DOCUMENTATIEMAP ROKEN

Uitgave 2011



Stichting van openbaar nut

Paapsemlaan 20-1070 Brussel

1. INHOUDSTAFEL

1.	INHOU	INHOUDSTAFEL			
2.	GESCH	IIEDENIS VAN DE TABAKSCONSUMPTIE	6		
3.	EVOLU	ITIE VAN DE ROOKGEWOONTEN IN BELGIE	9		
	3.1.	De verkoop van sigaretten, sigaren en roltabak	9		
	3.2.	Evolutie van het rookgedrag in België	12		
	3.3.	Evolutie van de sigarettenverkoop en enquête over het aantal rokers	15		
	3.4.	Analyse van de enquêteresultaten: het rookgedrag in 2009	16		
	3.4.1.	Vrouwen en mannen roken bijna evenveel.	16		
	3.4.2.	Leeftijd heeft een invloed op tabaksverbruik	17		
	3.4.3.	De sociale context speelt een rol	18		
	3.5.	Toekomstige tabaksconsumptie: stoppen met roken	23		
4.	ROKEN	I SCHAADT DE GEZONDHEID	24		
	4.1.	Roken en vroegtijdige sterfte	24		
	4.2.	Roken en longkanker	27		
	4.3.	Roken, hartziekten en andere nadelige gevolgen	30		
5.	PASSIE	F ROKEN	32		
6.	BESTA	nddelen/ingrediënten van de tabaksrook	35		
7.	SIGARI	ETTEN MET LAAG TEER- EN NICOTINEGEHALTE	36		
8.	DE ETI	KETTERING VAN SIGARETTEN	38		
	8.1.	Etikettering van tabaksproducten	38		
	8.2.	Marketing	41		
9.	JONGE	REN EN ROKEN	43		
	9.1.	Roker worden	43		
	9.2.	De eerste sigaret	45		

	9.3.	Rookgedrag Dij Jongeren in 2010	48
	9.4.	De omgeving van de jonge roker	55
	9.5.	Perceptie van roken	58
	9.6.	Tabaksverslaving	59
	9.7.	Waterpijp roken	61
	9.8.	Stoppen met roken	61
	9.9.	Rookpreventie	63
	9.10.	Verkoopverbod van tabaksproducten aan minderjarigen	64
10	. VROUV	VEN EN ROKEN	66
11	. STOPP	EN MET ROKEN	70
12	. ECONO	MISCHE ASPECTEN VAN DE TABAKSCONSUMPTIE	72
	12.1.	Tewerkstelling	72
	12.2.	Ziektekosten	73
	12.3.	Prijzen	73
	12.4.	Preventie	74
	12.5.	Fiscaliteit	74
	12.6.	De Belgische sigarettenmarkt	79
	12.7.	Roken op wereldvlak	80
13	. ROKEN	EN WETGEVING	82
	13.1.	De reclame voor tabakswaren	82
	13.2.	Etikettering van tabaksverpakkingen	83
	13.3.	Specifieke verkoopregels	84
	13.4.	De fiscale heffingen op tabak in België	85
	13.5.	Rookverbod op openbare plaatsen	85
	13.6.	Rookverbod in de horeca	86
	13.7.	Rookverbod op school	87

	13.8.	Roken	op het werk	87
	13.8.1		Waar mag niet gerookt worden?	87
	13.8.2)	Uitzonderingen:	87
	13.8.3	3.	De fasen die voorafgingen:	88
	13.9.	Ander	e initiatieven	88
	13.9.1		Het Federale Plan ter bestrijding van het tabaksgebruik	88
	13.9.2	<u>)</u>	Het Kankerplan	89
14.	GERAA	DPLEE	GDE BRONNEN	91
	14.1.	Litera	tuur	91
	14.2.	Intere	ssante websites met heel wat cijfermateriaal	96
	14.3.	Lijst v	ran tabellen	97
	14.4.	Lijst v	ran Grafieken	98

2. GESCHIEDENIS VAN DE TABAKSCONSUMPTIE

- **1492**: Christoffel Columbus komt in Amerika als eerste Europeaan in contact met de tabaksplant.
- 1518: De eerste tabaksplanten worden uitgevoerd naar Europa en verbouwd in Spanje en Portugal.
- **1559**: De Franse ambassadeur in Portugal, Jean Nicot, zendt Katharina De Medici tabak in snuifvorm als middel tegen hoofdpijn. De gewoonte om te snuiven, te pruimen en te roken zal zich de volgende eeuwen langzamerhand in Europa verspreiden.
- **Begin 20e eeuw**: De industriële productie van sigaretten neemt haar aanvang in het begin van deze eeuw, vooral in Groot-Brittannië en de VSA. In de VSA. bedraagt de sigarettenconsumptie in 1900 per hoofd (voor personen boven de 18 jaar) 56 stuks per jaar (wat 75 maal minder is dan in 1960). De productie en consumptie van tabak zal gestadig toenemen tijdens en tussen de twee wereldoorlogen.
- 1947: In eigen land bedraagt de consumptie van sigaretten 8,5 miljard stuks.
- **1962**: Britse artsen (The Royal College of Physicians) publiceren hun eerste rapport 'Smoking and Health', waarin alle gevaren van roken op een duidelijke wijze worden opgesomd.
- **1964**: Het Amerikaanse Ministerie van Volksgezondheid publiceert zijn eerste rapport over roken, getiteld 'Smoking and Health'. De tabaksfabrikanten leggen meer en meer het accent op filtersigaretten, om de gezondheidsbezwaren van roken tegen te gaan.
- **1965**: Het aandeel van de filtersigaretten bedraagt in eigen land 50% van de totale sigarettenverkoop (tegenover 90% in 2001).
- **1971**: Publicatie van een tweede rapport van de Britse geneesheren. Nieuwe sigaretten evolueren geleidelijk naar een lager teer- en nicotinegehalte.
- **1975**: Op 14 juni verschijnt de wet van 3 april 1975 die het verplicht maakt op elke verpakking in de drie landstalen te vermelden: 'sigaretten roken kan uw gezondheid schaden'.
- **1976**: Een Koninklijk Besluit van 15 september 1976 verbiedt het roken voor personeel en reizigers in bepaald openbaar vervoer: tram, premetro, metro, autobus en autocar.
- 1977: Op 1 juli wordt in ons land officieel met een antitabakcampagne gestart.
- **1980**: Op 14 maart verschijnen in het Belgische Staatsblad twee Koninklijke Besluiten over de reclame, het vervaardigen en het in de handel brengen van tabakswaren (onder meer de etikettering).
- 1982: Het Koninklijk Besluit van 20 december 1982 beperkt de tabaksreclame tot de productinformatie (merknaam, verpakking, enz.).
- **1983**: Publicatie van het derde rapport van de Britse artsen.
- **1986**: De conclusie van het rapport van het Amerikaanse Ministerie van Volksgezondheid over passief roken is duidelijk: passief roken is bij gezonde niet-rokers een oorzaak van ziekten waaronder longkanker.
- 1987: Door het Koninklijk Besluit van 31 maart 1987 is het vanaf 1 september 1987 verboden te roken in bepaalde openbare plaatsen.
- **1989**: Ten gevolge de Europese richtlijn van 13 november 1989 worden de gezondheidswaarschuwingen op de verpakking van sigaretten afgedrukt op de voor- en de achterkant en dit vanaf 1 januari 1992.

1990: Ten gevolge van de Europese richtlijn van 17 mei 1990 werd in het Koninklijk Besluit van 13 augustus 1990 het teergehalte van sigaretten beperkt tot 15 mg vanaf 1 januari 1993 en tot 12 mg vanaf 1 januari 1998. Het nicotinegehalte werd eveneens beperkt tot 1,5 mg in 1993 en 1,2 mg in 1998. Verder verschijnen er in 1990 nog twee KB's over reclame en het roken in openbare ruimten. Het KB van 13 augustus 1990 verbiedt ook de verkoop van tabaksproducten via automaten, uitgezonderd in die plaatsen waar tabaksproducten tevens op de gewone manier worden verkocht.

Door de Koninklijke Besluiten van 15 mei 1990 (later gewijzigd door de KB's van 2 januari 1991 en 7 februari 1991) wordt het KB van 31 maart 1987 opgeheven. Het wordt verboden te roken in gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek en die deel uitmaken van inrichtingen of gebouwen waar bijvoorbeeld: al dan niet tegen betaling, diensten worden verstrekt aan het publiek; mensen worden verpleegd of verzorgd; kinderen opgevangen, ...

1993: Het KB van 31 maart 1993 bepaalt dat de werkgever binnen het jaar de nodige maatregelen moet nemen om het rookgedrag -zowel op het werk als tijdens de rust- en etenstijden - af te stemmen op de wederzijdse verwachtingen van rokers en niet-rokers.

1994: Sinds 1 januari 1994 worden enkele producten, waaronder tabak en alcohol, uitgesloten van de index van de kleinhandelsprijzen.

1997: De wet van 10 december 1997 verbiedt elke reclame en sponsoring voor tabaksproducten vanaf 1 januari 1999.

1998: De richtlijn 98/43/EG van 6 juli 1998 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten op het gebied van de reclame en sponsoring voor tabaksproducten bepaalt dat reclame en sponsoring voor tabaksproducten geleidelijk in de hele Europese Unie wordt verboden in de periode 30 juli 2001 tot 30 juli 2006.

1999: In een arrest van het Arbitragehof van 30 september 1999 worden bepalingen van de wet van 10 december 1997 over indirecte reclame en sponsoring van evenementen georganiseerd op wereldvlak geschorst.

2000: In een arrest van het Europese Hof van Justitie wordt de Richtlijn 98/43/EG van 6 juli 1998 vernietigd.

2001: Richtlijn 2001/37/EG van 5 juni 2001 legt nieuwe normen op voor de productie, verkoop en presentatie van tabaksproducten.

2002: Op 31 mei 2002 verschijnt in het Belgische Staatsblad het Koninklijk Besluit van 29 mei 2002 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van producten op basis van tabak en soortgelijke producten. Dit KB betreft de omzetting in Belgisch recht van de Richtlijn 2001/37/EG van 5 juni 2001. Het KB bepaalt onder meer de grootte van de gezondheidswaarschuwingen op de verpakking, het teer-, nicotine- en koolmonoxidegehalte in sigaretten en verbiedt benamingen zoals light, mild, halfzwaar en medium op de verpakking van tabaksproducten.

Een monografie van het Internationaal Agentschap van Onderzoek over Kanker (IARC) stelt vast dat er voldoende bewijsvoering is dat passief roken tot longkanker kan leiden.

2003: In mei 2003 wordt een kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aanvaard. Het gaat om een eerste kaderovereenkomst die de ondertekenende landen de mogelijkheid biedt om doeltreffend het tabaksgebruik te bestrijden. Het doel van de overeenkomst en haar toekomstige protocollen is een kader te scheppen voor alle instanties die op nationaal niveau antitabaksmaatregelen willen invoeren en toepassen. Ze voorziet ook in een aantal transnationale verplichtingen om de internationale samenwerking te stimuleren.

2004: In januari 2004 werd het Federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik gelanceerd. Hierin werden door de Belgische regering een zestal maatregelen voorzien waaronder bijv. de oprichting van een "Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik", maatregelen op fiscaal vlak, voorstellen ter preventie van rookgedrag en om te stoppen met roken,...

In treinen van de NMBS wordt het roken sinds 1 januari 2004 niet meer toegelaten.

Op 22 januari 2004 ondertekent België de kaderovereenkomst van de WHO waarmee de eerste stap werd gezet in de realisatie van dit plan. Andere realisaties kwamen tot stand in de maanden nadien.

Zo werd de wet van 24 januari 1977 betreffende bescherming van de gezondheid van de verbruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten gewijzigd op 19 juli 2004 waardoor het sinds december verboden is tabaksproducten te verkopen aan jongeren onder de zestien jaar. Deze wet legt ook de straffen bij inbreuken vast. De boetes bedragen €130 tot €1.500. Als blijkt dat de verkoper moedwillig de wet overtreedt, liggen de boetes zelfs tussen €250 en €5.000.

Het KB van 10 augustus 2004 wijzigde het vroegere Koninklijk Besluit van 13 augustus 1990 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van producten op basis van tabak en soortgelijke producten. Hierdoor worden bijvoorbeeld tabakswaren die met de etiketteringsvoorschriften niet in orde zijn, als schadelijk beschouwd.

Ook voorziet de regering in de programmawet van einde 2004 dat het tabaksfonds vanaf 2005 kan beschikken over een budget van 2 miljoen euro. Dit bedrag is anno 2009 nog steeds hetzelfde.

2005: Het KB van 19 januari 2005 regelt het totale rookverbod op de werkplek vanaf 1 januari 2006. Artikel 4 van dit besluit bepaalt dat «elke werknemer recht heeft om te beschikken over rookvrije werkruimtes en rookvrije sociale voorzieningen». De toepassing van dit besluit valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Werkgelegenheid.

In juni 2005 keurt de regering een Koninklijk Besluit goed dat een minimumprijs per pakje oplegt. Deze beschikking is op 1 juli 2005 van kracht geworden.

Het Ministerieel Besluit van 27 oktober 2005 legt gecombineerde waarschuwingen met kleurenfoto's vast voor alle in handel gebrachte verpakkingen van sigaretten. Er werden 3 series van 14 gecombineerde waarschuwingen opgesteld. Alle in de handel gebrachte verpakkingseenheden van sigaretten moeten een gecombineerde waarschuwing van 1 bepaalde serie dragen. De fabrikanten moeten elk jaar een nieuwe serie gebruiken.

In december keurt de regering het Koninklijk Besluit van 13 december 2005 goed. Het algemene principe dat in dit besluit werd vastgelegd is het totale rookverbod in alle gesloten openbare plaatsen vanaf 1 januari 2006, maar er blijft een uitzondering bestaan voor de horecazaken.

2006: In juli keurt de regering een Koninklijk Besluit goed dat het roken verbiedt in bepaalde horecazaken. Dat KB is op 1 januari 2007 van kracht geworden. Het Ministerieel besluit van 4 juli 2006 stelt het rookverbodsteken vast voor openbare plaatsen.

Het Ministerieel Besluit van 27 september 2006 stelt de voorwaarden vast voor het gebruik van een merk dat zijn bekendheid vooral aan een tabaksproduct ontleent voor reclamedoeleinden in een ander domein.

2009: Een nieuw Ministerieel Besluit verplicht de vermelding van het nummer 0800 111 00 van de Tabak Stop Lijn op alle sigarettenpakjes vanaf 1 januari 2011. Ook zal elke verpakkingseenheid van sigaretten op de Belgische markt vanaf dat moment een gecombineerde waarschuwing moeten bevatten.

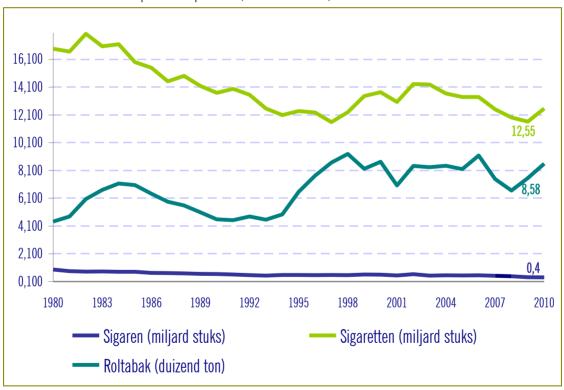
2010: De Kamercommissie Volksgezondheid keurde een wetsvoorstel over de uitbreiding van het rookverbod goed. De nieuwe regeling ging in op 1 januari 2010. Er mag enkel nog gerookt worden in de cafés die qua voeding enkel voorverpakte levensmiddelen aanbieden met een minimale houdbaarheid van drie maanden (chips, chocolade, bierworst, nootjes). Tussen 2012 en 2014 zal deze uitzondering tenietgedaan worden en zal er dus een algemeen rookverbod ingaan in alle horecazaken.

3. EVOLUTIE VAN DE ROOKGEWOONTEN IN BELGIE

3.1. DE VERKOOP VAN SIGARETTEN, SIGAREN EN ROLTABAK

In België steeg het gebruik van sigaretten, in het bijzonder na de tweede wereldoorlog. In 1950 bedroeg het verbruik van sigaretten in de Belgisch-Luxemburgse Economische Unie 8,5 miljard stuks. In 1980 steeg de verkoop in België ¹ tot 16,9 miljard stuks om in sprongen te dalen tot 11,6 miljard stuks in 1997 en nadien opnieuw te stijgen tot 2003. De meerverkoop in die jaren was grotendeels te wijten aan de gestegen sigarettenaankopen door Britten, aangezien de prijs van een pakje sigaretten in Groot-Brittannië haast het dubbele van bij ons bedroeg (en nog bedraagt). Roltabak was zelfs viermaal duurder in Groot-Brittannië dan in België, wat tot een sterke stijging van de grensaankopen leidde. In 2001 daalde de verkoop van sigaretten even ten gevolge van de verscherpte controle op de Britse grensaankopen. Na een korte piek gaat vanaf 2004 de verkoop van sigaretten in België opnieuw in dalende lijn. In 2008 werden in België 11,92 miljard sigaretten verkocht. Deze daling zette zich voort in 2009 met nog eens 2,5% vermindering (11,62 miljard sigaretten verkocht). Deze daling had ongetwijfeld te maken met de financiële crisis van 2008-2009. We zien immers dat de verkoop van tabaksproducten in 2010, met het einde van de crisis, opnieuw toeneemt. Beetje bij beetje keren we terug naar het gemiddelde peil van de voorbije 15 jaar.





¹ Op basis van de afgeleverde bandjes door de administratie der douane en accijnzen.

De verkoop van sigaren blijft vrijwel constant dalen tussen 1980 en 2010. In die 30 jaar is de verkoop gehalveerd van 965 miljoen naar 400 miljoen stuks. Tussen 2008 en 2010 noteren we een daling van ongeveer 16,7%.

De verkoop van rol-, snuif- en droge pruimtabak in België schommelt in lange golven, met een fikse stijging in de jaren '90. De verkoop steeg van 4,421 ton in 1980 naar 7,045 ton in 1985, daalde dan naar 4,518 ton in 1991 om opnieuw te stijgen naar 9,28 ton in 1998. Een deel van de verkoop werd toen verklaard doordat Engelsen naar België kwamen kopen. Een pakje roltabak wordt in Groot-Brittannië op dezelfde wijze belast als sigaretten en de prijs van een pakje roltabak was er viermaal hoger dan in België. Van 1998 tot 2001 zien we opnieuw een daling, waarna een stijging volgt naar 9,168 ton in 2006. Zoals voor sigaretten daalde de verkoop van roltabak vanaf 2001 ten gevolge van de verscherpte controle op de Britse grensaankopen.

Tussen 2007 en 2008 onderging de verkoop een daling van 13,4%. In 2009 steeg de verkoop weer tot 7,548 ton, wat doet vermoeden dat de financiële crisis van 2008-2009 een aantal rokers van sigaretten ertoe heeft bewogen om naar roltabak over te stappen. De stijging zette zich voort in 2010, met de heropleving vanwege het einde van de crisis: we keren terug naar het gemiddelde peil van de voorbije 15 jaar.

In 2006 noteerden we een lichte stijging van de officiële verkoopcijfers voor sigaren met 0,36%, een heel lichte daling van de verkoopcijfers van sigaretten met 0,003% en een sterke stijging van die van roltabak, met 11,84%. We stelden ons toen de vraag of dit kon wijzen op een zeker vervangingpatroon tussen sigaretten en roltabak, waarvoor de verklaring dan zou kunnen gezocht worden in het prijsverschil tussen sigaretten en roltabak.

In 2007 en 2008 daalden de officiële verkoopscijfers van roltabak fors: respectievelijk 18,4% en 13,4%. In 2009 daarentegen steeg de verkoop van roltabak gestaag, namelijk met 17,1%. Hierdoor staan de huidige cijfers iets hoger dan in 2007. De verkoop van sigaren en sigaretten bleef echter dalen. De hypothese uit 2006 wordt bevestigd en de financiële crisis kan ook wel een versterkende invloed hebben op dit verschijnsel.

Ook al kan het bestaan van fenomenen die buiten de officiële cijfers vallen (zoals taksvrije aankoop, sigaretten die "van-de-vrachtwagen-vallen", smokkel enzovoort) niet ontkend worden, bevestigen de verkoopstatistieken toch wat de consumenten aangeven in enquêtes.

De recente evolutie van de verkoop van tabaksproducten leek verband te houden met het in voege treden van de nieuwe wetgeving betreffende de tabaksconsumptie in publiek toegankelijke ruimten. Dit rookverbod maakte deel uit van het Federaal Plan ter Bestrijding van de Tabaksconsumptie. Volgens de statistische waarnemingen leek die wet de rokers aan te zetten tot minder roken.

Tabel 1: Evolutie van de verkoopcijfers in de tabakssector (Bron: FOD Financiën)

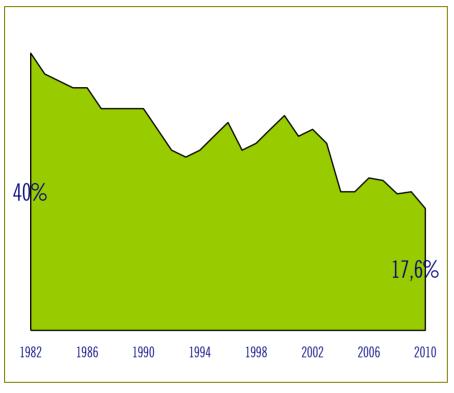
Jaar	Verkoop van sigaren in België In miljarden stuks	Verkoop van sigaretten in België In miljarden stuks	Verkoop van roltabak in België in 1000 ton
1980	0,965	16,858	4,421
1981	0,845	16,657	4,782
1982	0,812	17,927	6,042
1983	0,826	17,033	6,692
1984	0,808	17,178	7,151
1985	0,800	15,897	7,045
1986	0,718	15,485	6,425
1987	0,705	14,507	5,846
1988	0,690	14,903	5,585
1989	0,650	14,184	5,080
1990	0,642	13,687	4,579
1991	0,605	13,966	4,518
1992	0,558	13,543	4,780
1993	0,527	12,556	4,555
1994	0,578	12,085	4,940
1995	0,572	12,373	6,561
1996	0,555	12,270	7,719
1997	0,571	11,576	8,667
1998	0,562	12,295	9,287
1999	0,603	13,448	8,217
2000	0,596	13,732	8,716
2001	0,542	13,030	7,017
2002	0,629	14,314	8,417
2003	0,528	14,287	8,327
2004	0,552	13,634	8,429
2005	0,542	13,385	8,198
2006	0,544	13,385	9,168
2007	0,542	12,493	7,478
2008	0,488	11,916	6,447
2009	0.414	11.616	7,548
2010	0,4	12,55	8,58

3.2. EVOLUTIE VAN HET ROOKGEDRAG IN BELGIË

De afgelopen decennia liet het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) jaarlijks een enquête uitvoeren naar het rookgedrag.² Tussen januari en augustus 2010 nam het OIVO opnieuw interviews af. De steekproef bestond uit 3.306 Belgen van 15 jaar en ouder.

In de periode 1982-1993 daalde het percentage **dagelijkse rokers** van 40% naar 26%. Sinds 1991 schommelde dat percentage rond de 26 à 30%. Tot 2003 konden we niet langer spreken van een reële daling van het percentage rokers. Vanaf 2004 doet zich een trendbreuk voor en valt het percentage dagelijkse rokers terug naar ongeveer 20-22%. In 2010 duiken we onder de 18%.

Grafiek 2: Rookt u momenteel?



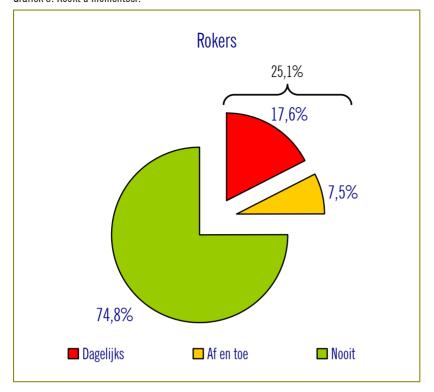
Bron: 0IVO 2011

Op nationaal niveau voert het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) regelmatig enquêtes uit. Het luik "gezondheid", dat in 2001 uitgevoerd werd, noteerde 24,1% dagelijkse rokers: 28,3% bij de mannelijke populatie en 20,1% bij de vrouwelijke populatie van 15 jaar of ouder. Worden daar de occasionele rokers bijgeteld, dan lopen de percentages respectievelijk op tot 34% mannelijke en 24% vrouwelijke rokers (gemiddeld 28% rokers). Van die 28% is een derde zware roker (20 of meer sigaretten per dag). Van de 72% niet-rokers zijn er 31% ex-rokers en 41% personen die aangeven nog nooit gerookt te hebben. Die percentages worden bevestigd in de WIV-enquête van 2004 voor de dagelijkse rokers onder de personen van 15 jaar en ouder. Wanneer de occasionele rokers echter worden toegevoegd, gaan de percentages naar 32% bij de mannen en 23% bij de vrouwen, wat neerkomt op een lichte daling in vergelijking met de enquête uit 2001. Onder de 72% niet-rokers zijn er 20% ex-rokers en 52% die verklaren dat ze nog nooit gerookt hebben of minder dan 100 sigaretten in hun leven gerookt hebben.

² Voordien vond de enquête plaats bij personen van 18 en ouder.

³ Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in samenwerking met het NIS.

Grafiek 3: Rookt u momenteel?



Bron: 0IVO 2011

In 2010 werden interviews afgenomen bij 3.306 personen van 15 jaar en ouder. Daaruit blijkt dat 3 op 4 consumenten helemaal niet roken, of met andere woorden: 1 op de 4 rookt (17,6% rookt elke dag en 7,5% af en toe). Tussen 2008 en 2009 is het aantal dagelijkse rokers afgenomen met 1% en blijft het aantal dat af en toe rookt stabiel. Tussen 2009 en 2010 is het aantal dagelijkse rokers met 2,4% afgenomen ten bate van de occasionele rokers (\pm 2,5%). Anno 2009 schatte men het totale aantal rokers op 2,7 miljoen⁴.

⁴ Occasionele en regelmatige rokers onder de populatie van 18 en ouder.

Tabel 2: Het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in België (15 jaar en ouder*)

Jaartal	Mannen	Vrouwen	Totaal
1982	53%	28%	40%
1983	47%	27%	37%
1984	47%	26%	36%
1985	45%	27%	35%
1986	46%	26%	35%
1987	42%	26%	32%
1988	42%	24%	32%
1989	39%	26%	32%
1990	38%	26%	32%
1991	33%	24%	29%
1992	31%	21%	26%
1993	31%	19%	25%
1994	33%	19%	26%
1995	33%	24%	28%
1996	34%	27%	30%
1997	31%	22%	26%
1998	30%	23%	27%
1999	31%	26%	29%
2000	36%	26%	31%
2001	34%	22%	28%
2002	33%	25%	29%
2003	30%	25%	27%
2004	26%	15%	20%
2005	23%	16%	20%
2006	29%	16%	22%
2007	25%	19%	22%
2008	24%	16%	20%
2009	23%	17%	20%
2010	22%	13%	17%

Bron: 0IVO 2011

 $[\]mbox{\ensuremath{^{\star}}}\mbox{\ensuremath{\text{Tot}}}\mbox{\ensuremath{\text{1989}}}\mbox{\ensuremath{\text{gebeurde}}}\mbox{\ensuremath{\text{de}}}\mbox{\ensuremath{\text{bevraging bij}}}\mbox{\ensuremath{\text{personen van}}}\mbox{\ensuremath{\text{18}}}\mbox{\ensuremath{\text{jaar}}}\mbox{\ensuremath{\text{en}}}\mbox{\ensuremath{\text{ouder}}}\mbox{\ensuremath{\text{chall}}}\mbox{\ensuremath{}$

Het aantal regelmatige rokers neemt gestaag af sinds 1982. Net als in 2004 en 2005 telden we 20% regelmatige rokers in 2009 tegenover 40% in 1982. In 2006 en 2007 lag het aantal mensen dat zichzelf dagelijkse rokers noemt iets hoger en hing het percentage rond de 22%. In 2010 komt het percentage op 17% uit, wat laag is en bevestigt dat het beleid ter zake een zekere en stabiele impact heeft.

De dalende evolutie van het percentage geregelde rokers loopt in het noorden en het zuiden quasi gelijklopend. In 2009 gaat het om respectievelijk 19% en 22%. In 2010 bedraagt het echter nog altijd 19% in het noorden, maar slechts 16% in het zuiden. Voor de eerste keer in lange tijd lijkt het zuiden minder te roken dan het noorden.

Het laatste decennium loopt ook de evolutie van de percentages rokers tussen de geslachten ongeveer gelijk: het percentage vrouwen dat rookt in 2010 (13%) is met 4% afgenomen, terwijl dit percentage bij de mannen (22%) met 1% is afgenomen in verhouding tot 2009.

3.3. Evolutie van de sigarettenverkoop en enquête over het aantal rokers

De OIVO-studie toont aan dat het aantal regelmatige rokers van 27% in 2003 naar 18% nu gedaald is, na een stagnering op 20% in 2004, 2005, 2008 en 2009 (een lichte stijging naar 22% in 2006 en 2007). Ook de cijfers van de fiscale administratie (Tabel 1) wijzen op een afname van de sigarettenverkoop met 2,5% tussen 2008 en 2009, maar een stijging in 2010 (+8%). Deze cijfers zijn niet echt met elkaar te vergelijken, ook al kan algemeen verwacht worden dat ze in dezelfde zin zullen evolueren, zij het eventueel met enige vertraging. Daarom nemen wij de cijfers van de fiscale administratie over. Die tonen naargelang de invalshoek een verschillende realiteit. De cijfers van de Federale Overheidsdienst Financiën duiden een stroom aan omdat het om de officiële verkoopcijfers over het jaar gaat.

Het aantal rokers in onze studies is een momentopname. Het is namelijk het percentage respondenten dat positief heeft geantwoord op de vraag "rookt u momenteel?". In de gegeven context heeft 17,6% van de steekproef verklaard dagelijks te roken. Die gegevens moeten omzichtig met elkaar vergeleken worden, want iedereen weet dat het voor gestopte rokers bijzonder moeilijk is om niet te hervallen. Het zou bijgevolg geen verrassing zijn indien een deel van die stoppers sindsdien al opnieuw zou zijn begonnen met roken. Meer nog, dit percentage zegt niets over het aantal gerookte sigaretten, dus zal een daling van het eerste cijfer niet noodzakelijk vertaald worden in een identieke afname van het verkoopvolume. A priori, wanneer het aantal rokers afneemt, zijn de rokers die overblijven het meest verslaafd aan nicotine. Deze afhankelijkheid gaat samen met een sigarettenconsumptie die hoger ligt dan het gemiddelde.

De cijfers van de Federale Overheidsdienst Financiën zijn jaarcijfers die vaak grote maandelijkse schommelingen verbergen. Wanneer men bijvoorbeeld het volume van de sigarettenverkoop op maandbasis bekijkt, ziet men schommelingen gaande van een daling met meer dan 25% in februari en in maart 2008 tot een stijging met 22% in juli en van 24% in december 2008. Toch moeten we ook hier voorzichtig zijn met interpretatie. Zo worden elk jaar per 1 februari, de minimumfiscaliteit voor rooktabak en sigaren en de minimumaccijns voor sigaretten aangepast (zie artikel 3, §3 en 4 van de wet van 3 april 1997 betreffende het fiscale stelsel van gefabriceerde tabak). Dit heeft voor gevolg dat er bepaalde prijsklassen kunnen verdwijnen uit de tabel van de beschikbare fiscale kentekens, namelijk deze waarvan de prijs onder de minimumfiscaliteit of -accijns komt te liggen. Daarom gingen verschillende firma's vaak nog vlug in de maand januari deze prijsklassen aankopen zodat ze daarvan een stock konden aanleggen. Een opmerkelijke daling van de ontvangsten voor tabaksfabrikaten in de maand februari is bijgevolg volkomen logisch.

De cijfers van de FOD Financiën geven het aantal sigaretten op dat officieel in België verkocht werd, maar de kopers waren daarom niet noodzakelijk Belgen. Dat komt doordat de prijs van sigaretten bij ons lager is dan in al onze buurlanden, uitgezonderd Luxemburg (zie deel 12). Het zal bijgevolg niemand verbazen dat, in een vrije markt, mensen uit onze buurlanden sigaretten komen kopen in België.

Grensoverschrijdende aankopen van sigaretten spelen in Europa dus nog steeds een rol. In 2009 kostte een pakje sigaretten in Frankrijk bijvoorbeeld gemiddeld 5,30 euro; 2,96 euro meer dan tien jaar geleden. Veel Fransen gaan hun sigaretten daarom in het buitenland

kopen. Dat verklaart waarom één sigaret op vier vorig jaar door buitenlandse toeristen in het land van verkoop gekocht werd. België, Luxemburg en Spanje krijgen de meeste buitenlandse klanten over de vloer.

In Europa loopt de prijs van een pakje van twintig sigaretten tussen de lidstaten sterk uiteen. Het duurste land is en blijft Groot-Brittannië (8,12 euro waarvan 5 euro accijnzen), het goedkoopste Letland (1,19 euro waarvan 0,89 euro accijnzen). De enorme prijsverschillen stimuleren zowel smokkel als het aankopen van kleinere hoeveelheden sigaretten in landen met lagere heffingen. De Europese Commissie schat dat smokkel 8 tot 9 procent van de markt vertegenwoordigt.

3.4. Analyse van de enquêteresultaten: het rookgedrag in 2009

3.4.1. Vrouwen en mannen roken bijna evenveel.

Grafiek 4: het percentage regelmatige/dagelijks rokers in België



Bron: 0IVO 2011

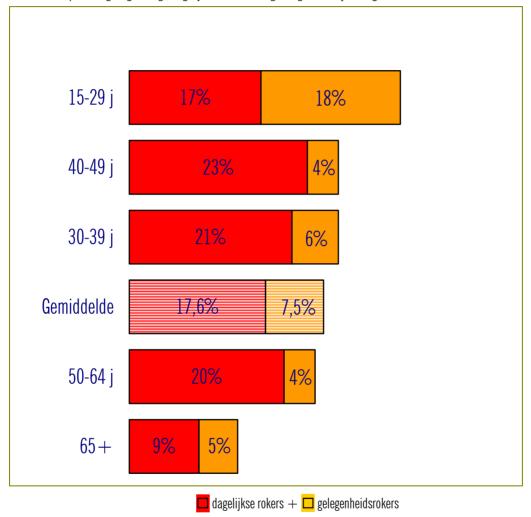
Tegenover 2009 is het percentage rokers in 2010 verminderd bij de mannen (-1%), maar ook bij de vrouwen (-4%).

3.4.2. Leeftijd heeft een invloed op tabaksverbruik.

In 2010 vinden we onder de rokers die meer dan het gemiddelde roken, 35% in de leeftijdsgroep van 15-29 jaar (dus een forse toename in vergelijking met 2009, toen deze categorie nog onder het gemiddelde scoorde en vooral occasionele rokers omvatte). In de leeftijdsgroep van 30-39 jaar rookt 27% (-2% i.v.m. 2009) en in de leeftijdsgroep van 40-49 jaar 27% (-1% i.v.m. 2009).

In 2010 rookten vijfenzestig-plussers (14%, idem in 2009) en 50- tot 64-jarigen (24%, -6% i.v.m. 2009) minder dan gemiddeld.

Grafiek 5: het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in België volgens leeftijdscategorie



Bron: 0IV0 2011

3.4.3. De sociale context speelt een rol

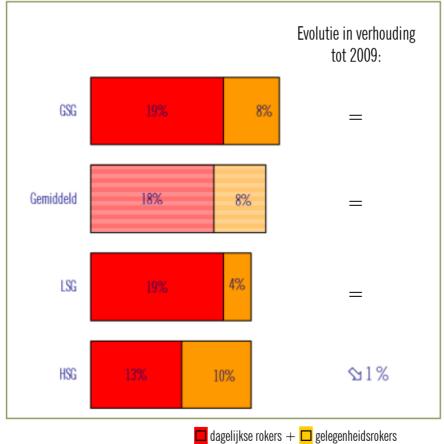
Ook de sociale groep waartoe men behoort beïnvloedt de tabaksconsumptie, zelfs al groeit de mate van consumptie in alle sociale groepen meer en meer naar elkaar toe.

In 2010 roken de hoge (23%) en lage sociale groepen (23%) roken minder dan de gemiddelde sociale groepen (27%) en minder dan de gemiddelde Belg (26%). In vergelijking met 2009 is de tabaksconsumptie in de lage en gemiddelde sociale groepen identiek gebleven. In de hoge sociale groepen is het tabaksverbruik licht gestegen (+1%) t.o.v. het voorgaande jaar. Het zijn die hoge sociale klassen die momenteel het minst regelmatige rokers zijn.

We zien dat het percentage dagelijkse rokers in alle sociale groepen afgenomen is (van -1% tot -3%) ten bate van de occasionele rokers (+1% tot +3%).

Maar we moeten voorzichtig zijn met de interpretatie van de variatie volgens sociale groep. Deze varieert immers voortdurend over langere tijdspannes. Zoals hoger vermeld is het meest opmerkelijke dat de grote verschillen tussen de sociale groepen, zoals die bijvoorbeeld in het begin van de eeuwwisseling op te tekenen waren, nog nauwelijks voorkomen.

Grafiek 6: Rokers volgens sociale groep

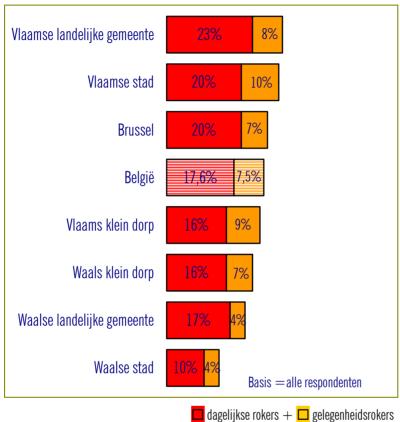


Bron: 0IV0 2011

In 2010 wordt in Brussel en in Vlaanderen meer gerookt dan het gemiddelde voor België; in Wallonië wordt minder dan het gemiddelde gerookt.

In de Waalse steden (14%), de Waalse landelijke gemeenten (21%) en de Waalse kleine dorpen (23%) roken minder mensen dan in Brussel (27%) en dan in de Vlaamse steden (30%) of de Vlaamse gemeenten (31%).

Grafiek 7: Rokers volgens soort leefomgeving



udgorijkoc rokora i 🗀 gorogorinorusiona

Bron: 0IVO 2011

Tabel 3: Het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in Vlaanderen en Wallonië (15 jaar en ouder*)

	Vlaanderen	Wallonië	Verschil
1982	39%	42%	+ 3%
1983	35%	40%	+ 5%
1984	34%	40%	+ 6%
1985	35%	36%	+ 1%
1986	36%	36%	-
1987	30%	34%	+ 4%
1988	31%	33%	+ 2%
1989	30%	34%	+ 4%
1990	28%	32%	+ 4%*
1991	25%	33%	+ 8%2
1992	23%	29%	+ 6%2
1993	23%	26%	+ 3%2
1994	23%	30%	+ 7%2
1995	27%	29%	+ 2%2
1996	30%	31%	+ 1%2
1997	25%	27%	+ 2%
1998	27%	26%	- 1%
1999	26%	32%	+ 6%
2000	28%	33%	+ 5%
2001	28%	29%	+ 1%
2002	26%	35%	+ 6%
2003	27%	28%	+ 1%
2004	19%	21%	+2%
2005	20 %	20 %	-
2006	17%	30%	+13%
2007	21%	23%	+2%
2008	18%	22%	+4%
2009	19%	22%	+3%
2010	19%	16%	-3%

Bron: 0IV0 2011

^{*} Tot 1989 werden de vragen gesteld aan de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder.

45% 40% 35% 39% 30% 25% 19% 20% 15% 16% 10% 1990 1994 Nederlandstaligen 1982 1986 1998 2002 2006 2010 Franstaligen

Grafiek 8: Evolutie van het aantal regelmatige rokers in Vlaanderen en Wallonië (van 15 jaar en ouder*)

Bron: 0IV0 2011

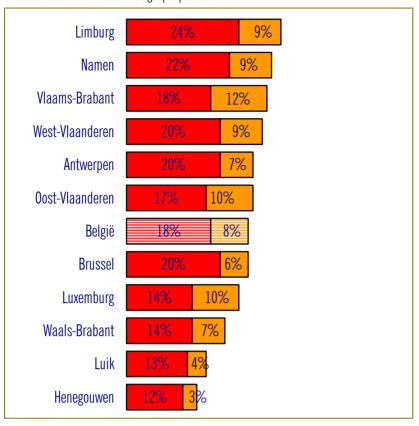
*Tot in 1989 werden de vragen gesteld aan de leeftijdsgroep van 18 en ouder

Er worden twee logica's zichtbaar, met verschuivingen in functie van de leefomgeving. We zien enerzijds dat er tot in 2010 meer gerookt werd in het zuiden dan in het noorden en anderzijds dat het aantal dagelijkse rokers een dalende trend vertoont in de beide gemeenschappen. Het Brussels Gewest is een gebied waar evenveel als het gemiddelde (26%) gerookt wordt. In 2010 zien we een afname van het aantal Waalse regelmatige rokers met 6% in vergelijking met 2009.

De tabaksconsumptie varieert van 15% in Henegouwen tot 33% in Limburg. Henegouwen, Luik (17%), Waals-Brabant (21%) en Luxemburg (24%) vertonen een tabaksconsumptie die lager is dan het nationale gemiddelde. In alle Vlaamse provincies wordt meer dan het nationale gemiddelde gerookt. In Vlaams-Brabant, Namen en Limburg stijgt het aantal rokers tot 31% en meer.

Het percentage regelmatige rokers in het noorden en in het zuiden van het land was in 2005 quasi identiek. In 2006 zagen we kort een groter verschil door een grote stijging van het percentage dagelijkse rokers (+10%) in Wallonië. In Brussel daarentegen bleef dat percentage relatief stabiel (+1%) en in Vlaanderen was het aantal rokers met 3% afgenomen. Momenteel is dat verschil opnieuw erg geslonken. In 2010 rookt 16% van de Walen tegenover 19% van de Vlamingen.

Grafiek 9: Het aantal rokers in België per provincie



Bron: 0IVO 2011

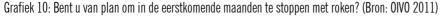
Per provincie worden eveneens grote verschillen vastgesteld.

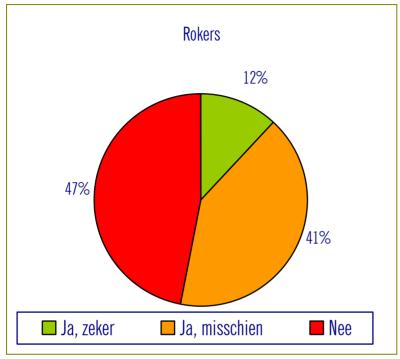
In 2010 zijn de provincies waar het percentage rokers hoger ligt dan het nationale gemiddelde (van 26%) de volgende: Limburg (33%), Namen (31%), Vlaams-Brabant (30%), West-Vlaanderen (29%), Antwerpen (27%) en Oost-Vlaanderen (27%).

Het percentage rokers is lager dan het nationale gemiddelde in Brussel (26%) en in de provincies Luxemburg (24%), Waals-Brabant (21%), Luik (17%) en Henegouwen (15%).

3.5. Toekomstige tabaksconsumptie: Stoppen met roken

In de OIVO-enquête van 2010 werd aan de rokers gevraagd of ze er al dan niet aan dachten om te stoppen met roken.





lets meer dan de helft van de rokers verklaart dat ze in de nabije toekomst willen stoppen met roken (53% tegenover 48% in 2009). Slechts 12% is echter vastbesloten om te stoppen in de toekomst. In verhouding tot 2009 zien we een afname met 4% van het aantal rokers dat niet van plan is om te stoppen.

De rokers van 40-49 jaar (58%) en van 15-29 jaar (55%) zeggen talrijker dan het nationale gemiddelde (van 53%) dat ze willen stoppen met roken. 50-plussers en 30- tot 39-jarigen zijn minder gemotiveerd om te stoppen. Hierbij moeten we wel onthouden dat de proportie rokers bij de 65+'ers het laagst ligt. In 2010 zien we in vergelijking met 2009 dat de intentie om met roken te stoppen toeneemt in alle leeftijdsgroepen, behalve die van de 30- tot 39-jarigen.

Het is voornamelijk in de Vlaamse landelijke gemeenten (66%), de Waalse steden (57%), de Waalse kleine dorpen (54%) en Brussel (54%) dat rokers meer dan het nationale gemiddelde geneigd lijken om te stoppen met roken. In de Waalse landelijke gemeenten (50%), in de Vlaamse kleine dorpen (49%) en in de Vlaamse steden (39%) zijn rokers niet echt gemotiveerd om de sigaret naast zich te leggen.

Op provinciaal niveau: van de rokers in Henegouwen zeggen 72% (23% vastbesloten en 49% twijfelend) dat ze willen stoppen met roken, een percentage dus dat ver boven het nationale gemiddelde (van 53%) ligt. De rokers in de provincies Antwerpen (46%), Waals-Brabant (35%) en Limburg (27%) lijken veel minder van plan om te stoppen. In België zeggen gemiddeld 53% van de rokers dat ze willen stoppen: 12% zijn vastbesloten, terwijl 41% nog aarzelen. Als we naar de sociale groepen kijken, zien we overal de intentie om te stoppen met roken: de gemiddelde (54%) en de lage sociale groepen (54%) zeggen dat talrijker dan de hoge sociale groepen (50%). De lage sociale groepen zijn echter het minst gemotiveerd om de stoppen (6% tegenover 15% bij de gemiddelde en 12% bij de hogere sociale groepen).

4. ROKEN SCHAADT DE GEZONDHEID

4.1. Roken en vroegtijdige sterfte

De geneeskundige literatuur biedt een scala van tienduizenden studies over de invloed van het roken op de gezondheid. Het gebruik van tabak wordt tegenwoordig beschouwd als de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de wereld.⁵ Het is een risicofactor voor 6 op de 8 belangrijkste overlijdensoorzaken in de wereld.

Zo hebben talloze studies aangetoond dat het gebruik van tabak de voornaamste determinant van longkanker is, en dat ze aan de basis ligt van ongeveer één kanker op drie, wanneer alle soorten kanker in ogenschouw worden genomen. Kijken we enkel naar longkanker, dan blijkt dat acht op de tien longkankers door roken worden veroorzaakt. Het tabaksgebruik speelt daarnaast een belangrijke rol in de ontwikkeling van o.a. cardiovasculaire aandoeningen, chronische ademhalingsproblemen en emfyseem. Het gebruik van sigaretten tijdens de zwangerschap is verantwoordelijk, naast andere factoren, van een laag geboortegewicht en wiegendood. Bovendien wordt passief roken als een belangrijk risico beschouwd voor longkanker en cardiovasculaire aandoeningen bij niet rokers, alsook voor ademhalingsproblemen bij ionge kinderen.

In termen van mortaliteit, stelt de WHO dat het gebruik van tabak wereldwijd verantwoordelijk is voor 5,4 miljoen doden per jaar: dit is 1 dode elke 5,8 seconden. Als dit niet onder controle wordt gehouden, zal dat aantal oplopen tot meer dan 8 miljoen in 2030: dat wil zeggen 1 dode elke 4 seconden. (http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/en/index.html) Mocht de tabaksconsumptie echter nu worden beperkt, dan zouden tegen 2050 150 miljoen vroegtijdige sterfgevallen worden vermeden (International Union Against Cancer (UICC), World Cancer Campaign, fast facts about cancer, 2008; http://www.worldcancercampaign.org/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=419).

Wie zijn leven lang rookt, heeft 50% kans vroegtijdig te overlijden aan een aandoening veroorzaakt door dat roken. En dat 'vroegtijdig' betekent dat een roker gemiddeld 10 jaar vroeger dan de gemiddelde levensverwachting sterft (DOLL R., e.a. BMJ 2004; 328). De personen die vroegtijdig overlijden aan ziekten die met het gebruik van tabak gelieerd zijn, verliezen tussen 19 en 23 jaren van hun leven.

In België gaat men er, volgens de sterftecijfers van 1997, van uit dat 20% van de sterftegevallen geassocieerd is met een ziekte te wijten aan het gebruik van tabak.

In 1962 publiceerde het gezaghebbende Britse "Royal College of Physicians" zijn eerste rapport dat de gevaren van roken aantoonde op basis van een studie bij 34.439 Engelse artsen. Het onderzoek waarop dit gebaseerd was, werd voor het eerst uitgevoerd in 1951 en daarna periodiek voortgezet (in 1957, 1966, 1971, 1978, en 1991). De laatste vragenlijst werd afgenomen in 2001. De bevindingen van vijftig jaar observatie van deze 34.439 artsen, waarvan er ondertussen al 25.346 waren overleden, werden beschreven in een artikel in het medische tijdschrift *British Medical Journal* van 22 juni 2004. Volgens de auteurs stierf er één op twee regelmatige rokers vroegtijdig ten gevolge van zijn rookgewoonten.

In de VS werd verder berekend dat roken meer doden veroorzaakt dan aids, verkeersongevallen, alcohol, moord, zelfmoord, drugs en branden samen.

⁵ Misschien een lugubere vergelijking maar de sterfte door tabaksgebruik was in 2000 ongeveer 5700 keer meer dan deze door internationaal terrorisme. Het absolute jaarlijkse sterftecijfer tengevolge van tabakgebruik is het hoogste in de VSA (514.000 doden in 2000). Dit is evenveel als de impact van een terroristische aanval zoals op 11 september 2001 elke 2,1 dagen. Voor alle 37 bestudeerde landen in het totaal, was het sterftecijfer gerelateerd aan de tabakconsumptie gelijk aan de impact van deze terroristische aanval elke 14 uren. (THOMSON G., WILSON N., 2005)

In de Europese Unie (van 15 lidstaten) werd het aantal doden voor 1998 ten gevolge van tabaksgebruik door de WHO op ruim 1.273.000 geschat.

Volgens berekeningen van Professor R. PETO (de eerste epidemioloog van de WHO die vergelijkend onderzoek deed⁶) en zijn collega's is tabak in België verantwoordelijk voor 8.000 doden in 1955, 14.200 in 1965, 19.000 in 1975, 20.000 in 1985, 18.300 in 1990 19.400 in 1995 en 18.600 in 2000 (THOMSON G., WILSON N., 2005, *Policy lessons from comparing mortality from two global forces: international terrorism and tobacco*)

Volgens dezelfde auteurs zijn er in de periode 1950-2000 in België zowat 813.000 mensen (763.000 mannen en 50.000 vrouwen) gestorven ten gevolge van het roken. Haast de helft hiervan (443,000) waren van middelbare leeftijd (tussen 35 en 39 jaar) toen ze stierven. Deze cijfers tonen ook dat 1 op de vier Belgen van die leeftijdscategorie stierven ten gevolge van tabak. Jaarlijks sterven er dus bijna 19.000 Belgen ten gevolge van het roken.

Tabel 4: Sterfte veroorzaakt door tabak in 2000 in België

Alle kankers	8.600
Hart- en vaatziekten	4.000
Luchtwegenaandoeningen	4.000
Andere	2.000

Bron: Deaths from smoking in Belgium, www.deathsfromsmoking.net

Vele van de doden van middelbare leeftijd zouden nog 10, 20, 30 jaar kwaliteitsvol langer hebben geleefd. Rokers tussen 35 en 39 jaar verliezen gemiddeld 22 levensiaren, tenzij ze zouden stoppen met roken.

Deze groep werd vervolgens gedurende 6 jaar gevolgd wat betreft mortaliteit. De op deze wijze verkregen informatie over de incidentie van verschillende doodsoorzaken bij rokers en niet-rokers werd door Peto gebruikt om een inschatting te maken van de tabaksgerelateerde sterfte.

De methode die PETO ontwikkelde maakt enkel voor longkanker gebruik van de absolute risico's. Bij vele andere ziekten kunnen de absolute risico's van de CPS-II-studie immers niet rechtstreeks gegeneraliseerd worden. Zo zullen ziektes met een langer verloop ondervertegenwoordigd zijn, aangezien personen die al in een slechte gezondheidstoestand verkeren op het moment van de initiële enquête, minder geneigd zijn om hieraan deel te nemen. Longkanker, met zijn karakteristiek snel verloop, is minder gevoelig voor deze problematiek.

Voor de andere bestudeerde doodsoorzaken stelt Peto voor om in de berekening van het attributieve risico gebruik te maken van het relatieve risico. Dit is de verhouding tussen de mortaliteitsratio bij de rokers en deze bij de niet-rokers. Deze verhouding is geschikter voor het generaliseren van de onderzoeksgegevens naar andere populaties.

De verkregen gegevens stelden PETO in staat te bepalen welke proportie van de incidentie van longkanker toe te schrijven was aan tabaksgebruik. (MIERMANS J.P., VAN OYEN H., 2002, p. 34)

⁶ Er bestaan in België geen directe gegevens om de relatie tussen rookgedrag en sterfte in kaart te brengen. Zo staat er geen informatie over de geschiedenis van het rookgedrag op het sterftecertificaat. Toch is het mogelijk om op basis van bestaande gegevens een schatting te maken van de tabaksgerelateerde sterfte. Hiervoor wordt er beroep gedaan op de methode die door Peto et al. werd uitgewerkt (PETO R, e.a., 1992). De methode werd in de jaren 90 ook uitgewerkt voor de Belgische situatie door de auteurs van 'Smoking Related Mortality, Belgium,1992-1994' (WIV 14). PETO berekende voor een aantal doodsoorzaken dat in verband wordt gebracht met tabaksgebruik het attributieve risico, d.w.z. de proportie van een specifieke doodsoorzaak die te wijten is aan roken. PETO baseerde zich op een grootschalig gezondheidsonderzoek (American Cancer Society's second Cancer Prevention Study) bij meer dan 1 miljoen Amerikanen die in 1982 een vragenlijst invulden, waarin onder meer gepeild werd naar het rookgedrag.

Gebruikmakend van dezelfde methode van PETO berekende de Vlaamse Gemeenschap dat voor 2002 in Vlaanderen 7.663 sterfgevallen bij mannen (of 30%) en 1.100 sterfgevallen bij vrouwen (of 4%) toe te schrijven zijn aan tabak.⁷

Tabel 5: De sterfte ten gevolge van het roken in België in de periode 1955-2000

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1955	7.900	-	7.900
1960	11.100	-	11.100
1965	14.300	300	14.600
1970	16.000	200	16.200
1975	18.200	1000	19.200
1980	18.500	1.100	19.600
1985	18.700	1.300	20.000
1990	16.700	1.600	18.300
1995	17.000	2.400	19.400
2000	18.600	2.700	15.900

Bron: PETO R., LOPEZ A., BOREHAM J., THUN M., HEATH C., 1992, 1994, 2001, 2006

Het aantal doden ten gevolge van het roken bij mannen is gestegen in de periode 1955-85, gedaald in de periode 1985-90 en stijgt opnieuw tijdens de periode 1990-2000. Het aantal doden ten gevolge van het roken bij vrouwen was erg gering in 1960, maar is sindsdien stelselmatig gestegen.

Roken is veruit de belangrijkste doodsoorzaak in België. Van de 104.903 doden in 2000 waren 18.600 toe te schrijven aan het roken, wat haast vijfmaal meer is dan het totaal aantal doden toe te schrijven aan zelfmoord (2.139), verkeersongevallen (1.481), moord (180) en brand (105).

Naarmate het aantal jaren dat de ex-roker gestopt is met roken hoger ligt, verbeteren de levenskansen. In de veronderstelling dat men niet ziek was op het ogenblik van het ophouden met roken, zijn volgens het *Amerikaanse rapport van het Ministerie van Volksgezondheid* de levenskansen na 15 jaar ongeveer gelijk met deze van iemand die nooit gerookt heeft.

In het Ministerieel Besluit van 28 mei 2009 tot vastlegging van gecombineerde waarschuwingen voor alle in de handel gebrachte verpakkingseenheden van sigaretten wordt bepaald dat op 1 januari 2011, overeenkomstig de bepalingen van het KB van 13 augustus 1990, elke in verbruikstelling van een verpakkingseenheid van sigaretten op de Belgische markt een gecombineerde waarschuwing van de tweede reeks moet bevatten.

⁷ Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsindicatoren 2001-2002

4.2. ROKEN EN LONGKANKER

Het gebruik van tabak in gelijk welke vorm veroorzaakt 30 procent van alle longkankerdoden in de ontwikkelde landen en een toenemend aantal doden in ontwikkelingslanden. De voorbije 30 jaar is het aantal longkankers wereldwijd verdubbeld.

De evolutie in België van het aantal sterfgevallen ten gevolge van long- en luchtwegenkanker wordt weergegeven verliep als volgt.

Tabel 6: Sterfte door longkanker in België

Jaartal	Mannen	Vrouwen	Totaal
1954	1.829	307	2.136
1960	2.405	291	2.696
1970	3.969	374	4.343
1978	5.467	524	5.991
1984	5.795	616	6.411
1986	6.114	775	6.889
1991	6.044	936	6.980
1992	5.669	927	6.596
1993	5.764	915	6.679
1994	5.624	954	6.578
1995	5.802	975	6.777
1996	5.538	984	6.522
1997	5.723	1.090	6.813
1998	-	-	-
1999	4.292	933	5.225
2000	4.435	933	5.368
2001	4.356	1.051	5.407
2002	4.392	1.136	5.528
2003	4.574	1.207	5.781
2004	5.455	1.539	6994
2005	5.268	1.540	6.808
2006	5279	1677	6956

Bronnen: FOD Economie, Statistiek en Economische Informatie, NIS en het Belgian Cancer Registry voor de gegevens vanaf 1999 (http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem = 4000000&id = 74&lang = NL)

In de periode 1954-2006 steeg het totale aantal sterfgevallen ten gevolge van longkanker met 326%.

Naarmate de leeftijdsstructuur van een bevolking verandert, verandert ook het type sterfgevallen. In die zin mag men het type sterfgevallen van een bevolkingsgroep boven de 60 jaar niet vergelijken met een bevolkingsgroep onder de 60 jaar. Zo blijken vanaf 45 jaar kanker en hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaken: bij de mannen gaat het dan vooral om longkanker (bij vrouwen om borstkanker). Op latere leeftijd winnen luchtweg- en longaandoeningen aan belang als doodsoorzaak.

Volgens het rapport van het *Internationaal Agentschap voor Onderzoek over Kanker* was het aantal sterftegevallen ten gevolge van longkanker bij gestandaardiseerde leeftijdsstructuur bij mannen in België in 1990 het hoogst van alle landen van de Europese Unie. Ook volgens latere rapporten van de WHO situeert België zich boven het Europese gemiddelde.

8.000 7.000 6.000 5279 5.000 4.000 3.000 2.000 1.829 1.000 0 1954 1984 1993 1997 2002 2006

Grafiek 11: Sterfte door longkanker in België van 1954 t.e.m. 2006

Bron: OIVO op basis van de gegevens van het FOD Economie, Statistiek en Economische Informatie, NIS.

Mannen

Vrouwen

Totaal



Bron: KB van 28 mei 2009 (BS 02 07 2009)

Grafiek 12: Sterfte door longkanker in België van 1999 t.e.m. 2006



Bron: OIVO op basis van de gegevens van het Belgian Cancer Registry voor de gegevens vanaf 1999

Opmerking met betrekking tot het kankerregistratiesysteem voor België. Dit systeem is in de loop van de laatste 10 jaren enorm verbeterd; daarentegen is het nog niet perfect overal ingebed en omwille daarvan valt het aantal gerapporteerde diagnoses van kanker lager uit dan het aantal reële diagnoses. In 2003 was het kankerregistratiesysteem beter ingebed in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Een belangrijke onderregistratie bestaat nog in het Franstalige deel van ons land: we zien een groot verschil in gerapporteerde

incidentie tussen Vlaanderen enerzijds en Brussel en Wallonië anderzijds. Dit verschil is slechts interpreteerbaar indien er overal een performant en vergelijkbaar registratiesysteem aanwezig is.

4.3. Roken, hartziekten en andere nadelige gevolgen

Roken verhoogt niet enkel de kans op longkanker maar ook de kans op longziekten: chronische bronchitis en emfyseem. Rokers hebben ook 2,5 keer meer kans op hart- en vaatziekten. Allerlei andere kankers (leukemie, mond-, maag-, lever- en baarmoederkanker) zijn in meer dan 30% van de gevallen aan roken te wijten. Daarnaast zorgt het roken ook voor een verminderde vruchtbaarheid, erectieproblemen, maagzweren, huidziekten, osteoporose en tandverlies.

In 1996 werden heel wat tabakgerelateerde sterfgevallen in ons land veroorzaakt door andere medische aandoeningen. (MIERMANS J.P., VAN OYEN H., 2002):⁸

- Bij de mannen lagen in 1996 hart- en vaataandoeningen (3.685 overlijdens of 20,88% van alle sterfte door deze oorzakencategorie), chronische obstructieve longaandoeningen (2.712 overlijdens of 75,82% van de oorzakencategorie in kwestie) en andere kankers (1.549 overlijdens of 16,91%) aan de grondslag. Verder observeerden de auteurs dat tabak verantwoordelijk was voor een groot deel (70,98%) van alle sterfte veroorzaakt door aerodigestieve kankers. Tabaksconsumptie heeft ook een belangrijk effect op de sterfte omwille van COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Maar liefst 75% van de sterfte omwille van COPD kan worden toegeschreven aan het tabaksgebruik.
- Bij de vrouwen was de impact van tabak op de totale sterfte veel kleiner. Slechts 4,7% van de sterfte door medische oorzaken werd gerelateerd met tabaksconsumptie. Dit viel voor een groot deel te verklaren door het historische lagere gebruik van tabak door vrouwen. Aangezien vrouwen echter meer en meer gingen roken en mannen minder, rees het vermoeden dat de cijfers van beide geslachten wat betreft de tabaksgerelateerde sterfte in de toekomst naar elkaar zouden toegroeien, wat ook bevestigd werd door de cijfers.⁹ Naast longkanker (565 overlijdens of 57,63%) of waren chronische obstructieve longaandoeningen (555 overlijdens of 34%) en hart- en vaataandoeningen (446 overlijdens of 27%) de belangrijke tabaksgerelateerde doodsoorzaken bij de vrouwen.

De verkregen gegevens stelden PETO in staat te bepalen welke proportie van de incidentie van longkanker toe te schrijven was aan tabaksgebruik.

Op basis van het aantal longkankergevallen dat toe te schrijven valt aan tabaksgebruik, kan men vervolgens inschatten hoeveel rokers er zich in een bepaalde populatie bevinden. Ten slotte is het mogelijk om een schatting te maken van de mate waarin een aantal andere doodsoorzaken tabakgerelateerd zijn, op basis van de uit de Amerikaanse studie gekende mortaliteitratio's bij de groep van rokers.

Zo kan men, aan de hand van de nu verkregen schattingen van de prevalentie van rokers in de Belgische populatie en de uit de Amerikaanse studie bekende prevalentie van bepaalde doodsoorzaken bij rokers, komen tot een schatting van de impact van het rookgedrag in België op de sterfte.

⁸ Voor de andere bestudeerde doodsoorzaken stelt PETO voor om in de berekening van het attributieve risico gebruik te maken van het relatieve risico. Dit is de verhouding tussen de mortaliteitsratio bij de rokers en deze bij de niet-rokers. Deze verhouding is geschikter voor het generaliseren van de onderzoeksgegevens naar andere populaties.

⁹ In een persbericht van de Vlaamse Gemeenschap (MVG, administratie Gezondheidszorg, Entiteit Beleidsondersteuning) naar aanleiding van de publicatie "Gezondheidsindicatoren 2001-2002" legden de auteurs bijvoorbeeld de cijfers van 2002 naast die van 1998. Het percentage rokers lag in 2002 iets hoger dan in 1998. Er stierven in 2002 wel minder mannen aan longkanker dan in 1998 (- 9,4%), maar bij de vrouwen was een omgekeerde tendens te merken. Zij begonnen vanaf de tweede helft van de vorige eeuw meer te roken met als gevolg 7,2% meer tabaksgerelateerde doden in 2002 tegenover 1998.

Samen met andere risicofactoren (zoals een hoog cholesterolgehalte en een hoge bloeddruk) wordt roken verantwoordelijk gesteld voor ziekten van de kransslagaders. Zoals bij longkanker verhoogt het risico voor ziekten van de kransslagaders met een verhoogde dosis tabak. Het sigaretten roken veroorzaakt waarschijnlijk deze aandoeningen niet, maar versnelt wel hun groeiproces. Rokers krijgen ook vaker een hartaanval dan niet-rokers van dezelfde leeftijd. Vrouwen die de contraceptiepil nemen en bovendien roken, verhogen hun kans op ziekten van de kransslagaders. Sigaren- en pijprokers die niet inhaleren, hebben een veel lager sterfterisico door ziekten van de kransslagaders dan sigarettenrokers die wel diep inhaleren.

Roken heeft een zeer schadelijke invloed op de bloedvaten van de onderste ledematen.

Sigaretten roken is een belangrijke factor voor chronische bronchitis en emfyseem. wat tot min of meer ernstige klachten en functionele afwijkingen leidt met herhaald werkverzuim en soms uiteindelijk invaliditeit tot gevolg.

Kanker van de mond, de keel, het strottenhoofd en de slokdarm komt veel vaker voor bij rokers dan bij niet-rokers. Dit risico is hetzelfde voor pijp-, sigaar- en sigarettenrokers.

Blaas-, nier- en pancreaskanker komt eveneens vaker voor bij rokers. Ook maagzweren komen vaker voor bij rokers dan bij niet-rokers.

Wat de band tussen roken en borstkanker betreft, is er blijkbaar een grotere gevoeligheid van de vrouwelijke borst gedurende de jeugd. Dit vloeit voort uit een studie van het National Cancer Institute die uitgevoerd werd om de band tussen roken en de risico's van borstkanker gedurende de verschillende periodes van het leven te bepalen. Zij toonden aan dat het risico duidelijk tussen de eerste menstruatie en het eerste kind stijgt. Het risico van borstkanker stijgt met 3% per jaar waarin de vrouw een pak sigaretten per dag heeft gerookt. De studie heeft geen stijging van het risico na het eerste kind aangetoond. In deze latere fase van het leven, is het borstweefsel immers volledig gevormd.



Bron: KB van 28 mei 2009 (BS 2 juli 2009)

5. PASSIEF ROKEN

Een brandende sigaret kan vergeleken worden met een kleine chemische fabriek: de rook die geproduceerd wordt, bevat duizenden chemische substanties, waarvan vele toxisch zijn en waarvan zelfs is komen vast te staan dat zij kanker veroorzaken.

Niet alle rook van een brandende sigaret wordt door de roker geïnhaleerd. Het meeste ervan wordt in de omringende lucht verspreid, na elke trek, vanuit de gloeiende punt van de sigaret.

De roker blaast ook een deel van de geïnhaleerde rook weer uit. De geïnhaleerde rook wordt hoofdstroomrook genoemd en de rook die rechtstreeks van de gloeiende punt in de lucht terechtkomt zijstroomrook. Deze zijstroomrook maakt 85% van de tabaksrook uit die in de omringende lucht terechtkomt. De resterende 15% bestaat uit de hoofdstroomrook die door de roker wordt geïnhaleerd en weer wordt uitgeblazen.

Men heeft in tabaksrook meer dan 4.700 verbindingen geïdentificeerd, waarvan er 43 bekendstaan als kankerverwekkend in mens en dier. Sommige hiervan komen bovendien in zijstroomrook in hogere concentraties voor dan in de hoofdstroomrook.

Dit verschil is te verklaren door de temperatuur, die hoger is bij het inademen en waardoor de tabak meer volledig verbrand wordt, en door het feit dat bepaalde stoffen in de hoofdstroomrook door de roker gefixeerd worden en in diens lichaam overgaan vóór het uitademen.

Daarnaast houden sigaretfilters een klein gedeelte van de toxische bestanddelen van hoofdstroomrook tegen.

De zijstroomrook die vrijkomt bij de verbranding van tabak, bevat bijvoorbeeld een hogere concentratie dan de hoofdstroomrook aan carcinogene stoffen zoals 2-naftylamine, 4-aminobifenyl, nitrosamines, benzeen en andere toxische stoffen, zoals ammoniak, koolmonoxide, nicotine enzovoort.

Tabaksrookbestanddelen (nicotine en het afgeleide product cotinine) worden gevonden in bloed, urine en speeksel van passieve rokers. Een internationaal onderzoek over het cotininepeil in de urine van 1.369 vrouwelijke passieve rokers in tien verschillende landen wees op een significant hoger cotininepeil bij vrouwen die thuis of op het werk aan tabaksrook waren blootgesteld in vergelijking met de vrouwen die dat niet waren.

Een monografie van het *Internationaal Agentschap van Onderzoek over Kanker* (IARC), gepubliceerd in 2004¹⁰, stelt op basis van meer dan 50 studies vast dat er voldoende bewijsvoering is dat passief roken tot longkanker kan leiden. Het meest recente rapport van de United States Surgeon General "The health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke" dateert van 2006. Het stelt dat blootgesteld zijn aan passief roken het risico voor longkanker verhoogt met 20% tot 30% als men samenwoont met een rokende partner. (NAGEL I., 2008)

Het causaal verband is biologisch gezien zeer aannemelijk, aangezien er geen dosis is waaronder het carcinogene effect van actief roken niet meer blijkt: dit maakt dat kleine hoeveelheden tabaksrook al een belangrijke rol kunnen spelen. Het risico van longkanker door passief roken is vooral aanwezig bij personen die met één of meer rokers samenwonen of bij personen die een kleine kantoorruimte met rokers delen.

In het rapport van het Californische *Environmental Protection Agency (EPA)* wordt geschat dat blootstelling op de werkplek over het algemeen schadelijker is dan in de huiselijke omgeving, zodat de 3.000 doden door longkanker ten gevolge van passief roken in de Verenigde Staten verdeeld kunnen worden in 2.200 op de werkplek en 800 thuis geïntoxiceerden.

32

¹⁰ Een samenvatting hiervan kan worden geconsulteerd op http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf.

Het rapport "The health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke" uit 2006 stelde dat de bewijskracht toen voldoende was om te spreken van een oorzakelijk verband tussen passief roken en een verhoogd risico op een halskransslagaderaandoening (coronaire aandoening) en op sterfte door die aandoening. Op basis van de beschikbare meta-analyses wordt geschat dat passief roken het risico op een coronaire aandoening verhoogt met ongeveer 25 tot 30%. Dat risico blijkt niet lineair te zijn: zelfs een geringe blootstelling aan tabaksrook heeft een sterk uitgesproken effect op hartziekten. (NAGEL I., 2008). De gevolgen van passief roken voor bepaalde hartziektes zijn groter dan voor longkanker, omdat hartziektes in de rijke landen de voornaamste doodsoorzaak zijn en ook omdat korte maar terugkerende periodes van passief roken, zoals een verblijf van 30 minuten in een berookt lokaal, de kans op een acuut hartinfarct bij ouderen en bij hartlijders sterk verhogen.

Het rapport "The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke" van 2006 stelt dat er aanwijzingen zijn maar onvoldoende bewijzen voor een oorzakelijk verband tussen passief roken en acute ademhalingssymptomen zoals hoesten, piepen, last op de borst en moeilijk ademen bij gezonde mensen. (NAGEL I.) Acute reacties van de ademhalingsorganen komen vooral tot uiting bij kinderen, in het bijzonder bij zeer jonge kinderen van wie de ademhalingswegen nog niet volgroeid zijn. Hoesten, slijm opgeven en piepen, chronische infecties van de hogere en de lagere luchtwegen (longontsteking, bronchitis en ontsteking van de bronchioli), middenoorontsteking ('lijmoor') - de meest voorkomende oorzaak van doofheid en operatief ingrijpen bij kinderen - en CARA komen veel vaker voor bij kinderen die passief roken.

Het rapport "Smoking and the Young. Royal College of Physicians" uit 1992 stelde bovendien dat in Engeland, waar jaarlijks bij kinderen beneden de leeftijd van vijf jaar ten minste 17.000 ziekenhuisopnamen plaatsvinden voor infecties van allerlei aard, vooral bij infecties van de luchtwegen wordt vastgesteld dat deze te wijten zijn aan het rookgedrag van de ouders.

Een onderzoek naar "The effects of environmental tobacco smoke on health services utilization in the first eighteen months of life" werd in 2001 gepubliceerd in het tijdschrift Pediatrics (107 (6):91). Het was uitgevoerd in China, waar mensen veel roken, en toonde aan dat baby's die bij rokers leven, 30 % vaker naar het ziekenhuis moeten dan baby's die in een rookvrije omgeving leven. (COULON J., 2008)

In België lijdt ongeveer 10% van de bevolking aan ademhalingsstoornissen zoals astma, bronchitis, emfyseem. Deze mensen zijn zeer gevoelig voor de nadelige gevolgen van het passief roken. Passief roken kan een trigger zijn die een astma-aanval kan uitlokken. De meeste patiënten die astma of emfyseem hebben, roken niet omdat ze de nadelen ervan onmiddellijk ervaren. Zelfs relatief korte verblijven kunnen bij astmalijders voldoende zijn om aanvallen van hun ziekte uit te lokken en ook die kunnen levensgevaarlijk zijn. Dit risico bestaat ook voor kinderen, en in ons land neemt de frequentie van astmaklachten bij hen toe, in sommige groepen tot 40 percent.

De wiegendoodfrequentie bij kinderen van moeders die roken is hoger. Na een campagne van Kind en Gezin, waarbij onder meer aan jonge moeders de raad wordt gegeven niet te roken in aanwezigheid van jonge baby's, is het aantal gevallen van wiegendood in België sterk gedaald.

Ventilatie is geen oplossing voor het probleem van passief roken. Ventilatie kan helpen om de irritatie van de rook te verminderen, maar niet om de schadelijke elementen ervan volledig te verwijderen. De reden hiervoor is dat de tabaksrook van de zijstroomrook minder vaste deeltjes en meer oplosbare dampfase-elementen bevat dan de hoofdstroomrook. De rook wordt hierdoor snel in de lucht verspreid en opgenomen, wat de mogelijkheden via ventilatie beperkt. Ventilatie kan enkel helpen als de rokers volledig van de niet-rokers afgeschermd worden en de lucht rechtstreeks naar buiten wordt geventileerd.

Uit een enquête over passief roken, die in de herfst van 1992 in de toenmalige twaalf Lidstaten van de Europese Gemeenschap werd gehouden, bleek dat 55% van de Europeanen 'enigszins' of 'in ernstige mate' hinder ondervinden van tabaksrook en 10% zegt dat zij er werkelijk onder lijden. Globaal betekende dit dat twee op de drie Europeanen, zegden last te hebben van de tabaksrook of er onder te lijden.

Volgens de toenmalige reactie van de tabaksindustrie op deze enquête zouden formele beperkingen van het gebruik van tabaksproducten nodeloos spanningen oproepen en niet het gewenste resultaat bereiken. De oplossing lag wat hen betrof niet in regelgeving, maar in simpele beleefdheid. Deze benadering was handig opgezet, omdat het moeilijk was zich te verzetten tegen de normale vormen van beleefdheid.

Voor de industrie was de oplossing eenvoudig: passief roken werd afgeschilderd als een bron van ongemak voor niet-rokers en niet als een gezondheidskwestie die verantwoordelijk was (en is) voor de dood van jaarlijks vele duizenden mensen in de Europese Gemeenschap. Bovendien gaat de beleefdheid ervan uit dat rokers toestemming vragen alvorens een sigaret op te steken en dat niet-rokers zich niet geremd moeten voelen om hun voorkeur uit te spreken voor een rookvrije omgeving.

Het succes van dit soort acties berust op twee veronderstellingen: dat rokers zich onthouden van roken om anderen niet te hinderen en dat niet-rokers duidelijk kenbaar maken dat ze niet willen dat er in hun aanwezigheid wordt gerookt.

- Uit de Europese studie van 1992 over passief roken bleek dat 62% van de niet-rokers toentertijd het zelden of nooit vroegen om niet te roken in hun aanwezigheid. Het was immers vaak moeilijk voor niet-rokers om rokers te verzoeken niet te roken, vooral omdat er geen wettelijke voorschriften waren voor dit verzoek, dat ook nog eens meermalen per dag herhaald moest worden.
- Verder waren verslaafde rokers niet altijd geneigd aan dit verzoek te voldoen. Het probleem werd niet veroorzaakt door lichte
 rokers die het roken gemakkelijk konden laten, maar door zware rokers die zich niet op hun gemak voelden als zij niet enkele
 sigaretten per uur konden roken. Ruw geschat was één op de drie rokers dusdanig verslaafd dat het beleefdheidsprincipe hem (of
 haar) er niet van kon weerhouden te roken. Anno 2009 is deze situatie sterk veranderd.

Naast deze ernstige ziektebeelden, moeten we ook in gedachten houden dat tabaksrook heel wat hinder kan veroorzaken zoals prikkende ogen, sinusitis, hoofdpijn, misselijkheid enzovoort.

6. BESTANDDELEN/INGREDIËNTEN VAN DE TABAKSROOK

Tabaksrook bevat meer dan 4.700 verschillende verbindingen, waarvan vele als schadelijk bekend staan. Onder de best gekende vermelden wij nicotine, koolmonoxide, irriterende gassen en kankerverwekkende bestanddelen.

Nicotine is een stof die met tabaksrook wordt geïnhaleerd, via de longblaasjes in het bloed komt en zo door heel het lichaam wordt verspreid. Enkele effecten van nicotine zijn: verhoogde frequentie van hartkloppingen, toename van het hartdebiet en stijging van de bloeddruk door de kleine bloedvaten samen te trekken. Nicotine is het bestanddeel waaraan de roker verslaafd raakt en waarvan hij het effect zoekt.

Toxische en irriterende gassen zijn bijvoorbeeld acroleïne, stikstofoxiden, waterstofsulfide en ammoniak. Deze veroorzaken hoest, slijmsecretie, samentrekking van de luchtwegen en verlamming van de trilhaartjes (cilia) die nodig zijn voor het ophoesten van stofjes. Die cilia voeren een waaierende beweging uit in de richting van de keelholte waardoor ongewenste vaste bestanddelen (tabaksrook, nanodeeltjes, stof) uit de luchtwegen naar buiten gestoten worden. Beschadigd door tabaksrook kunnen ze hun reinigende werking niet meer uitvoeren. Daardoor zullen vaste en kooldeeltjes zich in de longen kunnen ophopen, wat de longcapaciteit doet afnemen en de uitwisselingen tussen de longblaasjes en het bloed vermindert waardoor diverse infecties vrij spel krijgen.

Carcinogene stoffen (kankerverwekkers) zoals benzopyreen en de nitrosamines zijn vooral terug te vinden in het verbrandingsteer van de tabak. Er zijn nog andere kankerverwekkers, zoals polonium 210, nikkel, cadmium, arsenicum enz. Deze stoffen liggen aan de basis van allerlei kankers die doorgaans aan roken toegeschreven worden.

Koolmonoxide (CO) dringt door tot in de rode bloedcellen en komt er in mededinging met zuurstof waarvan het de plaats kan innemen. Hoge concentraties koolmonoxide, zoals kacheluitwasemingen, zijn op die manier snel dodelijk. Bij rokers verdringt CO slechts een deel van de zuurstof uit het bloed, met als gevolg een chronisch zuurstoftekort in de organen van de roker, waardoor de weerstand vermindert en het prestatievermogen achteruit gaat.

Uit een onderzoek van het OIVO in 2001 blijkt dat het meest schadelijke bestanddeel in tabaksproducten nicotine is volgens 50% van de ondervraagde rokers in België, tegenover teer volgens 44%, ammoniak of koolmonoxide of benzeen of arsenicum of een ander bestanddeel volgens 3% van hen, terwijl 3% geen antwoord geven. Het feit dat nicotine bovenaan op de lijst staat, is enigszins verwonderlijk, omdat nicotine op zich niet zo schadelijk is, maar wel verantwoordelijk is voor de afhankelijkheid en het verslavingsaspect van het roken.

7. SIGARETTEN MET LAAG TEER- EN NICOTINEGEHALTE

De Europese richtlijn van 13 mei 1990 bepaalde dat de sigaretten die in de landen van de Europese Unie worden verkocht, een maximaal teergehalte mochten bevatten van 15 mg per sigaret vanaf 1 januari 1993 en 12 mg vanaf 1 januari 1998.

De Europese richtlijn van 5 juni 2001 bepaalt dat vanaf 1 januari 2004 de sigaretten die in de landen van de Europese Unie worden verkocht, een maximaal teergehalte mogen bevatten van 10 mg per sigaret, een maximaal nicotinegehalte van 1 mg per sigaret en een maximaal koolmonoxidegehalte van 10 mg.

De richtlijn van 5 juni 2001 bepaalt echter ook dat er sinds 30 september 2003 geen teksten, namen, handelsmerken en figuratieve tekens die de suggestie wekken dat een bepaald tabaksproduct minder schadelijk is dan andere, mogen worden gebruikt op de verpakking van tabaksproducten.

In het KB van 29 mei 2002 werd de bepaling opgenomen dat het verboden is te fabriceren en in de handel te brengen: "Tabaksproducten op de verpakking waarvan de volgende vermeldingen worden aangebracht: teksten, namen, merknamen en figuratieve tekens die de suggestie wekken dat een bepaald tabaksproduct minder schadelijk is dan andere, inzonderheid "ultra light", "light", "low ", "ultra légère/léger", "super légère/léger", "légère/léger", "ultra licht", "superlicht", "licht", "medium", "mild", "doux", "zacht", "demi-fort" en "halfzwaar".

De beperkte voordelen voor de gezondheid die men vroeger aan sigaretten met een lager teer- en nicotinegehalte meende te mogen toeschrijven, bestaan mogelijk niet. Iemands rookgedrag wordt voor het grootste deel bepaald door de behoefte aan nicotine die de betrokken persoon voelt. De verslavende eigenschappen van nicotine maken dat machinale metingen van de teer- en nicotineopname niet weergeven wat een roker werkelijk binnenkrijgt. Rokers passen hun manier van roken aan om zichzelf een bevredigende dosis nicotine te verschaffen. Dit proces staat bekend als 'compensatie' of compenserend gedrag. Het gevolg is dat mensen die nicotinearme sigaretten roken niet noodzakelijk minder nicotine zullen opnemen dan rokers van nicotinerijke sigaretten. Erger nog, als gevolg van het compensatiegedrag krijgt de roker ook meer binnen van de andere schadelijke bestanddelen (zoals teer) dan wat aangegeven staat op de sigarettenverpakking en dan wat hij/zij zou inademen bij het roken van zwaardere sigaretten.

De andere reden waarom er een zo groot verschil is tussen de machinaal gemeten teer- en nicotinewaarden en de werkelijke opname door rokers is dat moderne sigaretten specifiek ontworpen zijn om de verschillen tussen soorten en merken duidelijker te doen uitkomen. Vanaf de jaren '70 hebben sigarettenfabrikanten de filters met ventilatiegaatjes ingevoerd, die de rook vermengen met gewone lucht en lagere waarden voor de teer en de nicotine opleveren bij machinale metingen. In feite zijn de gaatjes zo geplaatst dat de machines ze nooit blokkeren, maar dat de consumenten ze — zelfs onopzettelijk — wel kunnen blokkeren. Het effect van de filter is aanzienlijk: als de gaatjes geblokkeerd worden bij machinale metingen, bijvoorbeeld, kan de teeropname met een factor 12 toenemen. Het ontwerp van de sigaretten maakt de kloof tussen de machinaal gemeten waarden en de werkelijke opname van teer en nicotine groter, en zorgt er dus voor dat de machinewaarden minder zinvol zijn voor de consumenten.

In 2001 heeft het *National Cancer Institute (NCI)* in de USA een uitvoerig rapport opgesteld over de gezondheidsrisico's van teer- en nicotinearme sigaretten. Volgens dit rapport heeft het wijdverspreide verbruik van de teer- en nicotinearme sigaretten in de USA de toename van longkanker bij oudere rokers niet voorkomen en geven de methodes voor het meten van het gehalte aan teer en nicotine de rokers geen zinvolle informatie over de hoeveelheid teer en nicotine die ze ontvangen van de sigaret.

Documenten van de tabaksindustrie wijzen erop dat de reclame voor "teer- en nicotinearme" en "light" sigaretten bedoeld was om hun klanten gerust te stellen en gezondheidsbewuste rokers ervan te weerhouden met roken te stoppen. De stijgende vraag van de consument naar sigaretten met een lager gehalte is waarschijnlijk toe te schrijven aan het geloof van de consument dat een lager gehalte minder gevaarlijk is. Die indruk kan gedeeltelijk het resultaat zijn van reclame voor sigaretten die impliceert dat merken met een laag teergehalte veilig of toch alleszins minder gevaarlijk zijn.

Onderzoeksbevindingen uit het buitenland wijzen erop dat deze politiek van de industrie succesvol is en dat de misvattingen bij rokers over light en ultra-light sigaretten bijzonder groot zijn. Onderzoek uitgevoerd in diverse landen over de hele wereld heeft uitgewezen dat termen als "light" en "mild" de consumenten kunnen misleiden door ze aan te raden sigaretten te kiezen op grond van de schadelijke bestanddelen en door de gezondheidsrisico's van dergelijke producten te 'verbloemen'.

Het onderzoek dat het OIVO in 2001 bij 608 rokers in België heeft uitgevoerd, bevestigt buitenlandse onderzoeksresultaten en toont aan dat 94% van de rokers nicotine en teer als de schadelijkste bestanddelen in de tabaksproducten beschouwen, dat de helft van de rokers veronderstellen dat de lichte tabaksproducten minder schadelijke bestanddelen (zoals teer) bevatten, dat één vierde van de rokers denkt dat de lichte tabaksproducten minder schadelijk zijn en dat termen als "light", "medium", "halfzwaar" en "mild" de consumenten kunnen misleiden door ze aan te raden sigaretten te kiezen op grond van de schadelijke bestanddelen die ze zouden bevatten.

Het succes van "light" sigaretten in de Europese Unie was groot, vooral bij vrouwen van middelbare leeftijd: in 1995 rookte 60% van de vrouwelijke rokers van sigaretten van 45 tot 64 jaar oud rookte "light" sigaretten. In zeven EU-landen rookte in 1995 meer dan de helft van alle vrouwelijke rokers van sigaretten "light" sigaretten (Zweden, Oostenrijk, Italië, Denemarken, Ierland, Finland en Frankrijk). In Zweden rookten drie op vier vrouwelijke rokers "light" sigaretten.

8. DE ETIKETTERING VAN SIGARETTEN

Zowel de reclame als de etikettering van tabaksproducten is gereglementeerd (zie het hoofdstuk wetgeving).

Hoewel roken bij ons erkend is als voornaamste doodsoorzaak, stelde men bij de rokers een oppervlakkige perceptie van risico's vast. Rokers weten wel dat 'roken slecht is voor de gezondheid' maar begrijpen de specifieke risico's of de omvang van de gevaren niet ten volle.

8.1. ETIKETTERING VAN TABAKSPRODUCTEN

De etikettering van tabaksproducten omvat doorgaans 2 soorten informatie die consumenten hierover informeren: met name de waarschuwingen voor de gezondheid en de vermelding van bepaalde stoffen die het product zelf of de rook bevat.

Volgens een beschikking van de Europese Commissie van 2003 zouden de gezondheidswaarschuwingen best aangevuld worden door kleurenfoto's om de impact ervan te vergroten.

Canada introduceerde, als eerste de maatregel: foto's moesten samen met verbale waarschuwingen op de verpakkingen worden opgenomen sinds januari 2001 De studies die de *Canadian Cancer Society* sindsdien voerde, tonen aan dat deze strategie succesvol is. De beelden waren zo sprekend dat het tabaksverbruik daalde van 17% naar 9% in 2006.



Uit onderzoek van het OIVO begin 2004 bij 1.000 personen bleek dat 12,8% van de ondervraagde rokers (338 in totaal) zouden stoppen met roken wanneer er waarschuwende foto's zouden aangebracht worden op de verpakking. 23,2% zegt minder te zullen roken, terwijl 63,7% zegt zijn rookgedrag helemaal niet te laten beïnvloeden door dergelijke waarschuwingen.

Vrouwen (16%) zeggen meer dan mannen (10%) dat dergelijke foto's hen zouden beïnvloeden om te stoppen. Ook de leeftijd en het onderwiisniveau bepalen de beïnvloeding.

Opvallend is het verschil tussen het noorden en het zuiden van België: 8,2% in het noorden zou zich door foto's laten overtuigen tot stoppen met roken tegenover 18,4% in het zuiden. Niet geheel onlogisch duikt hetzelfde betekenisvolle verschil op tussen de Nederlandstaligen (8,7%) en de Franstaligen (17,9%). Wel worden verrassende verschillen per provincie genoteerd: van 5,9% in Oosten West-Vlaanderen tot 25,6% in Brussel en 38,2% in Waals-Brabant.

Kijkend naar het criterium "opleiding" zeiden vooral de rokers die de secundaire school gedeeltelijk of geheel doorlopen hadden, zich het minst door zulke foto's te laten beïnvloeden om te stoppen met roken.

Het gebruik van foto's op de verpakking van sigaretten zou...?

13%
23%

U aanzetten om te stoppen met roken

U v rookgedrag helemaal niet beïnvloeden

Grafiek 13: Het gebruik van foto's op de verpakking van sigaretten

Bron: 0IV0 2004

Een nieuw Ministerieel Besluit van 28 mei 2009 (BS van 2 juli 2009) verscherpt de verplichting van 2001 dat elke verpakkingseenheid van sigaretten op de Belgische markt een gecombineerde waarschuwing moet bevatten. Een gecombineerde waarschuwing is een waarschuwing bestaande uit een foto of andere illustratie en de bijbehorende tekst van de bijkomende waarschuwing. Vanaf 1 januari 2011 moet een gecombineerde waarschuwing uit een gespecificeerde reeks van voorstellen worden aangebracht.

De gecombineerde waarschuwingen moeten:

- a) minstens gedrukt worden in een vierkleurendruk, scherm met 133 regels per inch (dus minstens 52 lijnen/cm);
- b) opgevat worden als een beeld dat in zijn geheel moet worden genomen zonder gewijzigd te worden, tenzij in bijlage II van het MB anders is gespecificeerd;
- c) gereproduceerd worden zonder de verhoudingen en/of de kleuren te wijzigen, tenzij in dezelfde bijlage II anders is gespecificeerd.



Bron: KB van 28 mei 2009 (BS 2 juli 2009)

Om de Tabak Stop Lijn beter bekend te maken bij de consumenten van sigaretten wordt de noodzaak onderstreept om het nummer ervan aan te brengen op alle sigarettenpakjes. Zo wordt ook de vermelding van het nummer 0800 111 00 van de Tabak Stop Lijn op alle sigarettenpakjes vanaf dat moment verplicht. Nu is dat nummer nog maar op 1 op 14 pakjes terug te vinden.



Bron: KB van 28 mei 2009 *(BS 2 juli 2009)*

8.2. MARKETING

De tabaksindustrie reageerde en reageert nog steeds vrij creatief op alle regulerende maatregelen. Vooral in Amerika, waar de wetgeving veel minder strikt was dan in Europa, zijn nieuwe trends in opmars. Zowel de verpakking, het productdesign als de verkoopmethoden kunnen de verkoop van tabakswaren bevorderen.

In 2008 werd een rapport opgemaakt hoe de tabaksindustrie in Amerika zich heel ingenieus richtte op potentiële consumenten. 11

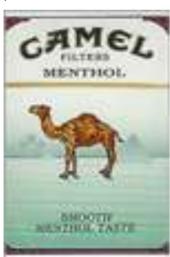
Met een zoete smaak verrijkte tabakswaren zijn in. Volgens het tijdschrift Food and Chemical Toxicology voegen de makers van sommige sigarettenmerken pruimensap, cacao of honing toe om hun product bij jongeren te doen aanslaan. Deze stellen de smaak van gekarameliseerde suiker en de zoete geur op prijs. Bovendien is de rook minder indringend en doet hij de luchtwegen uitzetten, waardoor "het slachtoffer" dieper kan inhaleren. Dat de - verbrande - suiker de rook echter nog giftiger maakt, weten de beginnende rokers natuurlijk niet. De Europese wetgeving van 2001 eist dat de sector de additieven bekendmaakt, maar fabrikanten doen dat niet altijd consequent. Onder het mom van 'fabrieksgeheim' geven ze soms onvolledige of foutieve informatie.

Productdesign waarbij de industrie perfect de nicotineopname controleert om de verslaving te maximaliseren door hun producten zachter te maken, de inhalatie te vergemakkelijken en attractiever te maken voor kinderen.

Nieuwe rookloze producten zoals op snoep gelijkende tabletten moeten rokers helpen in hun rookverslaving op rookvrije plaatsen.

Sommige nieuwe tabaksproducten mikken op speciale doelgroepen, zoals bijvoorbeeld op vrouwen en meisjes.

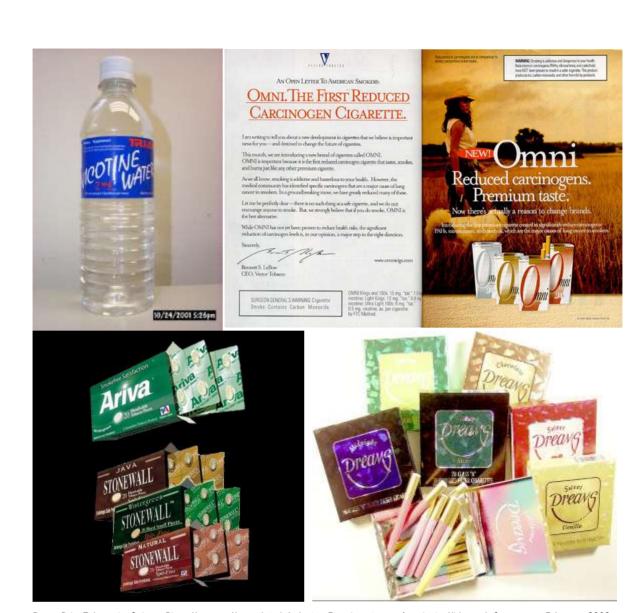
Om rokers te ontmoedigen om te stoppen met roken worden misleidende claims gebruikt, vooral om te beweren dat het bepaalde product minder slecht is dan de traditionele sigaret.





Bron: Big Tobacco's Guinea Pigs: How an Unregulated Industry Experiments on America's Kids and Consumers, February 2008 (www.tobaccofreekids.org/productsreport)

¹¹ B*ig Tobacco's Guinea Pigs: How an Unregulated Industry Experiments on America's Kids and Consumers,* February 2008 (www.tobaccofreekids.org/productsreport)



Bron: Big Tobacco's Guinea Pigs: How an Unregulated Industry Experiments on America's Kids and Consumers, February 2008 (www.tobaccofreekids.org/productsreport)

Sinds juni 2009 hebben de Verenigde Staten nu echter een wet die stipuleert dat nieuwe tabaksproducten pas op de markt gebracht mogen worden nadat hun effect op de volksgezondheid geëvalueerd werd. Deze wet betekent een ommekeer in de verkoop- en reclamemogelijkheden van de tabaksindustrie in de VS.

Een vraag die blijft, is of de besproken producten ook niet bij ons kunnen verkregen worden via de talrijke internetsites voor tabakswaren.

9. JONGEREN EN ROKEN

Roken bij jongeren in Europa neemt toe. Een studie van de Wereldgezondheidsorganisatie in 22 Europese landen had begin 2000 uitgewezen dat in geen enkel land het rookgedrag bij jongeren in de periode 1994-1998 gedaald was.

Volgens onderzoek van de Universiteiten van Gent en Antwerpen was het percentage dagelijkse rokers in Vlaanderen bij 17- en 18-jarige meisjes meer dan verdubbeld in de periode 1990-2000, van 13% in 1990 tot 29% in 2000. Het percentage dagelijkse rokers bij 17-18-jarige jongens in Vlaanderen was gestegen van 25% in 1990 tot 31% in 2000.

Tabel 7: Dagelijkse rokers bij 11- tot 18-jarigen in Vlaanderen in de periode 1990-2000 (in %)

	Jongens		Meisjes	
Leeftijd	15-16 jaar	17-18 jaar	15-16 jaar	17-18 jaar
Jaartal				
1990	11	25	8	13
1994	21	32	12	17
1996	23	35	17	26
1998	21	31	20	30
2000	19	31	15	29

Bron: MAES L., VAN DE MIEROP E., *Jongeren en gezondheid*, Universiteit Gent en Antwerpen

Scholieren uit het technisch, kunst- en beroepsonderwijs rookten merkelijk meer dan scholieren uit het algemeen onderwijs.

9.1. Roker worden

Roker worden is een complex ontwikkelingsproces, waarbij een aantal stadia worden doorlopen: preparatiestadium, initiatie- en experimenteerstadium, occasioneel roken en dan uiteindelijk regelmatig roken. Per stadium kunnen een aantal factoren worden aangeduid die het proces van roker worden beïnvloeden.

```
Preparatiestadium (geboorte - 8 jaar):
     rookgedrag en opvattingen van ouders
     media (TV)
     tabaksreclame
Initiatiestadium (8 jaar - 14 jaar):
     gezin, familie, belangrijke volwassenen
     leeftijdsgenoten / vrienden
     media en reclame
     zelfbeeld
     school
Stadium van occasioneel roker (14 à 16 jaar):
     geloof in positieve ervaringen van roken
     betrekkelijkheid van gezondheidsrisico's
     gezin, familie, belangrijke volwassenen
     vrienden / leeftijdsgenoten
     zelfbeeld
     het voorhanden zijn van sigaretten
     prijs van sigaretten
Stadium van regelmatige roker (16 jaar en ouder):
     idem stadium van occasioneel roker
     afhankelijk van nicotine
```

In elk stadium treedt een keuzemoment op: stoppen of doorgaan. Hoewel veel jongeren het eerste en tweede stadium van het proces doorlopen en een sigaret proberen, wordt slechts een deel ervan occasioneel roker en een nog kleiner deel regelmatig roker.

Ouderlijke invloed:

Ouders vervullen een belangrijke voorbeeldrol. Als één van de ouders rookt of de beide ouders roken, is de kans groot dat hun kinderen ook beginnen roken. Naast het rookgedrag van de ouders speelt ook hun houding tegenover het rookgedrag van hun kinderen een belangrijke rol: ouders (zelfs rokende ouders) die het roken van hun kinderen afkeuren of verbieden, verkleinen de kans dat hun kinderen met roken beginnen.

De invloed van vrienden / leeftijdsgenoten:

Eén van de belangrijkste invloeden bij het roken blijkt het rookgedrag van de (beste) vrienden te zijn. Jongeren experimenteren meestal in groep met leeftijdsgenoten / vrienden.

De invloed van media:

Ook meer algemene factoren, zoals de media en tabaksreclame, beïnvloeden de houding van jongeren tegenover roken. Zij helpen mee het imago van tabak en roken opbouwen. De tabaksindustrie tracht rond roken een aantrekkelijke wereld te creëren met imago's van avontuur, stoerheid, sportiviteit, gezelligheid,.. Een sigaret is het middel om deel uit te maken van deze wereld.

Persoonlijke invloeden:

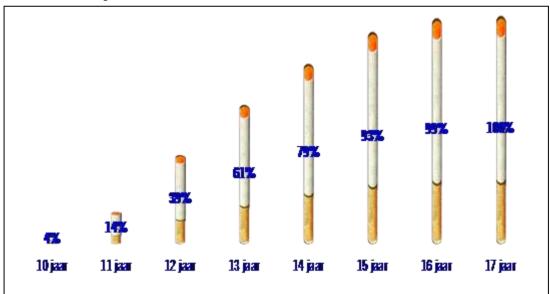
De kans dat een jongere begint te roken is groter bij jongeren met een laag zelfbeeld. Een sigaret wordt gebruikt om het lage zelfbeeld te compenseren.

9.2. DE EERSTE SIGARET

In de periode maart-mei 2006 ondervroeg het OIVO 2.305 jongeren over hun rookgedrag. Dat gebeurde via persoonlijke gesprekken. De belangrijkste vraag van die enquête ging over de leeftijd waarop de jongere rokers de eerste sigaret hadden geproefd. Het OIVO stelde vast dat die eerste kennismaking op alsmaar jongere leeftijd plaatsvindt.

- 13 jaar was de gemiddelde leeftijd waarop een eerste sigaret helemaal werd opgerookt;
- Op de leeftijd van 12 jaar had meer dan 1 op de 3 jongeren al de eerste volledige sigaret opgerookt; op de leeftijd van 14 jaar gold dat voor 4 op de 5 jongeren; en op de leeftijd van 15 jaar voor quasi alle jongeren;
- De leeftijdsvork van 12 tot 14 jaar leek het kritische moment zijn voor de eerste tabaksconsumptie. In die leeftijdsgroep begonnen de jongeren massaal te roken.

Grafiek 14: De eerste sigaret



Bron: 0IVO 2006

Een gelijkaardige vaststelling vinden we ook terug in de HBSC studie van 2006. (MAES L., VEREECKEN C. 2006)12 De beginleeftijd van het roken van een eerste sigaret moet gezien worden als een belangrijke predictor voor toekomstig roken. In de studieresultaten gepresenteerd in de Nederlandstalige publicatie werden alleen de 17-18 jarigen opgenomen. "Van de 61% van de jongens die zegt te roken of gerookt te hebben, begon 76% op 15 jarige leeftijd of eerder. Tien percent van de jongens zegt 11 jaar of jonger te zijn geweest wanneer ze een eerste sigaret gerookt hebben. Van de 57% van de meisjes die zegt al gerookt te hebben, deed 78% dit op 15 jarige leeftijd of eerder. De meerderheid van de 17-18 jarige jongeren begint te roken tussen hun 13 en 16 jaar."

In het Engelstalige rapport van de HBSC studie 2006, gepubliceerd door de WHO13, worden de antwoorden van de 15-jarigen op de vraag wanneer ze beginnen te roken vergeleken tussen de deelnemende landen. Er zijn grote verschillen: van 9% in Israël tot 54% in Estland. België situeert zich met 30% in de middenmoot.

In het algemeen wordt het beginnen roken op 13-jarige leeftijd of vroeger vaker gerapporteerd door jongens (behalve in Noord Amerika en het Verenigd Koninkrijk). De familiale welvaart heeft geen sterke invloed op het zo vroeg beginnen roken.

In het voorjaar van 2009 ondervroeg het OIVO opnieuw jongeren van 10 à 17 jaar over hun rookgedrag en over hun perceptie van roken (n=2600).

De jongeren die al gerookt hadden, deden dit voor het eerst rond hun 13de (12 jaar en 8 maanden). In 2006 lag de leeftijd waarop de eerste sigaret geproefd werd op 13 jaar en 8 maanden.

De jongeren uit de hoge sociale groepen beginnen later te roken (op 12 jaar en 11 maanden) dan de jongeren in de gemiddelde (12 jaar en 3 maanden). De Vlamingen experimenteren gemiddeld iets later met hun eerste sigaret, op de leeftijd van 12 jaar en 11 maanden, voor de jonge Brusselaars en Walen vindt dat experiment plaats op de leeftijd van 12 jaar en 5 maanden.

Als we in 2010 kijken naar het experimenteren met de eerste sigaret volgens onderwijstype, dan stellen we vast dat:

- in het basisonderwijs het percentage jongeren dat al een sigaret proefde, beperkt blijft, maar dat bijna 1 op de 3 kinderen toch verslaafd lijken te blijven;
- in het middelbaar onderwijs dat percentage onder de jongeren in het technisch, kunst- en het beroepsonderwijs hoger ligt dan in het algemeen onderwijs.
- in het beroepsonderwijs, per 10 studenten die met een eerste sigaret experimenteerden, er quasi 7 zijn die doorgaan met roken, terwijl dit er in het algemeen onderwijs bijna 3, in het kunstonderwijs iets meer dan 4 en in het technisch middelbaar 5,5 op de 10 zijn.

De eerste internationale gegevens dateren van 1983-1984 (4 Europese landen). Vlaanderen nam voor de eerste keer deel aan de studie bij de derde survey in 1989-1990 (15 landen). Terwijl is de studie uitgegroeid tot 41 landen in 2005-2006. Meer informatie over de internationale studie (deelnemende landen, rapporten, publicaties, ...) is te vinden op http://www.hbsc.org.

Tijdens de schooljaren 1995-1996 en 1999-2000 werd door Vlaanderen tussenliggende Vlaamse enquêtes afgenomen.

De enquête wordt in Vlaanderen uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Gemeenschap, departement Volksgezondheid, en staat onder toezicht van de Vlor-commissie GVO in het onderwiis."

¹² http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/: "De studie Jongeren en Gezondheid maakt deel uit van de internationale studie "Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)", uitgevoerd onder toezicht van de Wereld Gezondheidsorganisatie. De HBSC-studie is gebaseerd op surveys bij schoolgaande jongeren in een toenemend aantal (vooral Europese) landen en dit om de vier jaar.

¹³ http://www.euro.who.int/Document/E91416 Ch2 4.pdf

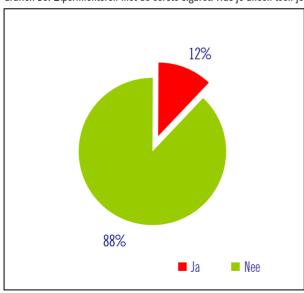
51% 44% 43% 31% 30% 24% 21% 11% 9% 3% Lager Algemeen secundair Secundair Secundair technisch Secundair kunstonderwijs beroepsonderwijs Roken geprobeerd Regelmatige roker

Grafiek 15: Experimenteren met de eerste sigaret volgens onderwijstype

Quasi 9 op de 10 jongeren zijn niet alleen als ze hun eerste sigaret roken.

Het eerste experiment met een sigaret gebeurt in groep. De externe aansporing is de bepalende factor in dit experiment.



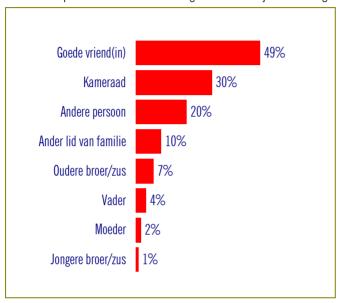


Bron: 0IVO 2011

Voor de initiatiefase draagt de familiale entourage in 24% van de gevallen bij (14% voor de directe familiekring en 10% voor de indirecte familiekring), en daarbij gaat het dan meestal om de oudere broer (of zus).

Het valt op dat de vriendenkring daarin voor 79% meespeelt (49% voor de naaste vriendenkring en 30% voor de minder dichte vrienden). De grote meerderheid van de jongeren (quasi 8 op de 10) die al een sigaret geproefd hebben, hebben die gekregen van (goede) vrienden of kameraden.

Grafiek 17: Experimenteren met de eerste sigaret: "Wie heeft je de eerste sigaret aangeboden?"



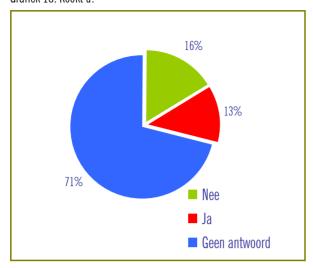
Bron: 0IVO 2011

9.3. Rookgedrag bij Jongeren in 2010

De OIVO bevraging in 2010 geeft volgende resultaten opgeleverd:

- 13% van de jongeren verklaren dat ze roken. (Ze roken gemiddeld 12,7 sigaretten per dag.);
- Het aantal rokende jongeren is afgenomen tegenover vorig jaar (16% in 2008; 14% in 2009 en 13% in 2010). De hoeveelheid sigaretten die ze roken per dag is echter wel sterk gestegen (van 7,5 in 2008 naar 11,5 in 2009 en 12,7 in 2010).

Grafiek 18: Rookt u?



De grafieken 18 t.e.m. 20 tonen de percentages verklaarde rokers algemeen, per leeftijd en per onderwijs.

Grafiek 19 illustreert dat:

- het aantal rokers toeneemt met de leeftijd;
- het aantal rokers jonger dan 12 jaar verwaarloosbaar is;
- het aantal rokers heel sterk toeneemt vanaf de leeftijd van 12 jaar. In 2005 en 2006 was het aantal jonge rokers van nog geen 12 jaar groter, maar deze toename werd maar zichtbaar vanaf 13-14 jaar;
- het aantal 17-jarigen dat rookt dit jaar, in tegenstelling tot de voorgaande jaren, niet meer afneemt. Dat kan komen door het vertragingseffect van de stijgingen in de lagere leeftijdscategorieën in de voorgaande jaren, alsook door de overtuigingskracht van de groep.

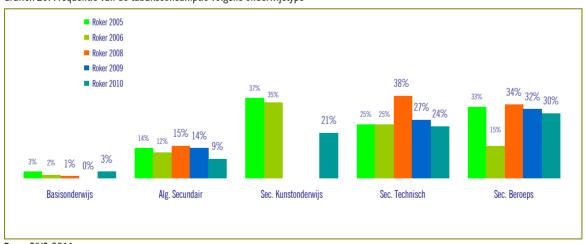
40% 35% 30% 25% 20% 15% 10% 5% 0% 10 jaar 11 jaar 12 jaar 15 jaar 16 jaar 17 jaar 13 jaar 14 jaar **■** 2005 **■** 2006 **■** 2008 **■** 2009 **■** 2010

Grafiek 19: Frequentie van de tabaksconsumptie volgens leeftijd (Bron: OIVO 2011)

Grafiek 20 toont aan dat:

- Er vaker jonge rokers zijn in het technisch en het beroepsonderwijs dan in het algemeen en het kunstonderwijs.
- Weinig van de kinderen in het basisonderwijs roken, ondanks de 11% die al hun eerste sigaret geproefd hebben.
- Het aantal rokers in elk onderwijstype in vergelijking met het jaar voordien is afgenomen en dat we kunnen stellen dat de niveaus terug lager dan of gelijk zijn aan die van het jaar 2005.

Grafiek 20: Frequentie van de tabaksconsumptie volgens onderwijstype



Bron: 0IV0 2011

Het gemiddelde aantal geconsumeerde sigaretten per dag is zeer hoog onder de jongeren: 12,7 (tegenover 11,5 in 2009 en 7,5 in 2008). In 2009 zegden de 12-jarigen dat ze 13,7 sigaretten per dag rookten, maar nu, in 2010, lijkt die trend afgenomen te zijn. 13-jarigen roken gemiddeld 28,7 sigaretten per dag. De 15-jarigen roken gemiddeld het minst sigaretten per dag, namelijk 8,1. Het lijkt erop dat de afname van het aantal jonge rokers paradoxaal negatief gecompenseerd wordt door de toename van de hoeveelheid sigaretten die gerookt worden.

28,7 16,8 13.7 13,3 12,8 11,8 10,6 7,4 8,1 2,9 1,5 1,0 0,5 10 j 12 j 17 j 11 j 13 j 14 j 15 j 16 j 2009 **2010**

Grafiek 21: Gemiddelde tabaksconsumptie volgens leeftijd (aantal sigaretten per dag)

Bron: 0IV0 2011

16,1 14.7 12.1 11,6 11,1 10,3 8,5 8 0.7 Basisonderwijs Alg. Secundair Sec. Kunstonderwijs Sec. Technisch Sec. Beroeps 2009 2010

Grafiek 22: Gemiddelde tabaksconsumptie volgens onderwijstype (aantal sigaretten per dag)

Deze onderzoeksresultaten bevestigen nog maar eens het belang van een preventie gericht op zowel de jongeren als op de ouders, en op meerdere settings (school, vriendenkring, distributie...). Het feit dat al op zulke jonge leeftijd de eerste sigaret wordt uitgeprobeerd, is des te alarmerender te weten dat het meestal niet blijft bij die eerste poging, maar dat het experiment uitgroeit tot een meer regelmatig gebruik in minstens een derde van de gevallen. Het feit dat met tabak experimenteren blijkbaar maatschappelijk aanvaard wordt, is een stimulerende factor die bijdraagt aan de uitbreiding van het tabaksgebruik en dus aan de verslaving voor dat goedje.

In de OIVO-studie van 2011 werden zes profielen van tabaksconsumptie uitgewerkt op basis van het tabaksgebruik bij respondenten:

- Niet-rokers,
- Contemplatieve niet-rokers, d.w.z. jongeren die in de toekomst van plan zijn te roken,
- Ex-rokers, zij die gestopt zijn met roken,
- Contemplatieve ex-rokers zijn jongeren die gestopt zijn met roken maar van plan zijn opnieuw te beginnen,
- Regelmatige rokers die al geprobeerd hebben om te stoppen,
- Regelmatige rokers die geen intentie hebben om te stoppen.

Een specifieke statistische behandeling (segmentering van BELSON) werd uitgevoerd om elk profiel op basis van 24 verklarende variabelen (sociaaldemografisch en onderwijsprofiel, gedragsvariabelen en variabelen inzake gedrag en omgeving van de jongeren) te karakteriseren.

14%
5%
15%

niet-roker
contemplatieve niet-roker
ex-roker
contemplatieve ex-roker
roker die stoppen geprobeerd heeft (< 6md)
roker die stoppen niet geprobeerd heeft

Grafiek 23: Profiel van de jonge tabaksconsumenten

Hieruit blijkt:

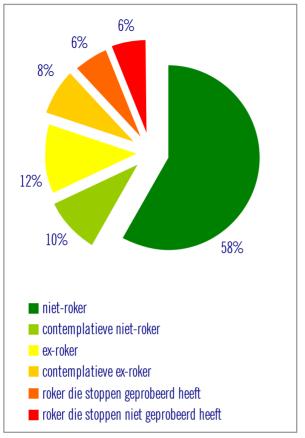
- De som van de categorieën van jongeren die zeggen dat ze momenteel niet roken, bedraagt 82%.
- Meer dan ³/₄ van de niet-rokers denken dat ze nooit zullen roken.
- Meer dan een derde van de jongeren die niet (of niet meer) roken, denken dat ze in de toekomst nog (opnieuw) zullen beginnen.
- Bijna 1 op de 6 jongeren (16%) is ex-roker. Ze denken echter allemaal dat ze nog opnieuw zullen beginnen roken.

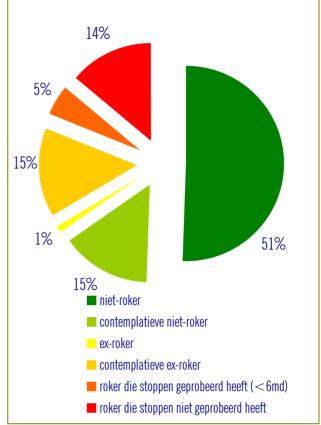
Bijna 2 op de 10 jongeren (19%) roken. 30% daarvan (5% van het totale aantal jongeren) heeft al geprobeerd om te stoppen met roken, maar zonder succes.

In de volgende grafiek leggen we de profielen van 2006 en 2011 naast elkaar.

We zien dat het aandeel rokers toeneemt ten nadele van de niet-rokers en dat het aandeel jongeren dat in de verleiding komt groeit.

Grafiek 24: Profiel van de jonge tabaksgebruikers — vergelijking 2006-2011





Bron: 0IVO 2006-2011

Kijken we naar de leeftijd (grafiek 25), dan geeft dit het volgende beeld:

- Het percentage contemplatieve niet-rokers blijft quasi constant op \pm 20-23% tussen de leeftijd van 10 en 14 jaar (met uitzondering voor de 13-jarigen) en neemt daarna af tot 6% op de leeftijd van 17 jaar.
- Vanaf de leeftijd van 13 jaar neemt het aantal vrijwillige rokers toe met de leeftijd, alsook het aandeel van zij die zonder succes proberen te stoppen.

5% 10% 10% 13% 15% 16% 6% 1% 4% 3% 24% 4% 5% 10% 6% 20% 23% 21% 22% 13% 21% 30% 22% 13% 25% 11% 6% 10 ans 12 ans 13 ans 14 ans 15 ans 16 ans 17 ans 11 ans niet-roker contemplatieve niet-roker ex-roker contemplatieve ex-roker roker die stoppen niet geprobeerd heeft roker die stoppen al geprobeerd heeft

Grafiek 25: Profiel van de tabaksconsumptie volgens leeftijd

In 2010 denken de contemplatieve ex-rokers (+17%) en de rokers, zowel zij die al geprobeerd hebben te stoppen (+19%) als zij die nog niet geprobeerd hebben te stoppen (+22%), minder vaak dat de eerste sigaret het begin is van een cyclus waar ze niet meer uit zullen geraken. Hoe minder de jongere rookt, hoe minder hij/zij de impact van de eerste sigaret onderschat. De niet-rokers (-14%) en de contemplatieve niet-rokers (-9%) zijn zich vaker bewust van het gevaar voor verslaving vanaf de eerste sigaret.

9.4. DE OMGEVING VAN DE JONGE ROKER

De directe omgeving van de jongeren is erg belangrijk omdat het de jongere al dan niet kan aanzetten tot roken, helpen stoppen met roken, zijn perceptie van roken kan beïnvloeden, enzovoort.

In de HBSC-studie (2006) werd de vraag gesteld of jongeren thuis mochten roken. Hieruit bleek dat op 17 en 18-jarige leeftijd 22% van de jongeren (altijd of soms) thuis mogen roken. Bij de 15 tot 16-jarigen is dat 11% van de jongens en 9% van de meisjes. Bij de jongste leeftijdsgroepen is dat slechts 1 tot 2%. Als gekeken wordt naar de opleiding van de jongeren, blijkt dat meer jongeren uit het BSO thuis mogen roken dan jongeren uit het ASO en het TSO.

Het roken van belangrijke personen uit de omgeving van de jongere beïnvloedt vaak of een jongere rookt of niet. Ook in de OIVO studie werd naar het rookgedrag in de entourage van de jongere gevraagd.

Ander lid van familie

Kameraad

Vader

Vrienden, goede vriendin

Moeder

Oudere broer/zus

Ander lid van familie

50%

45%

29%

12%

Grafiek 26: Aanwezigheid van rokers in de entourage van de jongeren: Wie rookt in jouw omgeving?

Bron: 0IV0 2011

Uit de antwoorden kunnen we besluiten dat:

Andere persoon

Jongere broer/zus

- Bij meer dan 1 jongere op 2 er familieleden zijn die roken;
- Quasi 1 op de 2 jongeren kameraden (45%) heeft die roken en in iets mindere mate een beste vriend(in) heeft die rokt (37%).
- Bij quasi 4 op de 10 jongeren de vader rookt, terwijl bij quasi een derde de moeder rookt.

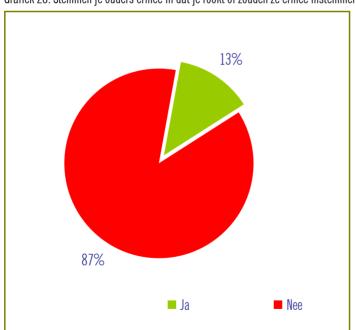
Wanneer dit vergeleken wordt tussen rokers en niet-rokers zien we dat je in de entourage van de jonge roker vaker rokers vindt dan in die van de niet-roker. Het verschil tussen de omgeving van jonge rokers en niet-rokers ligt vooral in de aanwezigheid van vrienden en kameraden die roken: de jonge rokers hebben veel meer vrienden en kameraden die roken dan de jonge niet-rokers.

Goede vriend(in) 19% 64% Kameraden 34% Vader 33% 52% Ander lid van familie 51% Moeder 36% Oudere broer/zus Andere persoon Jongere broer/zus 4% ■ Niet-roker ■ Roker

Grafiek 27: Wie in jouw omgeving rookt? Vergelijking tussen jonge rokers en niet-rokers.

Bron: 0IV0 2011

Ook werd de vraag gesteld of de ouders ermee instemmen dat de jongere rookt. Bijna 1 op de 8 jongeren zegt dat zijn/haar ouders ermee akkoord gaan of zouden gaan dat hij/zij rookt. Iets minder dan de helft van de jongeren die gerookt hebben of roken (46%), deden of doen dat zonder medeweten van de ouders.



Grafiek 28: Stemmen je ouders ermee in dat je rookt of zouden ze ermee instemmen?

Bron: 0IVO 2011.

9.5. Perceptie van roken

Meerdere vragen peilden naar de perceptie van jongeren van tabak en roken:

- Bijna 3 op 4 jongeren vinden dat roken in de scholen verboden zou moeten worden, een verplichting die in september 2008
 ingevoerd werd. Er is meer steun voor deze mening in het basisonderwijs, in de hoge sociale groepen, onder niet-rokers of onder
 contemplatieve niet-rokers.
- Bijna 2 op de 3 jongeren zijn voor het algemeen verbod op de verkoop van tabak.
- 6 op de 10 jongeren zijn van mening dat de verkoop van sigaretten helemaal verboden zou moeten worden, maar de rest is het hier niet mee eens. Die mening wordt meer algemeen gedeeld in Wallonië en in Brussel. Ze komt meer voor bij de jongeren in het basisonderwijs in tegenstelling tot het secundair technisch en beroepsonderwijs. Over het algemeen gaan eerder de niet-rokers akkoord met dat idee.
- 4 op de 5 jongeren zijn zich bewust van het feit dat sigaretten een verslaving doen ontstaan, maar ze onderschatten het risico dat verbonden is aan de eerste sigaret. De kennis van het verslavende effect evolueert in stijgende lijn met de leeftijd (van 34% naar 88% tussen 10 en 17 jaar). De Vlamingen (+7%) zijn zich meer bewust van het verslavende karakter van sigaretten dan de Brusselaars (-9%) of de Walen (-8%).
- 54% van de jongeren denken dat de eerste sigaret niet zo gevaarlijk is en dat het volstaat op tijd te stoppen.
- 32% van de jongeren vindt dat je makkelijker met iemand een gesprek kan beginnen door er eerst een sigaret aan te vragen.

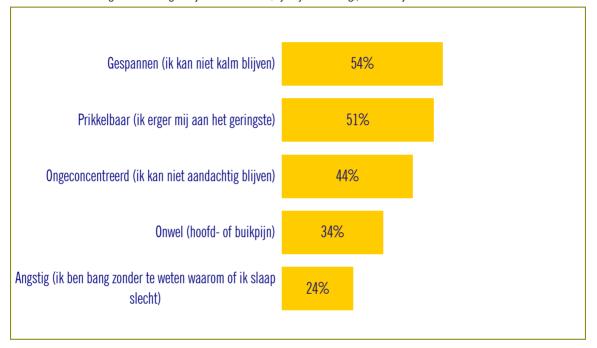
9.6. TABAKSVERSLAVING

De afhankelijkheid van tabak voor adolescenten werd gemeten op basis van het HONC-rooster (Hooked On Nicotine Checklist) en aan de hand van de evolutie van de types behoeften die met tabaksconsumptie verbonden zijn.

93% van de jongeren die roken, lopen een risico van afhankelijk te worden van tabak (HONC checklist).

Rokers werden gevraagd naar hoe ze zich voelen wanneer ze gedurende langere tijd niet konden roken (bijv. tijdens de dag).

Grafiek 29: Wanneer ik gedurende langere tijd niet kan roken (bijv. tijdens de dag), voel ik mij...

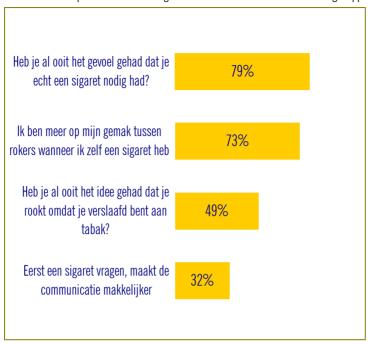


Bron: 0IVO 2011

Wanneer jeugdige rokers gevraagd wordt naar hun perceptie van hun roken en van het sociale karakter van tabak, zien we dat:

- Quasi 4 op de 5 jonge rokers hebben al een onbedwingbare behoefte gevoeld om te roken. Dat is een maatstaf voor de ernst van de verslaving.
- Quasi 3 op de 4 jongeren voelen zich meer op hun gemak onder rokers wanneer ze zelf een sigaret hebben, en bijna 1 op de 3 rokers vindt dat een gesprek aanknopen met iemand gemakkelijker is wanneer je eerst een sigaret aan die persoon kunt vragen.
- Net als in 2009 zijn in 2010 vindt maar de helft van de rokers dat ze afhankelijk zijn van tabak (60% in 2008).

Grafiek 30: Perceptie van de verslaving en het sociale karakter dat aan tabak gekoppeld wordt



9.7. WATERPIJP ROKEN

De waterpijp (of shisha) stamt uit het Oosten, maar is ook in Europa steeds vaker terug te vinden. Voor adepten van het ritueel is tabaksrook inhaleren langs de lange buis van een shisha puur plezier.

Waterpijp roken is populair bij jongeren. Ze denken dat deze vorm van roken minder schadelijk is, aangezien de tabak vermengd is met melasse en geparfumeerd is met munt, sinaasappel enzovoort. Ze onderschatten bovendien de gezondheidsrisico's ervan. Dit blijkt uit een enquête die de Nationale Coalitie tegen Tabak uitvoerde in april 2009 in Brussel en Duitstalig België. Naar aanleiding van de Werelddag tegen Tabak op 31 mei 2009 bevroeg de Coalitie 1.049 scholieren van 17 à 18 jaar, zowel Nederlandstaligen, Franstaligen als Duitstaligen.¹⁴

Het onderzoek toont aan dat 54% al eens de waterpijp heeft gerookt, 50% sigaretten, 30% cannabis, 27% roltabak en 22% sigaren.

Opvallend is dat de taal die thuis wordt gesproken geen noemenswaardige invloed heeft op het experimenteren met de waterpijp bij de scholieren. 59% van diegenen die thuis Nederlands spreken, 53% van de Franstaligen, 52% van de Duitstaligen en 43% van de jongeren die thuis Turks of Arabisch spreken hebben al geëxperimenteerd met de waterpijp.

Op de vraag "Welke van de vijf tabaksproducten het minst schadelijk is voor de gezondheid?", antwoorden de scholieren: waterpijp (23%), sigaretten (14%), sigaren (8%), marihuana (7%), roltabak (5%), geen van allen (44%). Er bestaan duidelijk veel misvattingen bij scholieren over de waterpijp en de gevaren ervan.

Nochtans tonen verschillende wetenschappelijke studies aan dat een waterpijp roken de absorptie van nicotine en giftige stoffen uit tabak niet verhindert. De kankerverwekkende deeltjes blijven niet in het water hangen, maar bereiken de longen met elke trek. Een waterpijp wordt anders gerookt dan een gewone sigaret (minder frequent, langdurige blootstelling). De opname van nicotine tijdens 1 sessie staat daarom gelijk aan die van twee tot twaalf sigaretten. De opvatting dat een waterpijp niet schadelijk is voor de gezondheid is dus foutief. Als de gebruiker het mondstuk niet bij elke beurt vervangt, bevordert het roken van een waterpijp de overdracht van herpes, hepatitis en tuberculose.

9.8. STOPPEN MET ROKEN

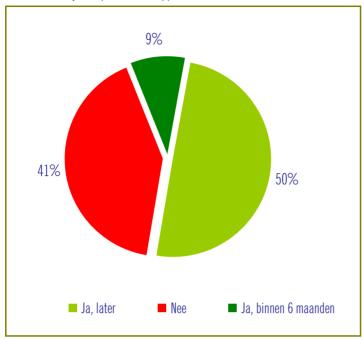
In 2009 heeft de helft van de jonge rokers al geprobeerd om te stoppen met roken, maar zonder succes. Een derde van de jongeren zegt zelfs dat ze in de voorbije zes maanden probeerden te stoppen. 1 op de 5 jonge rokers is momenteel aan het proberen om te stoppen met roken. Een derde van de jongeren rookt vandaag nog omdat het voor hen moeilijk is om te stoppen.

Van zij die momenteel niet proberen om te stoppen met roken (82% van de huidige rokers) is de helft niet van plan om te stoppen. Dat zijn er dubbel zoveel dan in 2008. Een derde van de jongeren zeggen dat ze van plan zijn om later te stoppen. Dat staat in contrast met de twee derden voor wie dat in 2008 gold. Weinigen van hen (13%) zijn van plan om op korte termijn te stoppen met roken.

Er zijn niet veel rokers van 12 jaar, maar toch ziet geen enkele van hen het belang in van te stoppen. Het aandeel jonge rokers dat niet van plan is te stoppen, neemt af tussen de leeftijd van 13 en 16 jaar. Vanaf 14 jaar zien we dat de meeste jongeren wel van plan zijn om te stoppen met roken, maar slechts weinigen zijn dat van plan op korte termijn. Anderzijds is er een bruuske ommekeer van die trend op de leeftijd van 17 jaar, ten bate van een tabaksconsumptie zonder enig voornemen om te stoppen (62% van de rokers).

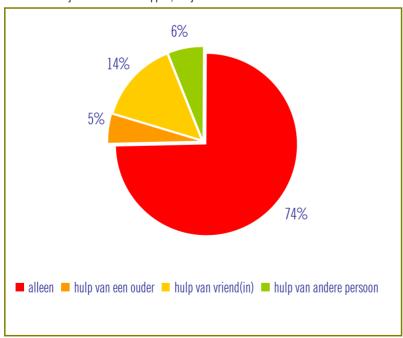
¹⁴ Waterpijp roken is nieuwe trend bij jongeren, Persbericht 25 mei 2009 (http://www.kanker.be/index.php/waterpijp-roken-is-nieuwe-trend-bij-jongeren/menu-id-5708.html)

Grafiek 31: Ben je van plan om te stoppen met roken?



Bijna 3 op de 4 jonge rokers zouden, als ze beslisten om te stoppen met roken, dit op hun eentje doen. Van zij die wel hulp wensen, zou een overgrote meerderheid een beroep doen op vriend(inn)en. 5% zou hulp inroepen van een ouder en 6% van een andere persoon.

Grafiek 32: Als je besluit om te stoppen, zul je dat doen...?

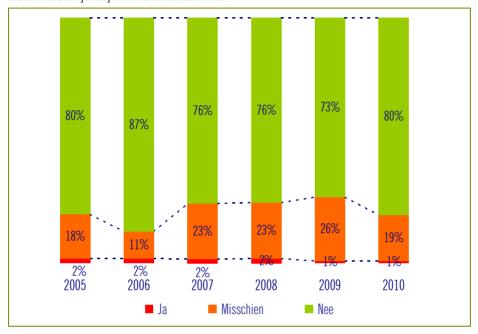


Bron: 0IVO 2011

9.9. ROOKPREVENTIE

In 2010 denkt bijna 1 op de 5 jongeren die nog nooit gerookt heeft, dat hij of zij in de toekomst misschien zal roken. Dit percentage ligt minder hoog dan het percentage dat de voorbije jaren vastgesteld werd.

Grafiek 33: Denk je dat je in de toekomst zult roken?

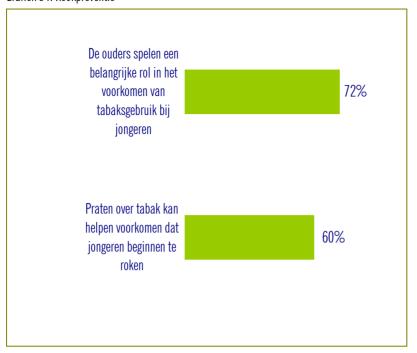


Bron: 0IVO 2011

7 op de 10 jongeren denken dat ouders een belangrijke rol spelen in de rookpreventie bij de jongeren.

- Het zijn hoofdzakelijk de Brusselaars (85%) en de Walen (77%) die er zo over denken. Wie nooit gerookt heeft (79%), is eerder overtuigd van de rol van de ouders. Wie al geprobeerd heeft te stoppen met roken, is veel minder overtuigd van de rol van de ouders (44%).
- Leerlingen uit het BSO zijn het in veel mindere mate eens (-9%), leerlingen uit het ASO iets meer (+4%).
- Jongeren die enkel inwonen bij hun moeder (-7%), niet tevreden zijn met hun thuissituatie (-10%), hun vriendschappen (-20%) en hun woonomgeving (-7%) zijn er ook minder van overtuigd dat ouders een belangrijke rol spelen i.v.m. rookpreventie bij hun kinderen.

Grafiek 34: Rookpreventie



In 2010 vinden 60% van de jongeren dat praten over tabak kan bijdragen aan de rookpreventie (tegenover 65% in 2008 en 61% in 2009).

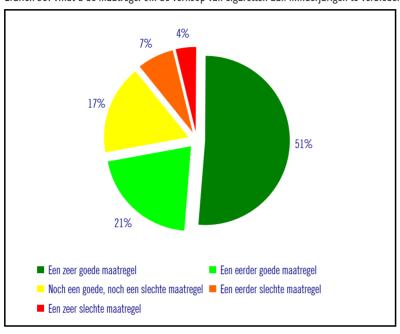
- De jongeren in het secundair beroepsonderwijs delen die mening minder (-16%), jongeren uit het ASO zijn daar meer van overtuigd (+8%)
- De impact van een goed gesprek daalt (volgens de leerlingen zelf) naarmate jongeren ouder worden: van +16% op 12-iarige leeftiid naar -7% op 16-iarige leeftiid.
- Jongeren uit grotere gezinnen zijn eerder overtuigd van een goed gesprek (+ 14%), in tegenstelling tot jongeren die enkel bij vader inwonen (- 18%).
- Brusselse jongeren (+ 15%) zijn eerder overtuigd van het nut van een goed gesprek, i.t.t. Vlaamse jongeren (- 5%). Datzelfde geldt voor leerlingen die niet tevreden zijn over zichzelf (-9%) en over hun woonomgeving (-12%).
- De niet-rokers gaan eerder akkoord met deze stelling (+6%), rokers die al geprobeerd hebben om te stoppen met roken zijn het veel minder eens met deze stelling (-35%).

Gevraagd met wie ze zouden praten, als ze dat met iemand over tabak zou moeten praten, antwoordt bijna de helft dat hij/zij ervoor zou kiezen om er met goede vriend(inn)en over te praten. Een derde zou praten met de ouders. Jonge rokers zouden alleen met hun ouders over roken praten; in de realiteit wordt dat nauwelijks gedaan.

9.10. VERKOOPVERBOD VAN TABAKSPRODUCTEN AAN MINDERJARIGEN

In het Federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik van januari 2004 was een nieuwe regel voorzien om de verkoop van tabaksproducten aan minderjarigen te verbieden. Deze regel kaderde in de tweede maatregel met betrekking tot de fabricage en het op de markt brengen van tabaksproducten. Deze maatregel is ondertussen van kracht geworden sinds 1 december 2004.

Begin 2004 voerde het OIVO een bevraging uit bij 1.000 personen. Het onderzoek vond plaats voor de voorstelling van het bestrijdingsplan en dus voor de invoering van de maatregel. Er werd bij de respondenten gepolst naar hun reactie op een maatregel om de verkoop aan minderjarigen te verbieden. Meer dan de helft bleek dit een heel goede tot eerder goede maatregel te vinden: respectievelijk 51% en 21%. Slechts 4% zag dit als een slechte maatregel. 17% had geen oordeel over goed of slecht.



Grafiek 35: Vindt u de maatregel om de verkoop van sigaretten aan minderjarigen te verbieden ...?

Bron: 0IVO 2004.

Bij deze uitspraken speelden leeftijd, geslacht, noch taal een belangrijke rol. Het opleidingsniveau was wel een bepalende factor: hoe hoger het opleidingsniveau hoe minder enthousiast men was over de maatregel. Maar uiteindelijk vond in haast alle opleidingscategorieën slechts 5% het een slechte maatregel (met uitzondering van de mensen met een scholingsgraad van lager secundair onderwijs waar de score 2,5% is). De opsplitsing per provincie gaf opmerkelijke verschillen weer: van 36,6% in Waals-Brabant tot 64,6% in Oost-Vlaanderen van de ondervraagden beoordeelden dit voorstel als een heel goede maatregel.

In 2006 liet het OIVO een Mystery shopping uitvoeren door jonge kopers tussen 12 à 14 jaar. 153 verkooppunten van tabak werden tussen 4 en 14 januari 2006 bezocht door jonge kopers onder toezicht van een onderzoeksmedewerker van het OIVO. De jonge kopers pasten één van twee scenario's toe. In scenario 1 gingen ze een pakje sigaretten kopen; terwijl in scenario 2, bij weigering het argument "Het is voor mijn ouders" werd gebruikt. Uit de resultaten bleek dat 72% van de bezochte verkooppunten zonder voorbehoud aanvaardden om aan de vraag van de jonge koper te voldoen en hem/haar een pakje sigaretten te verkopen. Bij weigering wordt het argument "Het is voor mijn ouders" aanvaard door 4 op de 100 handelszaken. Daardoor steeg het aantal handelszaken dat bereid was tabak aan jongeren te verkopen naar 76%. In 2006 werd de wetgeving betreffende het verbod om tabak te verkopen aan jongeren onder de 16 duidelijk niet nageleefd. En dit ondanks een grote bewustmakingscampagne naar de verkopers toe.

Vanaf januari 2006 is het gebruik van de zgn. agecoins verplicht: zonder deze jeton (die je bij de verantwoordelijke van de zaak kan krijgen) kan je geen sigaretten kopen aan een automaat. Het systeem wordt helaas niet overal naar behoren toegepast. Het gebeurt zelfs dat een bakie met agecoins op de sigarettenautomaat zelf worden geplaatst.

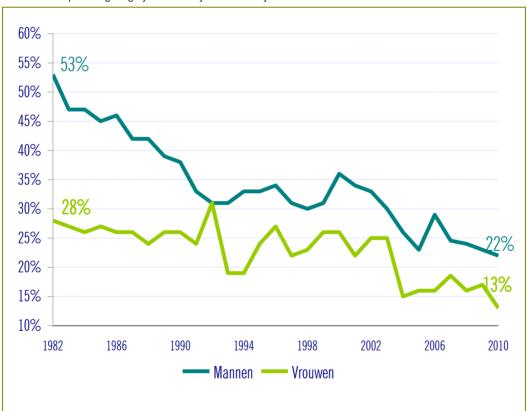
In de bevraging van 2009 werden jongeren gevraagd wat ze vinden van het algemene verbod op de verkoop van tabak. Jongeren zijn hierover echter verdeeld. 60% is van mening dat de verkoop van sigaretten helemaal verboden zou moeten worden, de rest is het hier niet mee eens.

10. VROUWEN EN ROKEN

Het percentage dagelijkse rokers in 2009 in België ligt op 17% bij vrouwen en 23% bij mannen. Ondanks de daling van het aantal rokers bij mannen, roken mannen nog steeds iets meer dan vrouwen. Het verschil in percentage tussen het rookgedrag bij mannen en vrouwen in ons land is echter gedurende de laatste 25 jaar sterk verminderd.

In Europa weegt de sterfte door roken tussen de 40 en 60% mee in het verschil in levensverwachting van mannen en vrouwen, zo stond in een studie die in het tijdschrift Tobacco Control gepubliceerd werd. Tabak werd erkend als een belangrijk element in dat verschil. Het team onder leiding van Gerry McCartney (Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow, Verenigd Koninkrijk) heeft de gegevens gebruikt die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft over de sterfte bij mannen en vrouwen, alle oorzaken dooreen, en die welke toe te schrijven is aan tabak en aan alcohol, in 30 Europese landen, voor het jaar 2005.

De sterfgevallen die met tabak in verband gebracht worden, omvatten de luchtwegenkankers, de infarcten en beroerten en obstructieve chronische bronchitis (BPCO). Die gelinkt aan alcohol omvatten onder andere keel- en slokdarmkanker en de chronische leverziekten. Het overschot aan mannelijke sterfgevallen varieert aanzienlijk in functie van het land. De meeste landen met zulk een zeer groot verschil tussen mannen en vrouwen vinden we in Oost-Europa. België, Spanje, Frankrijk, Finland en Portugal vertonen ook een nogal groot verschil. Volgens de onderzoekers zou tabak 40 à 60% verklaren van het verschil in sterfte tussen mannen en vrouwen in alle landen, uitgezonderd Denemarken, Portugal en Frankrijk, waar hij een minder belangrijke rol speelt. De overlijdens die aan alcohol toe te schrijven zijn, zouden ongeveer 20% van het verschil verklaren.



Grafiek 36: Het percentage dagelijkse rokers bij vrouwen en bij mannen

Bron: 0IVO 2011

In vergelijking met 2009 is het percentage rokers in 2010 gedaald bij de mannen (-1%), maar ook bij de vrouwen (-4%).

Het vergelijkend internationaal 'W.H.O.-Europa'-onderzoek over de gedragingen van de scholieren op het vlak van gezondheid stelde vast dat in talrijke landen in 1998 meer meisjes dan jongens rookten. Indien deze trend zich blijft voortzetten, zouden er in de nabije toekomst meer vrouwelijke rokers zijn dan mannelijke. Nu al roken in Zweden meer vrouwen dan mannen. In België loopt het nog niet zo'n vaart omdat het aantal rooksters zich de laatste jaren lijkt te stabiliseren en zelfs afgenomen is.

Er bestaan verschillende types rokers: sommige zoeken een stimulans, een vorm van welbehagen, om met hun handen iets te doen te hebben; andere zijn stressrokers, zijn afhankelijke rokers, of roken uit gewoonte.

Vrouwen verschillen in hun rookgedrag van mannen. Zij roken vooral in functie van reactie op stress, bijvoorbeeld: ze roken wanneer ze kwaad zijn, ongemakkelijk of verward zijn, wanneer zij er genoeg van hebben en geen zin hebben om na te denken.

Een onderzoek in Vlaanderen (1980) toont aan dat 43% van de vrouwen, tegenover 31% van de mannen, roken om hun stress te verminderen.

Tabel 8: Types rokers volgens geslacht in Vlaanderen (1980)

	Mannen	Vrouwen
Rookt voor de kick	9%	10%
Rookt om iets om handen te hebben	14%	11%
Rookt om het welbehagen	48%	47%
Rookt om de stress te verlagen	31%	43%
Rookt uit afhankelijkheid	30%	30%
Rookt uit gewoonte	9%	7%

Bron: 0IVO 1980.

Test-Aankoop stelde in 1994-1995 bij 22.000 zwangere vrouwen in België een onderzoek in naar hun rookgedrag. 26% rookten voor hun zwangerschap. Niettegenstaande het feit dat roken gevaarlijk is, bleef 18% van de ondervraagden roken tijdens hun zwangerschap. Vooral vrouwen van het laagste sociaal-economische niveau bleven verder roken, namelijk 35%, tegenover slechts 7% van de zwangere vrouwen uit het hoogste sociaal niveau.

Een publicatie van het VIG in 2000 "Zwangerschap & roken" stelt het volgende:

"In de loop van het laatste trimester van de zwangerschap roken 13% van de vrouwen in Vlaanderen en 21% van de vrouwen in het Brussels Gewest. In het totaal roken 18% van de vrouwen een deel van hun zwangerschap. Wel is er een groot verschil tussen vrouwen met een lage en hoge socio-economische status (SES): 35% van de vrouwen met een lage SES roken in vergelijking met 7% vrouwen met een hoge SES.

In het Vlaams Gewest en Brussels Gewest roken 22% van de vrouwen na de geboorte van hun kind. Het is de vraag of dit als herval kan aanzien worden. Veel vrouwen die 'hervallen' zeggen dat het eigenlijk niet de bedoeling was om te stoppen met roken maar dat ze tijdelijk gestopt waren voor hun zwangerschap.

Als vrouwen niet stoppen in het eerste trimester van hun zwangerschap, dan is de kans klein dat ze nog zullen stoppen. Onderzoek in Zweden toonde aan dat zelfs 75% van de vrouwen die stoppen dit doen voor hun eerste contact met een hulpverlener. [...] Bij vrouwen die blijven roken doet er zich een gedragswijziging voor. Er is een daling te merken in het aantal sigaretten die vrouwen roken (van gemiddeld 12.5 sigaretten voor de zwangerschap naar gemiddeld 9.5 sigaretten tijdens de zwangerschap). Ook hier weer zijn vrouwen met een lage SES en vooral zij met een laag opleidingsniveau degenen die meer blijven roken. Ze roken ook meer dan vrouwen met een hogere SES."

Uit: Risico's voor zwangere vrouw, foetus en baby (bron: HUBLET A., "Zwangerschap & rokerl", VIG, 2000, p. 5-6):

"Naast de gezondheidsrisico's die alle rokende vrouwen lopen, kunnen vrouwen die zwanger willen worden of zwanger zijn een aantal bijkomende gevolgen ondervinden van het roken. Vrouwen die roken zijn minder vruchtbaar (vruchtbaarheid is met 1/3 gedaald) dan niet-rokende vrouwen. [...] Bij in vitro fertilisatie hebben rokende vrouwen meer tijd nodig om zwanger te worden. Vrouwen die roken zouden 2 à 3 jaar vroeger hun menopauze krijgen.

Vrouwen die roken hebben meer kans op buitenbaarmoederlijke zwangerschap die op zich kan leiden tot onvruchtbaarheid en fataal kan zijn voor de vrouw. Er is meer kans op bloedingen, ook in de latere maanden van de zwangerschap. Zwangere vrouwen die roken, hebben 20% meer kans om regelmatig misselijk te zijn in de eerste helft van hun zwangerschap en 66% meer kans in de tweede helft van de zwangerschap. Rokende zwangere vrouwen hebben meer kans om urinaire infecties te ontwikkelen en meer kans op het vroegtijdig breken van de vliezen.

Ook voor de foetus verhogen de risico's. Bij beginnende zwangerschap is er meer kans op miskraam bij vrouwen die roken. Dit komt omdat de toxische stoffen in sigarettenrook misvormingen aan de foetus teweegbrengen.

Doordat de foetus minder zuurstof krijgt heeft dit invloed op de groei en de ontwikkeling. Zo zal het kind meer kans hebben op een slechtere ontwikkeling en gedrag na de geboorte. In een recent artikel is zelfs sprake dat passief roken door de moeder tijdens de zwangerschap, negatieve effecten heeft op de zuurstofvoorziening naar de foetus.

Baby's van rokende moeders hebben een lager geboortegewicht (ongeveer 200 gr minder en meer baby's lager dan 2500 gr wat het minimum gewicht is). Er is hierdoor ook meer kans op perinatale sterfte (dit is sterfte van de foetus of baby tussen de 28ste week zwangerschap en 1 week na de geboorte). Er is ook meer kans op vroeggeboorte.

De relatie tussen roken tijdens de zwangerschap en de gezondheid van de baby en het kind is onduidelijk aangezien een kind waarvan de moeder rookt zowel tijdens de zwangerschap als erna, door passief roken in de plaatsen waar het kind ook vertoeft blootgesteld wordt aan sigarettenrook.

Baby's van rokende moeders zijn meer rusteloos en zuigen minder sterk. Passief roken van de baby verhoogt het risico op wiegendood aanzienlijk. Het risico verhoogt naarmate de moeder meer rookt. In vergelijking met niet rokers verhoogt de kans op wiegendood 5.1 maal bij baby's van vrouwen die roken voor de zwangerschap, 4.8 maal tijdens de zwangerschap, 5.2 maal na de zwangerschap en 3 maal als iemand anders in het gezin rookt."



Bron: KB van 28 mei 2009 (BS 2 juli 2009)

Vrouwen roken niet op dezelfde wijze als mannen: ze roken minder sigaretten per dag, roken zelden pijp of sigaren, roken minder zelfgerolde sigaretten en verkiezen om lichte filtersigaretten te roken.

Wat het gezondheidsrisico's betreft, verdubbelt en verdrievoudigt zelfs het overlijdensrisico van vrouwen die veel roken ten opzichte van de personen die nooit hebben gerookt. Dit werd aangetoond door een uitgebreide Zweedse studie die plaatsvond tussen 1974 en 1992 bij 8.499 vrouwen en 13.888 mannen. Het overlijden onder hen werd aangekaart tot in 2005. De resultaten klinken als volgt: vrouwen die tussen 10 en 19 gram tabak per dag verbruiken verhogen hun sterftecijfer met 2,4 en hebben gemiddeld 4,5 keer meer kans om te overlijden van cardiovasculaire ziekte. Ex-rokers verhogen hun sterftecijfer met 1,3, hun kankerrisico (behalve longkanker) met 1,4 en hun long kankerrisico met 2,7. De studie heeft geen enkele stijging gevonden van het sterftecijfer met betrekking tot cardiovasculaire ziektes of de luchtwegenziektes bij ex-rokers. Het gaat om de eerste studie die op een voldoende belangrijke bevolkingsgroep gaat om de rechtstreekse invloed van het verbruik van sigaretten op het sterftecijfer te berekenen.

11. STOPPEN MET ROKEN

In de gezondheidsenquête 2001 zeiden 31% van de toenmalige 72% niet-rokers in de bevraagde steekproef van 15 jaar en ouder, exroker te zijn. 41% van de personen gaven aan nog nooit gerookt te hebben. ¹⁵ M.a.w. 59% van de totale volwassen bevolking had ooit gerookt.

In de Gezondheidsenquête van 2004 hadden onder de rokers meer dan twee derden (68%) al gepoogd te stoppen met roken — zonder succes — terwijl één derde nog nooit geprobeerd had om met roken te stoppen.

In de bevraging van het OIVO van 2010, met lichte toename in vergelijking met 2009, verklaarde iets meer dan de helft van de rokers dat ze in een nabije toekomst willen stoppen met roken. Maar slechts 12% was echt vastberaden.

De meeste rokers stoppen plots met roken en gebruiken geen speciale ontwenningsmethode. Nochtans zijn er vaak meerdere pogingen nodig om definitief van het roken af te geraken. Geen enkel hulpmiddel kan iemand doen stoppen met roken als die persoon niet gemotiveerd is om te stoppen. De meest bestudeerde groep van hulpmiddelen zijn de nicotinevervangende producten. Deze groep van middelen is bedoeld voor rokers die lichamelijk verslaafd zijn aan nicotine. Dergelijke producten verminderen de ontwenningsverschijnselen.

Hoewel de resultaten wijzen op een hoge kans op mislukking om met roken te stoppen en op een sterke mate van tabaksafhankelijkheid bij rokers vervolledigen andere, meer positieve, resultaten het plaatje. Zo dient beseft te worden dat één persoon op vijf in de bevolking een voormalige regelmatige roker was. Onder de ex-rokers is 20% recent gestopt met roken.

Stoppen met roken is, net als beginnen roken, een proces van gedragsverandering. Van de personen die ooit gerookt hadden, bleek volgens de gezondheidsenquête 2004 dat 20% recentelijk (d.i. in de afgelopen twee jaar) gestopt was. In dezelfde tijdsperiode had één derde van de toenmalige rokers het gebruik van tabak verminderd. Leeftijd en sociaaleconomische factoren spelen een positieve rol in het succesvol stoppen met roken.

- In een eerste fase, de fase van precontemplatie, denkt de tevreden roker er niet aan te stoppen. Hij staat niet open voor informatie met betrekking tot roken en/of past de informatie aan zijn rookgedrag aan.
- Tijdens de contemplatiefase overweegt de roker om te stoppen. Hij staat open voor informatie, zoekt zelfs actief informatie op en weegt de voor- en nadelen van het roken af. Naar het einde van deze fase toe kan de roker een ontevreden roker worden en tot het besluit komen dat hij wil stoppen met roken. Gekoppeld aan deze beslissing zal de roker ook het tijdstip waarop hij stopt bepalen.
- Als een eerste poging niet lukt, wordt een tweede of derde poging ondernomen. Een roker die een ernstige poging onderneemt om te stoppen met roken, heeft een kans van 5% (1 op 20) om na één jaar volledig gestopt te zijn.

Sterke drang naar een sigaret, spanningen of zenuwachtigheid, omgang met andere rokers en gewichtstoename zijn redenen waarom personen opnieuw beginnen te roken.

Veruit het belangrijkste motief om te stoppen met roken is voor zowel rokers als ex-rokers de gezondheid.

In het OIVO-onderzoek van begin 2004 werd gevraagd of waarschuwende foto's op de verpakking rokers zouden aanzetten tot stoppen. Inzake intentie bleek een dergelijke maatregel niet echt spectaculair effect te scoren (zie hoofdstuk etikettering).

¹⁵ Gezondheidsenquête België 2001, WIV in samenwerking met het NIS. http://www.iph.fgov.be/

In Canada, waar de maatregel toen al van kracht was, toonde onderzoek aan dat rokers de visuele waarschuwingen in combinatie met de tekst toch meer opmerken en zich meer bewust zijn van de schadelijke gevolgen van het roken. In Canada bleek ook 1 op de 3 gestopte rokers zijn beslissing toe te schrijven aan deze fotocampagne.

Stoppen met roken gaat gemiddeld gepaard met een gewichtstoename van 2,3 kilo. Deze toename in gewicht wordt na een paar jaar herleid tot een halve kilo. Dit verschijnsel kan verklaard worden door het vergroten van de eetlust en een verandering in de stofwisseling, zoals de energieverbranding die trager verloopt, maar ook door de compensatie van de hand- en mondgebaren, het genot en zijn handen iets te doen geven.

Stoppen met roken vermindert het risico voor kanker, hartziekten en chronische long- en luchtwegenziekten.

Ex-rokers leven langer dan rokers. Bijvoorbeeld: personen die stoppen met roken voor hun 50 jaar, hebben 50% minder kans in de volgende 15 jaar te sterven dan rokers.

Vrouwen die stoppen met roken vóór de zwangerschap of tijdens de eerste 3 of 4 maanden van de zwangerschap, verminderen het risico dat ze een baby met een te laag geboortegewicht krijgen tot hetzelfde niveau als bij vrouwen die nooit gerookt hebben.

Een studie, die in Japan werd uitgevoerd, heeft aangetoond dat het longkankerrisico daalt bij het stoppen van roken, ook al is het pas op 69 jaar. Conclusie: stoppen met roken vermindert drastisch het risico van longkanker. Hoe vroeger men ermee stopt, hoe meer kans men heeft om aan de ziekte te ontsnappen.

Soms is de remedie even gevaarlijk als de ziekte of het ongemak dat men probeert te verzorgen. Een voorbeeld: het nicotinevervangend antirook-geneesmiddel Champix wordt met argusogen bekeken door de Food and Drug Administration vanwege 1.200 klachten in de Verenigde Staten en minstens 13 gevallen van ongewenste (neven)effecten in België, omdat het medicament zo fel op het humeur zou inwerken dat het tot zelfmoordgedachten leidt.



Bron: KB van 28 mei 2009 (BS 2 juli 2009)

12. ECONOMISCHE ASPECTEN VAN DE TABAKSCONSUMPTIE

12.1. TEWERKSTELLING

Volgens de jaarverslagen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid waren er op 30 juni 1985 in België 5.798 personen tewerkgesteld in de tabaksnijverheid. Op 31 december 2007 waren dat nog 1776 personen.

Automatisering en delokalisatie zijn de voornaamste factoren die wegen op de tewerkstelling in de tabaksnijverheid. De productie van sigaretten gebeurt door machines die weinig personeel vereisen. Machines produceren 14.000 sigaretten per minuut.

Naast het effect van automatisering, is er ook het fenomeen van de delokalisatie. Sinds 1982 is de Belgische sigarettennijverheid volledig in handen van grote buitenlandse bedrijven. Deze bedrijven plannen hun bedrijvigheid in een globale context, waarbij enkele productie-eenheden worden weerhouden die modern zijn, volledig geautomatiseerd en ingeplant op strategische plaatsen, bij voorkeur in landen die gunstig staan tegenover de tabaksindustrie.

In die zin werd de productie-eenheid van Reynolds in Brussel in 1989 gesloten en overgeheveld naar Trier in Duitsland. Hetzelfde scenario gold voor Philip Morris, die zijn fabriek in Elsene sloot in 1994 en overhevelde naar Bergen-op-Zoom in Nederland. In 1998 werd de productie van Cinta-sigaretten naar Duitsland overgeheveld en werd de Belgische productie-eenheid van BAT verder afgeslankt. In 2003 doekte Tabacofina-Vander Elst, toen een dochter van de Britse tabaksreus British American Tobacco (BAT), zijn sigarettenfabriek in Merksem op. 16 Hiermee was de laatste producent van sigaretten ons land uit en concentreerde de sector zich voornamelijk op de distributie.

De verwachtingen voor de tewerkstelling in de Belgische tabaksindustrie voor de volgende 10 jaar zijn gering. De teloorgang van de tewerkstelling heeft echter weinig te maken met de dalende verkoop, maar wel met de politiek van de grote multinationale bedrijven, die hun industriële productiecentra tot enkele sterk geautomatiseerde eenheden in Europa beperken.

In de tabaksteelt waren er in 2000 in België 262 telers werkzaam. De tabaksteelt in België bedroeg 1.600 ton en maakte deel uit van de Europese landbouwpolitiek. Volgens cijfers van FOD economie (productie van landbouwteelten 2008) is er in België nog 63 ha voorbehouden voor tabaksteelt, die een productie van 191 ton opleverden. Per jaar bedroeg de Europese tabakssubsidies ongeveer 1 miljard euro, waarbij het inkomen van de tabaksboeren voor 70% afkomstig was van subsidies en slechts voor 30% van de marktwaarde van het product. De tewerkstelling in de tabaksteelt werd dus vooral door subsidies in stand gehouden. Sinds 2006 zijn de Europese subsidies drastisch teruggeschroefd: nog slechts 1/3 van de steun van 2005 werd in 2006 direct voorzien voor de telers. De subsidies mogen dus niet langer de tabaksteelt bevorderen. Wel gaat nog steeds veel geld naar alternatieven: zo wordt bijvoorbeeld de plattelandsontwikkeling financieel aangemoedigd; wordt de reconversie van tabakstelers naar andere teelten gesubsidieerd; wordt het Tabaksfonds gefinancierd (in 2006 en 2007 mochten enkel informatiecampagnes worden gevoerd over de risico's verbonden aan het roken)...

De tabakssector creëert tewerkstelling, maar steeds minder en minder. De vraag kan gesteld worden wat er zou gebeuren indien alle rokers zouden stoppen met roken en hun tabaksbestedingen zouden uitgeven aan andere diensten en goederen. Dergelijke studies werden uitgevoerd in Michigan (USA) en in Groot-Brittannië. In Groot-Brittannië ging men de bestedingen na van rokers en ex-rokers. Indien het tabaksverbruik met 40% zou dalen, dan zou de tewerkstelling stijgen met 115.688 voltijdse betrekkingen in Groot-Brittannië. De reden hiervoor is dat ex-rokers meer geld uittrekken voor de ontspanningsequator, die veel meer arbeidsintensief is dan de

¹⁶ De sigarenfabriek van Tabacofina in Leuven bleef open. In 2007 werd ze verkocht aan Skandinavisk Tobakskompagni A/S. (http://www.smokeshopmag.com/0607/signals.htm)

tabakssector. Indien een gedeelte van de tabaksuitgaven, bijvoorbeeld 25%, gespaard zouden worden, dan zou dit toch 87.103 extra banen in Groot-Brittannië opleveren. Een tabaksloze samenleving zou met andere woorden de tewerkstelling ten goede komen.

Ook in het kader van duurzame ontwikkeling staat de tabaksteelt niet echt goed aangeschreven, noch op het vlak van milieu noch op het vlak van sociale aspecten.

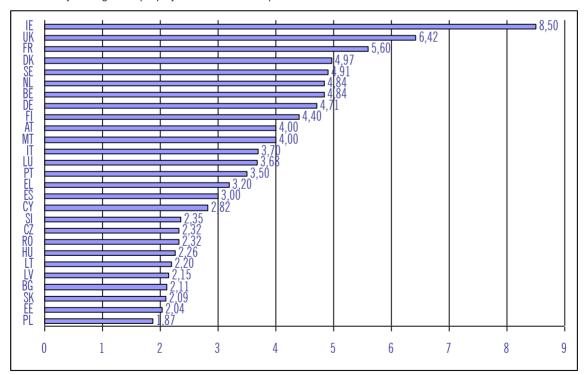
12.2. ZIEKTEKOSTEN

In het begin zijn rokers minder vaak ziek dan niet-rokers, maar dat gegeven slaat behoorlijk snel om en dan consulteren ze vaker hun arts en kunnen ze zware medische ingrepen nodig hebben. De extra kosten die daaruit voortvloeien, worden gedeeltelijk door de sociale zekerheid terugbetaald en vallen ten laste van de gemeenschap. Volgens de Wereldbank bedragen de kosten van het roken in de rijke landen 6 tot 15% van de globale ziektekosten. In verhouding tot het bruto nationaal product gaat het om 0.1 tot 1%. (WHO, The European tobacco control report, 2007, p. 33.) In België werden de uitgaven voor de gezondheidszorg in het kader van de ziekteverzekering in 2002 op 14.417 miljoen euro begroot.

Op basis van buitenlandse studies evalueren wij de kosten van het roken op 10% van de gezondheidsuitgaven of 1.442 miljoen euro. Dit bedrag houdt geen rekening met de persoonlijke bedragen van de patiënt, die niet ten laste vallen van de ziekteverzekering; noch met de indirecte kosten van de morbiditeit (werkverzuim, bedlegerigheid) en vroegtijdige sterfte, die volgens de Wereldbank een veelvoud uitmaken van de directe medische kosten.

12.3. PRIJZEN

Grafiek 37: Prijs van sigaretten per pakje van 20 stuks in Europa



Bron: OIVO op basis van de "Verkoopprijzen in de handel van sigaretten die behoren tot de meest populaire categorieën (most popular category - MPPC)" van de Europese Commissie (2010)

De prijzen van een pakje sigaretten variëren sterk per lidstaat. Dit bevordert de grensoverschrijdende aankopen. In de tabel wordt de tabaksprijs voor België in 2010 vergeleken met die in de andere lidstaten. De prijzen worden om praktische redenen vergeleken per 20 stuks. Het aantal sigaretten per pakje varieert immers sterk. België situeert zich momenteel in de middenmoot.

12.4. Preventie

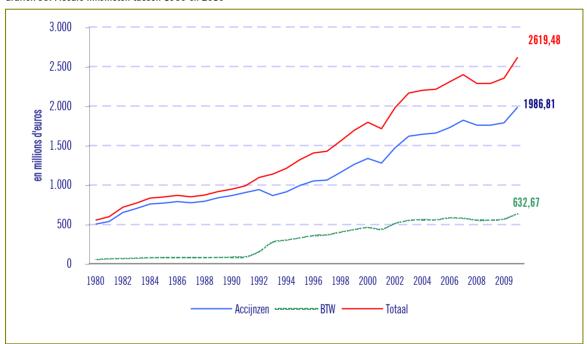
Volgens een rapport van het *Center for Disease Control and Prevention* zou de overheid in de USA in 2001 ongeveer 1 miljard dollar of iets minder dan 4 euro per inwoner aan tabakspreventie besteden (tegenover 0,02 euro per inwoner in België). Tabakspreventiefondsen in Californië en Massachussets worden gefinancierd door een heffing van ongeveer 0,05 euro per pakje. Tussen 1988 en 1999 daalde het verbruik van sigaretten met 50% in Californië tegenover 20% in de rest van het land.

In het Federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik werd de oprichting van een Belgisch Fonds als prioriteit opgenomen. Vanaf 2005 is structureel 2 miljoen euro ingeschreven in de overheidsbegroting.

12.5. FISCALITEIT

Globaal bedroegen in 2010 de Belgische fiscale ontvangsten 2.619,48 miljoen euro (accijnsrechten + BTW). De cijfers van de FOD Financiën geven aan dat de accijnzen op tabak 1.986,81 miljoen euro hebben opgebracht.

Grafiek 38: Fiscale inkomsten tussen 1980 en 2010



Bron: Federale Overheidsdienst Financiën, 2010.

Dit betekent dat haast elk jaar de staatsinkomsten voor tabak toenemen. Hoe kan men dit uitleggen als men weet dat de verkoop van tabak in de loop van de laatste jaren steeds is verminderd? Gedurende enkele jaren werd de daling van de verkoop van sigaretten enigszins door de stijging van de roltabak gecompenseerd. Maar ten gevolge van een nieuwe stijging van de ingegrepen accijnzen op 1 januari 2007, werd dit proces tegengegaan. De reden van de stijging van de fiscale inkomsten is dus een hogere belastingheffing.

Tabel 9: De fiscale inkomsten uit tabakswaren in België (in miljoen euro) (Bron: FOD Financiën, 2010)

	Accijnzen	BTW	Totaal
1980	501,06	51,38	552,45
1981	535,79	61,38	597,18
1982	650,19	65,16	715,35
1983	700,12	68,85	768,97
1984	756,79	74,83	831,62
1985	769,54	76,39	845,93
1986	788,12	77,94	866,06
1987	772,39	76,56	848,96
1988	792,03	78,10	870,12
1989	835,04	80,19	915,23
1990	864,37	81,60	945,97
1991	902,35	85,28	987,63
1992	939,74	152,92	1.092,66
1993	864,41	270,93	1.135,34
1994	910,93	297,27	1.208,20
1995	991,02	326,71	1.317,73
1996	1.048,68	355,98	1.404,66
1997	1.059,97	366,18	1.426,14
1998	1.157,71	399,09	1.556,79
1999	1.260,04	431,22	1.691,27
2000	1.334,30	458,54	1.792,84
2000		437,07	1.712,27
	1.275,19		
2002	1.469,85	509,62	1.979,47
2003 2004	1.616,42 1.640,78	547,73 558,01	2.164,15 2.198,79
2004	1.656,98	555,49	2.196,79 2.212,47
2006	1.726,60	580,25	2.306,85
2007	1.820,15	577,10	2.397,26
2008	1.756,06	551,70	2.285,76
2009	1.787,27	566,42	2.353,69
2010	1.986,81	632,67	2.619,48

Binnen Europa variëren de overheidsbelastingen per lidstaat. In Slowakije lopen ze op tot 74,07%, terwijl ze in Zweden slechts 51,6% bedragen.

Tabel 10: Overheidsbelastingen op sigaretten in Europa, januari 2010

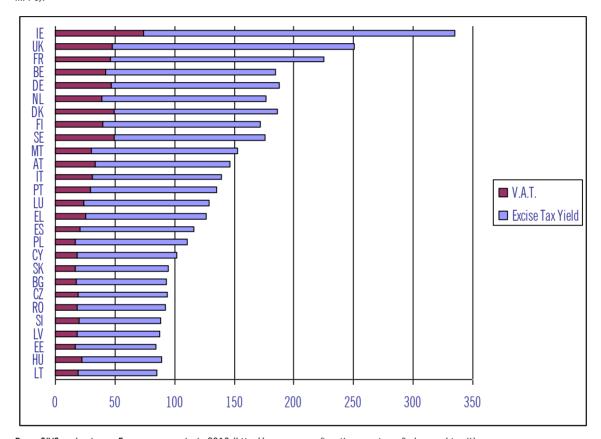
	Verkoopsprijs (belastingen inbegrepen) voor 20 sigaretten (MPPC)	Totale overheidsbelastingen in absolute cijfers voor 20 sigaretten (MPPC)	Verhouding van alle belastingen in de verkoopsprijs
	EUR	EUR	%
IE	8,50	5,22	61,41%
UK	6,42	4,05	63,08%
FR	5,60	3,58	64,00%
DK	4,97	2,73	54,84%
SE	4,91	2,53	51,60%
BE	4,84	2,86	58,99%
NL	4,84	2,76	57,00%
DE	4,71	2,81	59,81%
FI	4,40	2,64	59,95%
MT	4,00	2,44	61,00%
AT	4,00	2,25	56,35%
IT	3,70	2,16	58,50%
LU	3,68	2,10	57,02%
PT	3,50	2,12	60,51%
EL	3,20	2,02	63,00%
ES	3,00	1,91	63,80%
CY	2,82	1,67	59,04%
SI	2,35	1,38	58,72%
CZ	2,32	1,49	64,27%
R0	2,32	1,48	63,82%
HU	2,26	1,33	58,93%
LT	2,20	1,31	59,73%
LV	2,15	1,38	64,10%
BG	2,11	1,52	72,03%
SK	2,09	1,55	74,07%
EE	2,04	1,34	65,90%
PL	1,87	1,28	68,35%

Bron: Europese Commissie, januari 2010

Omdat binnen Europa de taksen sterk variëren per lidstaat, wil de Europese Commissie regels uitvaardigen om deze te harmoniseren.

- Bijvoorbeeld zouden alle taksen inbegrepen (accijnzen en BTW) minstens 57% van de verkoopprijs moeten bedragen.
- Bovendien zou het in absolute cijfers minimum moeten gaan om 64€ per duizend sigaretten die behoren tot de meest populaire prijscategorie (MPPC).
- De accijnzen zouden niet minder dan 5% en niet meer dan 55% mogen zijn van de totale overheidsbelastingen.

Grafiek 39: Verhouding accijnzen ten opzichte van BTW in de totale overheidsbelastingen van sigaretten in Europa in 2010 (Euro/1000 MPPC).

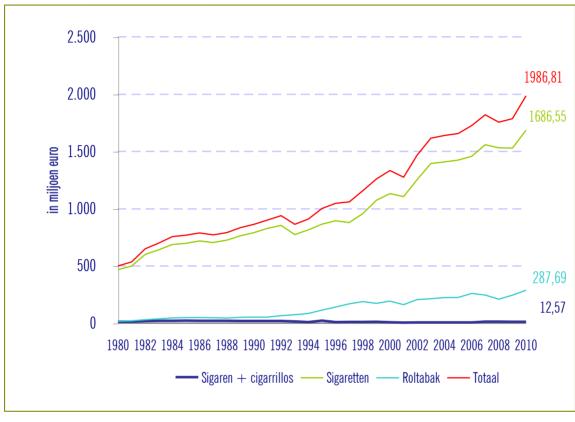


Bron: OIVO op basis van Europese commissie 2010 (http://ec.europa.eu/taxation customs/index en.htm#)

Tabel 11: De accijnzen uit tabakswaren in België in de periode 1980-2010 (in miljoen euro) (FOD Financiën, 2010)

	Sigaren	Sigaretten	Roltabak	Totaal
1980	14,57 €	467,89 €	18,60 €	501,06 €
1981	14,40 €	499,70 €	21,69 €	535,79 €
1982	18,54 €	601,47 €	30,19 €	650,19 €
1983	20,44 €	641,61 €	38,07 €	700,12 €
1984	21,50 €	688,43 €	46,86 €	756,79 €
1985	21,86 €	698,22 €	49,47 €	769,54 €
1986	20,76 €	718,62 €	48,74 €	788,12 €
1987	20,84 €	704,53 €	47,02 €	772,39 €
1988	20,73 €	726,11 €	45,18 €	792,03 €
1989	20,13 €	763,17 €	51,73 €	835,04 €
1990	20,03 €	791,64 €	52,70 €	864,37 €
1991	19,50 €	829,20 €	53,65 €	902,35 €
1992	19,40 €	854,52 €	65,82 €	939,74 €
1993	15,63 €	774,39 €	74,40 €	864,41 €
1994	10,57 €	814,99 €	85,36 €	910,93 €
1995	21,86 €	865,62 €	114,98 €	1.002,46 €
1996	10,42 €	895,65 €	141,50 €	1.047,57 €
1997	10,84 €	879,40 €	169,73 €	1.059,97 €
1998	11,19 €	957,64 €	188,88 €	1.157,71 €
1999	12,69 €	1.074,46 €	172,89 €	1.260,04 €
2000	8,26 €	1.133,31 €	192,73 €	1.334,30 €
2001	6,10 €	1.106,33 €	162,76 €	1.275,19 €
2002	7,34 €	1.255,00 €	207,50 €	1.469,85 €
2003	6,49 €	1.395,65 €	214,28 €	1.616,42 €
2004	7,03 €	1.409,39 €	224,36 €	1.640,78 €
2005	6,90 €	1.425,20 €	224,88 €	1.656,98 €
2006	6,73 €	1.459,03 €	260,83 €	1.726,60€
2007	14,19 €	1.559,46 €	246,50 €	1.820,29 €
2008	14,04 €	1.532,01 €	210,01 €	1.756,06 €
2009	12,67 €	1.529,51 €	245,09 €	1.787,27 €
2010	12,57	1.686,55	287,69	1.986,81

Zelfs terwijl de fiscale inkomsten in 2004 uit tabak slechts 2%¹⁷ van de totale fiscale inkomsten van de staat uitmaakten, toont de grafiek over de fiscale inkomsten dat deze sinds 1980 in nominale waarde zijn verviervoudigd.



Grafiek 40: De accijnzen uit tabakswaren in België 1980-2010

Bron: FOD Financiën, 2010

12.6. DE BELGISCHE SIGARETTENMARKT

In twee OIVO-enquêtes over de rookgewoonten (in 1997 en in 2001) werd gepeild naar de sigarettenmerken die gerookt werden. Marlboro was toen telkens het populairste merk, met in 2001 28% van de sigarettenrokers, gevolgd door L&M 16% en Belga 15%. Van de jongeren tussen 15 en 24 jaar rookten 80% Marlboro of L&M.

Belga, die derde was in 1997, verloor verder terrein. Drie op vier jongeren tussen 15 en 24 jaar rookten ofwel Marlboro of L&M in 2001. Het succes van L&M was verklaarbaar omdat het merk vooral bekendheid kreeg via indirecte reclame voor muziek en jeans en sponsoring van jongerenfestivals.

¹⁷ Bron: Regionaal Rapport voor Europa van de Wereldbank

Tabel 12: Het marktaandeel van Belga, Marlboro en L&M in de periode 1979-2000

	Belga	Marlboro	L&M
1979	28%	3%	-
1984	23%	11%	-
1990	18%	17%	2%
1995	14%	20%	10%
2000	13%	28%	15%

Bron: Reports Maxwell

Anno 2009 is Belga, samen met zijn producent Tabacofina, verdwenen van de Belgische markt. Marlboro is, net als op wereldvlak, nog steeds de onbetwiste marktleider.

12.7. ROKEN OP WERELDVLAK

Tabaksproducenten hebben hun actieterrein verplaatst naar ontwikkelingslanden waar ze meestal nog vrij spel hebben. Daar worden ze niet gehinderd door gerechtelijke beperkingen: vervolgingen, accijnzen en voorlichtingscampagnes zijn er nagenoeg onbestaande.

In Azië rookt meer dan 50% van de bevolking: alleen China telt al 300 miljoen rokers. (40% van de Chinese artsen zijn rokers, het land is een van de 76 landen dat roken in hospitalen toelaat). Uit een onderzoek in 1995 blijkt dat de meerderheid van de Chinese rokers geen idee hebben van de schadelijkheid van het roken.

De Wereldgezondheidsorganisatie verwacht tegen 2030 dan ook zo'n 8,3 miljoen doden als gevolg van het steeds aangroeiende aantal rokers, een pak meer dan de eerder geschatte 5 miljoen. 80% van die dodelijke slachtoffers zullen in ontwikkelingslanden vallen.

Door fusies is de productie geconcentreerd bij een steeds kleiner aantal tabaksproducenten. De voornaamste tabaksfirma's zijn opgesomd in tabel 12.

Tabel 13: Marktaandeel van de vier grote tabaksbedrijven in 2007

Locatie van hoofdkwartier	Volume aandeel (%)
	18,7 %
VS	
Zwitserland	
Verenigd Koninkrijk	17,1 %
Japan	10,8 %
Zwitserland	
Verenigd Koninkrijk	5,6 %
Frankrijk en Spanje	
	52,2 %
	VS Zwitserland Verenigd Koninkrijk Japan Zwitserland Verenigd Koninkrijk

^{*} De "China National Tobacco Corporation" heeft een significant aandeel van de resterende markt. Deze is eigendom van kleinere privé en openbare tabaksbedrijven en bedrijven in handen van de overheid.

Bron: WHO, Tobacco industry interference with tobacco control, 2009, p. 6.

Philip Morris bezit bijvoorbeeld zeven van de top 15-merken ter wereld en hun gamma bestaat uit een sterke mix van internationale en lokale producten voor een breed publiek van volwassen rokers.

(cf. Philip Morris website: http://www.philipmorrisinternational.com/BE nld/pages/nld BE/ourbus/Our business.asp)

Japan Tobacco International (JTI), kent de grootste groei. In april 2007 verwierf het Gallaher. Ze produceren onder andere Winston, Camel, Mild Seven, Benson & Hedges, Silk Cut, LD, Sobranie and Glamour.

(http://jt.com/about/division/tobacco_global/index.html)

Wereldwijd neemt ook de smokkel van sigaretten toe. Jaarlijks worden er in de wereld 400 miljard sigaretten gesmokkeld, wat leidt tot een financieel verlies van 25 tot 30 miljard euro voor de nationale overheden.

13. ROKEN EN WETGEVING

De wetgeving met betrekking tot het tabaksverbruik gaat terug op de wet van 24 januari 1977 die de bescherming van de gezondheid van de verbruikers op het stuk van voedingsmiddelen en andere producten regelt.

Deze basiswet werd op 19 juli 2004 gewijzigd (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 10 november 2004). In deze wijziging zijn enkele belangrijke nieuwe bepalingen voorzien. Zo wordt bijvoorbeeld een verkoopsverbod ingesteld voor de verkoop van tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar, kan de verkoop van producten die samen met tabaksproducten worden aangeboden en die de waarschuwingen zouden kunnen maskeren (denk aan de fun-box), verboden worden en wordt de indirecte reclame aangepast.

13.1. DE RECLAME VOOR TABAKSWAREN

De reclame voor tabakswaren is in België gereglementeerd sinds 1980, onder meer door de Koninklijke Besluiten van 5 maart 1980, 22 september 1980, 21 januari 1982, 20 december 1982 en 10 april 1990, en de wet van 10 december 1997, die van kracht werd op 1 januari 1999. Door de wijzigingen in de basiswet werden enkele maatregelen aangepast.

- 1. Artikel 3 van de wet van 10 december 1997 bepaalt het volgende:
 - Het is verboden reclame te voeren en te sponsoren door tabak, producten op basis van tabak en soortgelijke producten, hierna tabaksproducten genoemd.
 - Als reclame en sponsoring worden beschouwd: elke mededeling of handeling die rechtstreeks of onrechtstreeks tot doel heeft de verkoop te bevorderen, ongeacht de plaats, de aangewende communicatiemiddelen of de gebruikte technieken.
- 2. Het in het 1° bedoelde verbod is niet van toepassing op:
 - reclame voor tabaksproducten in buitenlandse kranten en periodieke uitgaven, behoudens wanneer die reclame of de invoer van dergelijke krant of periodieke uitgave er hoofdzakelijk toe strekt reclame voor tabaksproducten te voeren voor de Belgische markt;
 - de incidentele reclame voor tabaksproducten in het kader van de mededeling aan het publiek van evenementen in het buitenland, behoudens wanneer die reclame of de mededeling aan het publiek van het evenement er hoofdzakelijk toe strekt reclame voor tabaksproducten te voeren voor de Belgische markt;
 - het aanbrengen van het merk van een tabaksproduct op affiches in en aan de voorgevel van tabakswinkels en van krantenwinkels die tabaksproducten verkopen.
- 3. Het is verboden een merk dat zijn bekendheid hoofdzakelijk aan een tabaksproduct ontleent, voor reclame op andere gebieden te gebruiken zolang het merk voor een tabaksproduct wordt gebruikt.

Deze bepaling doet geen afbreuk aan het recht van ondernemingen om onder hun merknaam reclame te maken voor andere tabaksproducten, mits:

- de omzet, zelfs door een andere onderneming, van onder dezelfde merknaam op de markt gebrachte tabaksproducten niet meer dan de helft bedraagt van de omzet van andere producten dan tabak van het merk in kwestie, en
- dit merk oorspronkelijk is gedeponeerd voor andere dan tabaksproducten.

In een Arrest van het Arbitragehof van 30 september worden de bepalingen i.v.m. indirecte reclame geschrapt, omdat ze niet voorzien in analoge uitzonderingen als voor het verbod van directe reclame. Ten gevolge van het arrest wordt het verbod op tabaksreclame door de nieuwe wet vernietigd in zoverre het voor 31 juli 2003 van toepassing is op de op wereldniveau georganiseerde evenementen en activiteiten.

Het Ministerieel Besluit van 27 september 2006 stelt de voorwaarden vast voor het gebruik van een merk dat zijn bekendheid vooral aan een tabaksproduct ontleent voor reclamedoeleinden in een ander domein.

13.2. ETIKETTERING VAN TABAKSVERPAKKINGEN

Door de wet van 3 april 1975 gold de verplichting om op elke verpakking te vermelden: 'Sigaretten roken kan uw gezondheid schaden'. Door het Koninklijk Besluit van 28 december 1979 werd de vermelding gewijzigd in 'Tabak schaadt de gezondheid. Het woordje 'kan' verviel en de waarschuwing werd uitgebreid tot alle tabaksproducten. De tabaksfabrikanten hadden de impact van de reglementering beperkt door de waarschuwing in kleine letters, op de zijkant van de verpakking en vooral in niet-contrasterende kleuren aan te brengen. Dat steeds hetzelfde monotone zinnetje afgedrukt werd kwam de gezondheidsboodschap ook niet ten goede. Hierin kwam verandering door de EG-richtlijn van 13 november 1989 over de etikettering van de verpakking van tabakswaren, die van kracht werd op 1 januari 1992.

De richtlijn bepaalde dat de waarschuwingen moesten worden afgedrukt op zowel de voor- als de achterkant, in vette lettertekens op een contrasterende achtergrond, waarvan de grootte minstens acht procent van het totale oppervlak van de grote zijde van de verpakkingseenheid moest bedragen, indien de waarschuwingen in de drie landstalen vermeld werden. Langs de ene kant werd steeds dezelfde waarschuwing afgedrukt 'Brengt de gezondheid ernstige schade toe; langs de andere zijde werden de waarschuwingen afwisselend opgesteld, waarbij moet worden geput uit een reeks van mogelijkheden zoals 'Roken veroorzaakt kankei', 'Roken veroorzaakt hart- en vaatziekten', enzovoort.

Uit een onderzoek van het toenmalige Europees bureau voor tabakspreventie (BASP), getiteld 'The Labelling of tobacco products in the European Union', bleek dat deze richtlijn niet de beoogde resultaten had. De waarschuwing bleef moeilijk leesbaar omdat ze werd afgedrukt in kleine lettertjes en in kleuren die weinig contrasteren.

Het Koninklijk Besluit van 29 mei 2002 (KB betreffende de omzetting in Belgisch recht van de Richtlijn 2001/37/EG van 5 juni 2001) bepaalde dat de gezondheidswaarschuwingen op de sigarettenverpakkingen in de drie landstalen ten laatste vanaf 30 september 2003 minimum 35% van de voorzijde en 50% van de achterkant moesten uitmaken. De waarschuwingen moeten aangebracht worden in duidelijk zichtbare en goed leesbare lettertekens, gedrukt in zwarte letters op een witte achtergrond. De vermeldingen moeten verder omgeven worden met een minstens 3 mm en hoogstens 4 mm brede matte niet-reflecterende zwarte rand. Met deze maatregel worden de Belgische waarschuwingen de grootste ter wereld.

Door de wijziging op 10 augustus 2004 van het KB van 13 augustus 1990 met betrekking tot het fabriceren en het in de handel brengen van tabaksproducten worden dergelijke producten als schadelijk beschouwd wanneer ze niet voldoen aan de etiketteringsvereisten.

Het Ministerieel besluit van 27 oktober 2005 maakt sinds 31 mei 2007 het afdrukken van kleurenfoto's, die de schadelijke gevolgen van roken voor de gezondheid illustreren, op alle sigarettenpakjes verplicht. Drie reeksen van veertien waarschuwingen met foto zijn vastgesteld. Om te beantwoorden aan de Europese vereisten inzake afwisseling in de afbeeldingen, moeten de fabrikanten elk jaar een nieuwe serie gebruiken.

Een nieuw Ministerieel Besluit van 28 mei 2009 verplicht de vermelding van het nummer 0800 111 00 van de Tabak Stop Lijn op alle sigarettenpakjes vanaf 1 januari 2011. Ook zal elke verpakkingseenheid van sigaretten op de Belgische markt vanaf dat moment een gecombineerde waarschuwing moeten bevatten. (zie ook hoofdstuk 8 over de etikettering)

13.3. Specifieke verkoopregels

Sinds het KB van 29 mei 2002 is de handel in tabaksproducten onderworpen aan een jaarlijkse notificatieprocedure bij de Federale Overheidsdienst van Volksgezondheid waarbij onder meer de volgende gegevens vermeld moeten zijn:

- 1. de aard van het product;
- 2. de ingrediëntenlijst (kwantitatief en kwalitatief). De lijst is een opsomming opgesteld in dalende volgorde van gewicht van alle ingrediënten van het tabaksproduct;
- 3. de functie(s) en de categorie(ën) van de respectieve ingrediënten;
- 4. de beschikbare toxicologische gegevens van de ingrediënten, naar gelang van het geval in verbrande en onverbrande vorm, waarbij vooral de gevolgen voor de gezondheid worden vermeld en de mogelijke verslavende effecten in aanmerking worden genomen;
- 5. de etikettering.
- het bewijs van betaling van een vergoeding van 100 euro per genotificeerd product op de rekening van de Dienst.

Het Koninklijk Besluit van 15 juli 2005 voerde een minimumprijs per pakje sigaretten in. Deze maatregel bood een antwoord op een fenomeen dat nooit eerder bestaan had in België, namelijk de prijzenoorlog rond sigarettenpakjes. Om een jong publiek aan te trekken, dat gevoeliger is voor prijswijzigingen, boden bepaalde firma's vanaf januari 2005 goedkopere sigaretten aan. Ook via internet worden hoe langer hoe meer goedkope sigaretten te koop aangeboden.

Voordat dit KB bestond, gold er een soort maximumprijs via het minimumbedrag aan accijnzen. Er bestond immers een fiscale regel die zei dat de accijnzen op eender welk pakje sigaretten nooit minder kunnen bedragen dan 90% van de accijnzen die geheven worden op het meest verkochte pakje sigaretten. Om de minimale accijnzen van 90% voor de pakjes sigaretten voor het jaar T te berekenen, moest het bedrag aan accijnzen op het meest verkochte pakje in het jaar T-1 berekend worden.

Het Koninklijk Besluit van 29 mei 2002 bepaalde dat het verboden is sigaretten te verkopen in pakjes die minder dan 19 sigaretten bevatten, tenzij de prijs van deze pakjes minstens evenveel bedraagt als de standaardprijs van pakjes sigaretten die 19 of meer sigaretten bevatten.

In het Ministerieel besluit van 22 januari 2009 betreffende het fiscaal stelsel van gefabriceerde tabak wordt opnieuw bepaald in welke hoeveelheden tabakswaren mogen worden verkocht (art. 9-11).

- Zo is de verkoop van sigaretten per stuk of in busseltjes is verboden. Elke verpakking moet 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 50 of 100 stuks bevatten.
- Elke verpakking van sigaren moet 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 20, 24, 25, 30, 40, 50, 54, 60, 100, 150 of 250 stuks bevatten.
- Elke verpakking van rooktabak moet netto 1, 2, 3, 21, 25, 28, 29, 30, 33, 35, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 100, 125, 130, 132, 134, 140, 150, 170, 180, 190, 194, 200, 210, 220, 250, 295, 300, 350, 475, 500, 625, 700 of 1 000 gram bevatten.

13.4. DE FISCALE HEFFINGEN OP TABAK IN BELGIË

Bovenop de Belasting op de toegevoegde waarde¹⁸, die toegepast wordt op praktisch alle consumptiegoederen, kan tabak in sommige vormen het voorwerp uitmaken van vier bijzondere accijnzen.

Het gaat om de ad valorem accijnzen, de ad valorem bijzondere accijnzen, de specifieke accijnzen en de specifieke bijzondere accijnzen. Het wezenlijke verschil tussen de accijnzen ad valorem of specifiek aan de ene kant en de bijzondere accijnzen aan de andere kant is dat de eerstgenoemde het onderwerp uitmaken van een overeenkomst met Luxemburg terwijl de specifieke accijnzen eigen zijn aan België. Het is bijgevolg voor de Belgische Staat gemakkelijker om de specifieke accijnzen aan te passen.

Voor gefabriceerde tabak worden de accijnsrechten *ad valorem* en de speciale accijnsrechten *ad valorem* uitgedrukt in een percentage van de verkoopprijs in de kleinhandel (dus alle taksen inbegrepen). De sigaretten zijn bovendien onderhevig aan een specifiek accijnsrecht en een specifiek speciaal accijnsrecht per stuk.

In de programmawet van 2006 werden voor sigaretten de specifieke accijnzen vastgesteld op 6,8914 euro per 1.000 stuks; en de specifieke bijzondere accijns op 9,0381 euro per 1 000 stuks.

Sinds 1 januari 2007 gelden voor sigaren een aanvullende bijzondere accijns van 5,00 percent van de kleinhandelsprijs. Voor sigaretten kwam het bedrag van de specifieke bijzondere accijns op 9,0381 Euro per 1.000 stuks verminderd met het bedrag van de verlaging van de bijzondere accijns, zijnde 1,35 percent van de kleinhandelsprijs. Voor rooktabak van fijne snede voor het rollen van sigaretten en andere soorten rooktabak gaat het om 3,4840 Euro per kilogram.

Bij die regels komt nog het feit dat het totale bedrag van de accijnzen (ad valorem en specifiek), de speciale accijnzen (ad valorem en specifiek) en de B.T.W. voor de sigaretten niet minder mag bedragen dan 90% van de gecumuleerde som van dezelfde belastingen toegepast op de sigaretten die behoren tot de meest gevraagde prijsklasse.

13.5. ROOKVERBOD OP OPENBARE PLAATSEN

Door de Koninklijke Besluiten van 15 mei 1990, 2 januari 1991 en 7 februari 1991 is het verboden te roken in gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek en die deel uitmaken van inrichtingen of gebouwen waar:

- al dan niet tegen betaling diensten worden verstrekt aan het publiek, met inbegrip van plaatsen waar voedingsmiddelen en/of dranken ter consumptie worden aangeboden:
- zieken of bejaarden worden opgevangen of verzorgd;
- preventieve of curatieve gezondheidszorg wordt verstrekt;
- kinderen en jongeren op schoolgaande leeftijd worden opgevangen, gehuisvest of verzorgd;
- onderwijs en/of beroepsopleiding worden verstrekt;

¹⁸ De B.T.W. is een belasting op de goederen en diensten, die uiteindelijk gedragen wordt door de eindverbruiker en die in opeenvolgende stappen geïnd wordt, namelijk bij elke transactie in het productieproces en de distributie. Aangezien de taks die betaald werd op de input in elk stadium van het productieproces en van de distributie aftrekbaar is, wordt in elk stadium enkel de toegevoegde waarde belast. De B.T.W. is dus een eenmalige taks op de consumptie, die vereffend wordt door middel van gespreide betalingen per stadium.

- voorstellingen plaatsvinden;
- tentoonstellingen worden georganiseerd;
- sport wordt beoefend.

Een uitzondering wordt gemaakt voor gesloten ruimten waar als voornaamste activiteit voedingsmiddelen en/of dranken ter consumptie worden aangeboden en waarvan de oppervlakte niet meer dan 50 m² bedraagt.

13.6. Rookverbod in de horeca

Tal van landen hebben wetgevingen goedgekeurd die roken in bars en restaurants gewoonweg willen verbieden. Zo was Schotland sinds 26 maart 2006 de eerste provincie van het Verenigd Koninkrijk waar tabak verboden was in bars, in restaurants en op de werkplek. Roken in "gesloten" openbare ruimten was sinds die datum onderhevig aan een boete van 50€ (73€).

Het verbod geldt echter nog niet voor leefruimten, zoals ziekenhuizen, rusthuizen of onderzeeërs, maar de rokers moeten zich begeven naar aparte ruimten die voor hen voorzien worden. De bedrijven moeten ook rokersruimten voorzien.

Noord-Ierland en Engeland voerden de maatregel door in 2007.

In België is het roken in horecazaken verboden sinds 1 januari 2010. Hierover keurde de kamercommissie Volksgezondheid een wetsvoorstel goed.

Concreet geldt voor de horecazaken sinds 1 januari 2010 het volgende (https://portal.health.fgov.be/portal/page? pageid = 56,8274440& _dad = portal& _schema = PORTAL):

Vanaf 1 januari 2010 geldt er een nieuwe wetgeving inzake roken in de horeca. Om de niet-roker te beschermen tegen de gezondheidsrisico's verbonden aan passief roken, geldt er een algemeen rookverbod in alle horeca-inrichtingen in België. De installatie van een rookkamer is wel toegelaten.

Er wordt een uitzondering gemaakt voor drankgelegenheden. Om als drankgelegenheid beschouwd te worden, moet de horecainrichting voldoen aan enkele voorwaarden:

- De belangrijkste en permanente activiteit bestaat er enkel uit dranken aan te bieden (waaronder dranken met ethylalcohol)
- Er mogen enkel voorverpakte levensmiddelen aangeboden worden die zonder enige bijkomende maatregel gedurende minstens drie maanden houdbaar blijven (vb. chips, nootjes, chocolade etc).
- De inrichting is geen onderdeel van een sportinfrastructuur

Indien aan deze voorwaarden wordt voldaan, mag de uitbater een rokerszone installeren. Deze moet echter zodanig zijn ingericht dat niet-rokers zo weinig mogelijk worden gehinderd door de rook. Verder moet de oppervlakte ervan minder zijn dan de helft van de totale oppervlakte, behalve indien deze oppervlakte kleiner is dan 50m²

Deze uitzondering zal ingetrokken worden in de periode tussen 1 januari 2012 en 1 juli 2014. Dan zal er dus een algemeen rookverbod komen in alle horecagelegenheden.

Volgens het FAVV hebben horecazaken het rookverbod meer naast zich neergelegd in 2010 dan in 2009. Het percentage vestigingen in overtreding ging immers van 7,5% naar 13,32%, terwijl het aantal controles voor die twee jaren hetzelfde was, namelijk 12.000 in totaal.

13.7. ROOKVERBOD OP SCHOOL

Het decreet van de Franse Gemeenschap van 5 mei 2006 betreffende de preventie van roken en het rookverbod op school voorziet een totaal verbod op roken in de scholen van de Franse Gemeenschap.

De tekst voorziet het rookverbod in de schoollokalen van alle scholen van het kleuteronderwijs, het basisonderwijs, het gespecialiseerd, het secundair en het kunstonderwijs met volledige leergang en voor sociale promotie, georganiseerd of gesubsidieerd door de Franse Gemeenschap. Het zou ook kunnen worden uitgebreid volgens de modaliteiten die werden vastgelegd door het huishoudelijk reglement (voor de parascolaire activiteiten, bijvoorbeeld). Dit decreet is in voege getreden op 1 september 2006.

Vanaf 1 september 2008 geldt in alle scholen en centra voor leerlingenbegeleiding een algemeen rookverbod voor leerlingen, personeel en bezoekers.

13.8. ROKEN OP HET WERK

Het decreet van 14 december 2009 stelt dat het verboden is te roken op de werkplaats.

13.8.1. Waar mag niet gerookt worden?

In de werkplaatsen, de inkomhal, op de trappen, in liften, verbindingsruimten, gangen, in de open of gesloten parkeergarages alsook in elke werkruimte inclusief de werkplaatsen buiten de onderneming, zoals de montagebanden, cabines van vrachtwagens, bestelwagens, dienstwagens. Roken is eveneens verboden in de sociale voorzieningen, d.w.z. de sanitaire voorzieningen, de refter en de lokalen bestemd voor rust of eerste hulp.

13.8.2. Uitzonderingen:

Het rookverbod dat in dit decreet voorzien wordt, geldt niet in horecazaken waar het roken voor het publiek is toegelaten. Het rookverbod geldt wel op alle andere plaatsen in horecazaken, zoals de keukens, opslagplaatsen, wasruimte en dergelijke.

Dit decreet voorziet een uitzondering op het rookverbod voor de als private vertrekken te beschouwen gesloten plaatsen in instellingen voor maatschappelijke dienstverlening zoals rust- en verzorgingstehuizen, serviceflats, psychiatrische instellingen, instellingen voor personen met een handicap en voor bijzondere jeugdzorg, en gevangenissen waar bewoners en niet-bewoners mogen roken onder bepaalde voorwaarden die zijn vastgelegd door deze instellingen en die specifiek voor hen bestemd zijn. Dit Koninklijk besluit voorziet ook een uitzondering voor de privéwoningen. Maar deze uitzondering geldt evenwel niet in de ruimten van deze woningen die exclusief bestemd zijn voor professioneel gebruik en waar een werkgever werknemers tewerkstelt, zoals bijvoorbeeld een naaiatelier of een timmermanswerkplaats in een privéwoning.

Op de werkplek is roken enkel mogelijk in lokalen die geen werkruimten zijn en die daartoe op uitdrukkelijke wijze aangewezen zijn. Maar het decreet voorziet geen verplichting om een rooklokaal te installeren. Als er een rookkamer wordt voorzien, dan moet die afdoende verlucht worden of voorzien zijn van een rookafzuigsysteem. En wat meer is: dat er eventueel een rookkamer mag worden ingericht betekent niet dat rokers een recht op een dergelijke ruimte verwerven. Roken in een rookkamer kan enkel toegestaan worden in overleg met het personeel.

Het rookverbod geldt niet voor werkzaamheden in open lucht.

13.8.3. De fasen die voorafgingen:

Het Koninklijk Besluit van 7 februari 1997 over fabricage en handel van voedingsmiddelen verbiedt het roken in lokalen waar voedingsmiddelen worden gefabriceerd, voorhanden zijn of in de handel worden gebracht.

Het Koninklijk Besluit van 31 maart 1993 ter aanvulling van het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming (ARAB), artikel 148, decies 2.2.

Het KB stelde dat de werkgever binnen het jaar de nodige maatregelen moet nemen om het rookgedrag - zowel tijdens het werk als tijdens de rust- en etenstijden - af te stemmen op de wederzijdse verwachtingen van rokers en niet-rokers.

De regeling was gebaseerd op wederzijdse verdraagzaamheid, respect voor de individuele vrijheid en hoffelijkheid. Indien nodig neemt de werkgever bijkomende maatregelen om hinder door omgevingstabaksrook uit te schakelen.

Daarnaast legde het ARAB een duidelijk rookverbod op in een aantal specifiek omschreven situaties:

- om veiligheidsredenen, bij risico voor ontploffingen of ernstig brandgevaar;
- om gezondheidsredenen, waar roken een bijkomende bron is voor gezondheidsschade; bijvoorbeeld bij het werken met toxische stoffen zoals lood, asbest, CO.

Het Koninklijk Besluit van 15 september 1976 van het Ministerie van Verkeer verbood het tabaksgebruik in het openbaar vervoer (trams, bussen, metro en premetro). In de treinen was het roken toegelaten in de daarvoor bestemde rokerscompartimenten. Enquêtes uitgevoerd bij treinreizigers door de Nationale Maatschappij der Buurtspoorwegen (NMBS) wezen op de groeiende vraag naar nietrokercompartimenten. Sinds begin 2004 heeft de NMBS een totaal rookverbod uitgevaardigd op haar hele net, inclusief de treinen en de stations. Met de komst van de wet van 14 december 2009, die tevens het rookverbod op het openbaar vervoer regelt, is het KB van 15/09/1976 opgeheven.

13.9. Andere initiatieven

13.9.1. Het Federale Plan ter bestrijding van het tabaksgebruik

In januari 2004 vond de lancering plaats van een Federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik.

Hierin werden door de Belgische regering een aantal maatregelen voorzien, waarvan verscheidene werden doorgevoerd:

- De ratificatie door België van de kaderovereenkomst van de WHO.
 - Op 22 januari 2004 ondertekende België de kaderovereenkomst van de WHO waarmee de eerste stap werd gezet in de realisatie van dit plan.
- Nieuwe regels met betrekking tot de fabricage en het op de markt brengen van tabaksproducten.

Het verbod van de verkoop aan jongeren onder de 16 jaar is hiervan een illustratie.

- Introductie van het recht op een rookvrije sociale omgeving als bescherming tegen het passief roken: dit omvat zowel voorstellen met betrekking tot de beperking van het tabaksgebruik in de horeca, als een ruimere controle op de reglementering op openbare plaatsen; evenals bijkomende maatregelen inzake het rookverbod op de werkplaats.
 - Een voorstel om de rookvrije ruimte in de horeca uit te breiden tot 75% ligt ter discussie voor. Dit zou aansluiten op de veelgehoorde klacht van niet-rokers die verklaren moeilijk een rookvrije plaats te vinden.
- Hulp bij tabaksontwenning door een studie van de opportuniteit om ontwenningsmethoden te laten terugbetalen via het RIZIV en door een aangepaste opleiding van artsen.
- De oprichting van een "Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik" als een permanente ontmoetingsplaats voor de verschillende overheden. Het Fonds behoeft uiteraard de nodige middelen om preventiecampagnes te kunnen opzetten en een aantal concrete acties te kunnen ondernemen. Het Fonds werd in 2004 operationeel. Vanaf 2005 schrijft de regering een bedrag in de begroting in van 2 miljoen Euro. Er wordt tevens gedacht aan de installatie van een groen nummer waar rokers informatie zouden kunnen vinden.
- Er werd tevens gedacht aan de installatie van een groen nummer waar rokers informatie zouden kunnen vinden; In het KB van 28 mei 2009 erkent de wetgever de noodzaak om het nummer van de Tabak Stop Lijn aan te brengen op alle sigarettenpakjes zodat deze beter gekend zal zijn bij de consumenten van sigaretten.
- De verhoging van de fiscaliteit voor tabak. Hiervoor werd een interdepartementale werkgroep opgericht.

13.9.2. Het Kankerplan

Op 10 maart 2008 stelde minister Onkelinx het Nationaal Kankerplan 2008-2010 voor. Het plan omvat 32 initiatieven, verdeeld over drie krachtlijnen: 1) preventie en opsporing; 2) zorg, behandeling en ondersteuning van de patiënt, 3) onderzoek, innoverende technologie en evaluatie.

De regering investeert in die 3 jaren 380 miljoen EUR om kanker beter en goedkoper te voorkomen, op te sporen en te behandelen.

Het plan bevat het een aantal voorstellen om kanker te voorkomen en zo snel mogelijk op te sporen. 40% van de kankers kan immers vermeden worden door een doeltreffende preventie.

 Een van de maatregelen in het Nationaal Kankerplan is de terugbetaling voorzien van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning.

Volgens het kankerplan zouden alle rokers 30 euro terugbetaald krijgen voor een eerste raadpleging bij een tabacoloog. Daarna zou er nog een terugbetaling zijn van 20 euro (30 euro voor zwangere vrouwen) per raadpleging bij een tabacoloog, met een maximum van acht raadplegingen. De tussenkomst verlaagt de drempel om rookstopsessies te volgen, al zal de roker wel een remgeld blijven betalen.

Bij de terugbetaling is er wat vertraging opgelopen, onder andere omdat er in het parlement verzet was tegen het feit dat tabacologen niet noodzakelijk artsen zijn. Aan de details van de terugbetalingsregeling wordt nog gewerkt.

Er waren ook kritische vragen omdat heel weinig mensen de al bestaande terugbetalingsregeling voor zwangere vrouwen gebruiken, wat twijfels oproept over de noodzaak van een uitbreiding van de terugbetaling voor rookstop. Die kritiek negeert het feit dat de campagne om deze terugbetaling bekend te maken, weinig succesvol was. Het zou ook kunnen dat vrouwen die tijdens de zwangerschap blijven roken, behoren tot een harde kern van zware rooksters die niet de intentie hebben om te stoppen.

Aangezien de (on)bekendheid van de maatregel wellicht een deel van het probleem is, moet de nieuwe terugbetalingsregeling gepaard gaan met een informatiecampagne. Die moet georganiseerd worden door de gemeenschappen. Gezondheidsbevordering is, immers een gemeenschapsbevoegdheid.

Volgens experts moet er ook een terugbetaling komen voor rokers die na een reeks sessies hervallen zijn. Tevens geven sommige tabacologen rookstopsessies aan groepen rokers. Voor die groepstherapie zou er ook een terugbetaling moeten komen.

 Initiatief 1 van het Nationale Kankerplan voorziet ook de versterking van de controles op de tabakswetgeving door de FOD Volksgezondheid. De tabakscontroledienst van de FOD had daarom bij de minister een voorstel ingediend om de controles bij jongeren te versterken. Dit voorstel omvat drie speerpunten.

Ten eerste het verkoopverbod aan min-16-jarigen.

Ten tweede sensibiliseren en gegevens verzamelen over het rookgedrag van min-16-jarigen: waar raken zij nog aan tabak? Waar kunnen ze nog roken? De controledienst hoopt zo gerichter te kunnen controleren. Er komen meer controles op het rookverbod in scholen, jeugdcafés, jeugdhuizen en lokalen van jeugdbewegingen.

Een derde aandachtspunt is reclame en marketing die zich specifiek naar jongeren richt. Die reclame maakt steeds minder gebruik van de klassieke kanalen en meer van specifieke technieken zoals opvallende verkoopstands op fuiven en festivals en directe marketing, waarbij klanten e-mailberichten van tabaksfabrikanten ontvangen.

Om die bijkomende controles uit te voeren, stemde de minister in met de tijdelijke aanwerving van zes controleurs.

14. GERAADPLEEGDE BRONNEN

14.1. LITERATUUR

Banque Mondiale, *Maîtriser l'épidémie. L'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, Washington, 2000.

BAYINGANA K., DEMAREST S., GISLE L., HESSE E., MIERMANS P.J., TAFFOREAU J., VAN DER HEYDEN J., *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2006, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 035, (http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table04.htm)

BUCK D., GODFREY C., RAW M., SUTTON M., *Tobacco and Jobs. The impact of reducing consumption on employment in the U.K.*, Centre for Health Economics, University of York, 54 p., 1994.

Center for Disease Control and Prevention, Investment in Tobacco Control. State Highlights, Atlanta, 2001. (www.cdc.gov/tobacco).

Commissie van de Europese Gemeenschappen, Verslag van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement en het Europees Economisch en Sociaal comité, Verslag over de tenuitvoerlegging van de Tabaksreclamerichtlijn (2003/33/EG), Brussel, 28.5.2008, COM(2008) 330 definitief.

COULON J., *Passief roken bij kinderen*, Belgische Federatie tegen Kanker, februari 2008. (http://www.kanker.be/index.php/passief-roken/de-gevolgen-van-passief-roken/id-menu-3870.html).

DEMAREST S, VAN DER HEYDEN J, GISLE L, BUZIARSIST J, MIERMANS PJ, SARTOR F, VAN OYEN H, TAFFOREAU J., *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002, IPH/EPI REPORTS N° 2002 - 25 (http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table01.htm).

DEMOTTE R., Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Een Federaal Plan ter bestrijding van het tabaksgebruik, 2004.

DOLL R., PETO R., WHEATLEY K., GRAY R., SUTHERLAND I., Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors, in *British Medical Journal*, 1994: 309, p. 901-911,.

DOLL R., PETO R., BOREHAM J., SUTHERLAND I., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, in *British Medical Journal*, 2004: 328, p. 1519-1528.

EKBERG-ARONSSON M. et al., Mortality risks among heavy-smokers with special reference to women: a long-term follow-up of an urban population, in: *European Journal of Epidemiology* 2007: 22, p. 301-309 (http://www.springerlink.com/content/b74035313x5545gt/fulltext.pdf)

Eurobarometer 253, Survey on Tobacco (Conducted by The Gallup Organisation, Hungary upon the request of Directorate General Health and Consumers), 2009.

European Bureau for Action on Smoking Prevention, *Een rapport over passief roken*, Brussel, 1993.

European Bureau for Action on Smoking Prevention, *The labelling of tobacco products in the European Union*, Brussels, 1993.

European Commission, Excise duty on tobacco products: frequently asked questions, (MEMO/08/506), Brussels, 16 July 2008.

European Commission (DG Sanco), *Evaluation Report*, Evaluation process for the Commission - tobacco prevention media campaign, Brussel, 2003.

European Network on Smoking prevention, *Smoke free workplaces. Improving the health and well-being of people at work*, Brussels, 2001.

EZZATI M., JAMISON D.T., LOPEZ A. D., MATHERS C.D., MURRAY C. J. L., *Global Burden of Disease and Risk Factors, (World Bank, The Disease Control Priorities Project - DCPP)*, Oxford University Press. 2006 (http://www.dcp2.org/page/main/Home.html)

EZZATI M., Stephen VANDER HOORN, LOPEZ A. D., DANAEI G., RODGERS A., MATHERS C.D., MURRAY C. J. L., Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors, in WHO, *Global Burden of Disease and Risk Factors, 2006* (http://www.who.int/healthinfo/global burden disease/en/, http://www.dcp2.org/pubs/GBD).

Fedetab, Jaarverslag 1995, Brussel, 1996.

HBSC, Inequalities in young people's health, HBSC international report from the 2005/2006 survey, 2008. (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1)

HUBLET A., LAMBERT M., Stoppen met roken, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Leuven, Garant, 2000.

International Agency for Research on Cancer, Facts and figures of cancer in the European Community, Lyon, 1993.

International Agency for Research on Cancer, *Involuntary smoking*, Monograph, Lyon 2002.

International Union Against Cancer (UICC), World Cancer Campaign, fast facts about cancer, 2008 (http://www.worldcancercampaign.org/index.php?option = com content&task = view&id = 172&Itemid = 419).

JHA P, CHALOUPKA F, *Tobacco control in developing countries*, Oxford University Press, 2000.

JIANG HE et al., Passive smoking and the risk of coronary heart disease. A meta-analysis of epidemiological studies, *New England Journal of Medicine*, 1999: 340, p 920-926,.

JOOSSENS L., Economische evaluatie van de preventieve gezondheidszorg op het vlak van het roken, in *Preventieve gezondheidszorg. Vlaams Preventiecongres 1997.* Diegem 1997. p 20-33.

JOOSSENS L., *Some like it "light". Vrouwen en roken in de Europese Unie*, Europees Rapport, European Network on Smoking prevention, Brussel 1999.

JOOSSENS L., From public health to international law: possible protocols for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000: vol.78, 7, p. 930-937.

JOOSSENS L., D*e houding en het gedrag van rokers ten aanzien van de lichte tabaksproducten. Een onderzoek bij 608 rokers in België*, Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, Brussel 2002.

JOOSSENS L., *Effective tobacco control policies in 28 European countries*, Belgian Cancer Federation (Belgium), 2004 (http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf).

JOOSSENS L., *Onderzoek naar het effect van gezondheidswaarschuwingen op sigarettenpakjes in België*, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie vzw in samenwerking met de Belgische Federatie tegen Kanker, april 2004

JOOSSENS L., RAW M., Are tobacco subsidies a misuse of public funds?, in *British Medical Journal*, 1996: 312, p. 832-835.

JOOSSENS L., RAW M., How can cigarette smuggling be reduced?, in *British Medical Journal*, 2000: 321, p. 947-949.

JOOSSENS L., RAW M., *Progress in Tobacco Control in 30 European Countries*, 2005 to 2007, Swiss Cancer League, 2007.

MAES L., VEREECKEN C., *Jongeren en gezondheid 2006*, 2006, (http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC roken 2006.pdf)

MAES L., VAN DE MIEROP E., Jongeren en gezondheid, Universiteit Gent en Antwerpen, 1998.

MIERMANS P.-J., VAN OYEN H., Gezondheidsrapport: Een verkenning van de gezondheidssituatie in België aan de hand van sterftecijfers en gezondheidsverwachtingscijfers, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, Rapport 2002 — 54, december 2002.

MINA HA, e. a., Smoking Cigarettes before First Childbirth and Risk of Breast Cancer, in: *American Journal of Epidemiology*, 2007: 166; p. 62-70 (http://aje.oxfordjournals.org).

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsindicatoren 2001-2002.

NAGELS I., Schadelijke gezondheidseffecten van passief roken bij volwassenen, Stichting tegen Kanker, update februari 2008. (http://www.kanker.be/index.php/passief-roken/de-gevolgen-van-passief-roken/id-menu-3870.html)

National Cancer Institute, *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protection Agency*, Smoking and tobacco control monograph, nr. 10. Bethesda, Maryland: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1999.

National Cancer Institute, *Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Yields of Tar and Nicotine*, Smoking and tobacco control monograph, no. 13, Bethesda, US Department of Health and Human Services, 2001.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. Statistiek van de doodsoorzaken. Ministerie van Economische Zaken. 1995.

OIVO, Het rookgedrag en de mening van consumenten ten aanzien van de verkoop van tabak aan minderjarigen en van visuele waarschuwingen op tabaksproducten. Een onderzoek bij 1.000 personen in België, Tns-Dimardso in opdracht van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, Brussel, 2004.

ONKELINX L., Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Nationaal Kankerplan*, 2008.

PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J., THUN M., HEATH L., *Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics*, in The Lancet, 1992, 339:p. 1268-78.

PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J., THUN M., HEATH L., *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, Oxford, Oxford University Press, Oxford, 553 p., 1994.

PETO R.; LOPEZ A.D.; BOREHAM J.; THUN M.; HEATH C., *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000* (2nd edition). Oxford, Oxford University Press; 2003.

PETO R.; LOPEZ A.D.; BOREHAM J.; THUN M.; *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, (2nd edition, revised June 2006: www.deathsfromsmoking.net)

PETO R., WATT J., BOREHAM J., Deaths from smoking in all developed countries, UICC (International Union Against Cancer, Genève, 2006.

PITSAVOS C. et al., Association between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 case—control study, *Tobacco Control 2002*; 11: p. 220-225.

POLLAY R.W. et al., The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youth and adults, 1979-1993, in *Journal of marketing*, april 1996, 60, p. 1-16.

A report to the Canadian Minister of Health from the Ministerial Advisory Council on Tobacco Control, Putting an end to deception. Proceedings of the international expert panel on cigarette descriptors, Ottawa, January 2002.

Royal College of Physicians, *Nicotine addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians*, London, 2000.

SERMEUS G., Zwangerschap, bevalling en verblijf in de materniteit. Onderzoek bij ruim 20.000 pas bevallen vrouwen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel, Niet-gepubliceerd onderzoeksrapport. Belgische Verbruikersunie (Test-aankoop), Brussel, 1996.

THOMSON G., WILSON N., Policy lessons from comparing mortality from two global forces: international terrorism and tobacco, in *Global Health. 2005*, 1: p. 18.

U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of passive smoking, A report of the Surgeon General,* Rockville, 1986.

U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing the health consequences of smoking, A report of the Surgeon General*, Rockville, 1989.

U.S. Department of Health and Human Services, *The health benefits of smoking cessation, A report of the Surgeon General,* Rockville, 1990

U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Among Young People, A report of the Surgeon General*, Atlanta, 1994.

U.S. Department of Health and Human Services, Reducing Tobacco Use, A report of the Surgeon General, Atlanta, 2000.

U.S. Department of Health and Human Services, *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes: report of the NCI expert committee,* 1996.

U.S. Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other diseases. 1992.

VANDERCAMMEN Marc, Jongeren en tabaksconsumptie in 2004, OIVO, Brussel, maart 2009.

VANDERCAMMEN Marc, Jongeren en verslavingen, OIVO, Brussel, januari 2004.

VANDERCAMMEN Marc, Post-test campagne, OIVO, Brussel, 2004.

VANDERCAMMEN Marc, *De tabaksconsumptie*, OIVO, Brussel, februari 2009.

VANDERCAMMEN Marc, *De tabaksconsumptie in 2004*, OIVO, Brussel, maart 2004.

VANDERCAMMEN Marc, *Verkoop van tabak aan jongeren onder de 16*, OIVO, Brussel, januari 2006.

Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie, *Een review rond stoppen met roken en jongeren*, 2005. (http://www.vig.be/content/pdf/ME_paper_tabakstoprev.pdf)

Vrind 2008, Hoofdstuk 6 - Gezinnen versterken, zorgen voor mekaar, 6.1. Gezondheidsdoelstellingen, 2008 (http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/Vrind/vrind2008/Vrind 2008-volledig.pdf)

WAKAI K., e. a., Decrease in risk of lung death in Japanese men after smoking cessation by age at quitting: Pooled analysis of three cohort studies, in *Cancer Science*, 2007; 98: p. 584-589.

WARNER K.E., The importance of tobacco to a country's economy, in: SLAMA K. (Ed.), *Proceedings of the ninth world conference on tobacco and health*, Plenum Press, New York, 1995, p. 301-308.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, *Gezondheidsenquête 1997, De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten,* Brussel, 2000.

World Bank, Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control, Washington D.C., 1999.

World Health Organization, Framework Convention on Tobacco Control, Genève, 2003.

World Health Organization, *The European Tobacco Control Report*, Genève, 2007.

World Health Organization, Tobacco or Health. A global status report, Genève, 1997.

World Health Organization Regional office for Europe, Health and health behavior among young people, Februari 2000, Kopenhagen.

World Health Organization, Second-hand smoke kills. Let's clear the air, World No Tobacco Day, 31 May 2001.

World Health Organization, *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century*, Genève, 2001.

World Health Organization Regional office for Europe, *The European Report on Tobacco Control Policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001*, Kopenhagen, 2002.

14.2. Interessante websites met heel wat cijfermateriaal

Deaths from smoking, an electronic resource: www.deathsfromsmoking.net

European network for Smoking Prevention: http://www.ensp.org/

FOD Economie, KMO,Middenstand en Energie, Het Gezondheidsportaal, Alle gegevens over gezondheid en ziekte in België, http://www.belgium.be/nl/gezondheid/

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad: http://www.observatbru.be/documents/home.xml?lang = nl

Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO), www.oivo.be

Projections of Tobacco Production, Consumption and Trade to the Year 2010: http://ftp.fao.org/docrep/fao/006/y4956e/y4956e00.pdf

Stichting tegen Kanker: http://www.kanker.be/index.php/onthaal

ULB - Promes (Promotion, Education : http://www.ulb.ac.be/esp/promes/

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Home.aspx?id=1160

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw (VIGeZ): www.vig.be_en http://www.vigez.be/

Vlaamse Kankerliga: http://www.tegenkanker.net/

Vlaamse overheid, VRIND, Vlaamse Regionale Indicatoren (sinds 1998):

 $\frac{\text{http://www.vlaanderen.be/servlet/Satellite?c=Page\&cid=1183730847285\&context=1141721623065\&p=1183730847285\&pagename=Infolijn\%2FView}{}$

Vlaanderen, welzijn, volksgezondheid en gezin: http://wvg.vlaanderen.be/welzijnengezondheid/index.htm

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: http://www.iph.fgov.be/index.asp?navl=0

Wereldgezondheidsorganisatie - WHO: http://www.who.int/topics/tobacco/en/

14.3. LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1: Evolutie van de verkoopcijfers in de tabakssector (Bron: FOD Financiën)	11
Tabel 2: Het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in België (15 jaar en ouder*)	14
Tabel 3: Het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in Vlaanderen en Wallonië (15 jaar en ouder*)	20
Tabel 4: Sterfte veroorzaakt door tabak in 2000 in België	25
Tabel 5: De sterfte ten gevolge van het roken in België in de periode 1955-2000	26
Tabel 6: Sterfte door longkanker in België	27
Tabel 7: Dagelijkse rokers bij 11- tot 18-jarigen in Vlaanderen in de periode 1990-2000 (in %)	43
Tabel 8: Types rokers volgens geslacht in Vlaanderen (1980)	67
Tabel 9: De fiscale inkomsten uit tabakswaren in België (in miljoen euro) (Bron: FOD Financiën, 2010)	75
Tabel 10: Overheidsbelastingen op sigaretten in Europa, januari 2010	76
Tabel 11: De accijnzen uit tabakswaren in België in de periode 1980-2010 (in miljoen euro) (FOD Financiën, 2010)	78
Tabel 12: Het marktaandeel van Belga, Marlboro en L&M in de periode 1979-2000	80
Tabel 13: Marktaandeel van de vier grote tabaksbedrijven in 2007	81

14.4. Lijst van Grafieken

Grafiek 1: Evolutie van de verkoop van tabaksproducten (Bron: FOD Financiën)	9
Grafiek 2: Rookt u momenteel?	12
Grafiek 3: Rookt u momenteel?	13
Grafiek 4: het percentage regelmatige/dagelijks rokers in België	16
Grafiek 5: het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in België volgens leeftijdscategorie	17
Grafiek 6: Rokers volgens sociale groep.	18
Grafiek 7: Rokers volgens soort leefomgeving	19
Grafiek 8: Evolutie van het aantal regelmatige rokers in Vlaanderen en Wallonië (van 15 jaar en ouder*)	21
Grafiek 9: Het aantal rokers in België per provincie	22
Grafiek 10: Bent u van plan om in de eerstkomende maanden te stoppen met roken? (Bron: OIVO 2011)	23
Grafiek 11: Sterfte door longkanker in België van 1954 t.e.m. 2006	28
Grafiek 12: Sterfte door longkanker in België van 1999 t.e.m. 2006	29
Grafiek 13: Het gebruik van foto's op de verpakking van sigaretten	39
Grafiek 14: De eerste sigaret	45
Grafiek 15: Experimenteren met de eerste sigaret volgens onderwijstype	47
Grafiek 16: Experimenteren met de eerste sigaret: Was je alleen toen je je eerste sigaret proefde?	47
Grafiek 17: Experimenteren met de eerste sigaret: "Wie heeft je de eerste sigaret aangeboden?"	48
Grafiek 18: Rookt u?	49
Grafiek 19: Frequentie van de tabaksconsumptie volgens leeftijd (Bron: OIVO 2011)	50
Grafiek 20: Frequentie van de tabaksconsumptie volgens onderwijstype	50
Grafiek 21: Gemiddelde tabaksconsumptie volgens leeftijd (aantal sigaretten per dag)	51
Grafiek 22: Gemiddelde tabaksconsumptie volgens onderwijstype (aantal sigaretten per dag)	52
Grafiek 23: Profiel van de jonge tabaksconsumenten	53
Grafiek 24: Profiel van de jonge tabaksgebruikers — vergelijking 2006-2011	54

Grafiek 25: Profiel van de tabaksconsumptie volgens leeftijd	55
Grafiek 26: Aanwezigheid van rokers in de entourage van de jongeren: Wie rookt in jouw omgeving?	56
Grafiek 27: Wie in jouw omgeving rookt? Vergelijking tussen jonge rokers en niet-rokers	57
Grafiek 28: Stemmen je ouders ermee in dat je rookt of zouden ze ermee instemmen?	57
Grafiek 29: Wanneer ik gedurende langere tijd niet kan roken (bijv. tijdens de dag), voel ik mij	59
Grafiek 30: Perceptie van de verslaving en het sociale karakter dat aan tabak gekoppeld wordt	60
Grafiek 31: Ben je van plan om te stoppen met roken?	62
Grafiek 32: Als je besluit om te stoppen, zul je dat doen?	62
Grafiek 33: Denk je dat je in de toekomst zult roken?	63
Grafiek 34: Rookpreventie	64
Grafiek 35: Vindt u de maatregel om de verkoop van sigaretten aan minderjarigen te verbieden?	65
Grafiek 36: Het percentage dagelijkse rokers bij vrouwen en bij mannen	66
Grafiek 37: Prijs van sigaretten per pakje van 20 stuks in Europa	73
Grafiek 38: Fiscale inkomsten tussen 1980 en 2010	74
Grafiek 39: Verhouding accijnzen ten opzichte van BTW in de totale overheidsbelastingen van sigaretten in Europa in MPPC).	
Grafiek 40: De accijnzen uit tabakswaren in België 1980-2010	79

Eindredactie 2011:

Philippe Louis

Verantwoordelijke uitgever:

Marc Vandercammen

01/0

Stichting van openbaar nut

ON 417541646

Paapsemlaan 20 - 1070 BRUSSEL

Tel. 02/547.06.11 - Fax. 02/547.06.01

www.oivo.be

Uitgave 2011

Catalogusref.: 527-11

D-2011-2492-54

© 01V0

Reproductie voor niet-commerciële doeleinden vrij mits duidelijke bronvermelding.