



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

[Passive smoking in young children in the Netherlands sharply decreased since 1996.]

Citation

[Passive smoking in young children in the Netherlands sharply decreased since 1996.]. (2010). [Passive smoking in young children in the Netherlands sharply decreased since 1996.], 154(50), A1658. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/119402>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License:

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/119402>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

ONDERZOEK

Meerroken door kinderen in Nederland sinds 1996 sterk gedaald

Matty R. Crone, Gera E. Nagelhout, Ingrid van den Burg en Remy A. HiraSing

- DOEL** De prevalentie van het meerroken door jonge kinderen beschrijven en het verloop hiervan in de tijd analyseren.
- OPZET** Retrospectief, beschrijvend.
- METHODE** Gegevens waren afkomstig uit een jaarlijkse steekproef van 500 à 800 volwassenen met kinderen van 0-4 jaar in het gezin, die vragen beantwoord hadden over meerroken en achtergrondkenmerken. Gegevens over de jaren 1996-2009 werden geanalyseerd op trends in de prevalentie van meerroken en de relatie hiervan met kenmerken als rookgedrag en sociaaleconomische status.
- RESULTATEN** Het percentage gezinnen met jonge kinderen (0-4 jaar) waar in huis werd gerookt, daalde sterk, van 64 in 1996 naar 19 in 2009. Het meerroken daalde eveneens sterk. De prevalentie van roken in huis in het bijzijn van jonge kinderen was 10% in 2009 tegen 48% in 1996. Na de invoering van het rookverbod in de horeca in 2008 daalde het meerroken thuis sterker dan in de jaren daarvoor, behalve in de gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen. Meerroken komt nog voor bij 14% van de gezinnen met kinderen van 2-4 jaar, 29% van de gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen en 22% van de gezinnen met rokers. Bijna 40% van de zwaardere rokers stellen hun kind nog bloot aan tabaksrook in huis.
- CONCLUSIE** Er is een duidelijke daling in het aantal jonge kinderen dat thuis meerookt. Desondanks zijn er nog steeds groepen kinderen die regelmatig in de rook zitten. Preventieprogramma's zouden moeten worden geoptimaliseerd om de daling in het meerroken in deze groepen verder voort te zetten.

Meerroken door jonge kinderen kan schadelijke gevolgen hebben voor hun gezondheid.¹⁻³ In 1996 werd nog bijna de helft van de zuigelingen blootgesteld aan tabaksrook thuis.⁴ Sindsdien zijn in Nederland verschillende maatregelen genomen om het meerroken te verminderen. In het openbaar vervoer en op het werk werd in 2004 een rookverbod ingevoerd; in de horeca, sport-, kunst- en cultuursector kwam dat verbod in 2008.

STIVORO begon in 1997 met individuele voorlichting door de jeugdgezondheidszorg en kraamzorg aan ouders van jonge kinderen en sinds 1999 voert zij een massamediale campagne gericht op familie en vrienden. De belangrijkste boodschap is om niet te roken in het bijzijn van het kind. Na de start van de individuele voorlichting en de eerste massamediale campagne bleek de door ouders gerapporteerde blootstelling van baby's aan tabaksrook thuis gedaald van 41% in 1996 naar 18% in 1999.⁴

Sinds 1999 zijn er in Nederland geen cijfers over de blootstelling aan tabaksrook door jonge kinderen meer gepubliceerd. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de prevalentie van meerroken bij oudere kinderen daalt.⁵⁻⁷ Ook bij kinderen van rokende ouders en van ouders uit lagere sociaaleconomische groepen daalt het meerroken. Over de blootstelling aan tabaksrook van de jongste kinderen, de meest kwetsbare groep, is minder bekend.⁸ Dit artikel beschrijft de prevalentie van meerroken door kinderen

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden.

Dr. M.R Crone, gezondheidswetenschapper.

STIVORO voor een Rookvrije Toekomst,

Den Haag.

Drs. G.E. Nagelhout,

communicatiewetenschapper (tevens:

Maastricht University, CAPHRI, Maastricht);

ir. I. van den Burg,

bedrijf- en consumentenwetenschapper.

VU Medisch Centrum, EMGO Instituut,

afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Prof.dr. R.A. HiraSing, kinderarts-jeugdarts.

Contactpersoon: dr. Mathilde R. Crone

(m.r.crone@lumc.nl).

UITLEG

Stationary R² Deze determinatiecoëfficiënt wordt gebruikt als er sprake is van een trend. Het geeft aan hoe goed een wiskundig model (bijvoorbeeld het Holt-model of het Brown-model) een variatie van gegevens in de tijd (de trend) verklaart. Hoe hoger de positieve waarde, hoe beter het model de geobserveerde variaties in de tijd voorspelt.

van 0-4 jaar in Nederland sinds 1996 en het verband tussen de prevalentie en kenmerken van het kind en van het gezin.

METHODE

Sinds 1996 verzamelt TNS NIPO in opdracht van STIVORO jaarlijks data over meeroken. In de periode 1996-2000 werd de vragenlijst thuis afgenomen door een enquêteur. Van 2001-2008 werd de vragenlijst gemaïld; deze kon op de computer worden ingevuld en teruggestuurd. Vanaf 2009 krijgen de respondenten een link naar de vragenlijst gemaïld en kunnen ze de vragenlijst op internet invullen. Omdat de methode van enquêteren invloed kan hebben op de resultaten werden de analyses ook apart uitgevoerd voor 1996-2000 en 2001-2008. Aangezien in beide periodes een daling gevonden werd in het meeroken en geen trendbreuk zichtbaar was vanaf 2001, rapporteren wij in dit artikel de trends van 1996-2009.

Elk tweede en derde kwartaal van het jaar werden ongeveer 250 à 400 respondenten van 18 jaar en ouder met kinderen jonger dan 5 jaar in het gezin ondervraagd. Alleen in 1997 werden geen data over meeroken verzameld. Voor dat jaar werd een gemiddeld percentage berekend op basis van de percentages in de omliggende jaren. Alle data werden gewogen naar provincie, gemeentegrootte, geslacht, leeftijd, gezinsgrootte en opleiding.

VRAGENLIJST

De vragenlijst bestond uit 10 vragen, onder andere of er in huis gerookt werd in aanwezigheid van het jongste kind en of er buitenshuis gerookt werd in aanwezigheid van het jongste kind. Antwoordcategorieën waren (a) 'altijd', 'regelmatig', 'af en toe' en (b) 'nooit'. Ook werd gevraagd welke hulpverleners met hen gesproken hadden over de hinder en schade van meeroken voor jonge kinderen. Verder werd naar een aantal achtergrondkenmerken gevraagd: sociaaleconomische groep, rookgedrag in het gezin, rookgedrag respondent (gevraagd in de periode 2003-2009) en leeftijd van het jongste kind. De sociaaleconomische groep was gebaseerd op het hoogst behaalde opleidingsniveau en het beroep van de respondent.

ANALYSES

De analyse werd uitgevoerd op geaggregeerde jaarcijfers van 1996-2009. Een tijdreeksanalyse werd uitgevoerd met de module 'Trends' van SPSS, versie 16.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, VS), waarmee trends vastgesteld kunnen worden.

TABEL 1 Verdeling in kenmerken van gezinnen die waren ondervraagd over rookgewoonten, weergegeven per jaar

kenmerk	jaartal; %												
	1996 (n = 797)	1998 (n = 459)	1999 (n = 484)	2000 (n = 438)	2001 (n = 879)	2002 (n = 502)	2003 (n = 439)	2004 (n = 507)	2005 (n = 590)	2006 (n = 572)	2007 (n = 425)	2008 (n = 672)	2009 (n = 895)
leeftijd kind													
< 2 jaar	47,4	38,1	39,0	48,4	47,9	45,8	46,2	46,3	47,5	39,0	47,1	47,5	40,9
2-4 jaar	52,6	61,9	61,0	51,6	52,1	54,2	53,8	53,7	52,5	61,0	52,9	52,5	59,1
sociale klasse													
hoog	56,7	61,0	58,5	57,8	47,9	47,6	48,3	44,1	46,7	52,4	45,9	55,2	61,6
gemiddeld	11,1	8,5	9,3	9,4	18,2	19,9	15,2	18,5	16,1	16,2	18,4	17,3	22,5
laag	32,1	30,5	32,2	32,8	33,8	32,5	36,4	37,4	37,2	31,4	35,8	27,5	15,9
rokers in gezin?													
ja	48,3	46,4	44,9	46,8	45,6	48,4	31,7	24,7	41,3	n.g.	n.g.	33,2	33,1
nee	51,7	53,6	55,1	53,2	54,5	51,6	68,2	75,3	58,8			66,8	66,9
rookgedrag respondent													
niet- of ex-roker	n.g.	n.g.	n.g.	n.g.	n.g.	n.g.	69,3	71,1	73,5	70,8	72,8	73,0	73,6
1-10 sigaretten/dag							13,2	12,1	11,3	11,6	11,1	11,3	12,4
> 10 sigaretten/dag							17,5	16,8	15,2	17,7	16,1	15,8	14,0

n.g. = niet gevraagd.

TABEL 2 Prevalentie van meeroken in 1996 en in 2009 en de resultaten van de trendanalyses over de periode 1996-2009

rookgewoonte	prevalentie; %		parameters trendanalyse			
	1996 (n = 797)	2009 (n = 895)	model	stationary R ²	α (SD) †	p-waarde
roken in huis	64	19	Holt	0,72	0,01 (0,16)	0,99
roken in huis in bijzijn jongste kind	48	10	Holt	0,73	0,10 (0,15)	0,54
roken buitenshuis in bijzijn van het jongste kind	65	42	Brown	0,51	0,45 (0,14)	0,01
roken buitenshuis tijdens feestjes in bijzijn van het jongste kind	22	18	Holt	0,52	0,30 (0,25)	0,26
meeroken in huis in bijzijn van het jongste kind bij:						
hoge SES	40	5	Holt	0,87	0,12 (0,11)	0,28
gemiddelde SES	50	10	Holt	0,89	0,01 (0,14)	0,94
lage SES	61	29	Holt	0,60	0,10 (0,09)	0,29
kind jonger dan 2	39	5	Holt	0,82	0,13 (0,12)	0,31
kind 2 tot 4 jaar	56	14	Holt	0,76	0,001(0,06)	0,99
geen rokers in gezin‡	25	4	Holt	0,78	0,00 (0,12)	0,99
rokers in gezin	72	22	Holt	0,82	0,10 (0,11)	0,40

SES = sociaaleconomische status

* Stationary R²: Deze determinatiecoëfficiënt geeft aan hoe goed het Holt-model of het Brown-model de tijdreeks verklaart. Hoe hoger de positieve waarde, hoe meer van de tijdreeks door het model verklaard wordt.

† α kan een waarde tussen 0 en 1 aannemen. Als de α significant is ($p < 0,05$) hebben recentere observaties meer gewicht in het model dan eerdere observaties.

‡ In 2006 en 2007 werd hier niet naar gevraagd. Percentages voor die jaren werden berekend uitgaande van een lineaire trend tussen 1996-2009.

Een trend is een geleidelijke op- of neerwaartse beweging van een tijdreeks over een lange periode. Als analyses aangaven dat er sprake was van een zogenoemd Holt-model of Brown-model, betekende dit dat er een trend was. Naarmate de bijbehorende 'stationary R²' hoger was (zie uitlegkader), was de trend sterker. Een significante α bij een Holt-model betekende dat recentere observaties meer gewicht hadden dan eerdere observaties in het voorspellen van een toekomstige observatie. Een α -coëfficiënt ligt tussen 0 en 1: naarmate α dichter bij 1 ligt wordt er meer gewicht gegeven aan recentere observaties.

RESULTATEN

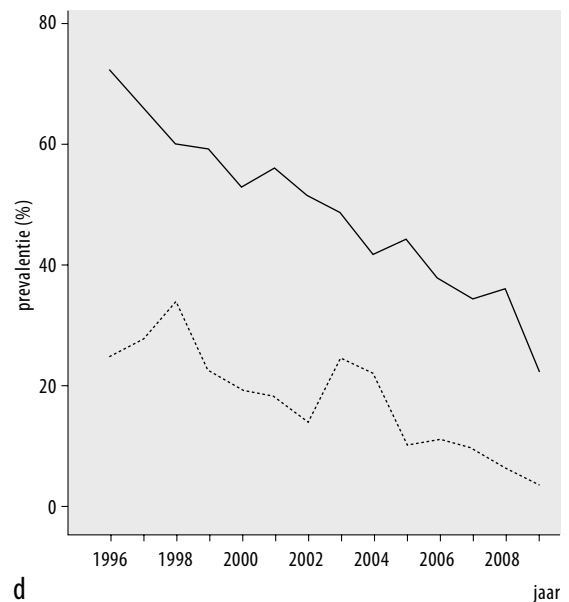
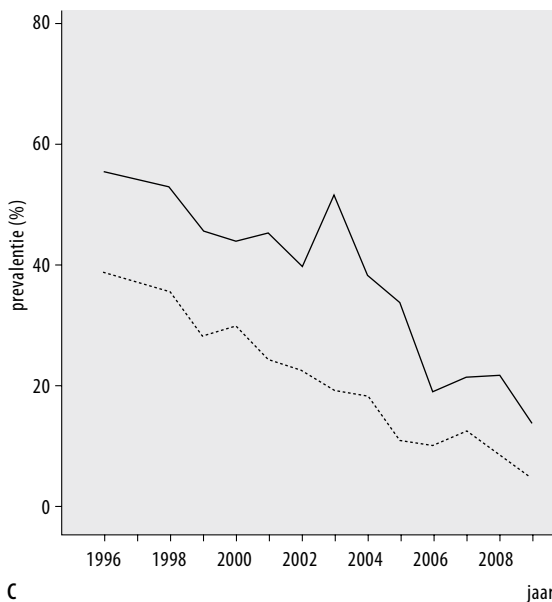
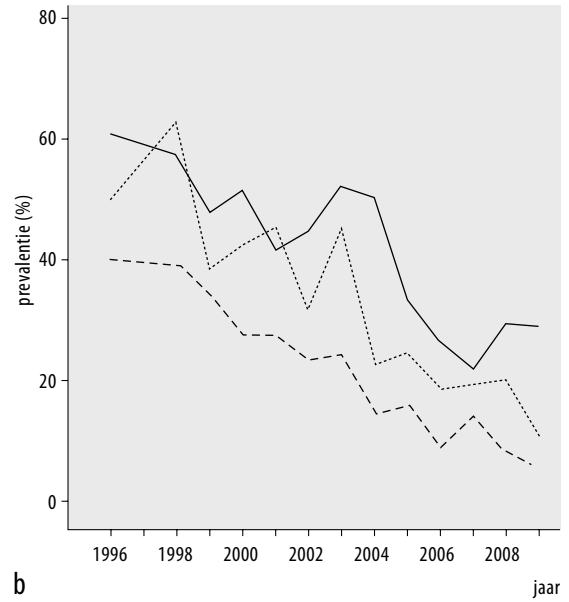
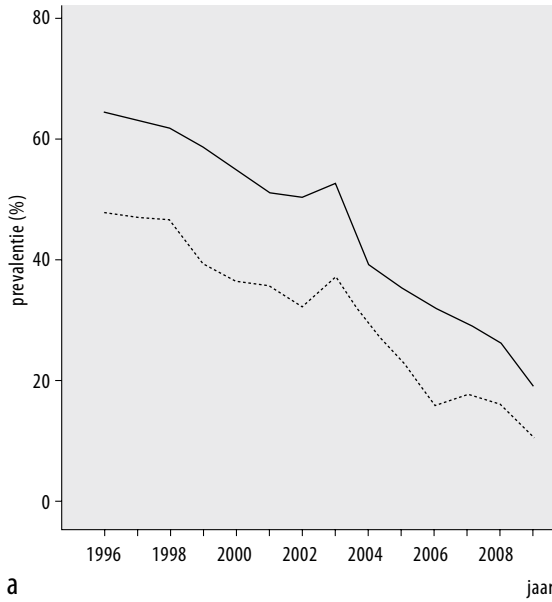
Er waren een aantal verschillen tussen de jaren. In de eerste jaren en in 2009 kwamen de respondenten vaker uit hogere sociaaleconomische groepen dan in de andere jaren. Het percentage rokers in het gezin was in 2003, 2004, 2008 en 2009 lager dan in de andere jaren (tabel 1). Zowel het roken in huis als het roken in huis in bijzijn van jonge kinderen vertoonde van 1996-2009 een duidelijke dalende trend (tabel 2 en figuur 1a-1b). In 2009 was het percentage meerokende kinderen thuis het laagst, 35% lager dan in 2008.

Kenmerken gezin Roken in huis in bijzijn van het kind

was gedaald bij gezinnen met rokers en in gezinnen zonder rokers. Het was ook gedaald bij gezinnen uit hogere en uit lagere sociaaleconomische groepen en bij gezinnen met kinderen in de categorieën jonger dan 2 jaar en 2-4 jaar (zie tabel 2 en figuur 1b-d). Alleen vanaf 2006 was er bij de gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen geen daling in het meeroken thuis door kinderen (zie tabel 2 en figuur 1b). Het meeroken door kinderen thuis daalde van 49% in 2003 naar 11% in 2009 bij de lichte rokers (10 of minder sigaretten per dag) en van 78% naar 38% bij de zwaardere rokers (meer dan 10 sigaretten per dag).

Roken buitenshuis In 1996 gaf 65% van de gezinnen aan dat er buitenshuis in bijzijn van het kind gerookt werd. In 2008 was dat 56% en in 2009 42%. Roken buitenshuis tijdens feestjes in bijzijn van het jongste kind steeg licht tot 2005, daarna daalde de prevalentie (zie tabel 2 en figuur 2).

Voorlichting over meeroken In 1996 kreeg 32% van de respondenten informatie van een hulpverlener over de gevolgen van meeroken. In 2003 was dit percentage bijna verdubbeld naar 62. Vooral in de periode 1999-2001 was een scherpe stijging te zien in het percentage respondenten dat informatie had ontvangen over meeroken. In 2009 gaf 44% aan dat zij informatie hadden ontvangen.



FIGUUR 1 Prevalenties van roken in huis in de periode 1996-2009. (a) Prevalentie van roken in huis (—) en van roken in bijzijn van een kind (.....); (b) roken in bijzijn van een kind afgezet tegen de sociaaleconomische status (SES) van het gezin (---: hoge SES,: gemiddelde SES, —: lage SES); (c) roken in bijzijn van een kind afgezet tegen de leeftijd van het kind (.....: < 2 jaar, —: 2-4 jaar); (d) prevalentie van meerooken door een kind in een huis waar rokers (—) of geen rokers (.....) in het gezin zijn.

BESCHOUWING

Het meerooken door kinderen in huis is sinds 1996 sterk gedaald. In 2009 werd in 10% van de gezinnen met een kind van 0-4 jaar oud thuis gerookt in bijzijn van het kind; in 1996 was dit percentage nog 48. Hoewel het mee-

roken ook is gedaald bij gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen, gezinnen met rokers en gezinnen met oudere kinderen, komt meerooken bij deze gezinnen nog wel relatief vaak voor.

Ook in andere landen is het meerooken door kinderen afgenomen. In de VS is het percentage huishoudens met

een rookvrij huis gestegen van 43 in 1992 naar 72 in 2003.⁹ In de periode 1992-2000 daalde de blootstelling van kinderen aan tabaksrook thuis van 36% tot 25%.¹⁰

In ons onderzoek was de dalende trend in het meeroken te zien bij gezinnen uit zowel hogere als lagere sociaaleconomische groepen. Er wordt nog steeds vaker in huis en in het bijzijn van het kind gerookt in de gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen. Dit komt ook overeen met onderzoek in de VS dat in de periodes 1988-1994 en 1999-2004 een daling liet zien in het meeroken thuis.¹¹ Blootstelling aan tabaksrook kwam in beide tijdperiodes wel vaker voor bij de personen uit lagere sociaaleconomische groepen.

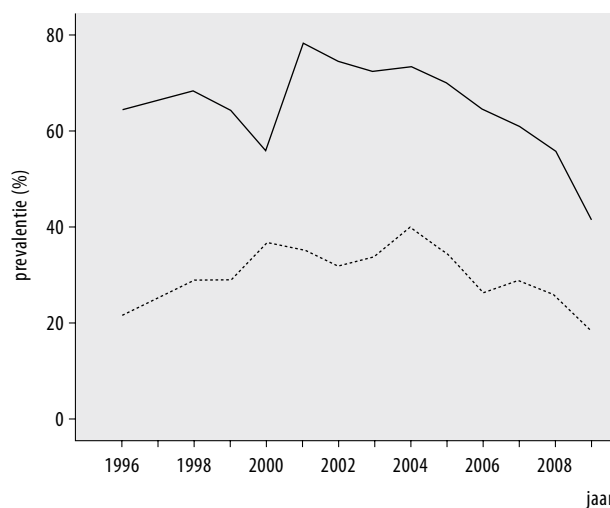
Een niet-rokenbeleid in publieke ruimtes gaat gepaard met een stijging in het vrijwillig instellen van rookvrije huisregels.¹² Uit een Schots onderzoek naar het effect van het rookverbod in de horeca op meeroken door basisschoolkinderen bleek dat het meeroken sinds de invoering van het verbod gedaald is.⁷ In het Verenigd Koninkrijk was de daling in het meeroken door kinderen van 4-14 jaar het sterkst in de periode 2005-2007. In deze periode was er veel aandacht in de media en waren er publieke debatten over meeroken in het kader van de invoering van het rookverbod in het Verenigd Koninkrijk.⁵

Ook volgens ons onderzoek daalde het meeroken door jonge kinderen in Nederland na de invoering van het rookverbod in de horeca verder en ook relatief sterker dan in de jaren daarvoor. De enige groep die geen sterkere daling liet zien na de invoering van het rookverbod, waren de gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen. Toekomstige metingen moeten uitwijzen of de sterkere daling na de invoering van het rookverbod op toeval berust (meeteffect) of daadwerkelijk samenhangt met de invoering van het rookverbod. Ander Nederlands onderzoek laat wel zien dat rokers sinds het rookverbod in de horeca vaker rookvrije huisregels zijn gaan instellen.¹³

De daling in het percentage ouders dat zegt informatie van een hulpverlener gehad te hebben over de schadelijke effecten van meeroken lijkt een logisch gevolg van de daling in het meeroken door jonge kinderen. Hierdoor hoeven hulpverleners het onderwerp mogelijk minder vaak te bespreken.

BEPERKINGEN VAN DEZE STUDIE

Er zijn verschillen tussen de jaren in de kenmerken van de gezinnen. Dit kan van invloed geweest zijn op de resultaten. De verschillen zijn echter niet groot genoeg om een zo duidelijke dalende trend in meeroken te verklaren. Daarnaast zijn er gestratificeerde trendanalyses uitgevoerd om te corrigeren voor mogelijke jaarlijkse verschillen in achtergrondkenmerken. Bij de analyse van de data hadden we alleen beschikking over gegevens over



FIGUUR 2 De prevalentie van roken buitenshuis in bijzijn van een kind in de periode 1996-2009 (—: roken buitenshuis; - - - -: roken buitenshuis op feestjes).

de sociaaleconomische groep, maar niet over andere kenmerken zoals etniciteit. Het blijft dus een vraag of deze resultaten representatief zijn voor de algemene Nederlandse bevolking.

Vanaf 2001 werd gebruik gemaakt van internet om de vragenlijst in te vullen. Dit kan gevolgen gehad hebben voor de deelname van bepaalde groepen. Uit een recent onderzoek naar het internetpanel van TNS NIPO bleek echter dat de laag opgeleiden niet ondervetegenwoordigd waren in het internetpanel.¹⁴

De data zijn zelfgerapporteerde gegevens. Dit houdt het gevaar in van onderrapportage van het roken in bijzijn van kinderen, vooral naarmate het meeroken door kinderen in de loop der tijd minder geaccepteerd werd.¹⁵ Het is echter niet waarschijnlijk dat deze onderrapportage een zo grote daling in meeroken kan verklaren, vooral niet omdat het meeroken buitenshuis een mindere sterke daling liet zien en ook het zelfgerapporteerde rookgedrag niet sterker daalde dan in de algemene bevolking.¹⁶ Andere onderzoekers hebben de door ouders gerapporteerde daling in het meeroken door kinderen gevalideerd door een cotinemeting bij het kind. Cotinine is een afbraakproduct van nicotine en kan onder andere in speeksel gemeten worden. Bij kinderen van rokende ouders die aangaven niet te roken in huis was er geen verschil in de gemiddelde cotinineconcentratie tussen 1996 en 2007.

De wijziging in de methode van interviews afnemen naar vragenlijsten via de computer heeft als voordeel dat de computer zorgt voor meer anonimiteit, wat leidt tot een

LEERPUNTEN

- **Meeroken door kinderen kan schadelijke gevolgen hebben voor hun gezondheid.**
- **In 1997 is een voorlichtingsprogramma hierover gestart en sindsdien zijn verschillende rookverboden ingevoerd.**
- **De prevalentie van meeroken door jonge kinderen is sterk gedaald.**
- **Die daling was net na de invoering van het rookverbod in de horeca weer sterker dan in de jaren daar voor, behalve bij gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen.**
- **Kinderen in gezinnen met zware rokers en in gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen roken nu nog het vaakste mee.**

grotere bereidheid om sociaal onwenselijk gedrag te rapporteren.¹⁷ We verwachten daarom dat onderrapportage beperkt is gebleven, maar een zekere mate van sociaal wenselijke antwoorden is niet uit te sluiten. Toekomstige validering van het door ouders gerapporteerde meerookgedrag door cotininemetingen zou hier meer duidelijkheid over kunnen geven.

CONCLUSIE

Sinds 1996 is het roken in huis en het roken in huis in aanwezigheid van jonge kinderen sterk gedaald. Kinderen in gezinnen uit lagere sociaaleconomische groepen en in gezinnen met rokers zitten nog regelmatig in de rook. Het is niet verrassend dat kinderen van zware rokers vaker meeroken. Ook het rapport over meeroken door kinderen van het Royal College of Physicians concludeert dat een deel van de kinderen nog steeds blootgesteld wordt aan sigarettenrook en dat deze blootstelling het hoogst is bij rokende ouders en gezinnen met een lagere sociaaleconomische positie. Het blijft daarom belangrijk na te gaan welke methodes het beste gebruikt kunnen worden om rokers en gezinnen in lagere sociaaleconomische groepen te bereiken.²

Belangenconflict: STIVORO was betrokken bij het schrijven van het manuscript. Financiering: STIVORO financierde de dataverzameling, de analyses en de rapportage.

Aanvaard op 6 oktober 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1658

[➤ Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 De Moor RA, Kütke MC, Thio BJ, Arets HGM. De schadelijke effecten van tabaksrook voor kinderen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:B69.
- 2 Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Londen: Royal College of Physicians; 2010.
- 3 Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child.* 2003;88:1086-90.
- 4 Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Sing RA. Parental education on passive smoking in infancy does work. *Eur J Public Health.* 2003;13:269-74.
- 5 Sims M, Tomkins S, Judge K, Taylor G, Jarvis MJ, Gilmore A. Trends in and predictors of second-hand smoke exposure indexed by cotinine in children in England from 1996 to 2006. *Addiction.* 2010;105:543-53.
- 6 Holliday JC, Moore GF, Moore LA. Changes in child exposure to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Wales: a repeated cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2009;9:430.
- 7 Akhtar PC, Currie DB, Currie CE, Haw SJ. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross-sectional survey. *BMJ.* 2007;335:545.
- 8 Woodward A. Commentary on Sims et al. (2010): The decline in passive smoking. *Addiction.* 2010;105:554-55.
- 9 Centers for Disease Control and Prevention. State-Specific Prevalence of smoke-free home rules. United states, 1992-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2007;56:501-504.
- 10 Soliman S, Pollack HA, Warner KE. Decrease in the prevalence of environmental tobacco smoke exposure in the home during the 1990s in families with children. *Am J Public Health.* 2004;94:314-20.
- 11 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disparities in secondhand smoke exposure--United States, 1988-1994 and 1999-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57:744-7.
- 12 Borland R, Yong HH, Cummings KW, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) four country survey. *Tob Control.* 2006;15(suppl 3):iii42-50.
- 13 Project ITC. ITC Netherlands National Report. Ontario, Canada; University of Waterloo. Den Haag: STIVORO; 2009.
- 14 Nagelhout GE, Willemsen MC, Thompson ME, Fong GT, Van den Putte B, De Vries H. Is web interviewing a good alternative to telephone interviewing? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *BMC Public Health.* 2010;10:351.
- 15 Mumford EA, Levy DT, Romano EO. Home smoking restrictions. Problems in classification. *Am J Prev Med.* 2004;27:126-31.
- 16 Percentage rokers in de Nederlandse populatie 1958-2009. [Percentage smokers in the Dutch population 1958-2009]. Nederland, Den Haag: STIVORO; 2010.
- 17 Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Oxf).* 2005;27:281-91.