU

please
do not touch
this artwork





In veel gezinnen komt 's avonds de wijn op tafel. Dat blijkt niet goed voor hart en vaten, ook niet 'een beetje'. © Marcel van den Bergh/de Volkskrant

Gezond drinken bestaat tóch niet: ook dat ene glaasje per dag kunt u beter laten staan

Nieuwe internationale overzichtsstudie: ook risico's bij matig alcoholgebruik

▪ Counter arguing

- ('Ah joh, één glas kan geen kwaad')

▪ Attitude bolstering

- ('Ach man, ik drink al jaren iedere dag een glaasje, nergens last van')

▪ Social validation

- ('Mijn moeder dronk ook iedere dag een glaasje, is 90 geworden ...')

▪ Assertions of confidence

- ('Al dat gezeur over wat we wel en niet mogen, het doet me niks')

▪ Selective exposure

- ('Ik las vorig jaar nog een artikel dat 1 glas juist gezond is!')

▪ Negative affect

- ('Rot toch op met je gezeur, straks mogen we helemaal niks meer')

▪ Source derogation

- ('Die wetenschappers bedenken ieder jaar iets nieuws')



De conclusie dat het dagelijkse wijntje bij het eten het leven aanzienlijk bekort, is te kort door de bocht. © Marcel van den Bergh

Bij nader inzien blijkt dat je van een glas alcohol per dag niet aantoonbaar korter leeft

Nog één keer over dat ene glaasje alcohol

ARTIKEL Eén glas alcohol per dag bekort je leven aanzienlijk, berichtten media (waaronder de Volkskrant) vorige week. Nadere bestudering van de onderzoeksresultaten leert dat dat te kort door de bocht is.

AANBEVOLEN ARTIKELEN

Evolutie maakt van duikersvolk steeds meer 'aquamensen' met vergrote milt

19 april 2018

Drank, drugs en royalty: misschien had Wilhelmina gewoon een kwaaië dronk

Mensen zijn weerbarstig
(‘Zeur niet over mijn levensstijl’)



* GA IN VREDENAAM WEER TOKEN, GER *



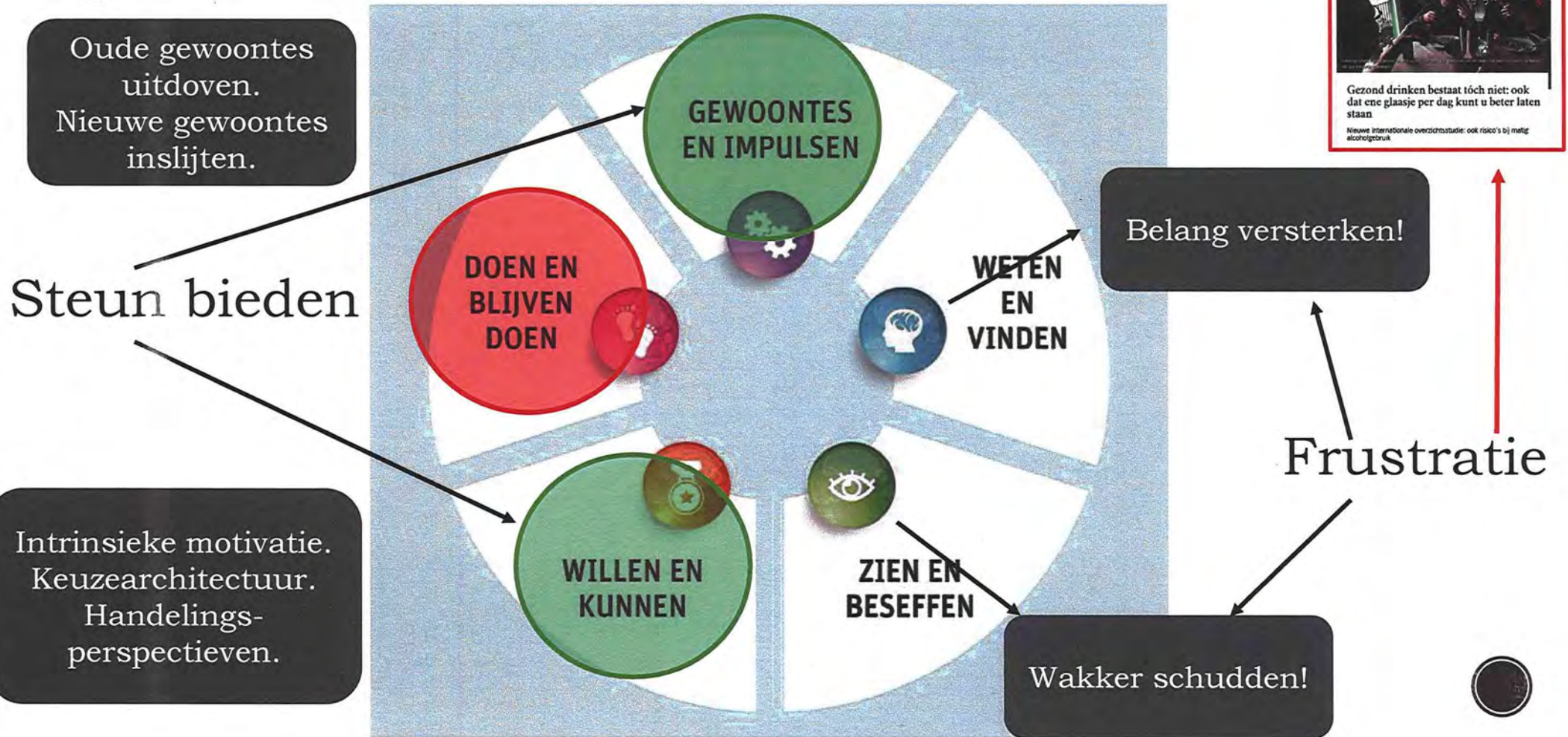


PLEASE DO NOT GO
BEYOND THIS POINT
INTERDICTION DE DEPASSER
CE PANNEAU
BITTE AB HIER NICHT
MEHR WEITERGEHEN

Waarom doen we nu al niet gewoon wat 'goed' is?



Waarom doen we niet gewoon wat 'goed' is?



1. Accijnsverhoging (+++); Beperken beschikbaarheid van de verkoop (+++); Verhogen leeftijdsgrenzen in combinatie met strikte handhaving (+++); Random verkeerscontroles (+++); Screening in combinatie met kortdurende interventies (+++)
2. Beperken van de reclame (++)
3. Schenktrainingen (+)
4. Warning labels (0/+)
5. Voorlichting en educatie (0)

Bron: Anderson & Baumberg (2006). *Alcohol in Europe*

PUBLAB

WWW.PUBLAB.HU.NL



LECTORAAT
**CROSSMEDIALE
COMMUNICATIE**
in het
**PUBLIEKE
DOMEIN**

A Conversation...



GESPREK



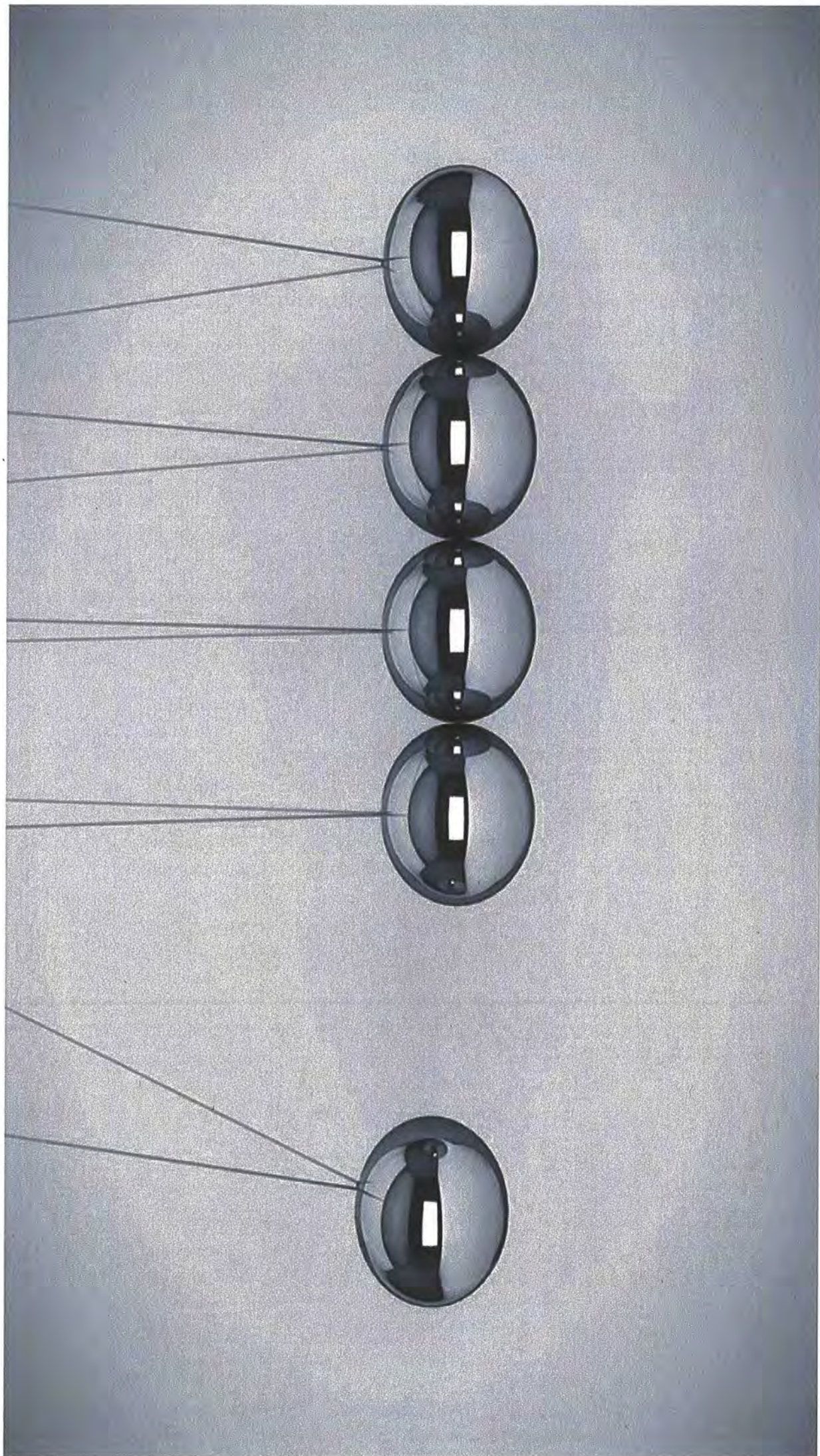
David Haver



I:U







Zelfs als je het zelf ziet en beseft (en ook echt wil) ...



Het besef

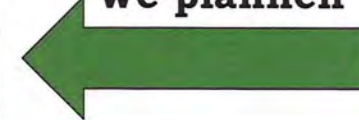


'Selfdeception'

Willen



We plannen

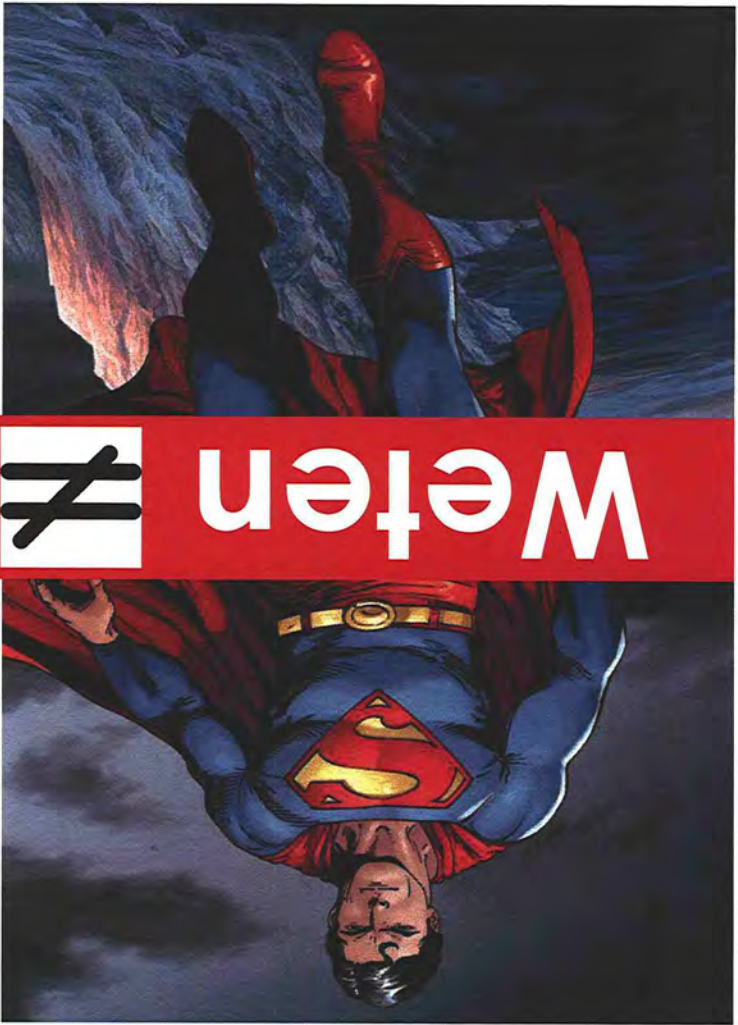


Het besef



VANDAAG NOG EVEN NIET!





Weten



Willen



Doen



Gebrek aan urgentie en relevantie. Andere prioriteiten.
Geringe (detail) kennis. Andere norm/idee over wat nodig
is. Sceptisis. Onverschillig. **Weerstand.**



Gedoe, Ongemakkelijk. Onzeker.
'Andere dingen te doen'. Laag
handelingsperspectief. **Geringe
motivatie.**

Overschatten eigen vaardigheden.
Al best tevreden over eigen kennis
en prestatie. Anderen doen het
ook (niet). **Waarom ik?**

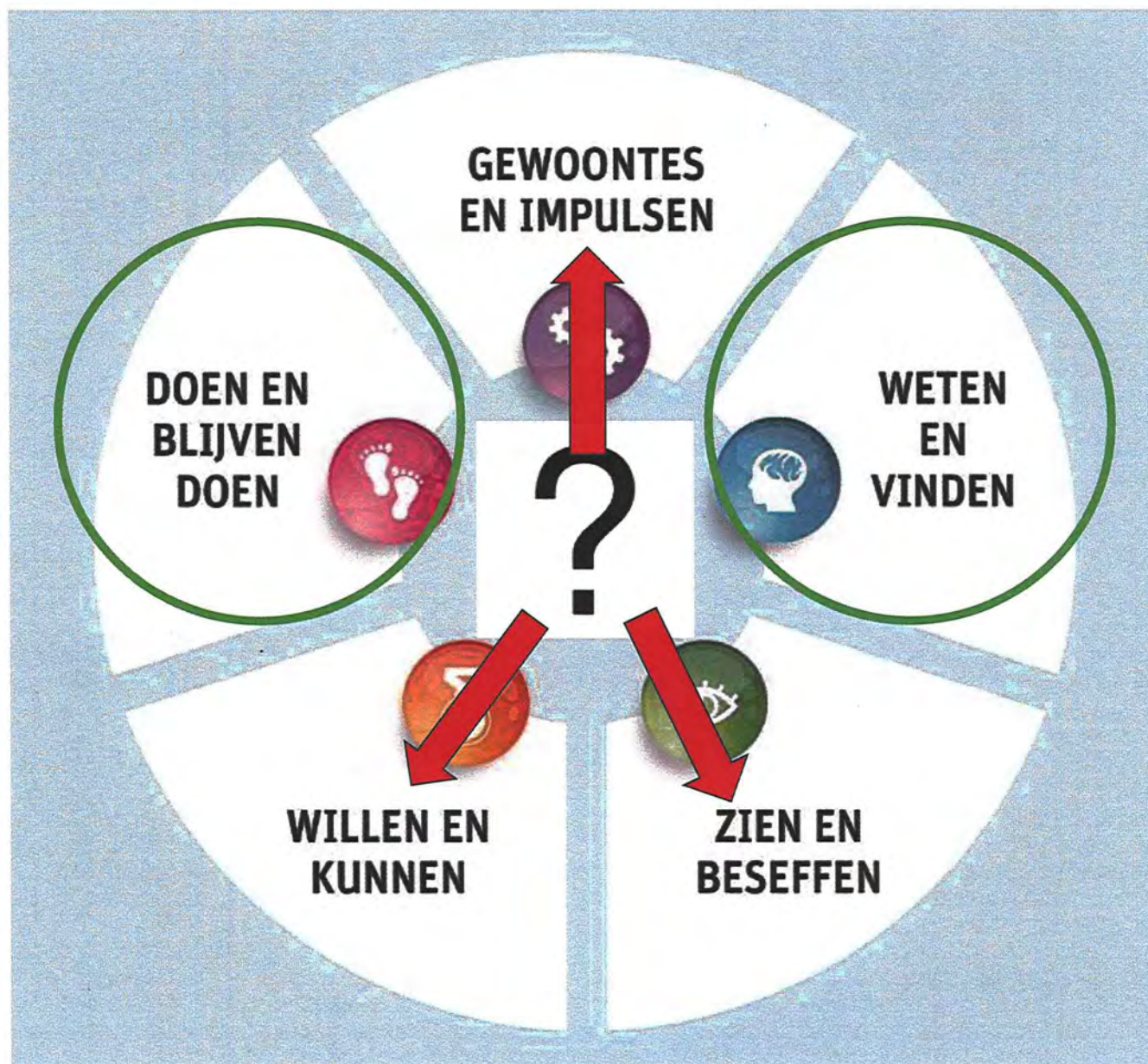
Dertig minuten bewegen,
overal en elke dag.



30 *minuten bewegen*
www.30minutenbewegen.nl

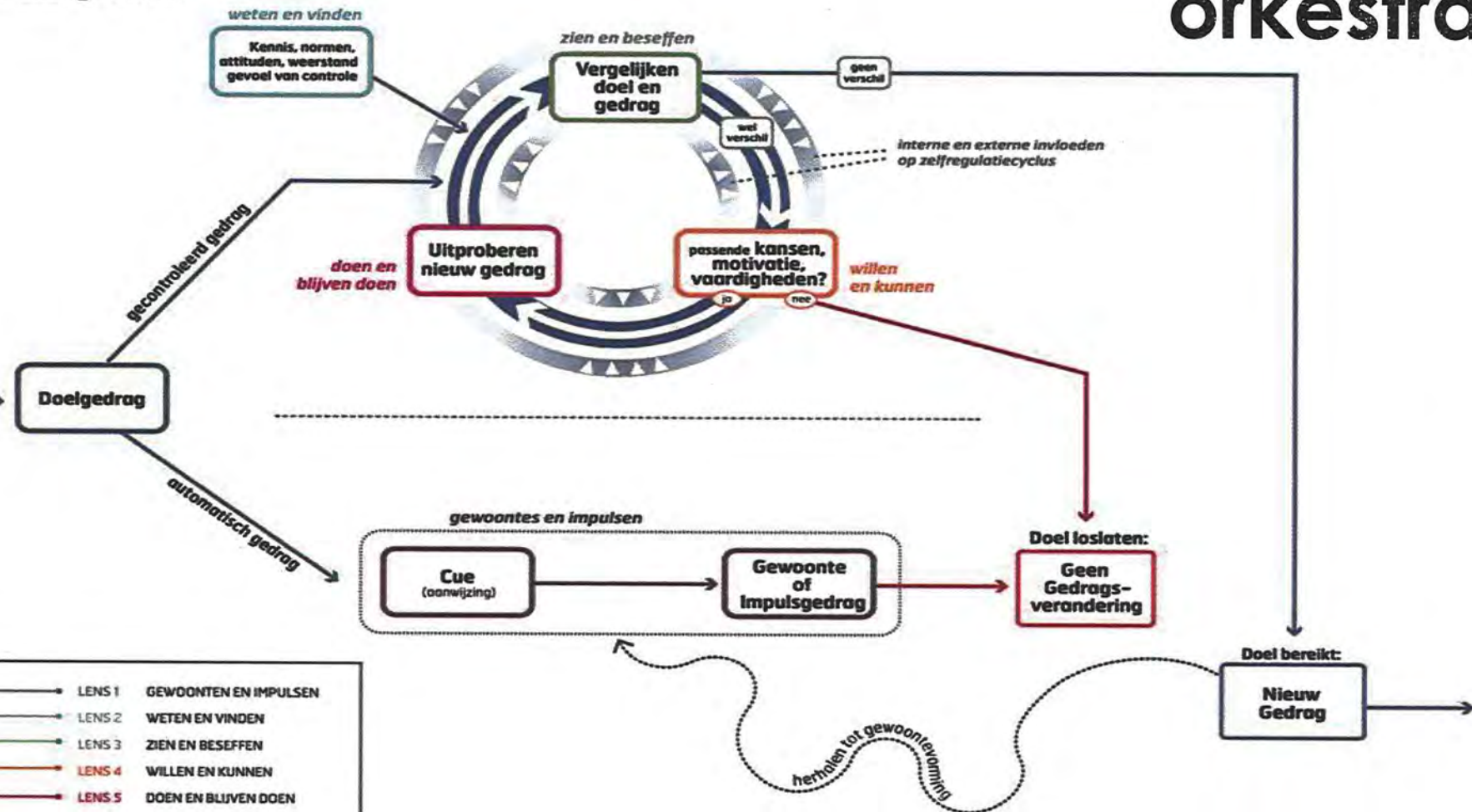
Gewoon doen!





Gedragsarchitectuur en - orkestratie

Persuasive by Design
Behaviour Change Model



Vanaf nu:

**fluiten =
niet meer instappen**



Hoe zorg jij dat je de trein haalt?

Voor een prettige reis is het snel en veilig vertrekken van de trein erg belangrijk. Wij werken daar elke dag aan, maar jouw hulp is minstens zo nodig. Zorg er dus voor dat je instapt voordat het fluitsignaal klinkt. Dat is het teken dat de deuren dichtgaan en je niet meer mag instappen. Zo kan de trein vertrekken volgens de vertrektijd op de borden.

Kijk voor meer informatie op ns.nl/fluiten

Deel jouw tip
#treinhalen
en maak kans op
een treinontbijt.



We hebben natuurlijke neigingen, gewoontes en impulsen

- Fluiten is rennen
- We doen wat anderen doen
- We willen graag aardig zijn

Maandag op station Utrecht Centraal: reizigers haasten zich om nog net hun trein te halen.

Reportage Fluiten = sluiten?

Kom er nog maar gauw in

Treindeuren moeten van de NS onverbiddelijk dicht na het fluitje. Voor de veiligheid, tegen vertraging. Maar, zegt een conducteur: 'Het gaat toch tegen je gevoel in.'

Sluitingsprocedure treinen

Foto's Marcel van den Bergh / de Volkskrant.

Van onze verslaggever
Emco Andersen

STERDAM / HILVERSUM De
druk sist maandagmorgen al
de treindeuren heen, de conduc-
toren klinkt schrill over perron vier,
om de openstaande deuren
tercity treinen

is niet alleen een veiligheidskwestie;
veel conducteurs zeggen dat de her-
nieuwde aandacht voor het gehoorza-
men aan het fluitsignaal een andere,
primaire reden heeft. Incidenten waar-
bij reizigers gewond raakten, kun-
de NS'ers niet on-

Fluiten = (ook echt) sluiten!

**Feedback
Nudge**





Nudging

Keuzearchitectuur: feedback,
default, en signaal.

THALER & SUNSTEIN

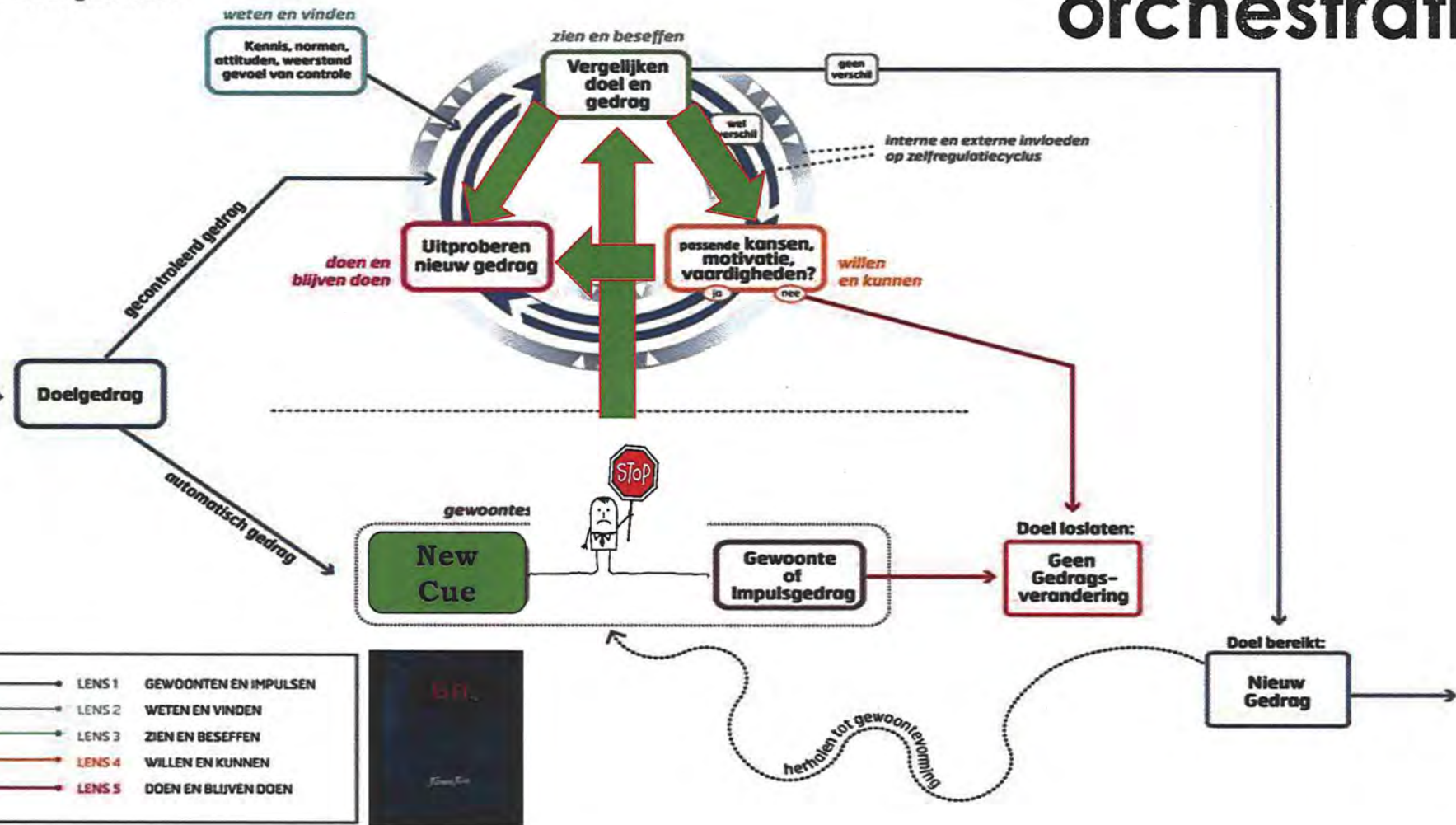




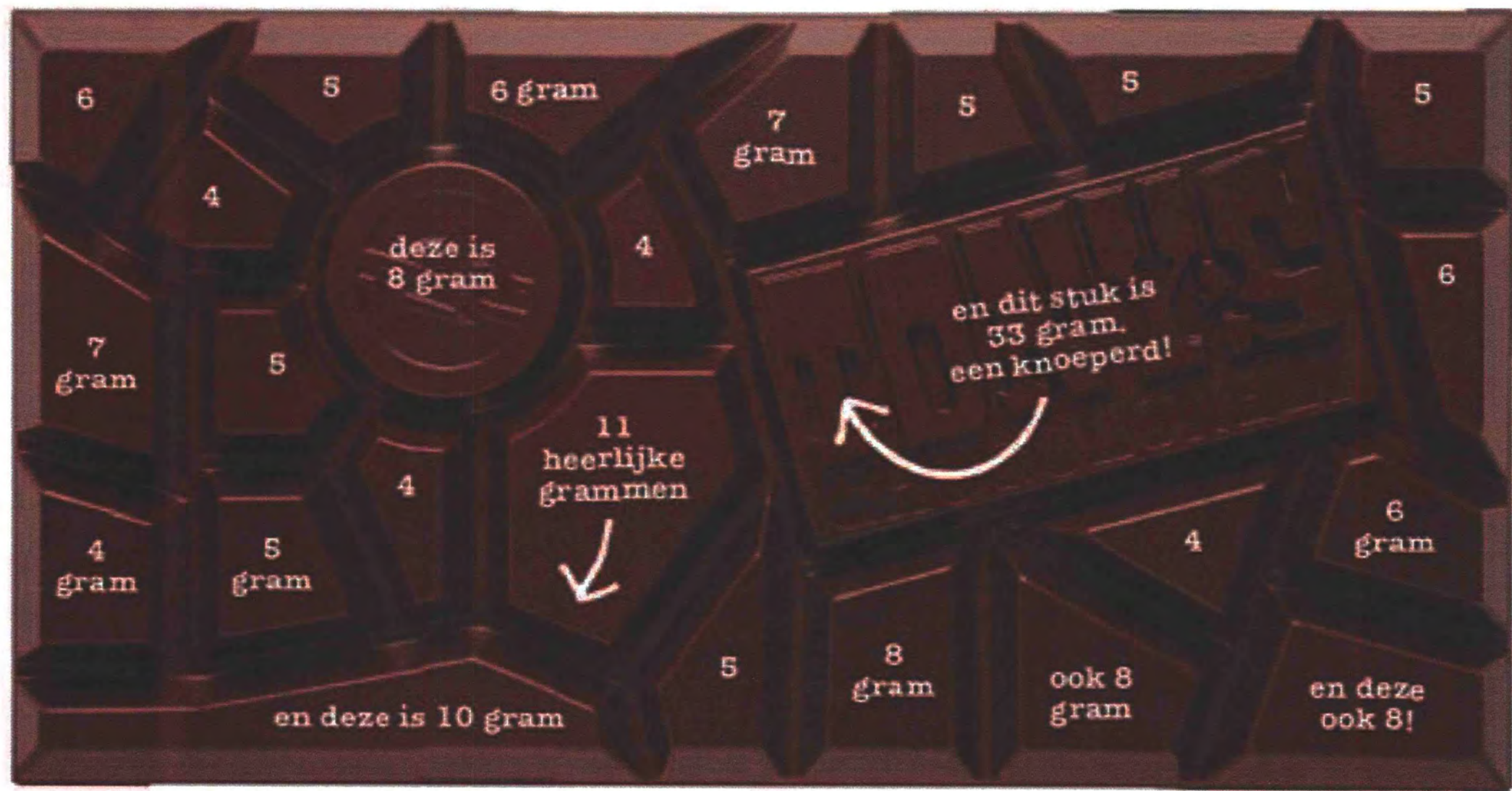
ZIEN EN BESEFFEN

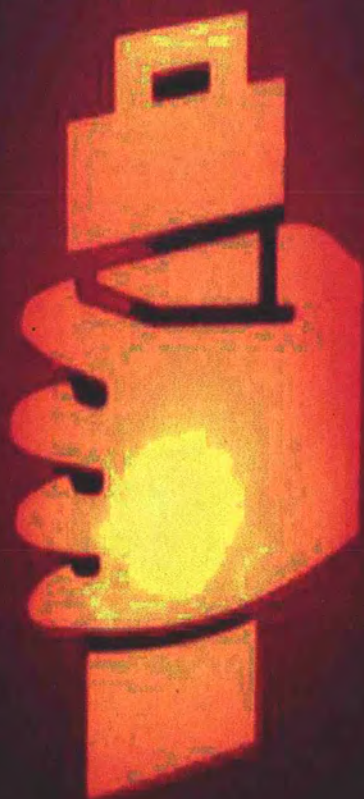
DOEN EN BLIJVEN DOEN

Behavioural architecture & -orchestration

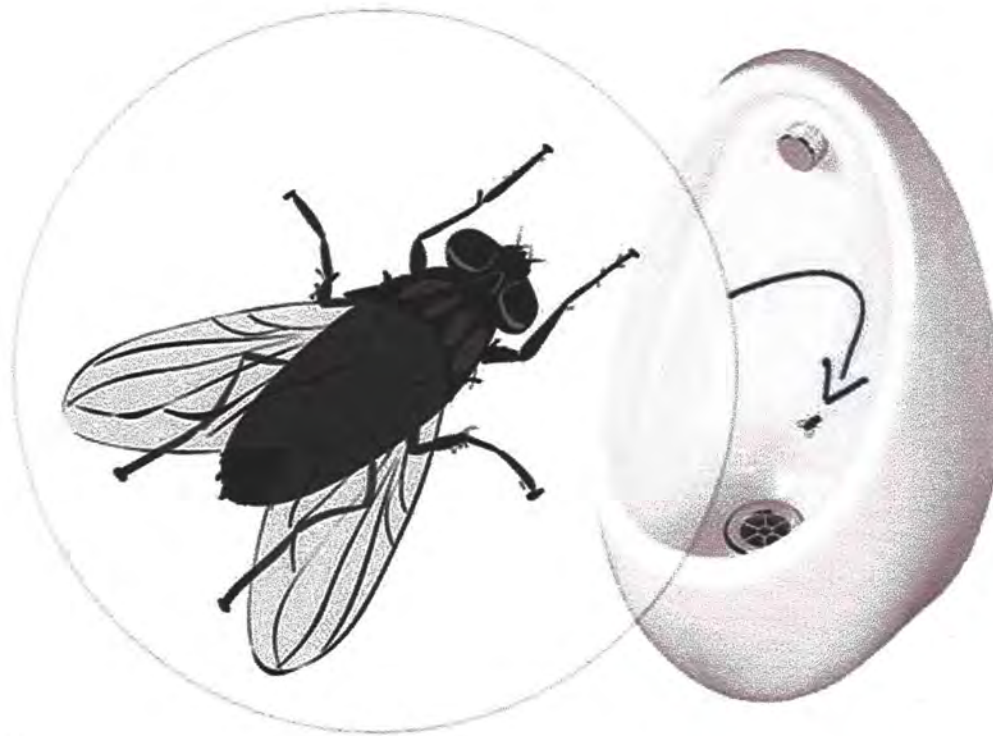




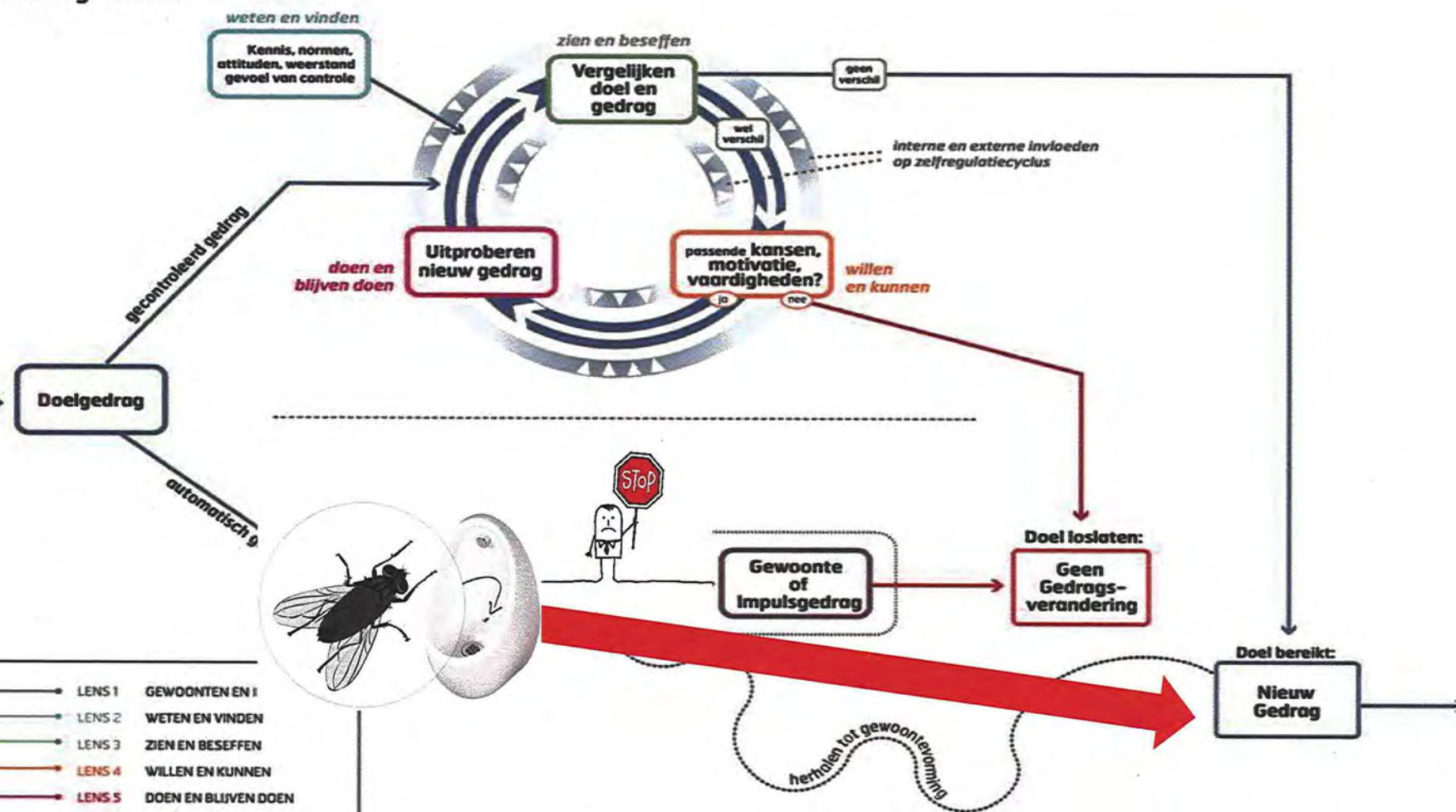




Klassieke (stimulant) Nudge



Persuasive by Design Behaviour Change Model



- LENS 1 GEWOONTEN EN I
- LENS 2 WETEN EN VINDEN
- LENS 3 ZIEN EN BESEFFEN
- LENS 4 WILLEN EN KUNNEN
- LENS 5 DOEN EN BLIJVEN DOEN



Chocolat 3€

Thé 2,5€

Infusion 2,5€

PRIX DU CAFÉ EN TERRASSE

"UN CAFÉ" 7€

"UN CAFÉ, S'IL VOUS PLAÎT" 4,25€

"BONJOUR, UN CAFÉ, S'IL VOUS PLAÎT" 1,40€



**Dit is een calorieverbrandend
fitnessapparaat
(okay, het is de trap)**

Neem de
trap voor
een snelle
workout!



Stappen is gezond



Goed gedaan!



Klassieke (default) Nudge

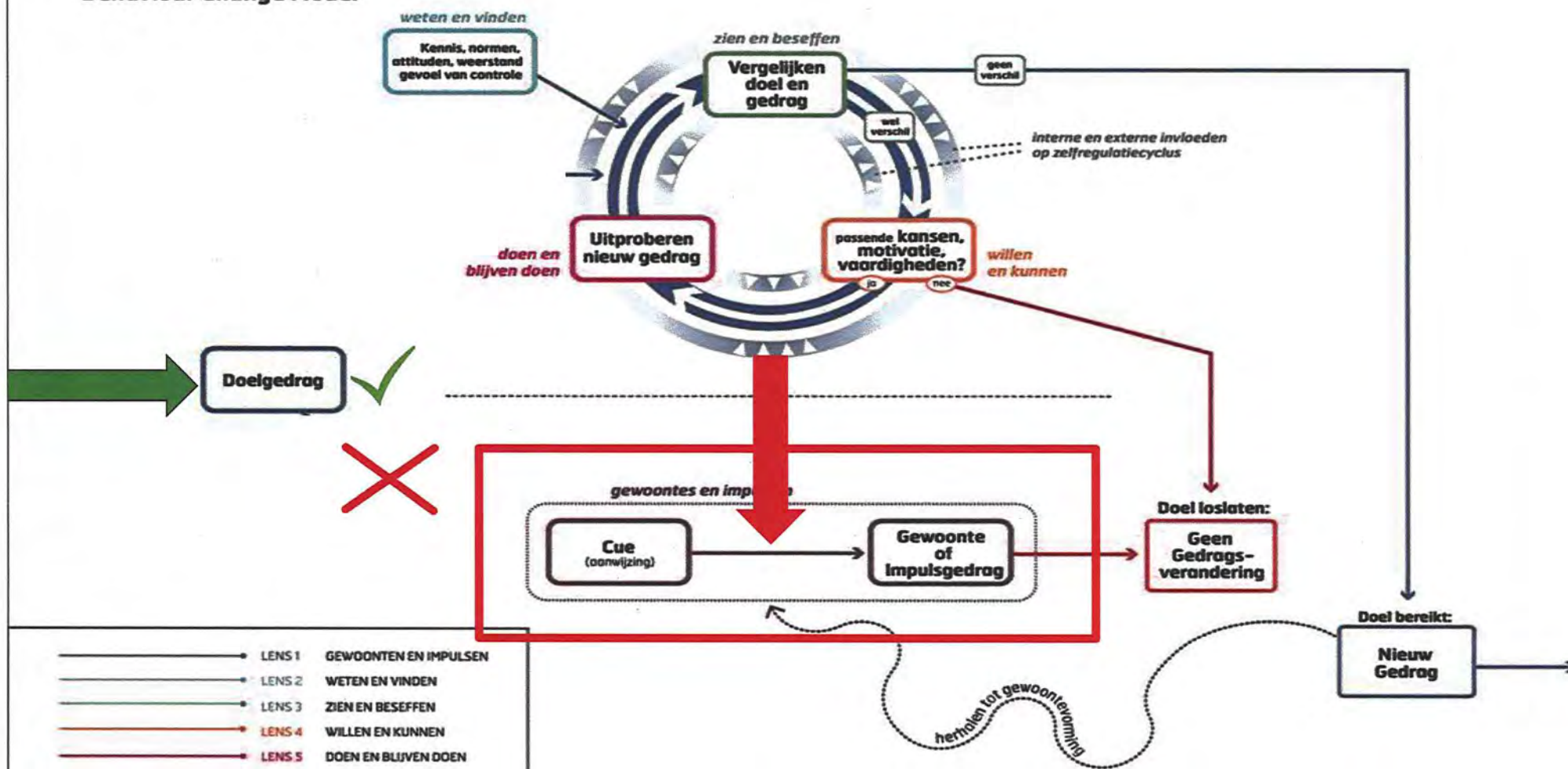
Donorwet Dijkstra aangenomen; mensen zonder bezwaren geregistreerd als donor

© AANGEPAST: VANDAAG, 17:16 POLITIEK

De Eerste Kamer heeft de initiatiefwet van D66 over een ander systeem van donorregistratie met een zeer kleine meerderheid aangenomen. In de senaat stemden 38 leden voor en 36 tegen.



Persuasive by Design Behaviour Change Model





Verpleegkundige Miep Wassenaar van Happy Nurse bezoekt mevrouw Roos in Den Haag.

Ja/ja-reclamesticker mag in Amsterdam

Dion Mebius
Amsterdam

Amsterdammers ontvangen na 1 januari alleen nog reclamedrukwerk als zij een ja/ja-reclamesticker op hun brievenbus plakken. Die sticker is nieuw. Bij iemand die geen sticker op zijn bus heeft, mag geen reclame-materiaal meer in de bus worden gedaan.

De gemeente mag deze maatregel doorzetten nu de rechter Amsterdam gelijk geeft in een door de folderbranche aangespannen rechtszaak.

De gemeente wil dat mensen expliciet aangeven dat zij reclamefolders willen ontvangen om de afvalberg te vermindere-

ren. Brancheorganisaties MailDB en KVGGO sleepten Amsterdam in december 2016 voor de rechter om de ja/ja-sticker tegen te houden. 'Consumenten snappen er met alle stickers niks meer van, en wij, de verspreiders, worden in onze portemonnee geraakt', zei MailDB-voorzitter Stephan van den Eijnden toen.

Volgens de brancheorganisaties levert de maatregel niet zoveel milieuwinst (minder plastic en papierverbruik) op als de gemeente beweert. Daarnaast zou Am-

sterdam het landelijke systeem van nee/nee- en nee/ja-stickers ondermijnen door een eigen sticker te lanceren.

De rechter stelde de folderaars woensdag in het ongelijk. De gemeente Amsterdam heeft de wettelijke bevoegdheid milieumaatregelen te nemen, luidt de uitspraak. De gewenste ja/ja-sticker valt binnen die bevoegdheid. Amsterdam heeft bovendien aannemelijk gemaakt dat de nieuwe sticker helpt bij het terugdringen van milieuvervuiling.

De rechter erkent dat de ja/ja-sticker nadelige financiële gevolgen voor ondernemers in de folderbranche heeft, maar noemt dit een ondernemersrisico.

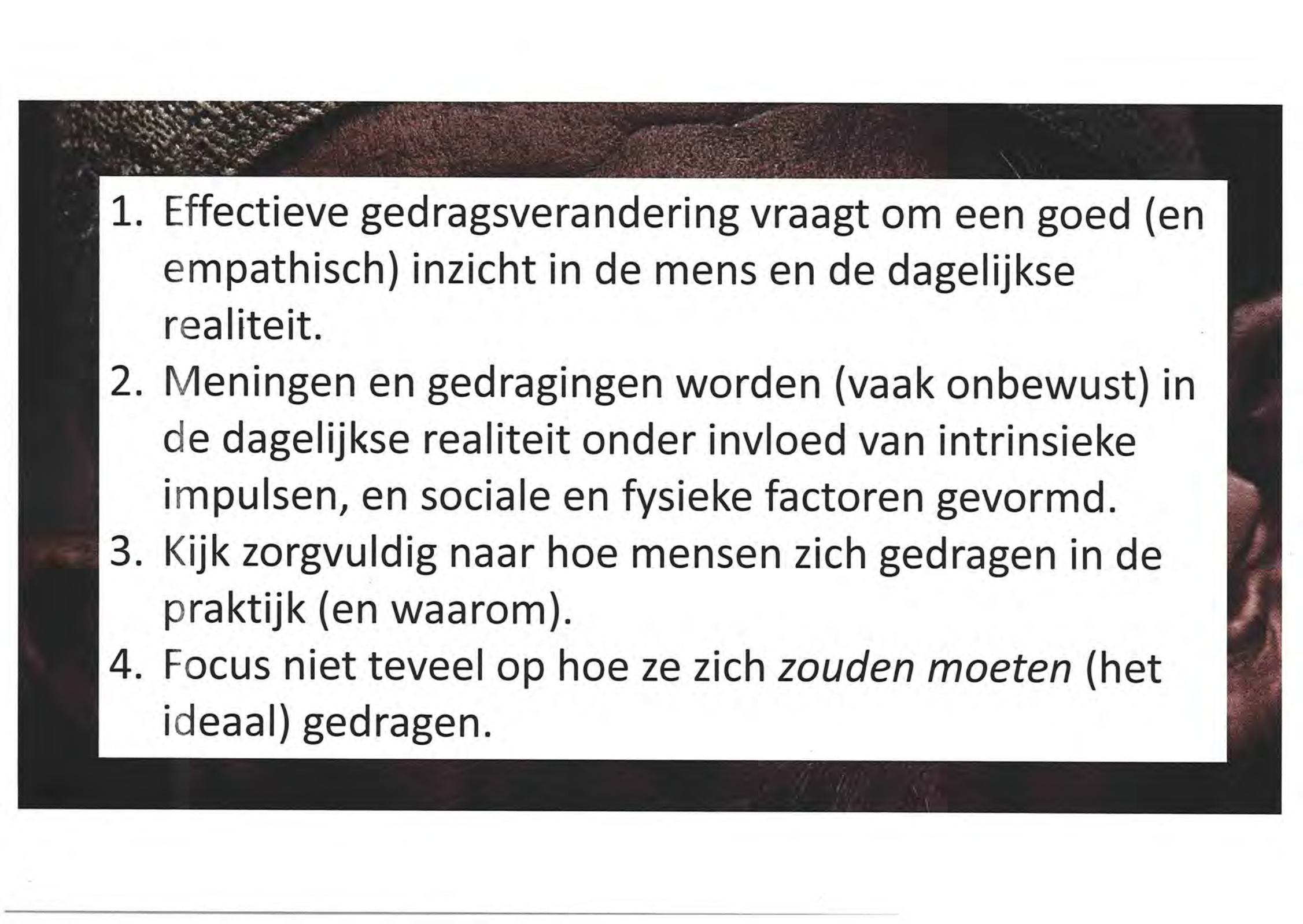


JA

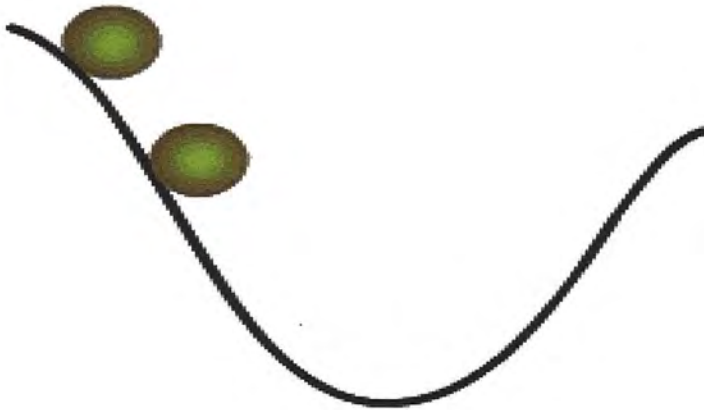
Wél
ongeadresseerd
reclamedrukwerk

JA

Wél
huis aan huis
bladen

- 
1. Effectieve gedragsverandering vraagt om een goed (en empathisch) inzicht in de mens en de dagelijkse realiteit.
 2. Mening en gedragingen worden (vaak onbewust) in de dagelijkse realiteit onder invloed van intrinsieke impulsen, en sociale en fysieke factoren gevormd.
 3. Kijk zorgvuldig naar hoe mensen zich gedragen in de praktijk (en waarom).
 4. Focus niet teveel op hoe ze zich *zouden moeten* (het ideaal) gedragen.

Individu én de (fysieke en sociale) omgeving



ANNEKE VAN DEN BROEK & MARTIJN VAN RAAMSDONK

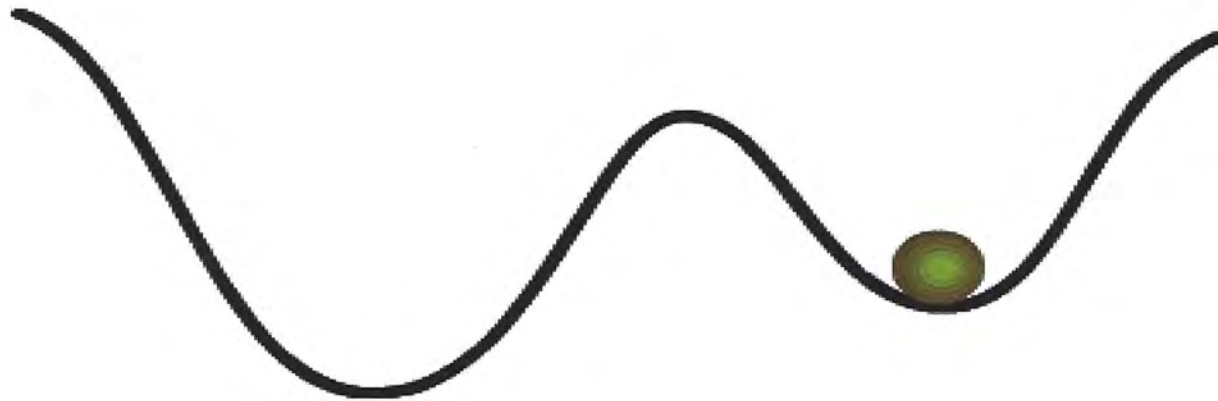
EET GEWOON GEZOND!

JE HOEFT NIET ZIEK TE ZIJN
OM BETER TE WORDEN

INCLUSIEF
8 WEEK-
MENU'S



Faciliteer de gezonde keuze.

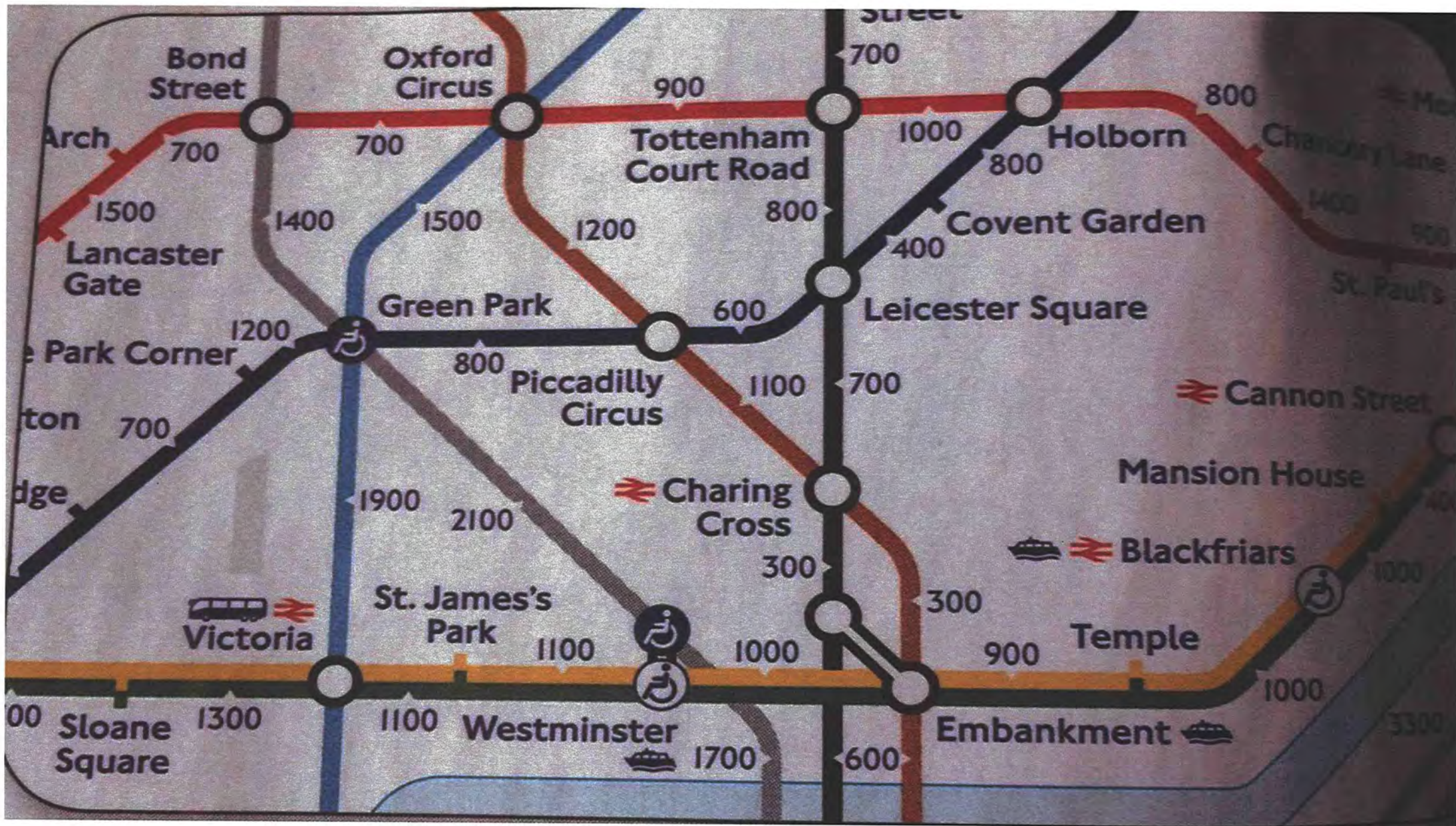




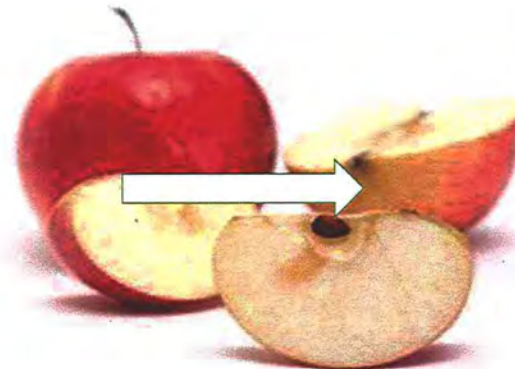
30 minuten bewegen

www.30minutenbewegen.nl





Maak van gewenst gedrag, vanzelfsprekend gedrag...



Gezamenlijke doelstellingen Preventieakkoord

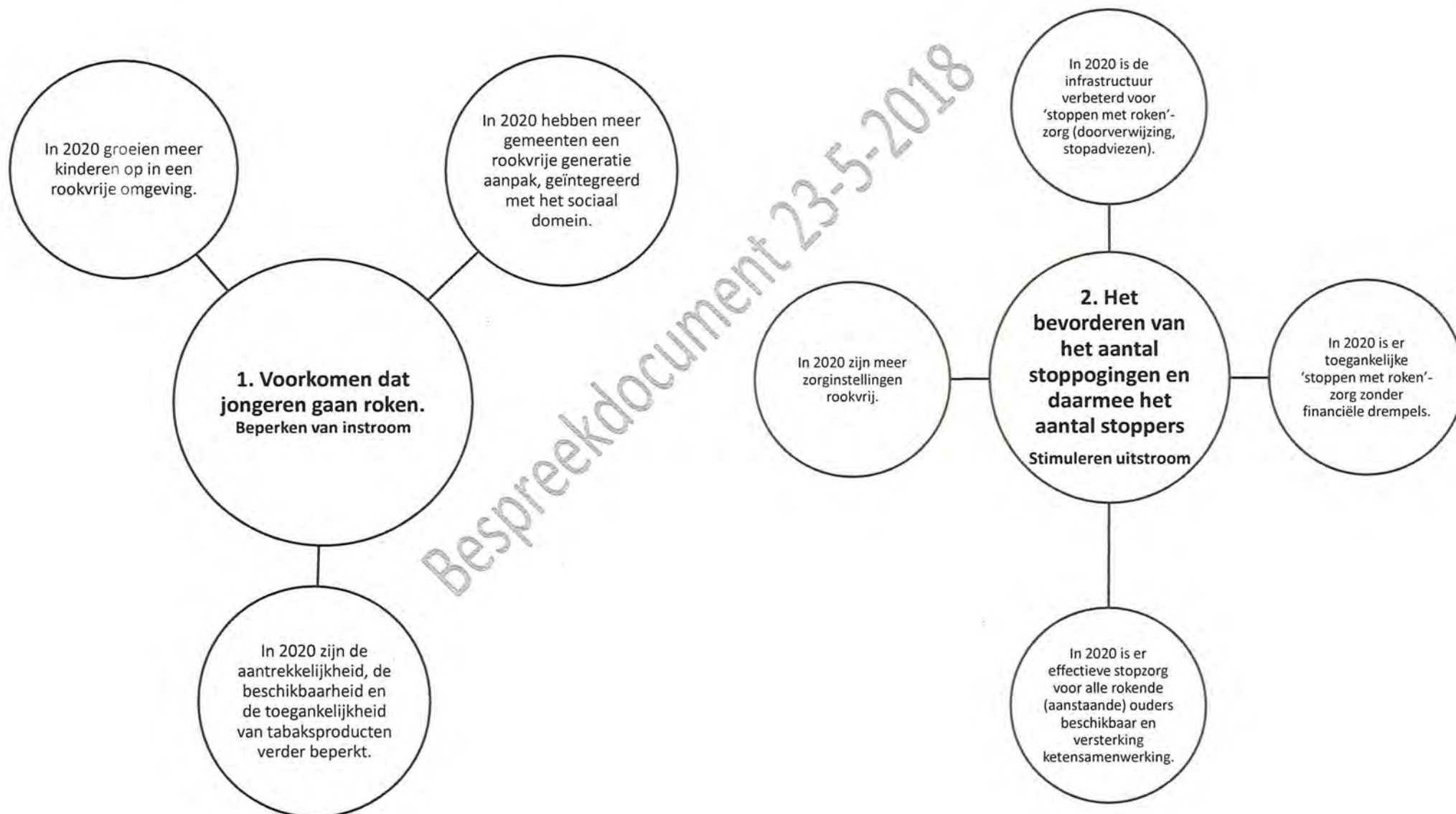
Korte termijn (2020)

Uit de bijdragen van de deelnemers komt het beeld naar voren dat zij de volgende gezamenlijke ambitie lijken te onderschrijven:

- We zetten in op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- In 2020 groeien meer kinderen op in een rookvrije omgeving. In 2020 zijn 12.000 kinderopvanglocaties, 50% van de speeltuinen, een derde van de sportverenigingen en 250 van de 400 kinderboerderijen rookvrij.
- In 2020 hebben 50% van de gemeenten een rookvrije generatie aanpak, geïntegreerd met het sociaal domein.
- In 2020 zijn de aantrekkelijkheid, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van tabaksproducten verder beperkt.
- In 2020 is de infrastructuur verbeterd voor 'stoppen met roken'-zorg (doorverwijzing, stopadviezen).
- We verdubbelen het aantal stoppogingen en daarmee het aantal stoppers.
- In 2020 zijn meer zorginstellingen rookvrij. In 2020 hebben alle verslavingszorginstellingen een gouden status en alle GGZ instellingen een bronzen status.
- In 2020 is er effectieve stopzorg voor alle rokende (aanstaaende) ouders beschikbaar en versterking ketensamenwerking.
- In 2020 is er toegankelijke 'stoppen met roken'-zorg zonder financiële drempels.

Lange termijn (2040)

De deelnemers van het preventieakkoord ambiëren een volledige rookvrije generatie in 2040. Dit wil zeggen een daling van de prevalentie van rokers onder volwassenen naar ten hoogste 5%, onder jongeren naar 0%, onder zwangere vrouwen naar minder dan 5% en bij mensen met een laag sociaal economische status naar 19%. Het realiseren van bovengenoemde ambities leidt tot een afname van de chronische ziektelast (momenteel 13% veroorzaakt door roken) en sterfte als gevolg van roken (20.000 doden per jaar). Er vindt afname plaats van aandoeningen als kankerincidentie, hart- en vaatziekten, astma en luchtwegaandoeningen.



Wat zijn de feiten als het om roken gaat?

Kenmerken en gevolgen

- De gevolgen van roken en meerroken voor mensen zelf als voor de samenleving zijn enorm. Jaarlijks overlijden 20.000 mensen direct door roken en enkele duizenden door meerroken. Roken veroorzaakt 13% van de ziektelast. In 2015 werd in Nederland €8,3 miljard uitgegeven aan rook-gerelateerde zorgkosten. Naar verwachting stijgen deze kosten bij gelijkblijvend overheidsbeleid naar €10,9 miljard in 2050 (MKBA 2016, Trimbos Instituut, RIVM en Maastricht University).
- Roken is een keiharde verslaving, die gelet op de snelle werking van nicotine vergelijkbaar is met harddrugs.
- Zien roken doet roken. Hoe vaker je wordt blootgesteld aan het zien van rokers, hoe normaler je het gaat vinden en hoe eerder je gaat experimenteren en gebruiken (Trimbos, 2017).
- De meeste rokers zijn voor hun 18^e begonnen.

Prevalentie

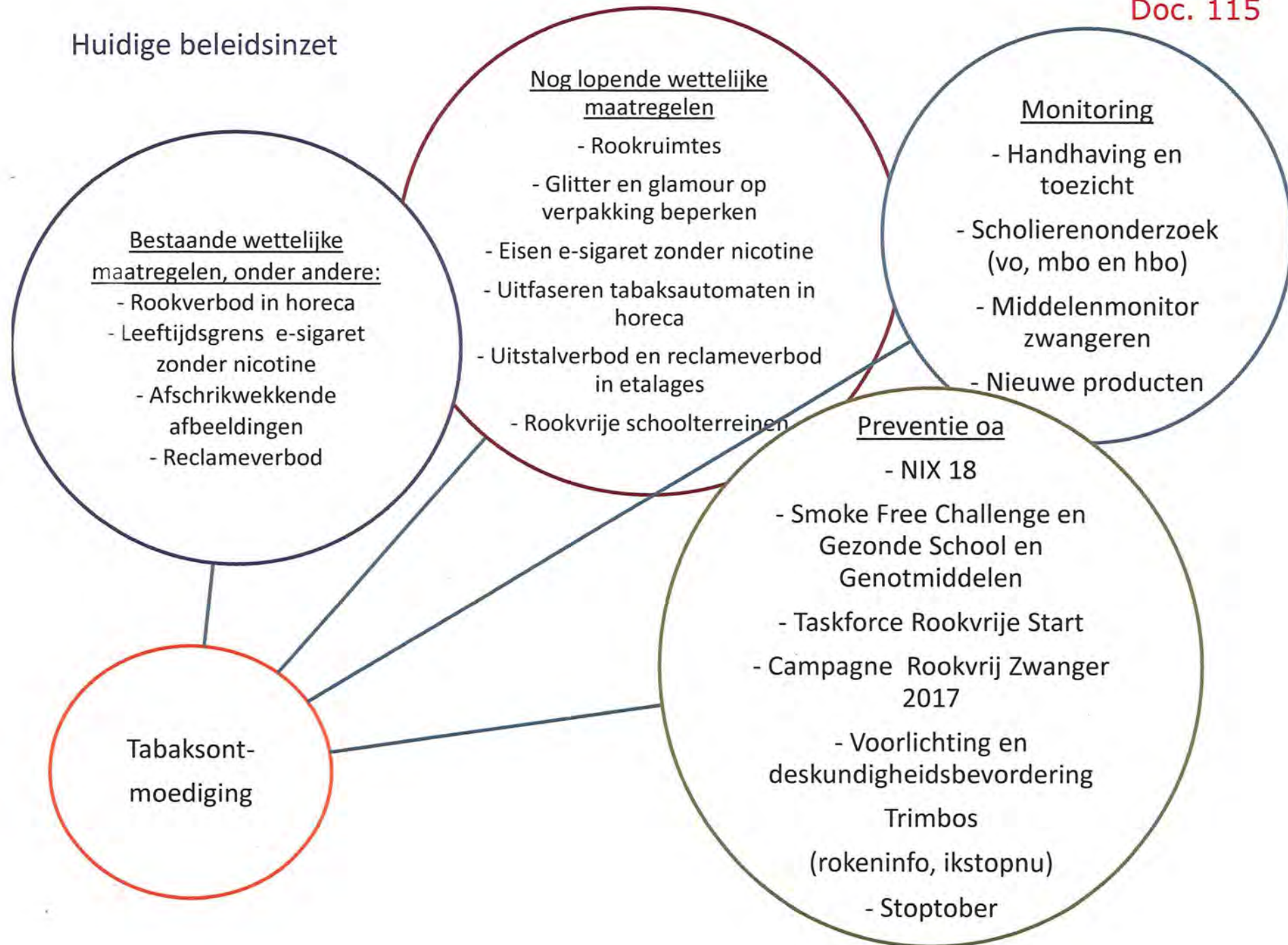
- Van de volwassenen rookte in 2017 nog 23,1% wel eens en 17,1% dagelijks. Weliswaar was dat in 2015 nog 26,3%. Het aantal rokers schommelt al jaren rond de 25%. Roken hangt sterk samen met opleiding. Zo rookt 25,7% van de lager en 26,7% van de middelbaar opgeleiden. Van de hoogopgeleiden rookt 16,8% (Leefstijlmonitor 2017).
- Jongeren roken steeds minder. Van de jongeren tussen 12 en 16 jaar heeft 23% ooit gerookt, 11% afgelopen maand en 3% rookt dagelijks (Peilstationsonderzoek 2015). De leeftijd waarop jongeren voor het eerst experimenteren met roken is 12,9 jaar. Veel jongeren hebben ervaring met de e-sigaret en de waterpijp.
- Van de jongeren 12-16 jaar in het vmbo heeft 17% de afgelopen maand gerookt, tegenover 6,5% van de vwo-ers (Peilstationsonderzoek 2015)
- Van alle zwangere vrouwen rookt 9% tijdens de zwangerschap, onder laag opgeleide vrouwen is dit cijfer 22%, onder middelbaar opgeleiden 13% en onder hoger opgeleiden vrouwen 3%. Van de gestopte vrouwen begint 50% na de zwangerschap opnieuw met roken (Middelenmonitor zwangeren, 2016).
- In 2017 is er door de Europese Commissie een onderzoek uitgevoerd naar roken in verschillende landen. In 2017 rookte in Nederland 19% van de mensen ouder dan 15 jaar wel eens, het gemiddelde in Europa was 26%. In de omliggende landen België, Duitsland en Frankrijk, was dit respectievelijk 19%, 25% en 36%,
- Wanneer we kijken naar jongeren, had van de 15- en 16-jarige scholieren in het middelbaar onderwijs in Europa 21% gerookt in de afgelopen maand. In Nederland was dit ook 21% (ESPAD, 2015).

Stoppen met roken

- Van alle rokers wil 80% ooit stoppen met roken, doet 33% een stoppoging en doet 8% dat op basis van effectieve methoden.

NB: het betreft hier een selectie van feiten

Huidige beleidsinzet



Notitie voor de thematafel tabak

17 mei 2018

**NATIONAAL
EXPERTISECENTRUM
TABAKSONTMOEDIGING**
onderdeel van het Trimbos-instituut **Trimbos
instituut****Ambities**

In de bijdragen van de deelnemers aan de thematafel 'tabak' van 20 april 2018 kwam het beeld naar voren dat zij de ambitie van een rookvrije generatie en uiteindelijk een rookvrije samenleving (minder dan 5% rokers in 2040) onderschrijven. Hiertoe zou het percentage rokers jaarlijks met bijna 0,9% moeten dalen. Van de jongeren (12-16 jarigen) zou idealiter niemand meer roken in 2040 (volledig rookvrije generatie). Hiertoe is het nodig dat het percentage rokende jongeren jaarlijks met een half procent vermindert. Het realiseren van deze ambities leidt (op de korte en de lange termijn) tot een afname van de chronische ziektelast (momenteel 13% veroorzaakt door roken) en sterfte door roken.

Uitgangspunten

- Het terugdringen van het roken dient bij de lage SES groepen (volwassenen en jongeren) minstens in hetzelfde tempo plaats te vinden als bij de hoge SES groepen. Dit betekent dat alle interventies en maatregelen ontwikkeld en genomen worden met de lage SES groep voor ogen, zoveel mogelijk in samenwerking met de doelgroep. Effectieve maatregelen dienen tevens een groot bereik te hebben onder lage SES groepen. Hierdoor kan tabaksbeleid bijdragen aan het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- Activiteiten vanuit de landelijke en lokale overheid worden uitgevoerd in nauwe afstemming met activiteiten vanuit de samenleving in het kader van de Rookvrije Generatie 'beweging', zodat er een optimale synergie kan ontstaan.

Maatregelen en hun onderlinge samenhang

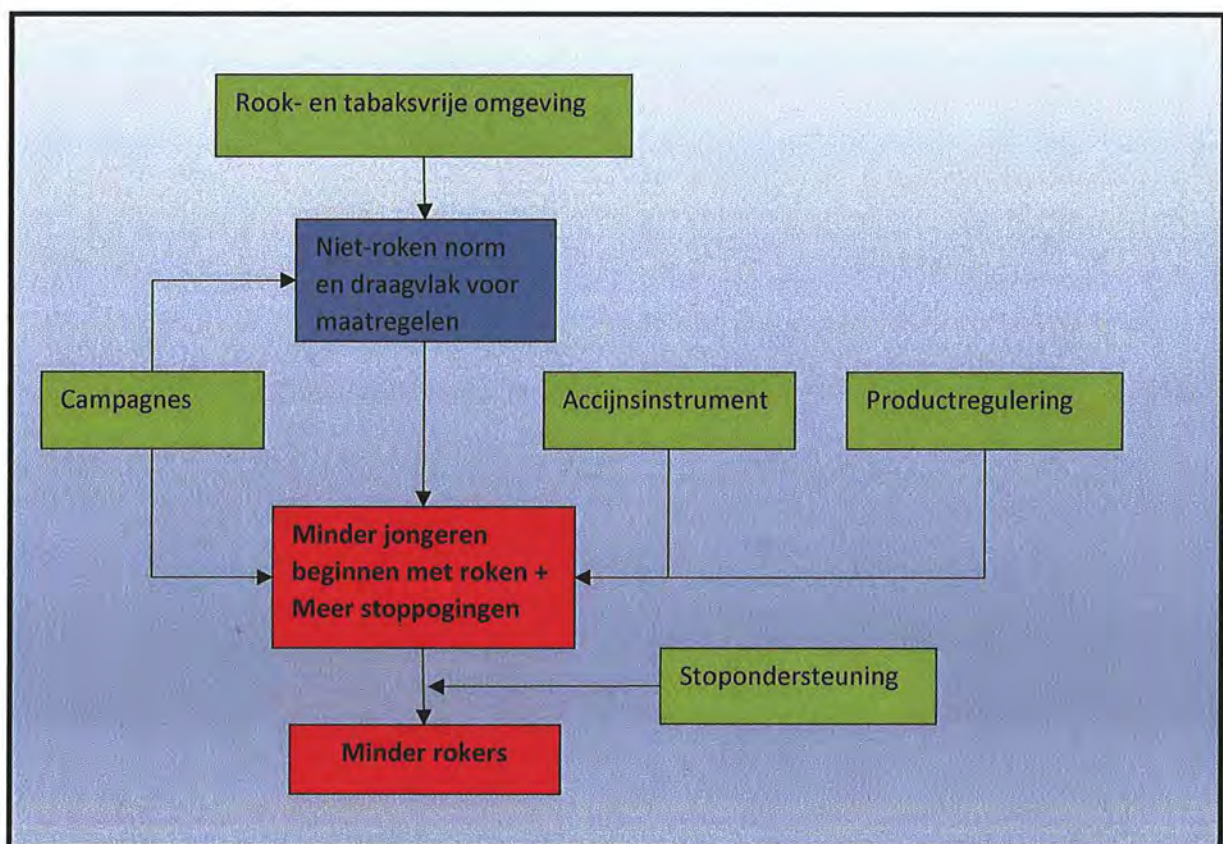
Een effectieve aanpak berust op vijf pijlers en komen overeen met de door de WHO geadviseerde aanpak van het roken [1]. Dit zijn:

1. Tabak uit het zicht van (vooral) kinderen (rook- en tabaksvrije omgeving)
2. Maatregelen om tabak minder aantrekkelijk te maken (productregulering)
3. Optimale inzet van het accijnsinstrument
4. Publiekscampagnes
5. Ondersteuning van rokers die willen stoppen met roken middels effectief bewezen methoden (stopondersteuning)

De vijf pijlers vertonen een logische samenhang en ondersteunen en versterken elkaar. Maatregel 1 werkt in op de sociale omgeving. Door het rookvrij maken van omgevingen wordt niet alleen de blootstelling aan tabaksrook verminderd, maar wordt ook de niet-roken norm in de samenleving vergroot en neemt het draagvlak voor verdere maatregelen toe. Maatregelen 2 en 3 zijn wettelijke maatregelen die zorgen voor een direct effect op verminderen van het roken, vooral doordat het product voor de consument minder aantrekkelijk wordt. Accijnsverhogingen en campagnes zorgen voor meer stoppogingen in de samenleving en zijn, tezamen met de normveranderingen door het rook- en tabaksvrij maken van de omgeving, de motor van een effectieve lange termijn aanpak van het roken. Publiekscampagnes zijn tevens van belang om het benodigde maatschappelijke draagvlak

voor regulering te behouden en eventueel verder te vergroten. Verbetering van het aanbod van stopondersteuning zorgt ervoor dat de stoppogingen die door accijnsverhogingen en campagnes worden gegenereerd meer kans van slagen hebben. Dit vergroot de populatie-impact van stoppogingen (snellere daling van het percentage rokers in de samenleving). Beter toegankelijke stopondersteuning vergroot tevens de sociale acceptatie van wettelijke maatregelen onder rokers, doordat rokers de helpende hand wordt geboden. Jaarlijks terugkerende grootschalige stopcampagnes fungeren als kapstok voor zorgverleners om gemakkelijker patiënten te stimuleren om te stoppen met roken en voor gemeenten om het lokale tabaksontmoedigingsbeleid meer inhoud te geven doordat men kan aansluiten bij landelijke campagnes.

De samenhang van de vijf pijlers (weergegeven in groen) wordt geïllustreerd in de volgende figuur.



Figuur: Samenhang van de maatregelen

Elk van de vijf pijlers is noodzakelijk voor een effectief tabaksontmoedigingsbeleid. Het achterwege laten van één van de pijlers, ondermijnt de effectiviteit van het geheel. Regelmatige monitoring en evaluatie zijn nodig om voortgang te meten en bij te sturen. Gaandeweg het traject zullen nieuwe en innovatieve maatregelen toegevoegd moeten worden om het einddoel van een rookvrije samenleving te kunnen bereiken, zoals het steeds minder aantrekkelijk maken van tabaksproducten en het beperken en verder reguleren van de aankoop en verkoop van tabak (zogenaamde 'endgame scenario's') [2-4]. Het draagvlak voor verdergaande maatregelen zal groter zijn, naarmate het aandeel rokers in de samenleving verder daalt.

Effectiviteit van maatregelen

Hieronder worden de afzonderlijke maatregelen benoemd per pijler, met een beschrijving van hoe een maatregel bijdraagt aan de doelstelling en een indicatie van de aanwezigheid van wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit, voor zover dit beschikbaar is (veel bewijs, enig bewijs).

Ad 1. Rook- en tabaksvrije omgeving

Steeds meer omgevingen worden rookvrij. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen bij het opzetten van tabaksontmoedigingsbeleid (rookvrije gemeenten) [5]. Verplichte en volledige rookverboden in openbare ruimtes dragen sterker bij aan stoppen met roken onder rokers met een lage sociaaleconomische status dan vrijwillige en gedeeltelijke rookverboden [6].

	Effecten	Bewijs
- Sluiting rookruimtes in de horeca via wetgeving	Afname blootstelling aan tabaksrook (directe gezondheidswinst) Meer stoppogingen Effect op sociale normen	Veel bewijs [7]. Het rookvrij maken van binnenruimten is dé maatregel waar de meeste wetenschappelijke bewijsvoering over is verzameld, met directe effecten op rookgedrag en gezondheid. Sluiting van rookruimten in de horeca draagt hier aan bij [8, 9].
- Rookvrije schoolterreinen via wetgeving (geldt per 2020)	Effect op sociale normen en op beginnen met roken door jongeren	
- Rookvrije buitenterrassen	Effect op sociale normen en blootstelling aan tabaksrook	
- Rookvrije zorginstellingen	Effect op sociale normen en blootstelling aan tabaksrook. Draagt bij aan een actievere rol van zorgverleners bij het ondersteunen van stoppogingen.	
- Rookvrije recreatiesector (speeltuinen, kinderboerderijen, pretparken), - rookvrije sportsector - rookvrije kinderdagverblijven	Effect op sociale normen en blootstelling aan tabaksrook	
- Rookverbod op NS perrons	Effect op sociale normen en blootstelling aan tabaksrook	

- Uitbreiden van het rookverbod naar gebruik van waterpijp met kruidenproducten, e-sigaretten en tabakssticks zoals IQOS.	Afname blootstelling aan tabaksrook / damp. Verminderde voorbeeldfunctie voor jongeren dat roken normaal is.	Enig bewijs [10-12]
- Algeheel uitstalverbod van tabaksproducten op alle verkooppunten	- Eliminatie blootstelling van kinderen aan marketing van tabaksproducten - Denormaliseren van roken onder jongeren - Afname rookgedrag - Vergemakkelijkt stoppen met roken	Enig bewijs [13, 14]
- Vermindering van het aantal verkooppunten: - o Verbod op verkoop via sigarettenautomaten - o Een vergunningensysteem voor retailers van tabaksproducten - o Beperking van de verkoop tot tabaksspeciaalzaken	- Meer stoppogingen - Minder jongeren beginnen met roken	Enig bewijs [15, 16]

Ad 2. Productregulering

Verschillende maatregelen worden overwogen of zijn denkbaar om het tabaksproduct minder aantrekkelijk te maken voor de consument, hetgeen een direct effect op de consumptie zal hebben. Het gaat enerzijds om maatregelen om het product minder alomtegenwoordig beschikbaar te maken voor de consument, in het bijzonder jongeren, anderzijds om het product zélf minder aantrekkelijk of verslavend te maken.

	Effecten	Bewijs
- Merkloze sigarettenverpakkingen (plain packaging) - Verplichte bijsluiter in sigarettenpakjes met informatie over hulp bij stoppen met roken	- Afname aantrekkelijkheid van het tabaksproduct voor jongeren - Meer motivatie om te stoppen - Meer stoppogingen	Enig bewijs [7, 17]. Afschrikwekkende afbeeldingen vallen meer op. Ze werken mogelijk beter (dan tekstwaarschuwingen) voor laag opgeleide rokers [6]. Enig bewijs voor effectiviteit van bijsluiters [18, 19]

- Verbod op additieven die tabak aantrekkelijker of verslavender maken, zoals smaakstoffen, ammonia, suiker en nicotine.	Meer stoppogingen, minder rokers	Enig bewijs [20, 21]
- Verbieden van filterventilatie in sigaretten ('sjoemelsigaret')	Betere consumenteninformatie over de schadelijkheid van tabaksproducten draagt bij aan stopmotivatie en stoppogingen	

Ad 3. Het accijnsinstrument

Accijnsverhoging is een effectieve en krachtige maatregel om het roken terug te dringen. De verhoging dient hiertoe wel substantieel te zijn en merkbaar voor de roker (>10% verhoging per keer) [22]. De verhoging dient regelmatig plaats te vinden. Prijsverhoging bij shag moeten minstens zo groot zijn als bij fabriekssigaretten, om substitutie naar goedkopere tabak tegen te gaan.

	Effecten	Bewijs
10% verhoging van de prijs van tabak door accijnsverhoging	10% prijsverhoging leidt tot 4% daling consumptie (de prijselasticiteit is -.04). De helft komt door minder roken, de andere helft door stoppen met roken.	Veel bewijs [6, 23-26]. Een stapsgewijze verhoging van de prijs van tabaksproducten is de meest effectieve beleidsmaatregel om het aantal rokers te verlagen. Het effect is groter onder jongeren. Prijsverhogingen werken beter bij lage SES groepen en kunnen derhalve helpen om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen.

Ad 4. Publiekscampagnes

Er wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen twee soorten publiekscampagnes: bewustwordingscampagnes (mensen meer bewust maken van de gezondheidsschade of de emotionele impact van het roken en van de tabaksindustrie) en campagnes die speciaal ontwikkeld zijn om stoppogingen te genereren bij rokers die al gemotiveerd zijn om te stoppen met roken (stopcampagnes). De kans dat campagnes daadwerkelijk tot gedragsverandering leiden is groter als ze aansluiten bij theorieën over gedragsarchitectuur, dat wil zeggen als ze niet alleen kennis

overdragen en weten te emotioneren ('weten en vinden'; 'zien en beseffen'), maar ook aandacht hebben voor vaardigheden ('willen en kunnen') en het uitproberen van nieuw gedrag ('doen en blijven doen') (zie de presentatie van [REDACTED] op 20 april). Dit zijn belangrijke uitgangspunten bij effectieve stopcampagnes.

De bewezen effectiviteit van campagnes is het grootst wanneer campagnes ondersteunend zijn aan nieuwe beleidsmaatregelen (tabakswetgeving) [22].

	Effecten	Bewijs
Stopcampagnes gericht op rokers die willen stoppen met roken. Er zijn verschillende varianten, die in één jaar naast elkaar kunnen worden georganiseerd en zo elkaar kunnen versterken: a) Uitbreiding van de jaarlijkse Stoptober campagne (een maand niet roken), zodat het bereik hiervan wordt vergroot. b) Meerjarige stoppen-met roken-campagne rond een vast stopmoment zoals 1 januari. c) Incidentele extra intensieve stop-campagne, met entertainment elementen via o.a. TV op veelbekeken uitzendtijden.	- Meer stoppogingen - Minder rokers - Stimuleren lage SES rokers om gezamenlijk een stoppoging te doen.	Enig bewijs voor effectiviteit van Stoptober op stoppogingen en stopsucces [27, 28]. Enig bewijs voor effectiviteit van meerjarige stopcampagnes [29, 30]. Veel bewijs uit Nederland voor extra intensieve campagnes van type c [31-34]. Incidentele extra intensieve stopcampagnes waren in het verleden in staat om een daling van het percentage rokers met ongeveer 1%-2% te realiseren per campagne (in combinatie met wetgeving zoals rookvrije werkplek en rookvrije horeca). Een budget van 5-6 miljoen Euro is nodig om een dergelijk effect te realiseren. Het is belangrijk om een goede mediamix te kiezen waarmee lage SES rokers bereikt worden. Campagnes dienen spraakmakend te zijn zodat er veel interpersoonlijke communicatie rondom de campagne plaats vindt [35].
Bewustwordingscampagnes	- Roken denormaliseren - Meer stoppogingen - Minder starters - Indirecte effecten op sociale normen over	Veel bewijs [7, 36-38]. Effecten treden vooral op als campagnes intensief zijn (goed gefinancierd) en in de context van een

	het roken. - Groter draagvlak voor verdere maatregelen.	bredere aanpak van het roken en hangen af van het type boodschap dat gegeven wordt. Dit dient goed afgestemd te zijn op de doelgroep lage SES rokers. Voorwaarden voor effectiviteit zijn verder: groot campagnebereik en langdurige blootstelling (meerjarige campagne). Campagnes die zich richten op volwassenen kunnen óók effect hebben op kinderen en adolescenten [39, 40].
- Voortzetting en intensivering van de campagne gericht op ouders van jonge kinderen en aanstaande ouders (Rookvrije Start).	Stimuleert stoppen met roken bij ouders met jonge kinderen.	

Ad 5. Toegankelijke effectieve 'stoppen met roken'-zorg

Het is essentieel dat de stoppen-met-roken zorg optimale ondersteuning biedt aan rokers die willen stoppen met roken. Momenteel maken rokers nog te weinig gebruik van de bewezen effectieve ondersteuning en verwijzen hulpverleners onvoldoende vaak door [41].

	Effect	Bewijs
- Verbetering van de infrastructuur voor de 'stoppen met roken'-zorg door: - o Scholing / activering van zorgprofessionals om stopadviezen te geven en de toeleiding naar effectieve stoppen-met-roken ondersteuning te verbeteren. - o Meer capaciteit voor landelijke coördinatie en ondersteuning door Trimbos-instituut. - o Laagdrempelig aanbod van alle effectief bewezen interventies	- Meer stopadviezen door zorgprofessionals - Meer doorverwijzingen naar effectief bewezen stopondersteuning - Meer stoppogingen - grotere succeskans van stoppogingen - minder rokers	Veel bewijs voor effectiviteit van stoppen-met-roken methoden (combinatie van gedragsmatige ondersteuning en farmacotherapie) [42] en van belang betere ondersteuning van hulpverleners bij het geven van een stopadvies [43] De (specialistische) GGZ / verslavingszorg heeft grote expertise bij het behandelen van

- o Een centrale plek waar rokers en zorgverleners terecht kunnen voor kwalitatief hoogwaardige stoppen met roken ondersteuning. - o Verbeterde zorgpaden voor 'stoppen met roken' in verloskundige samenwerkingsverbanden (voor zwangere vrouwen) en richting de verslavingszorg (voor zwaar verslaafde rokers en rokers met multi-problematiek). Zeer verslaafde en lage ses? rokers komen niet toe met het bestaand aanbod.		patiënten met multiple drugs of psychiatrische problematiek [42].
- Vergoeding van meerdere stoppogingen per jaar door zorgverzekeraars - Stopondersteuning uit het eigen risico halen	- Meer stoppogingen - Meer gebruik van effectief bewezen Stopondersteuning	Veel bewijs voor belang van vergoeding voor stoppen met roken ondersteuning [7, 44]. Vergoeding leidt waarschijnlijk tot meer stopsucces onder rokers met een lage sociaaleconomische status [6, 45].

References

1. WHO, *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. 2003, World Health Organization: Geneva.
2. Malone, R.E., P.A. McDaniel, and E. Smith, *Tobacco control endgames*. 2014, Cancer Research UK: London.
3. Warner, K.E., *An endgame for tobacco?* Tobacco Control, 2013. **22**(suppl 1): p. i3-i5.
4. van der Eijk, Y., *Development of an integrated tobacco endgame strategy*. Tobacco Control, 2015. **24**(4): p. 336-340.
5. Mulder, J., et al., *De Rookvrije Generatie als kans voor gemeenten. Een needs-assessment onder gemeentelijke beleidsmakers en GGD-adviseurs*. 2016, Trimbos-instituut: Utrecht.
6. Springvloed, L., M.A.G. Kuipers, and M. Van Laar, *Factsheet effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. 2017, Trimbos-instituut: Utrecht.
7. Hoffman, S.J. and C. Toan, *Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies*. BMC Public Health, 2015. **15**: p. 744.

8. Buisman, R., M. Blankers, and M. van Laar, *Factsheet Rookvrije horeca*. 2015, Trimbos-instituut: Utrecht.
9. Nagelhout, G.E., M.C. Willemsen, and H. de Vries, *Een écht rookvrije horeca is ook mogelijk in Nederland*. TSG, 2012. **90**(6): p. 344-346.
10. Willemse, E., L. Springvloed, and M. Van Laar, *Factsheet Waterpijp Update 2018*. 2018, Trimbos-instituut: Utrecht.
11. Buisman, R. and E. Croes, *Factsheet Elektronische Sigaretten (E-Sigaretten)*. 2014, Trimbos-instituut: Utrecht.
12. Treur, J.L., et al., *E-cigarette and waterpipe use in two adolescent cohorts: cross-sectional and longitudinal associations with conventional cigarette smoking*. European Journal of Epidemiology, 2017.
13. Kuipers, M.A.G., et al., *Impact on smoking of England's 2012 partial tobacco point of sale display ban: a repeated cross-sectional national study*. Tobacco Control, 2016.
14. Monshouwer, K., J. Verdurmen, and M. Van Laar, *Display ban verkooppunten tabak*. 2015, NET, Trimbos Instituut: Utrecht.
15. Monshouwer, K., et al., *Verkooppunten van tabaksproducten: Synthese van wetenschappelijke kennis en praktijkkennis over de impact van het reduceren van het aantal verkooppunten en het beperken van de zichtbaarheid van tabaksproducten*. 2015, Trimbos-Instituut: Utrecht.
16. Pulakka, A., et al., *Association between distance from home to tobacco outlet and smoking cessation and relapse*. JAMA Internal Medicine, 2016.
17. Buisman, R., et al., *Factsheet: Generieke tabaksverpakkingen (Plain Packaging)*. 2015, Trimbos-Instituut: Utrecht.
18. Thrasher, J.F., et al., *Cigarette package inserts can promote efficacy beliefs and sustained smoking cessation attempts: A longitudinal assessment of an innovative policy in Canada*. Preventive Medicine, 2016. **88**: p. 59-65.
19. Thrasher, J.F., et al., *The Use of Cigarette Package Inserts to Supplement Pictorial Health Warnings: An Evaluation of the Canadian Policy*. Nicotine & Tobacco Research, 2015. **17**(7): p. 870-875.
20. SCENIHR, *Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives*. 2010, European Commission: Brussels.
21. Kienhuis, A., L. Hernández, and R. Talhout, *Tobacco additives: information for professionals*. 2012, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM): Bilthoven.
22. Werkgroep IBO Gezonde leefstijl, *IBO Gezonde leefstijl Eindrapportage van de werkgroep "IBO Gezonde leefstijl"*. 2016, Ministerie van Financiën: Den Haag.
23. Chaloupka, F. and K. Warner, *The economics of smoking*, in *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Editors. 2000. p. 1539-1627.
24. de Kinderen, R., et al., *Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands*. 2016, Maastricht University, RIVM, Trimbos-institute: Maastricht.
25. Ketelaars, T. and E. Croes, *Effecten van accijns en prijs op het gebruik van tabaksproducten*. 2015, Trimbos-instituut: Utrecht.
26. Brown, T., S. Platt, and A. Amos, *Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review*. Drug and Alcohol Dependence, 2014. **138**: p. 7-16.
27. Brown, J., et al., *How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'?* Drug & Alcohol Dependence, 2014. **135**: p. 52-58.
28. Troelstra, S., J. Harting, and A. Kunst, *Stoptober: Effecten op rookgedrag en ervaringen van deelnemers. Eindrapportage*. 2017, AMC: Amsterdam.
29. Willems, R.A., et al., *Evaluatie van de 'Echt stoppen met roken kan met de juiste hulp' campagne*. 2012, Department of Health Promotion, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University: Maastricht.

30. Van Kann, D., et al., *Evaluatie SMR-campagne 2009-2010: 'In iedere roker zit een stopper'*. 2010, Maastricht School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University: Maastricht.
31. Willemsen, M.C., D. van Kann, and E. Jansen, *Stoppen met roken: ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een massamediale campagne.*, in *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.*, J. Brug, P.v. Assema, and L. Lechner, Editors. 2012, Van Gorcum: Assen.
32. Mudde, A.N. and H. De Vries, *The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in the Netherlands.* American Journal of Public Health, 1999. **89**(3): p. 346-350.
33. Van den Putte, S.J.H.M., et al., *Nederland start met stoppen / Nederland gaat door met stoppen. Evaluatie van de STIVORO campagnes rondom de jaarwisseling 2003-2004.* 2005, Universiteit van Amsterdam, ASCOR: Amsterdam.
34. Westerik, H. and G.A.J. Van der Rijt, *De millenniumcampagne 'Stoppen met roken 2000': Evaluatie van een campagne onder Nederlandse rokers.* 2001, Katholieke Universiteit Nijmegen: Nijmegen.
35. Van den Putte, B., et al., *Interpersonal communication as an indirect pathway for the effect of antismoking media content on smoking cessation.* J Health Commun, 2011. **16**(5): p. 470-85.
36. Bala, M.M., L. Strzeszynski, and R. Topor-Madry, *Massmedia interventions for smoking cessation in adults (Review).* Cochrane Database for Systematic Reviews, 2017. **11**(CD004704).
37. Durkin, S., E. Brennan, and M. Wakefield, *Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: An integrative review.* Tobacco Control, 2012. **21**(2): p. 127-138.
38. Wakefield, M.A., B. Loken, and R.C. Hornik, *Use of mass media campaigns to change health behaviour.* The Lancet, 2010. **376**: p. 1261-1271.
39. National Cancer Institute, *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*, in *NCI Tobacco Control Monograph Series.* 2008.
40. White, V., et al., *Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign.* Tobacco Control, 2003. **12**(Suppl 2): p. ii23-ii29.
41. LAN and Partnership Stop met Roken, *Masterplan stoppen met roken.* 2018, LAN: Amersfoort.
42. Partnership Stop met roken, *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning Herziening 2016.* 2016, Trimbos-instituut en Nederland Huisartsen Genootschap: Utrecht.
43. Carson, K.V., et al., *Training health professionals in smoking cessation.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(5).
44. Reda, A.A., et al., *Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(6).
45. Springvloed, L., M.A.G. Kuipers, and M. Van Laar, *Factsheet effecten van stoppen-met-roken ondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status.* 2017, Trimbos-instituut: Utrecht.

Preventieakkoord: maatregelen en doelen om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen

April 2018



Woord vooraf

Er is een keuze gemaakt om het preventieakkoord te richten op drie thema's namelijk roken, alcohol en overgewicht. Daarbij is als opgave benoemd dat het preventieakkoord moet bijdragen aan het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen.

VWS heeft Pharos, het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, gevraagd om aan te geven waar doelen en maatregelen zich op zouden moeten richten om ervoor te zorgen dat het preventieakkoord ook daadwerkelijk bijdraagt aan het terugdringen van SEGV¹. In deze notitie, bedoeld voor deelnemers aan de thematafels roken, alcohol en overgewicht, bieden we dit kader. We zoomen in deze notitie in op hoe preventieve interventies en ondersteuning effectief kunnen zijn voor inwoners met een lage sociaaleconomische status (ses). Onderstaande input richt zich niet op maatregelen t.a.v. productregulering of wet- en regelgeving. Het RIVM heeft reeds adviezen hierop geformuleerd.

¹ Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Maatregelen en doelen om SEGV terug te dringen

1. Algemene doelen

Bij het implementeren van interventies lopen we het risico de sociaal economische gezondheidsverschillen te vergroten omdat deze preventieve maatregelen in het algemeen bij hoger opgeleiden beter aanslaan. Er zijn extra inspanningen nodig om ook de burgers met een lage sociaaleconomische status en veelal beperkte gezondheidsvaardigheden te laten profiteren van preventieve maatregelen.

Mogelijke doelen

- Interventies die in het kader van het preventieakkoord worden ingezet, richten zich nadrukkelijk ook op deelnemers met een lage ses en/of een migranten achtergrond (bij voorkeur heeft meer dan de helft van de deelnemers een dergelijke achtergrond).
- In 2022 zijn er voor roken, alcohol en overgewicht ook voor inwoners met lage ses en/of migranten effectief bewezen interventies beschikbaar.

2. Toets maatregelen en interventies op bereik en effectiviteit bij lage ses

Maatregelen die in het kader van het preventieakkoord worden genomen dienen expliciet getoetst te worden op het bereiken van inwoners met een lage ses.

Mogelijke doelen

- Alle innovaties op het terrein van preventie (o.a. e-Health) worden getoetst op bruikbaarheid en toegankelijkheid voor lage ses inwoners en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het toetsen dient zich te richten op:
 - gebruiksvriendelijke toepassingen
 - goede inbedding van de interventie/innovatie binnen de lokale context en als onderdeel van een brede aanpak
 - begeleiders/zorgverleners die een coachende rol vervullen als onderdeel van de innovatie. Juist bij burgers met een lage ses is coaching bij gebruik van interventies een belangrijke succesvoorwaarde.
- Er worden kwaliteitscriteria ontwikkeld voor inkoop van preventie, zorg en dienstverlening met oog op geschiktheid voor mensen met lage ses en beperkte (gezondheids)vaardigheden
- Zorgverzekeraars toetsen of interventies/preventief aanbod ook effectief zijn voor inwoners met lage ses en vergoeden in het basispakket uitsluitend interventies die effectief bewezen zijn, ook voor de inwoners met lage SES. Deze worden o.a. vergoed via gemeente & minimapolissen.

3. Maak interventies toegankelijk en effectief voor mensen met lage ses

Om de lage ses groep effectief te bereiken en te ondersteunen dient de interventie zelf en de communicatie daarover (schriftelijk, beeld, mondeling) toegankelijk te zijn. Dit vraagt extra aandacht bij de *ontwikkeling* van de interventies. Professionals betrokken bij de *uitvoering* van interventies hebben hier ook extra competenties voor nodig. Dit betreft onder meer competenties zoals stress-sensitieve dienstverlening, coachende vaardigheden en motiverende gespreksvoering.

Mogelijke doelen

- Alle innovaties op het terrein van preventie (o.a. e-Health) worden ontwikkeld in cocreatie met de beoogde gebruikers: mensen met een lage opleiding/lage gezondheidsvaardigheden.
- In 2020 is voor alle opleidingen in preventie en zorg de module coachingsvaardigheden kwetsbare doelgroepen beschikbaar die inzet op verwerven van competenties om kwetsbare groepen bij gedragsverandering te kunnen coachen.
- In 2020 is er een richtlijn en module voor het geven van eenvoudige adviezen over gezond gedrag, bijvoorbeeld een stop met roken advies aan laagopgeleiden.

4. Stimuleer een brede benadering van preventie

In de aanpak moeten ook de dieperliggende oorzaken van een slechte gezondheid worden meegenomen. Denk aan armoede, schulden, werk, sociaal welbevinden, leefbaarheid in buurten etc. Deze brede benadering moet ingebed zijn in de lokale context, onderdeel uitmaken van wijkaanpakken en zal daarmee per wijk/dorp verschillend zijn.

Mogelijke doelen

- Ontwikkel geen losstaande/enkelvoudige interventies, maar kies voor gecombineerde aanpakken bij lage ses inwoners, bijvoorbeeld:
 - Stoppen met roken-aanbod in combinatie met verwijzing naar stress-reducerende activiteiten en in combinatie met de aanpak van schulden en armoede
 - Samenwerking met werkgevers in zware beroepen (bouw, metaalsector, maar ook gemeentelijke diensten) bij de aanpak van roken
 - Inzetten op activering en perspectief voor jongeren als tegengif tegen middelengebruik (IJslandse aanpak)
 - Een aanpak van overgewicht die gecombineerd wordt met stimuleren van participatie en stressreductie.
- Stimuleer dat in achterstandswijken het preventieplan op roken, alcohol en overgewicht gekoppeld is aan de brede aanpak van gezondheidsachterstanden (GIDS²). Om op lokaal niveau een beeld te krijgen van de factoren die van invloed zijn op leefstijl en die onderdeel kunnen zijn van een brede aanpak: zie de gebiedsindicatoren op waarstaatjegemeente.nl
- Stimuleer dat professionals werkzaam op 'vindplaatsen' van inwoners met lage ses zoals wijkteams, huisartspraktijken, werk en inkomen, doorverwijzen naar de nieuw ontwikkelde preventieve interventies.

² Gezond in de stad (GIDS) is een decentralisatie-uitkering ten behoeve van de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden in 165 gemeenten.

5. Zorg voor een gerichte aanpak: durf te differentiëren

Als het gaat om roken, overgewicht en alcohol dan is er nog veel onderscheid te maken tussen hoge en lage ses en binnen de doelgroep 'lage ses'. Denk hierbij aan leeftijd, sekse en etnische verschillen. Het stellen van concrete doelen op het verminderen van tabaksgebruik, overmatig alcohol gebruik en overgewicht bij lage ses kan uitvoerders van het preventieakkoord stimuleren specifieke maatregelen te nemen om de lage ses doelgroep beter te bereiken.

Mogelijke doelen

- Roken: stimuleer het stellen van doelen op lage ses.
 - In 2040 is het percentage rokers onder lage ses teruggebracht van 27% naar 19% (RIVM)
 - In 2040 is het percentage rokers onder laagopgeleide mannen in de leeftijd 25-45 jaar teruggebracht van ca. 50% tot 30%
- Preventie roken en alcoholgebruik onder jongeren. Onder middelbare scholieren wordt vooral veel gerookt en aan binge drinken gedaan onder vmbo'ers en dan met name vmbo-b leerlingen.³
 - In 2040 is het aantal dagelijks rokers op vmbo-b teruggedrongen van ca. 6,5% (2015) naar 2%.
 - In 2040 is het aandeel bingedrinkers onder de vmbo-b leerlingen die alcohol gebruiken afgenomen van ca. 80% naar 30%.⁴
- Overgewicht: Ruim 60% van de mensen met een laag opleidingsniveau (vmbo of lager) heeft overgewicht en ruim 20% heeft obesitas. Dat betekent dat ruim een derde van de laagopgeleiden met overgewicht kampt met obesitas. Van de hoogopgeleiden heeft ruim 40% overgewicht en 8 à 9% obesitas. Overgewicht komt dus niet alleen vaker voor bij laagopgeleiden, er is ook relatief vaker sprake van obesitas.⁵
 - In 2040 is het aantal laagopgeleiden met overgewicht teruggedrongen tot 50% en heeft nog maximaal een kwart daarvan obesitas. Dat betekent dat obesitas onder laagopgeleiden is teruggedrongen tot 12,5%

³ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-jongeren#node-roken-scholieren-naar-opleiding>

⁴ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/cijfers-context/huidige-situatie#node-alcoholgebruik-scholieren-naar-opleidingsniveau>

⁵ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-naar-opleiding>

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Voeding Gezondheidsbesch.
en Preventie
Team 2

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

@minvws.nl

agenda

Betreft	Bijeenkomst preventieakkoord Roken
Vergaderdatum en -tijd	23 mei 2018, 14:00-17:00
Vergaderplaats	Utrecht, Bar Beton
Aanwezig	Alliantie Nederland Rookvrij (ANR; Floris Italianer), Partnership Stoppen met Roken (PPP;), GGZ Nederland (Jacobine Geel), Verslavingskunde Nederland (Robert van de Graaf), Gemeenten Groningen (Matthias Gijsbertsen), Taskforce Rookvrije Start (), GGD GHOR (Jos Rietveld), VNG/Gemeente Velsen (), VWS (), NUSO/Jantje Beton (), Kinderboerderij Actief (), KNVB (), Gjalt Jellesma (BOINK), Long Alliantie Nederland (), (Trimbos Instituut), Pharos, ZN/ASR (), NHG (), Topsector Sciences, Life en Health (Nico van Meeteren), Jolande Sap (voorzitter), SER (inhoudelijke ondersteuning,), VWS (), secretaris).
Afwezig	(Garnt Postma)

Datum
15 mei 2018

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

- | | |
|--|----------------|
| 1. Opening & mededelingen | 5 min. |
| 2. Terugblik en actiepunten 20 april | 10 min. |
| 3. Akkoord op gezamenlijke ambities
Bijlage 1, in samenhang met bijlagen 2, 3 en 5 | 25 min. |
| 4. Presentatie - Effectieve maatregelen
Bijlage 4, inclusief bespreking | 25 min. |

5. Verkenning inzet op effectieve maatregelen

- met behulp van pijlers effectieve aanpak en flipover
- in dit blok vindt een pauze van 10 minuten plaats

100 min.

6. Voorbereiding en planning volgende bijeenkomst

10 min.

7. Afsluiting

5 min.

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Voeding Gezondheidsbesch.
en Preventie
Team 2

Datum
15 mei 2018

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Betreft	Thematafel Roken
Vergaderdatum en -tijd	23 april 2018 14:30
Vergaderplaats	VWS, Den Haag
Aanwezig	Alliantie Nederland Rookvrij (ANR; Floris Italianer), Partnership Stoppen met Roken (PPP; [REDACTED]), GGZ Nederland (Jacobine Geel), Verslavingskunde Nederland (Robert van de Graaf), Taskforce Rookvrije Start ([REDACTED]), GGD GHOR (Jos Rietveld), LHV/Ineen (Garnt Postma), VNG/Gemeente Velsen ([REDACTED]), VWS ([REDACTED]), NUSO/Jantje Beton ([REDACTED]), Kinderboerderij Actief ([REDACTED]), KNVB ([REDACTED]), Gjalt Jellesma (BOINK), Long Alliantie Nederland ([REDACTED]), [REDACTED] (Trimbos Instituut), ZN/ASR ([REDACTED]), NHG ([REDACTED]), Jolande Sap (voorzitter), SER (inhoudelijke ondersteuning, [REDACTED]), VWS ([REDACTED], secretaris).
Afwezig	Gemeente Groningen
Kopie aan	Staatssecretaris

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

[REDACTED]

(Senior) Beleidsmedewerker

T 070 [REDACTED]

M 06- [REDACTED]

F 070 [REDACTED]

[REDACTED]@minvws.nl

Datum

23 april 2018

Aantal pagina's

6

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

- Aftrap voorzitter Jolande Sap**
VZ geeft aan dat ze veel verwacht van akkoord. Geeft daarna een toelichting op de agenda. Agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.
- Kennismaking aanwezigen**
VZ nodigt de deelnemers uit zichzelf te introduceren en het mandaat aan te geven. Ook de rol van de expert [REDACTED] (inbreng expertise, met effectieve maatregelen, uit binnen en buitenland), de SER (delen van ervaring met sluiten duurzame akkoorden) en VWS (secretaris) worden toegelicht.
- Toelichting ambities van deelnemers**
Deelnemers worden gevraagd om hun eigen ambitie toe te lichten, waar mogelijk voor de korte termijn (2020) en lange termijn (2035 of 2040).

ANR (Floris Italianer)

Ambities zijn gebaseerd op de routekaart van de rookvrije generatie. In 2035: < 5% rokende volwassenen, 0% onder de jongeren. In 2020 <20% volwassenen en <7,5% van de jongeren. ANR kan bijdragen in geld en middelen. Ze spelen een activerende rol richting brede publiek en kunnen samen met gemeenten, speeltuinen, sportverenigingen en vele andere maatschappelijke organisaties werken aan een rookvrije omgeving voor kinderen. Daar staat tegenover dat de overheid effectieve maatregelen zou moeten nemen om de ambitie ook echt te halen.

Heeft concreet 4 ambities voor de overheid: 1 voorlichting (effectief op basis van onderzoeken), 2 rokers faciliteren (oa met meer stoppogingen), 3 snelle implementatie van uitstalverbod (wijst ook op opening bij supermarkten om over verkoopverbod te praten, supermarkten zien echter mededingingsproblemen) en 4 hogere accijnzen (dan nu zijn voorgesteld, in Australië kost een pakje in 2020 €29). Verwacht dat we met elkaar in korte tijd grote stappen kunnen zetten en dat ANR kan bijdragen aan draagvlak via haar leden.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

Partnership Stoppen met Roken ()

Vindt het van belang dat de vindbaarheid, toegankelijkheid en de ketensamenwerking rond de stoppen met roken zorg wordt verbeterd.

GGZ (Jacobine Geel)

Pleidooi voor overkoepelde aanpak over tafels heen en voor inbedding akkoord in bredere beleid rond zorg (draagvlak premies) en arbeidsmarkt. Daarnaast veel draagvlak voor rookvrije zorg, oa door ambitieakkoord Roken de zorg uit (2017) en rechtszaak Sick of Smoking. Ambitie: in 2020 alle verslavingszorginstellingen een gouden status en alle ggz instellingen een bronzen status. Voor de lange termijn, 2025, iedere instelling gouden status. Ziet dat bij rokers in de GGZ sprake is van opeenstapeling van problemen, vandaar ook wens voor integrale aanpak. Wijst op positieve ervaring met terugdringen van separeren in de GGZ.

Verslavingskunde Nederland (Robert van de Graaf)

Wil bereiken dat ook ernstig verslaafde rokers de juiste zorg krijgen en dat de zorg compleet rookvrij is (werkplek en behandelcultuur). Vindt dat een daling tot 5% in 2035 ook terug moet komen binnen kwetsbare groepen rokers. Kan bijdragen met veel expertise op terrein van rookvrije zorg.

Taskforce Rookvrije Start ()

Ambitie gericht op bevorderen van goede stopzorg voor rokende (aanstaande) ouders en versterking ketensamenwerking. Boodschap dat roken verslaving is, moet verder verbreed en indalen in de zorg. Kan daartoe bijdragen met landelijk netwerk van ambassadeurs, e-learning, voorlichtingsmaterialen en richtlijn. Heeft met huidige Taskforce doel om aantal rokende zwangeren te halveren (inclusief partners), maar wil over ambitie Preventieakkoord nog ruggespraak met ANR.

GGD GHOR (Jos Rietveld)

Partner van de Rookvrije Generatie beweging, wil met GGD-en prioriteit geven aan rookpreventie onder jongeren en zwangeren. Heeft als ambitie dat roken

onder lage ses wordt teruggebracht van 22% naar 10% in 2035, dat aantal jongeren dat begint met roken daalt van 100 naar 60 per dag in 2020 en 0 in 2035 en dat aantal gemeenten met RVG beleid in 2020 is gestegen van 60 naar 100. GGD GHOR biedt aan om rol te spelen bij verbinding tussen lokaal en landelijk.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

LHV/Ineen (Garmit Postma)

Ziet weinig ruimte voor extra inzet. Vooral voortzetting van medicamenteuze behandeling rokers en ketenzorg voor chronisch zieken. Er zijn nu weinig verwijsmogelijkheden. Vraagt zich af hoe de roker zonder aandoening bereikt kan worden. Huisartsen zijn heel actief met bereiken van lage ses in kwetsbare buurten. Pleit voor meer afspraken met sociaal domein en in de wijk. Geeft aan dat door programmatische zorg aantal rokers met chronische aandoening gedaald is van 25% naar 15%.

Datum
23 april 2018

VNG ()

Pleit voor meer preventie, aandacht voor SEGV, duidelijker rol van zorgverzekeraar. Vanuit VNG geen specifieke aandacht voor roken. Wijst op succesvolle initiatieven van gemeenten zoals JOGG en GIDS en op belang van sociale akkoorden.

VWS ()

Ambitie gebaseerd op doelstelling van de rookvrije generatie. In 2040 5% rokers en 0% jongeren. Roken onder mensen met een lage sociaal economische status (SES) terugdringen van 29% (2016) naar 19% in 2040. Geeft aan dat lage ses ambitie nog niet onderbouwd is, dat het gaat om lastige groep waar vaak sprake is van meervoudige problemen. Voor 2020 is ambitie dat de omgeving van kinderen rookvrij is en dat er meer effectieve stoppogingen plaats vinden.

Jantje Beton / NUSO ()

Inmiddels is 20% van de speeltuinen rookvrij. Biedt hiertoe ondersteuning aan beheerders van speeltuinen, in veel gevallen ouders of buurtbewoners. Heeft ambitie dat in 2020 50% van de speeltuinen rookvrij is.

Kinderboerderij actief ()

Verwacht dat er eind dit jaar 100 rookvrije kinderboerderijen zijn. Heeft ambitie dat dit aantal in 2020 gegroeid is naar 250. Nederland heeft ruim 400 kinderboerderijen. Wil voor lange termijn meer verbinding met gemeenten als het gaat om tabaksontmoediging.

BOINK (Gjalt Jellesma)

Werkt aan 100% rookvrije kinderopvanglocaties (12.000). Verwacht dat er weerstand is bij pedagogisch medewerkers die vaak nog roken en dat het lastig zal zijn om opvang door gastouders rookvrij te maken. Ziet rol voor kinderen als ambassadeur.

KNVB ()

Voert integraal programma uit gericht op gezonde sportomgeving. Heeft ambitie dat in 2020 1/3 van de sportverenigingen helemaal rookvrij is en dat

in 2040 alle sportverenigingen rookvrij zijn. Met KNHB, KNKV en Hartstichting zijn inmiddels 300 sportverenigingen rookvrij gemaakt.

Long Alliantie Nederland ()

Ambitie voor 2020: meer (3x zoveel) effectieve stoppogingen, system approach van overheid en streven voor 2040 om tot land met gezondste generatie van Europa te behoren. Heeft met zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, gezondheidsfondsen een Masterplan SMR opgesteld en wil dat graag delen.

Zorgverzekeraars Nederland ()

Constateert dat stoppen met roken programma's weinig worden aangevraagd. Wijst op verschillende niveaus van preventie. ZN overweegt om in 2020 meer te focussen op preventie onder specifieke kwetsbare doelgroepen: jeugd, chronisch zieken en lage ses.

Trimbos Instituut ()

Wijst op artikel in Lancet over 5% norm voor een rookvrije samenleving, sluit aan bij gehoorde ambities. Finland wil toe naar 3%. Focus op lage ses belangrijk. Ook koploperlanden als VK hebben doelstelling op lage ses. Denkt dat ambitie van 26% (2017) naar 19% wel een lage ambitie is.

NHG ()

Constateert dat 1/3 van de gezondheidsverschillen verklaard wordt door roken, dat er voldoende Stoppen met Roken aanbod is van de 0de lijn t/m de derde lijn, in een aansluitende keten, waar de huisarts zelf onderdeel van uitmaakt en gericht naar toe kan doorverwijzen. NHG is partner van de Alliantie Nederland Rookvrij.

4. Rode draad gezamenlijke ambitie vaststellen

Op sheets zijn de ambities genoteerd. Voorzitter onderscheidt 3 niveaus als het gaat om een ambitie:

1) overkoepelende ambitie voor gehele preventieakkoord, met oog voor belang van een vitale bevolking voor Nederlandse economie en draagvlak voor premiebetaling. Voorzitter licht toe dat er een verbindingstafel komt waar onderliggende problematiek die aan alle tafels speelt (zoals gezondheidsverschillen naar ses) aangepakt wordt. Zij zal belang van overkoepelende ambitie inbrengen aan deze tafel en vervolgens terugbrengen naar tafel roken.

2) ambitie t.a.v. bereiken resultaat op korte en lange termijn ten aanzien van het terugdringen van roken. Daarvoor zijn verschillende waardevolle suggesties gedaan op landelijk en sectorniveau.

3) ambitie t.a.v. te verrichten inspanningen. Hier zijn veel waardevolle suggesties gedaan over samenwerking, verbinding leggen tussen professionals, tussen landelijk en lokaal e.d.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

ANR voegt toe dat er ook behoefte is aan coördinatie en het bundelen van krachten. ANR is bezig om op lokaalniveau toe te werken naar een soort van clustering.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

SER wijst op het belang van de kwaliteit van een akkoord. Er worden vaak akkoorden 'van de goede bedoelingen' gesloten, die in de praktijk mislukken doordat de afgesproken maatregelen niet effectief bleken of doordat afgesproken maatregelen niet zijn uitgevoerd. SER wil kennis en ervaring graag delen. Het is goed als er een onafhankelijk rekenmeester en monitor is, waarbij partijen die het akkoord afsluiten zichzelf tot aan 2040 verplichten om jaarlijks de resultaten te laten evalueren en wanneer een achterstand ontstaat de partijen opnieuw om tafel moeten voor een aanvullend beleidspakket. De SER heeft een voorkeur voor het RIVM bij het preventieakkoord, zoals het PBL deze rol invult bij het Energieakkoord en Klimaatakkoord.

Trimbos geeft aan dat politieke haalbaarheid van een akkoord ook het succes bepaalt.

Gezamenlijk worden de volgende noties gemaakt:

- Ambities moeten niet gratis zijn, ook de maatregelen en daden moeten geleverd worden;
- De rookvrije generatie is een goed frame;
- Vraag of we de prevalentiedoelstellingen niet positief moeten formuleren als in zoveel procent rookt niet.

5. Vervolgstappen

Deelnemers

Draagvlak is van belang, vraag is of we voor dat draagvlak nog meer partijen nodig hebben.

Genoemd worden JGZ, onderwijsraden, patiëntenorganisaties (Mind, Patiëntenfederatie Nederland of het Zwarte Gat), MBO-raad en bedrijfsleven. Gelet op artikel 5.3 van het WHO Kaderverdrag is het niet mogelijk met fabrikanten of partijen die belang hebben bij de verkoop te overleggen over te ontwikkelen beleid. Tegelijkertijd is het wel van belang om bedrijfsleven in rol van werkgever aan tafel te hebben om afspraken te kunnen maken over roken als onderdeel van breder vitaalbeleid voor medewerkers.

Afgesproken is dat ANR, VWS en VZ gauw om tafel gaan om te kijken of en zo ja welke koepels en/of bedrijven zouden kunnen aanschuiven.

Document voor volgende vergadering

VZ stelt voor dat secretariaat op basis van inbreng van de expert vóór de volgende vergadering een document opstelt dat in beeld brengt wat de gemeenschappelijke doelstellingen voor de korte en lange termijn kunnen zijn, waar we staan, wat we weten over effectieve maatregelen en of die passen bij de doelen die we gaan formuleren.

Vertrouwelijkheid

VZ vraagt iedereen om vertrouwelijk om te gaan met hetgeen is besproken en alleen over de inhoud naar buiten te treden als we dat gezamenlijk zo hebben afgesproken. Alle aanwezigen zijn akkoord.

Verslavingskunde Nederland meldt dat voor een Hart van Nederland item gesproken hebben over het Preventieakkoord.

Vervolgafpraak

De volgende bijeenkomst is gepland op woensdag 23 mei, van 14.00 tot 17.00 te Utrecht.

Afgesproken is verder dat iedere deelnemer zijn bijdrage waar mogelijk aanscherpt en deelt in de groep.

**Directie Voeding,
Gezondheidsbescherming
en Preventie**
Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Datum
23 april 2018

6. Afsluiting

VZ geeft aan dat foto's van de sheets en de presentatie van [REDACTED] gedeeld worden. De vergadering wordt om 16.15 uur afgesloten.

Van: [redacted]
Aan: [redacted] @planet.nl; [redacted] @hartstichting.nl; [redacted] @zn.nl;
 [redacted] info@kinderboerderijenactief.nl; [redacted] @jantiebeton.nl; [redacted] @ggznederland.nl;
 [redacted] @gmail.com; [redacted] @sgzoetermeer.nl; [redacted] bestuurssecretariaat@hv.nl; [redacted] Jolande Sap;
 [redacted] @groningen.nl; [redacted] @longalliantie.nl;
 [redacted] @velsen.nl; [redacted] @trimbos.nl;
 [redacted] @ggd.groningen.nl; [redacted] @pink-fox.nl;
 [redacted] @knvb.nl; [redacted] @lumc.nl; [redacted] managementassistent; [redacted] @boink.info;
 [redacted] @trimbos.nl; [redacted] @pharos.nl;
Onderwerp: agenda+stukken bijeenkomst woensdag 23 mei preventieakkoord roken
Datum: vrijdag 18 mei 2018 16:51:11
Bijlagen: 4. Inbreng expert - effectieve aanpak.pdf
 5. Preventieakkoord doelen op lage ses Pharos april 2018.pdf
 20180518 Conceptverslag thematafel Roken 20 april.pdf
 2. Feiten roken.pdf
 1. Gezamenlijke doelstellingen.pdf
 0. Agenda 23 mei 2018.pdf
 3. Huidige inzet beleid.pdf

Goedenmiddag,

Hierbij ontvangt u de agenda van de tweede bijeenkomst van de thematafel Roken op 23 mei aanstaande.

Met deze agenda ontvangt u ook een aantal bijlagen:

1. een overzicht van de mogelijke gezamenlijke doelstellingen en ambities;
2. een selectie van feiten ten aanzien van roken;
3. een schematische weergave van huidige wetgeving en activiteiten ten aanzien van roken
4. inbreng van [redacted] ten aanzien van een effectieve aanpak van roken;
5. Inbreng van Pharos ten aanzien van doelstellingen op lage ses;
6. conceptverslag 20 april 2018
7. de formats van de deelnemende partijen (ontvangt u in een separate email)

We starten woensdag om 14.00 en ronden uiterlijk 17.00 af.

Graag stellen we alvast de data voor twee vervolgbijeenkomsten voor:

- vrijdag 29 juni van 14.00 tot 17.00
- vrijdag 7 september van 14.00 tot 17.00

Woensdag horen we wel of dit voor u ook geschikte data zijn.

Bar Beton Centraal Station bevindt zich op de eerste etage in de centrale stationshal. Zie voor verdere details en een routebeschrijving <https://www.bar-beton.nl/vestigingen>

We kijken uit naar volgende week en hopen dan dichterbij de contouren van een akkoord te komen.

Met vriendelijke groet,

Jolande Sap
 Voorzitter thematafel Roken

Accijnzen

- Export $\rightarrow$ 10% verhoging p. jaar.
 - $\rightarrow$ schotsgewijs - anders wettelijk
 - $\rightarrow$ flankerend beleid
 - $\rightarrow$ timing aankondiging
- Fin
 - $\rightarrow$ samenhangend pakket
 - $\rightarrow$ aangelegd
- ~~Accijnzen~~ Accijnzen op tabak 2.5% miliebel
- In Europees verband invoeren.
- Rapport grenseffecten
- Correctie inflatie
- Motivatie $\rightarrow$ mensen helpen

Ondersteuning SMR

Zorgverzekeraars → eigen risico

↳ PPP

→ Inkoopbeleid
↳ criterium + effect of voor
↳ vergoeding van
stopprocedures

→ stopprocedures → versla
behandeling + vergoeding

↳ Longaarditie ZN, PPP

↳ Omvang van de zorg → ontwikkelende zorg

Lokaal zorgpad / keten

→ beleidregels → vus
& zorginstelling

"Stop-proces" faciliteren

aansluiten bij richtlijn die er zijn

In de zorg niet overblijvend

Nodig beroepsgehele

Ondersteuning

↳ financiële draagvlak / eigen risico
↳ doorverwijzing / rol patiënt
↳ begeleiden

"Dwars" vs overblijvende

↳ dwars = overblijvende
↳ dwars = overblijvende

↳ dwars = overblijvende

Tabak uit het zicht

- verkoop beperkingen
alleen via speciaal zaken?
- verkoopverbod voor supermarkten?
- vergunningstelsel
(toezicht ↑) vrijwillig / druk ↑
- initiatief overheid Verbod op lange termijn?
tot gesprek met supermarkten