

DOCUMENTATIEMAP ROKEN

Uitgave 2011

O I V O

Onderzoeks- en Informatiecentrum
van de Verbruikers Organisaties



Stichting van openbaar nut

Paapsemalaan 20 – 1070 Brussel

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 tabakswaaren (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.

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.

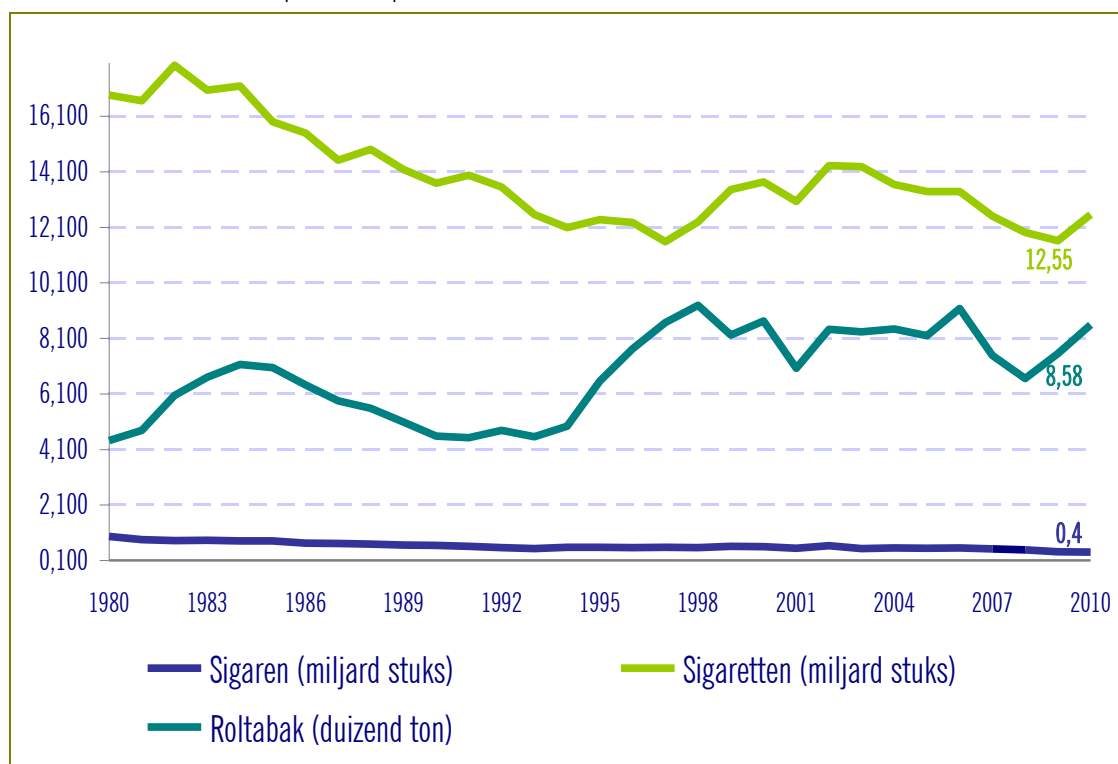
2010: De Kamercommissie Volksgezondheid keurde een wetsvoorstel over de uitbreiding van het rookverbod goed. De nieuwe regeling ging in op 1 januari 2010. Er mag enkel nog gerookt worden in de cafés die qua voeding enkel voorverpakte levensmiddelen aanbieden met een minimale houdbaarheid van drie maanden (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 BELGIË

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.

Grafiek 1: Evolutie van de verkoop van tabaksproducten (Bron: FOD Financiën)



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 vervangingspatroon 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 verkoopcijfers 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)

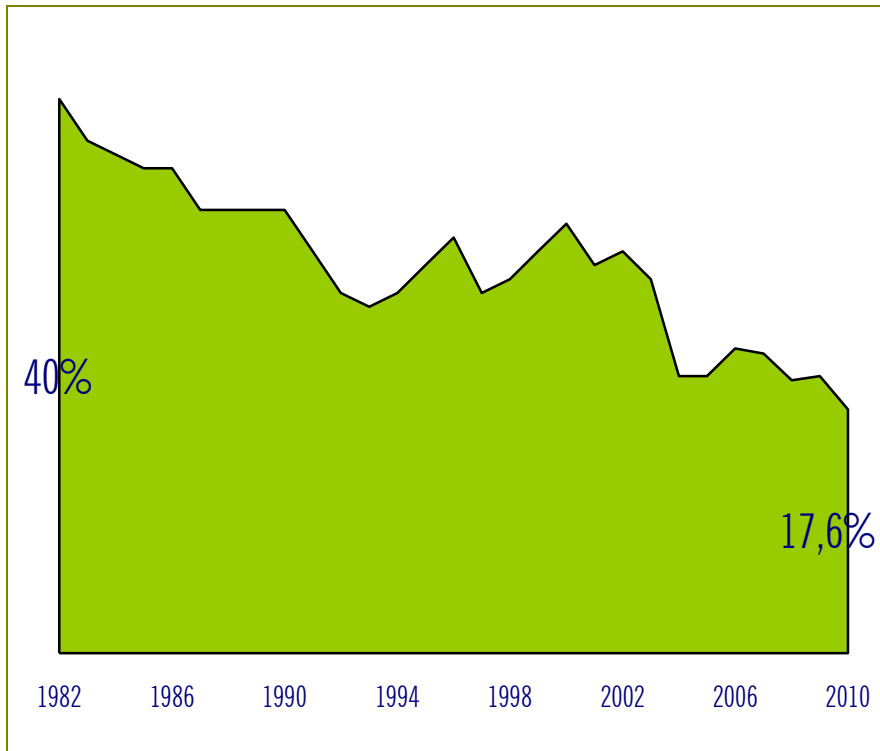
Jaar	Verkoop van sigaren in België In miljarden stuks	Verkoop van sigaretten in België In miljarden stuks	Verkoop van roltabak in België in 1000 ton
1980	0,965	16,858	4,421
1981	0,845	16,657	4,782
1982	0,812	17,927	6,042
1983	0,826	17,033	6,692
1984	0,808	17,178	7,151
1985	0,800	15,897	7,045
1986	0,718	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?



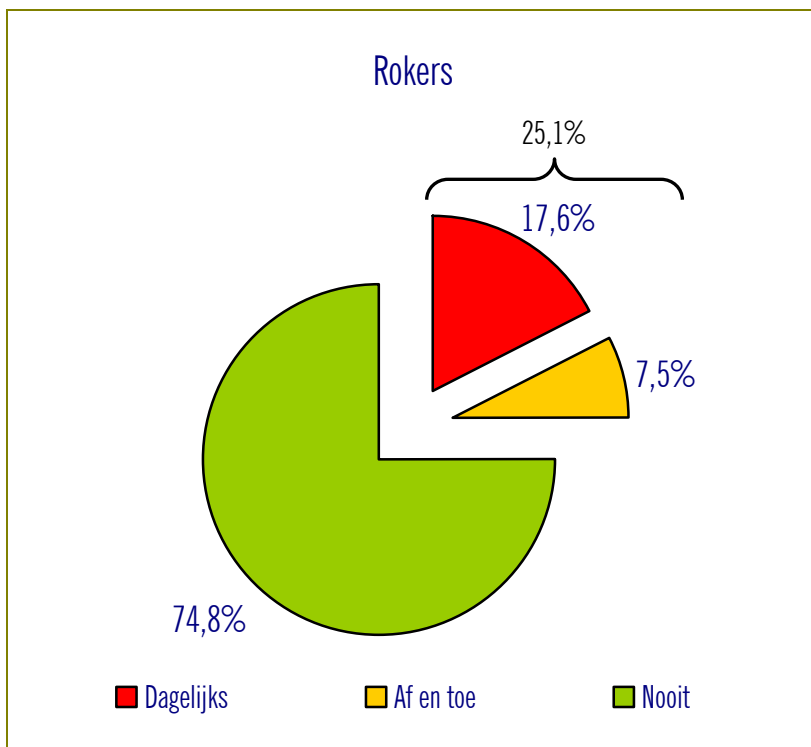
Bron: OIVO 2011

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.³ 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: OIV0 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 (+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: OIVO 2011

* Tot 1989 gebeurde de bevraging bij personen van 18 jaar en ouder

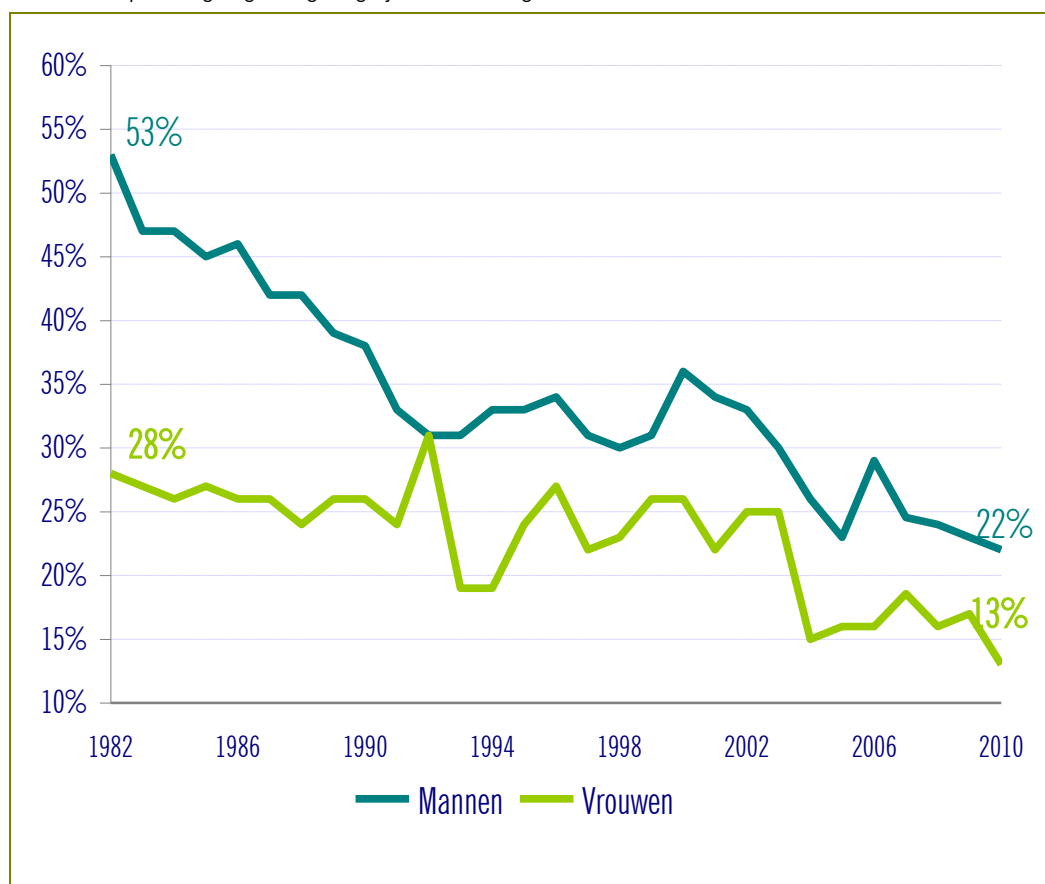
kopen. Dat verklaart waarom één sigaret op vier vorig jaar door buitenlandse toeristen in het land van verkoop gekocht werd. België, Luxemburg en Spanje krijgen de meeste buitenlandse klanten over de vloer.

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: OIVO 2011

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

$\text{O}(\sqrt{n})$ $\text{O}(n)$ $\text{O}(n^2)$ $\text{O}(n^3)$ $\text{O}(n^4)$ $\text{O}(n^5)$ $\text{O}(n^6)$ $\text{O}(n^7)$ $\text{O}(n^8)$

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

A horizontal stacked bar chart illustrating the percentage of daily smokers (red) and occasional smokers (yellow) across different age groups. The age groups are listed on the left: 15-29 j, 40-49 j, 30-39 j, Gemiddelde (Average), 50-64 j, and 65+. The bars are stacked horizontally, with the red segment representing daily smokers and the yellow segment representing occasional smokers. The percentages are labeled within each segment.

Age Group	Dagelijkse rokers (%)	Gelegenheidsrokers (%)
15-29 j	17%	18%
40-49 j	23%	4%
30-39 j	21%	6%
Gemiddelde	17,6%	7,5%
50-64 j	20%	4%
65+	9%	5%

Legend: ■ dagelijkse rokers + ■ gelegenheidsrokers

17

3.4.3. De sociale context speelt een rol

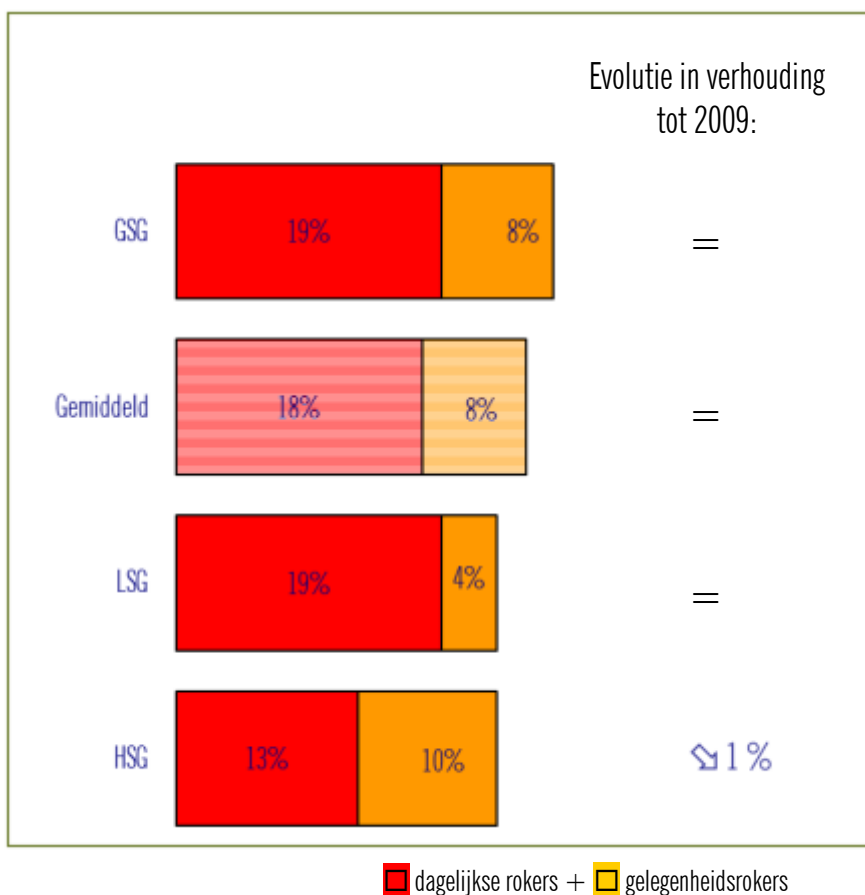
Ook de sociale groep waartoe men behoort beïnvloedt de tabaksconsumptie, zelfs al groeit de mate van consumptie in alle sociale groepen meer en meer naar elkaar toe.

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: OIV0 2011

[illegible][illegible][illegible][illegible]

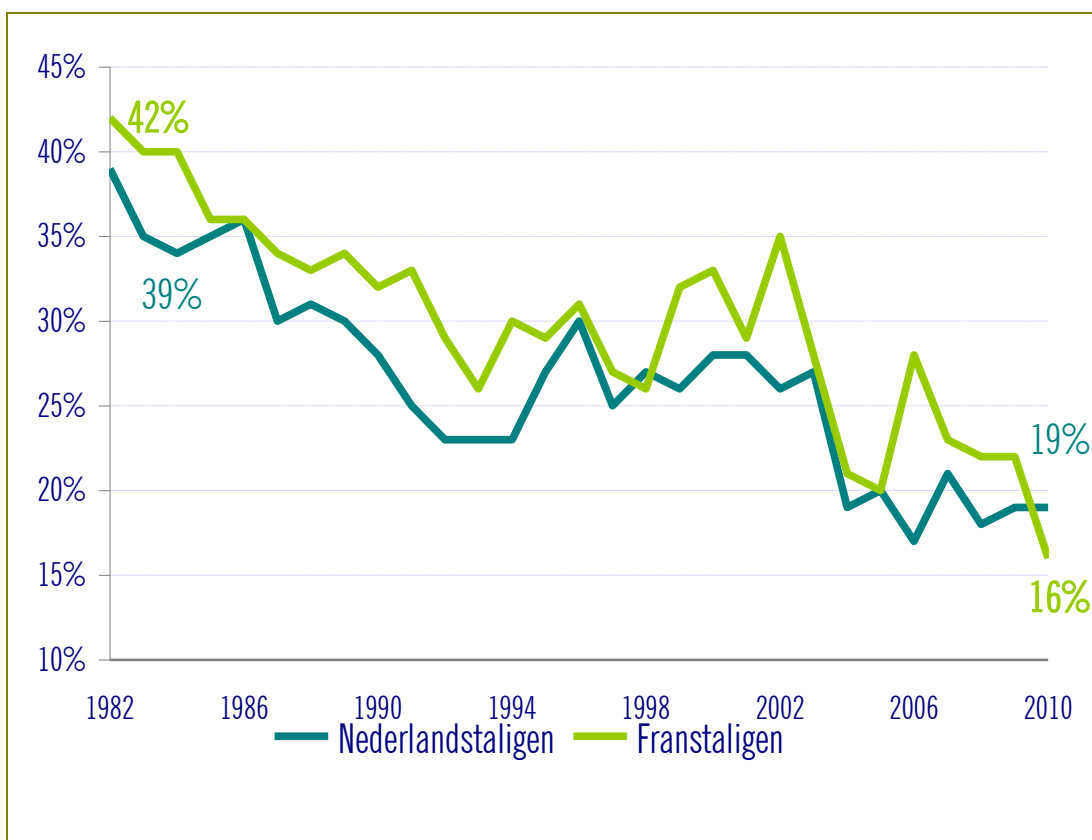
Tabel 3: Het percentage regelmatige/dagelijkse rokers in Vlaanderen en Wallonië (15 jaar en ouder*)

	Vlaanderen	Wallonië	Vershil
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: OIV0 2011

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

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



Bron: OIV0 2011

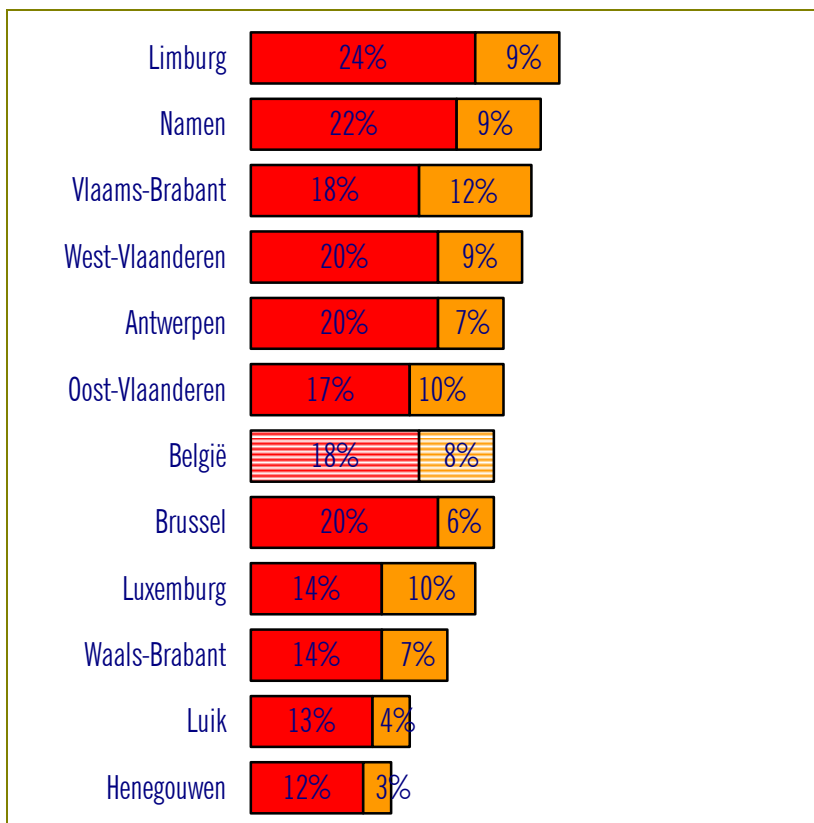
*Tot in 1989 werden de vragen gesteld aan de leeftijdsgroep van 18 en ouder

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: OIVO 2011

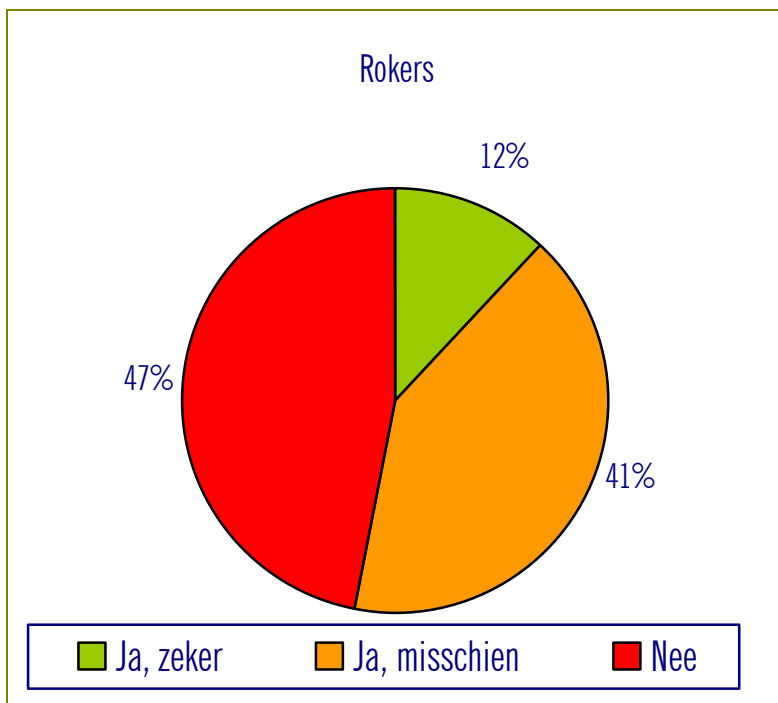
Per provincie worden eveneens grote verschillen vastgesteld.

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%).

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

Grafiek 10: Bent u van plan om in de eerstkomende maanden te stoppen met roken? (Bron: OIVO 2011)



Iets 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 jonge 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](http://www.worldcancercampaign.org/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=419), 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 sterftcijfers 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)

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 verloop 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	6.994
2005	5.268	1.540	6.808
2006	5.279	1.677	6.956

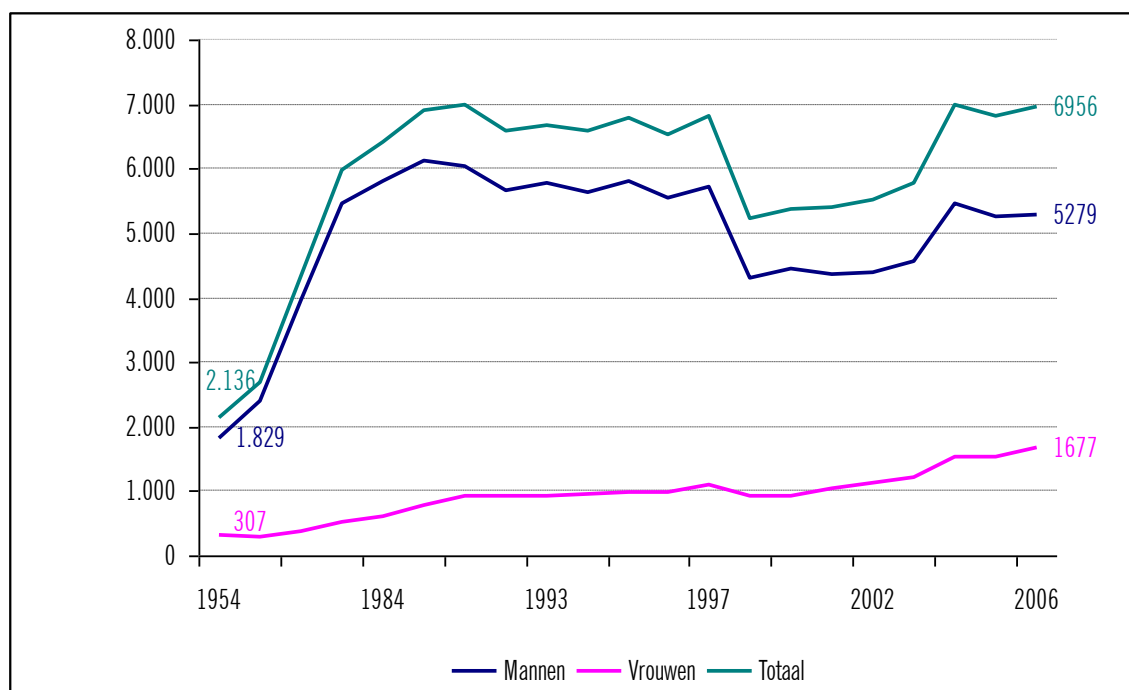
Bronnen: FOD Economie, Statistiek en Economische Informatie, NIS en het Belgian Cancer Registry voor de gegevens vanaf 1999 (<http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=4000000&id=74&lang=NL>)

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.

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

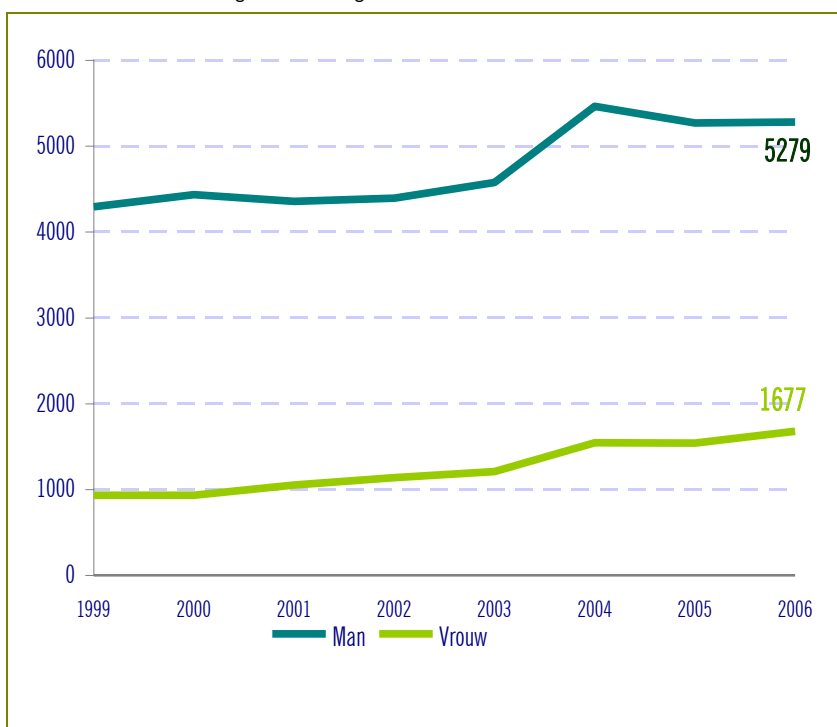


Bron: OIVO op basis van de gegevens van het FOD Economie, Statistiek en Economische Informatie, NIS.



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 overall 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 tabakgerelateerde 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 tabakgerelateerde doodsoorzaken bij de vrouwen.

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.

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 mortaliteitsratio'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.

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 tabakgerelateerde doden in 2002 tegenover 1998.

$\text{O}(\sqrt{n})$ $\text{O}(n)$ $\text{O}(n^2)$ $\text{O}(n^3)$ $\text{O}(n^4)$ $\text{O}(n^5)$ $\text{O}(n^6)$ $\text{O}(n^7)$ $\text{O}(n^8)$ $\text{O}(n^9)$

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.

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

 <p>Roken kan het sperma beschadigen en vermindert de vruchtbaarheid</p> <p>Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité</p> <p>Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>	 <p>Roken kan het sperma beschadigen en vermindert de vruchtbaarheid</p> <p>Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité</p> <p>Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>	 <p>Roken kan het sperma beschadigen en vermindert de vruchtbaarheid</p> <p>Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité</p> <p>Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>
 <p>Roken kan de bloedsomloop verminderen en veroorzaakt impotentie</p> <p>Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impotence</p> <p>Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>	 <p>Roken kan de bloedsomloop verminderen en veroorzaakt impotentie</p> <p>Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impotence</p> <p>Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>	 <p>Roken kan de bloedsomloop verminderen en veroorzaakt impotentie</p> <p>Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impotence</p> <p>Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz</p> <p>Tobak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tobakstop.be www.tobakstop.be</p>

31

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.

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

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 prikkelende ogen, sinusitis, hoofdpijn, misselijkheid enzovoort.

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.

8. DE ETIKETTERING VAN SIGARETTEN

Zowel de reclame als de etikettering van tabaksproducten is gereguleerd (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.



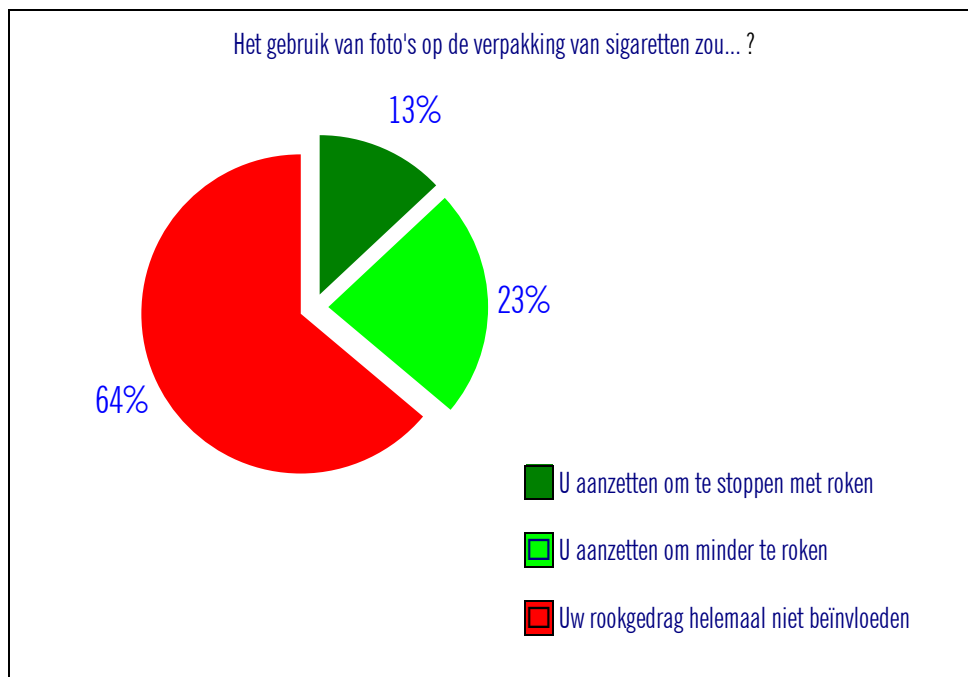
Uit onderzoek van het OIVO begin 2004 bij 1.000 personen bleek dat 12,8% van de ondervraagde rokers (338 in totaal) zouden stoppen met roken wanneer er waarschuwend foto's zouden aangebracht worden op de verpakking. 23,2% zegt minder te zullen roken, terwijl 63,7% zegt zijn rookgedrag helemaal niet te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

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



Bron: OIVO 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.

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.

 <p>Zoek hulp om te stoppen met roken Faites-vous aider pour arrêter de fumer</p> <p>Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabakstop.be</p>	<p>Kies voor vrijheid, wij zullen je helpen Zoek hulp om te stoppen met roken</p> <p>Choisissez la liberté, nous vous aiderons Faites-vous aider pour arrêter de fumer</p> <p>Wählen Sie die Freiheit, wir helfen Ihnen Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabakstop.be</p>	 <p>Zoek hulp om te stoppen met roken Faites-vous aider pour arrêter de fumer</p> <p>Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabakstop.be</p>
---	--	--

40

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.



WHY THERE'S NO CIGARETTE LIKE ECLIPSE.

The best choice for smokers who worry about their health is to quit. But for those who choose to smoke, the next best choice is Eclipse.

Eclipse is much like any cigarette, yet scientific studies show that compared to other cigarettes it:

- May present less risk of cancer associated

	Typical UltraLight	Eclipse	Difference
Tobacco Burned	636 mg	15 mg	97% less
COMPARING SMOKE COMPONENTS			
Tar* and Nicotine vs. Water and Glycerin (simple smoke components)	4.7 mg	0.8 mg	83% less
Carcinogens**	0.68 mg	0.13 mg	80% less
Secondhand Smoke***	0.18 mg/m ³	0.03 mg/m ³	82% less
Carbon Monoxide	5.4 mg	6.3 mg	17% more

Carcinogens**

	Typical UltraLight	Eclipse	Difference
Carcinogens**	0.68 mg	0.13 mg	80% less

respiratory system, which suggests a lower risk of chronic bronchitis, and possibly emphysema.

Aches

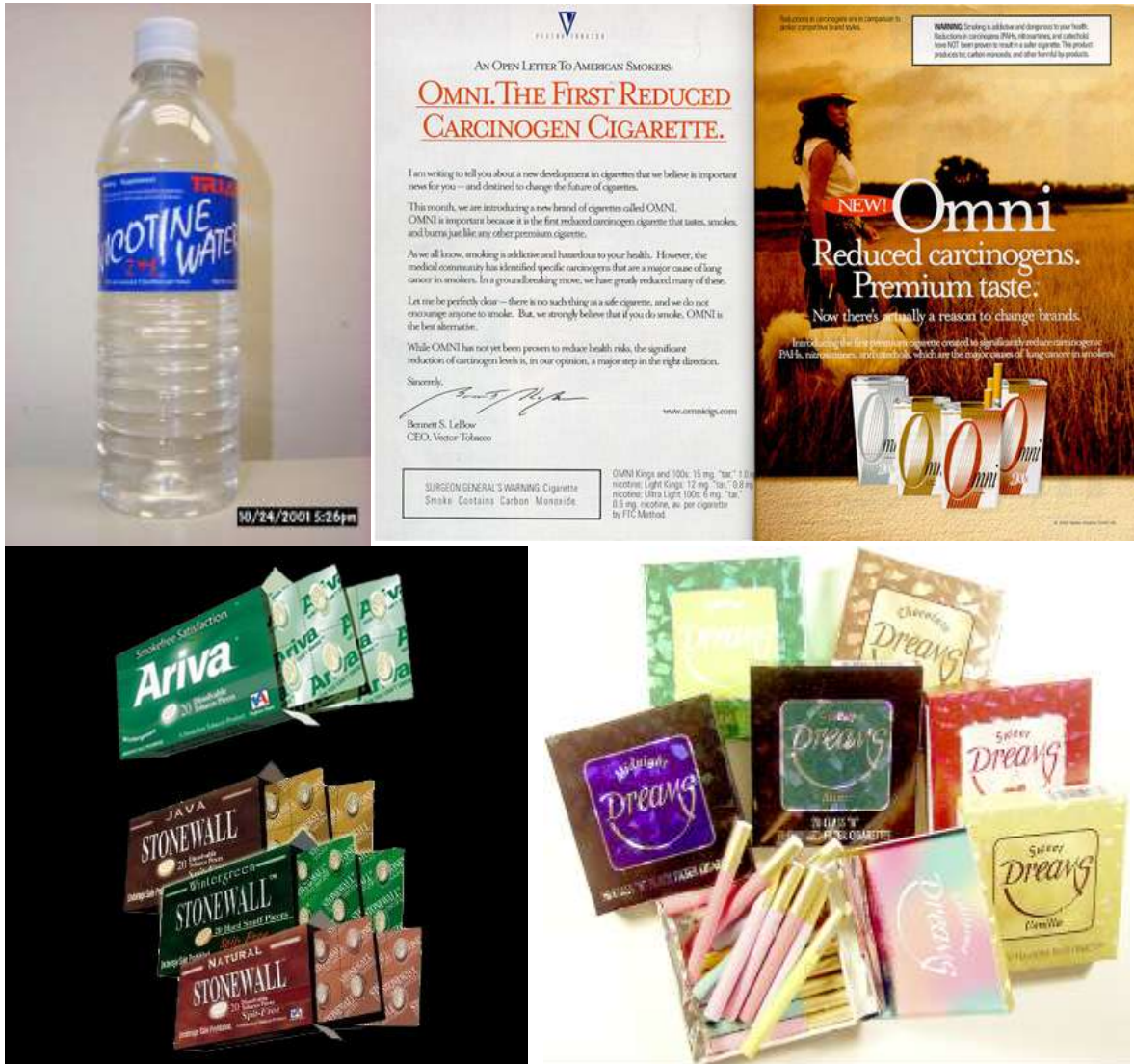
	Yes	No
Aches	Yes	No

eclipse
A BETTER WAY TO SMOKE

A Fleet UltraLight was tested as the typical ultraLight and a Marlboro light as the typical light. *FTC "tar" minus glycerin. **Under FTC conditions, RRT measured 14 compounds in cigarette smoke that appear on one or more of the following list of known, possible or probable human carcinogens: International Agency for Research on Cancer, National Toxicology Program, and Environmental Protection Agency. Aachen was no different. For the dozens of compounds measured in Eclipse smoke, one (acetaldehyde) shows an increase. ***Based on smoke particles.

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

¹¹ Big 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.

[illegible]

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.

	Jongens		Meisjes	
Leeftijd Jaartal	15-16 jaar	17-18 jaar	15-16 jaar	17-18 jaar
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

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

Roker worden is een complex ontwikkelingsproces, waarbij een aantal stadia worden doorlopen: preparatiestadium, initiatie- en experimenterstadium, 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):
<i>rookgedrag en opvattingen van ouders</i>
<i>media (TV)</i>
<i>tabaksreclame</i>
Initiatiestadium (8 jaar - 14 jaar):
<i>gezin, familie, belangrijke volwassenen</i>
<i>leeftijdsgenoten / vrienden</i>
<i>media en reclame</i>
<i>zelfbeeld</i>
<i>school</i>
Stadium van occasioneel roker (14 à 16 jaar):
<i>geloof in positieve ervaringen van roken</i>
<i>betrekkelijkheid van gezondheidsrisico's</i>
<i>gezin, familie, belangrijke volwassenen</i>
<i>vrienden / leeftijdsgenoten</i>
<i>zelfbeeld</i>
<i>het voorhanden zijn van sigaretten</i>
<i>prijs van sigaretten</i>
Stadium van regelmatige roker (16 jaar en ouder):
<i>idem stadium van occasioneel roker</i>
<i>afhankelijk van nicotine</i>

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.

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.

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.

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.

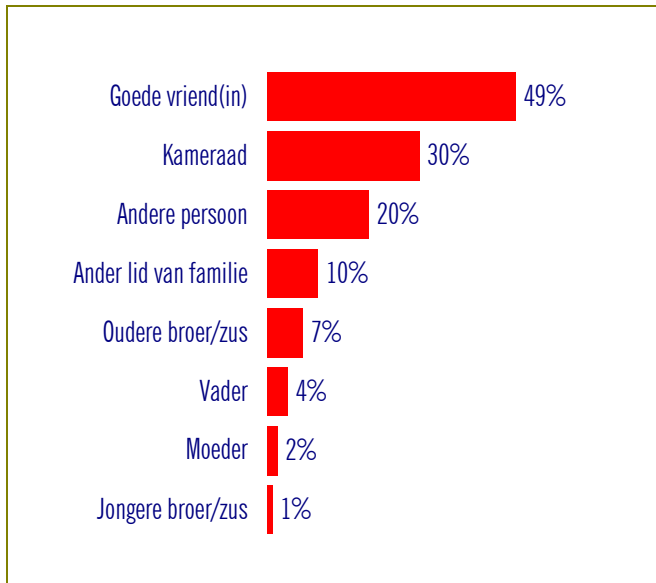
De enquête wordt in Vlaanderen uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Gemeenschap, departement Volksgezondheid, en staat onder toezicht van de Vlor-commissie GVO in het onderwijs."

¹³ http://www.euro.who.int/Document/E91416_Ch2_4.pdf

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?"



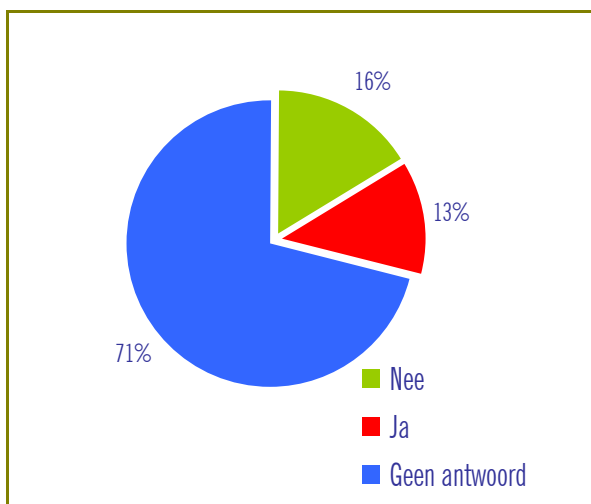
Bron: OIV0 2011

9.3. ROOKGEDRAG BIJ JONGEREN IN 2010

De OIV0 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?



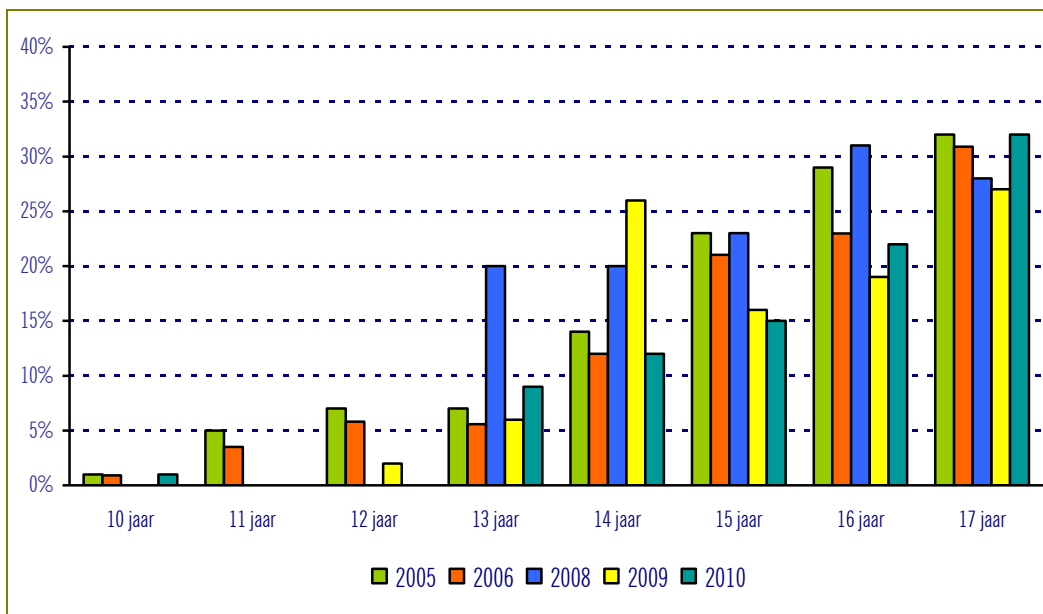
Bron: OIV0 2011

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.

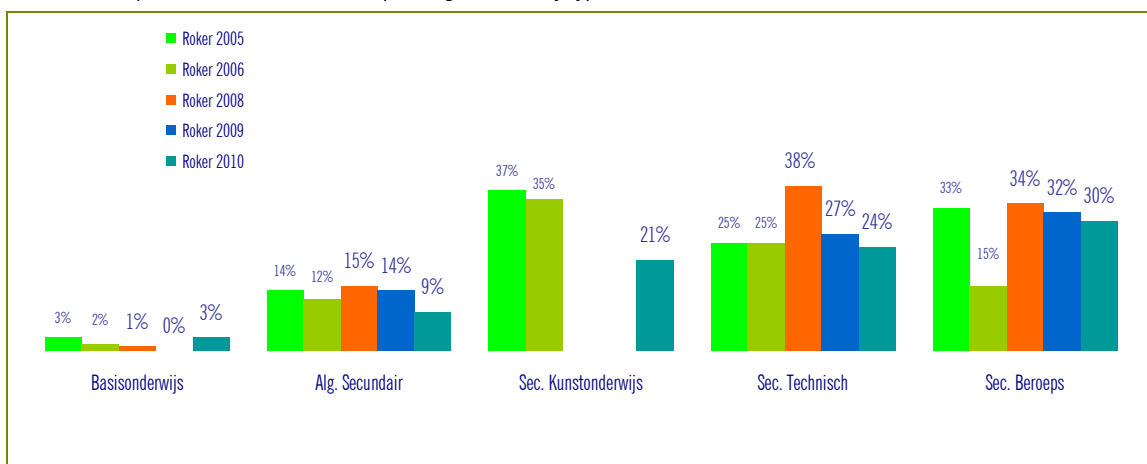
Grafiek 19: Frequentie van de tabaksconsumptie volgens leeftijd (Bron: OIVO 2011)



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



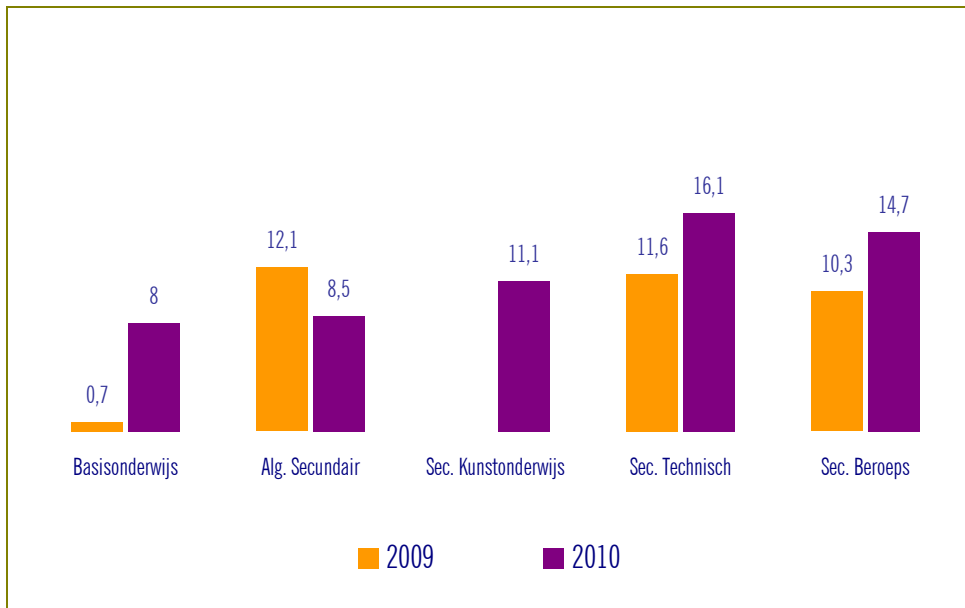
Bron: OIVO 2011

$\text{O}(\sqrt{n})$ $\text{O}(n)$ $\Theta(n^2)$ $\Theta(n \log n)$ $\Theta(n)$ $\Theta(1)$ $\Theta(1)$ $\Theta(1)$

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

51

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



Bron: OIVO 2011

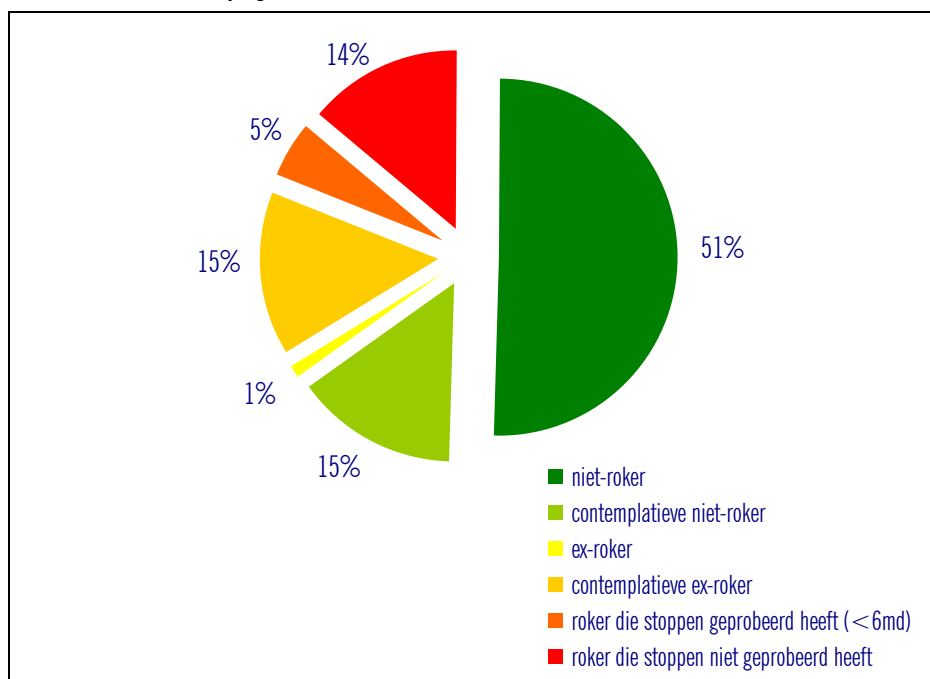
Deze onderzoeksresultaten bevestigen nog maar eens het belang van een preventie gericht op zowel de jongeren als op de ouders, en op meerdere settings (school, vriendenkring, distributie. . .). Het feit dat al op zulke jonge leeftijd de eerste sigaret wordt uitprobeerdd, is des te alarmerender te weten 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.

Grafiek 23: Profiel van de jonge tabaksconsumenten



Bron: OIV0 2011

Hieruit blijkt:

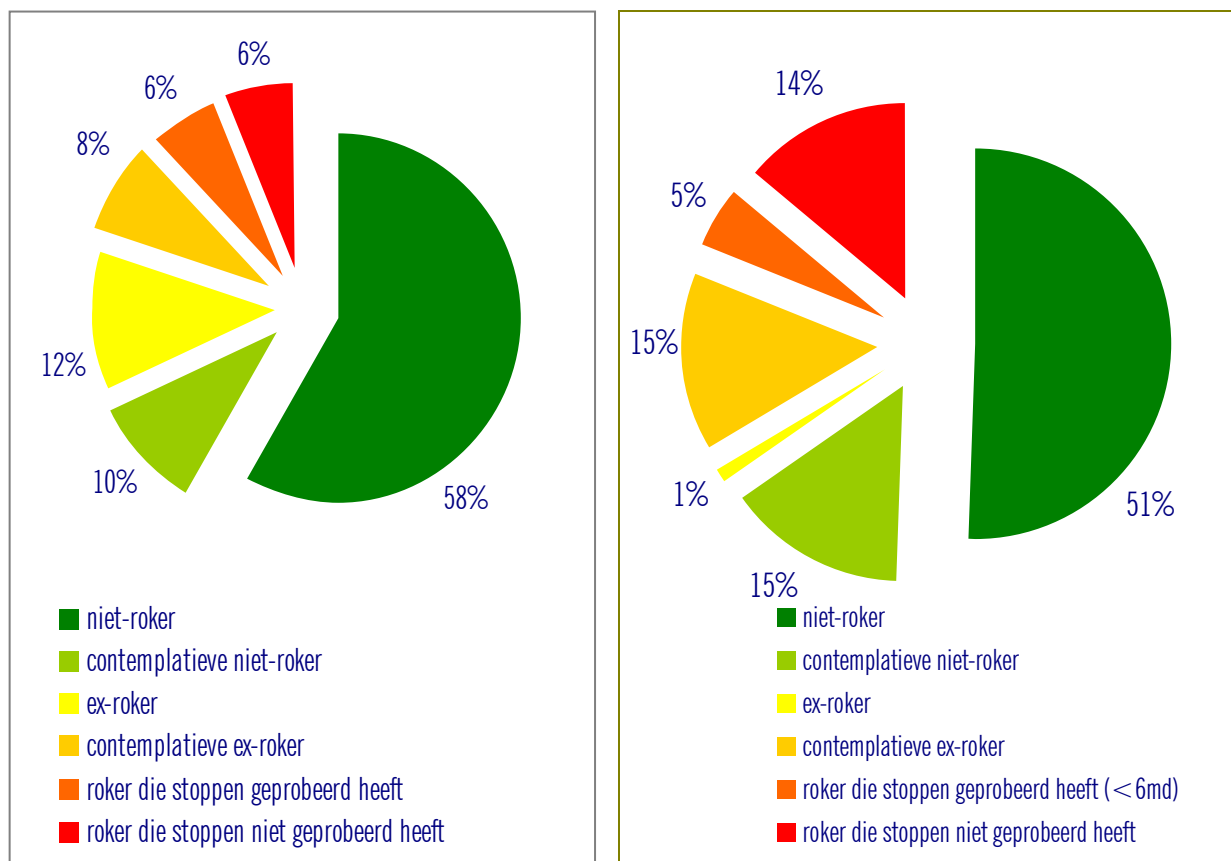
- De som van de categorieën van jongeren die zeggen dat ze momenteel niet roken, bedraagt 82%.
- Meer dan $\frac{3}{4}$ van de niet-rokers denken dat ze nooit zullen roken.
- Meer dan een derde van de jongeren die niet (of niet meer) roken, denken dat ze in de toekomst nog (opnieuw) zullen beginnen.
- 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

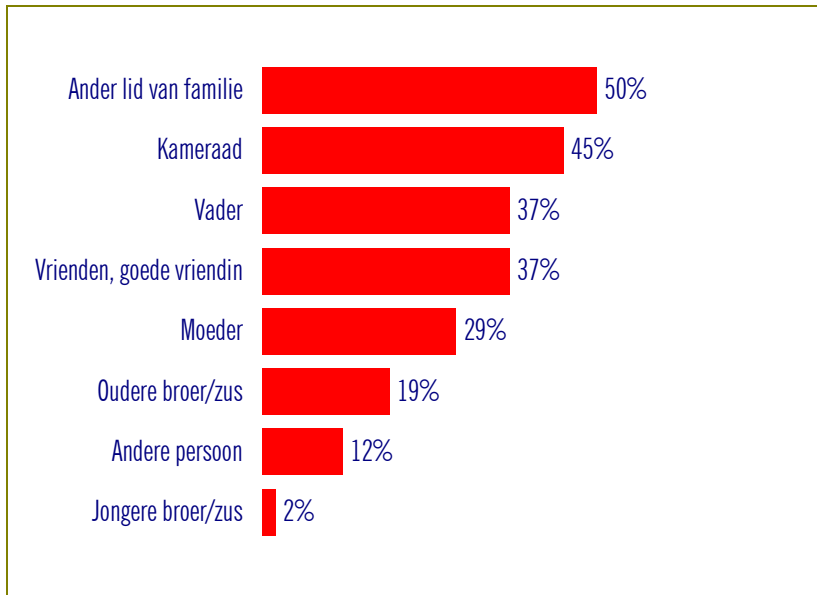


Bron: OIVO 2006-2011

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

- Het percentage contemplatieve niet-rokers blijft quasi constant op $\pm 20\text{-}23\%$ 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.

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



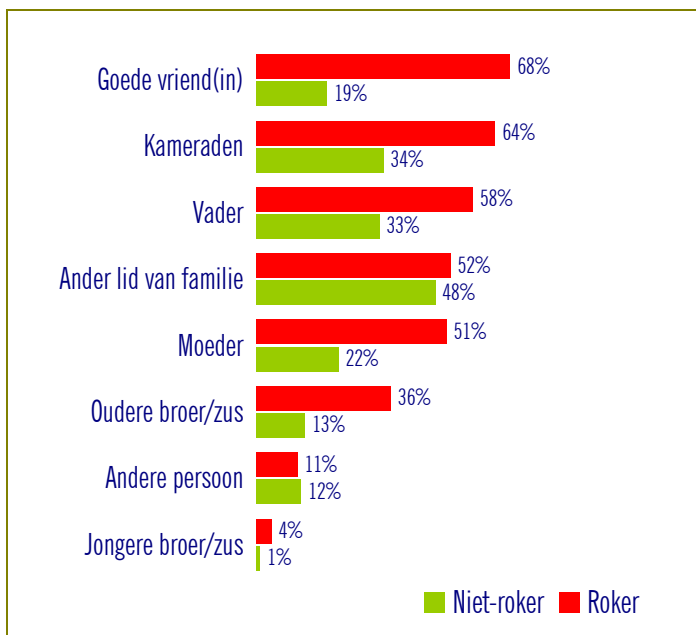
Bron: OIV0 2011

Uit de antwoorden kunnen we besluiten dat:

- 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 rookt (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.

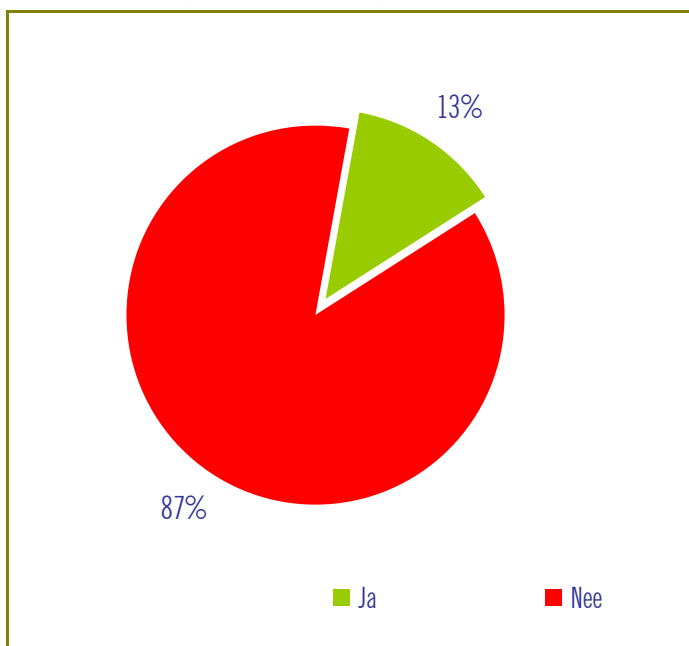
Grafiek 27: Wie in jouw omgeving rookt? Vergelijking tussen jonge rokers en niet-rokers.



Bron: OIV0 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: OIV0 2011.

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

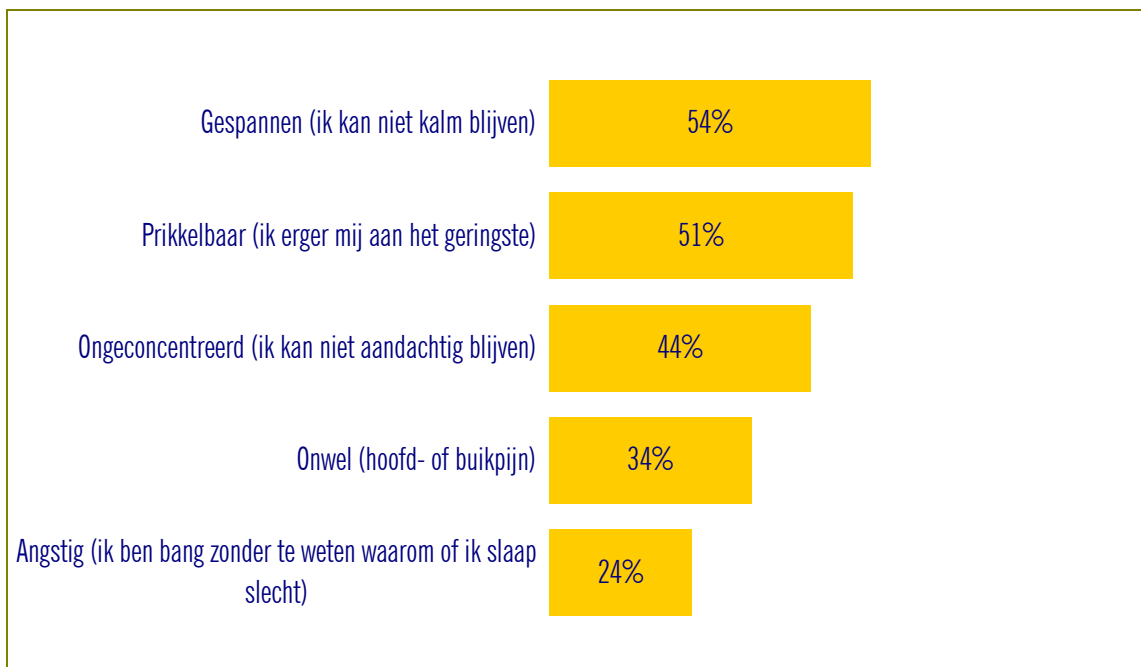
- Bijna 3 op 4 jongeren vinden dat roken in de scholen verboden zou moeten worden, een verplichting die in september 2008 ingevoerd werd. Er is meer steun voor deze mening in het basisonderwijs, in de hoge sociale groepen, onder niet-rokers of onder contemplatieve niet-rokers.
- Bijna 2 op de 3 jongeren 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.

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: OIV0 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).

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

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.

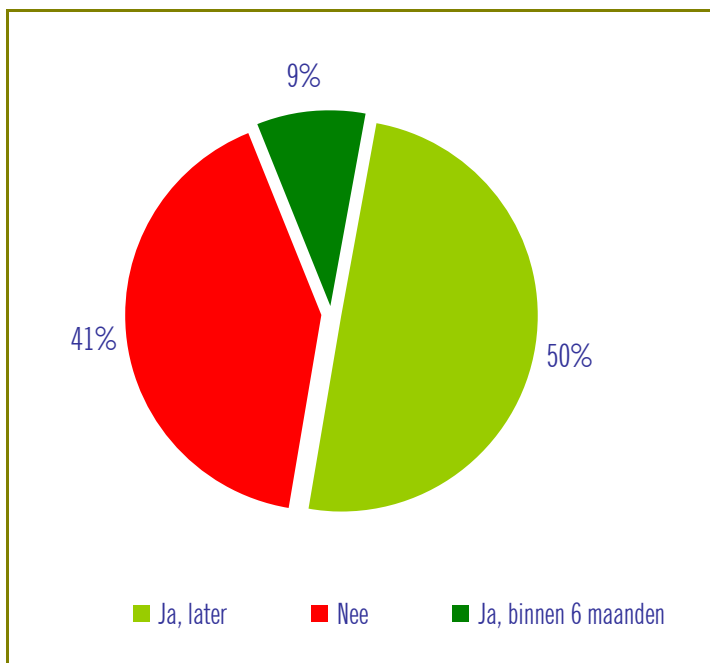
Nochtans tonen verschillende wetenschappelijke studies aan dat een waterpijp roken de absorptie van nicotine en giftige stoffen uit tabak niet verhindert. De kankerverwekkende deeltjes blijven niet in het water hangen, maar bereiken de longen met elke trek. Een waterpijp wordt anders gerookt dan een 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.

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.

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).

61

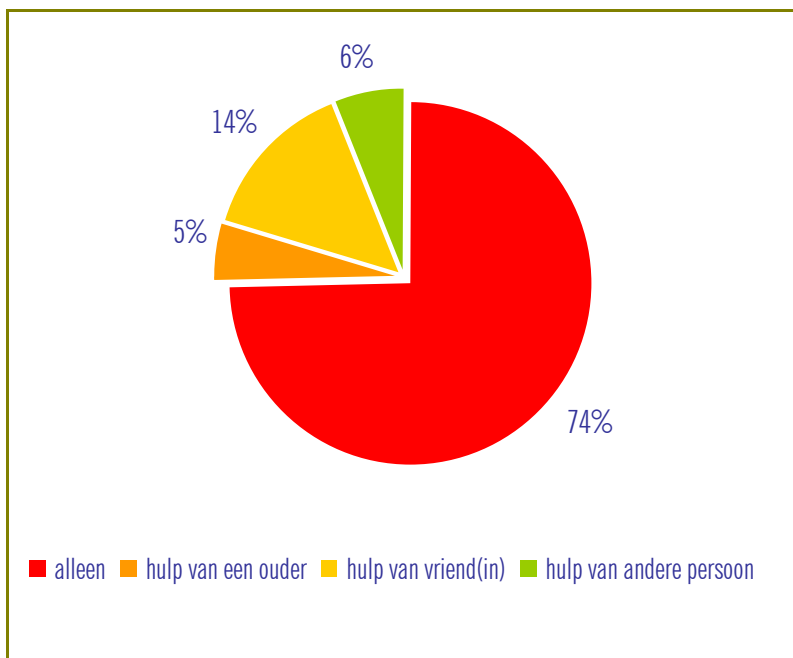
Grafiek 31: Ben je van plan om te stoppen met roken?



Bron: OIV0 2011

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.

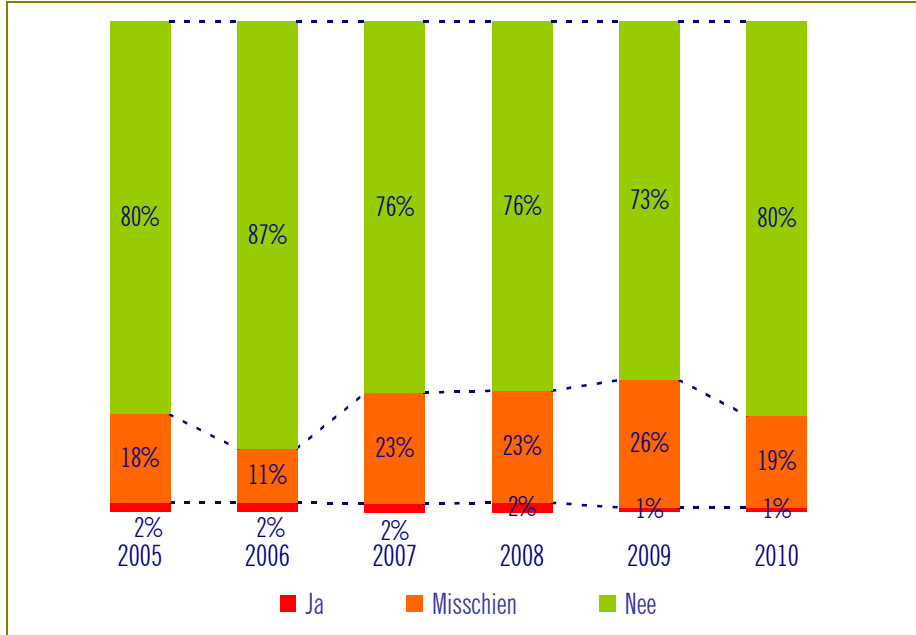
Grafiek 32: Als je besluit om te stoppen, zul je dat doen...?



Bron: OIV0 2011

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?

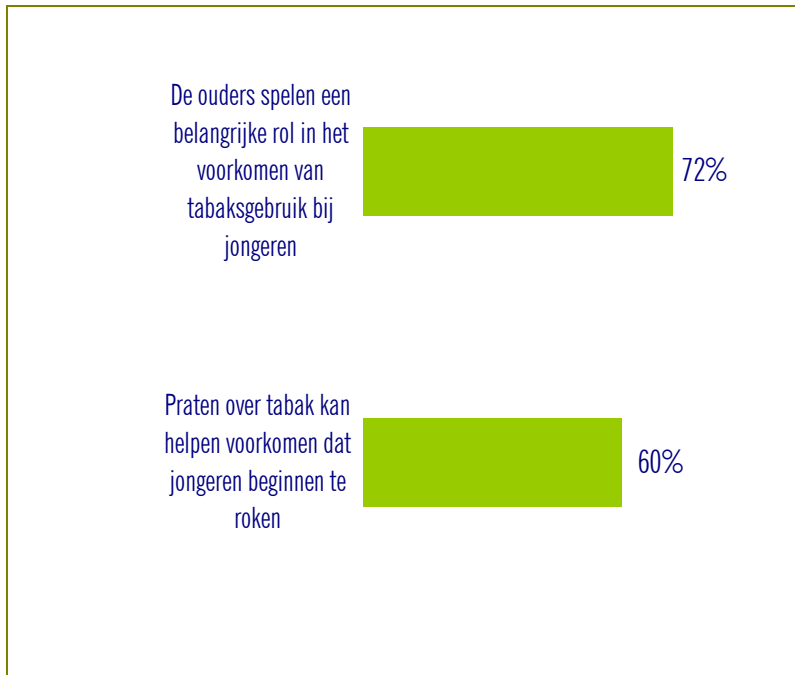


Bron: OIVO 2011

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



Bron: OIVO 2011

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-jarige leeftijd naar -7% op 16-jarige leeftijd.
- 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%).

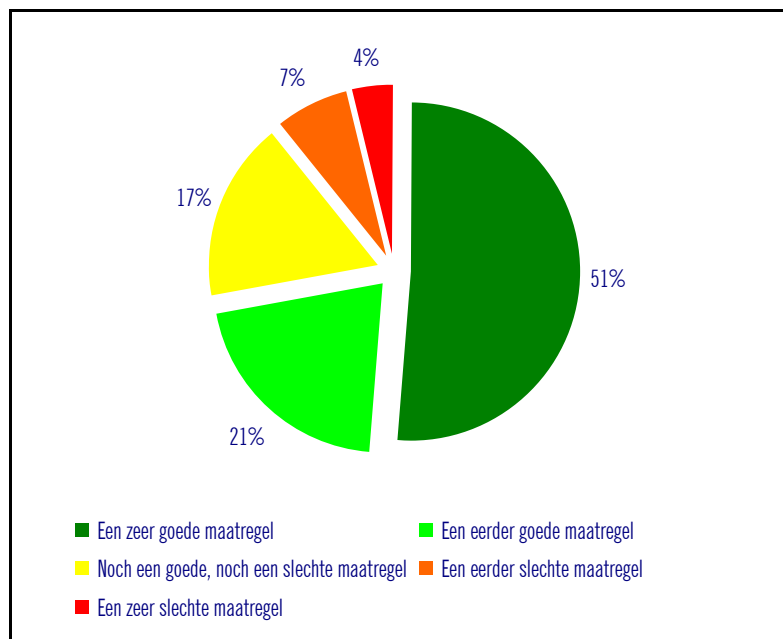
Gevraagd met wie ze zouden praten, als ze dat met iemand over tabak zou moeten praten, antwoordt bijna de helft dat hij/zij ervoor zou kiezen om er met goede vriend(inn)en over te praten. Een derde zou praten met de ouders. Jonge rokers zouden alleen met hun ouders over roken praten; in de realiteit 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: OIV0 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 bakje 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

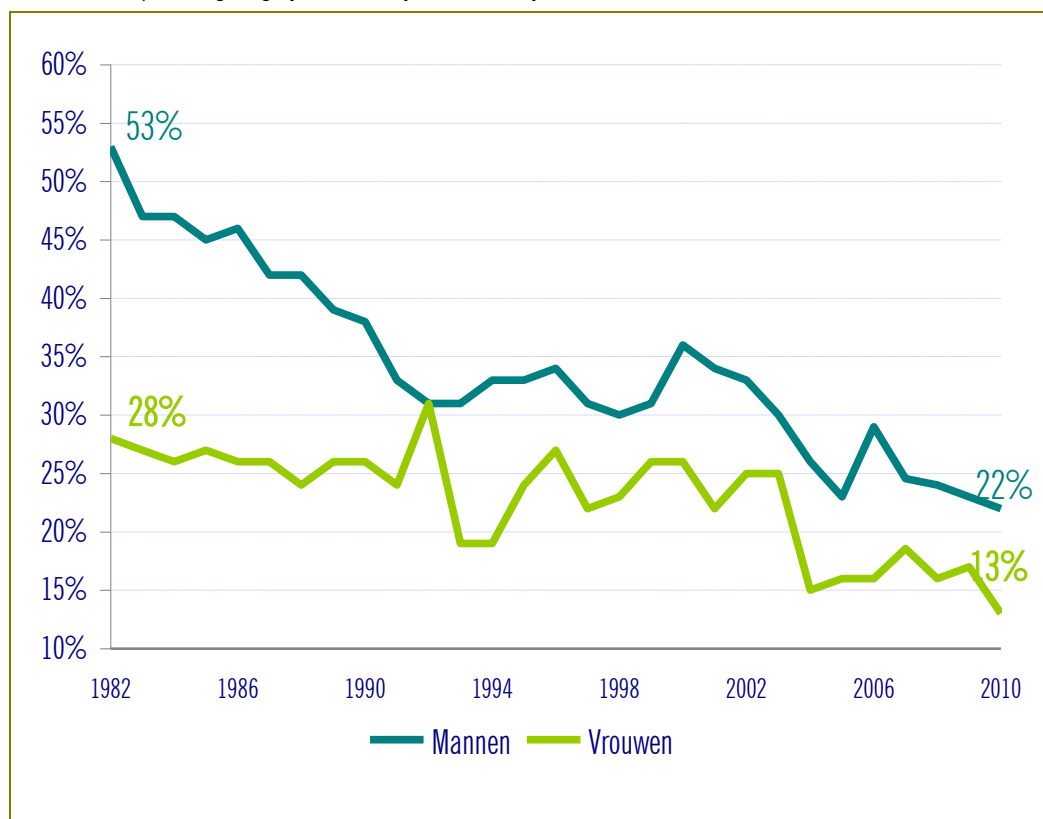
Het percentage dagelijkse rokers in 2009 in België ligt op 17% bij vrouwen en 23% bij mannen. Ondanks de daling van het aantal rokers bij mannen, roken mannen nog steeds iets meer dan vrouwen. Het verschil in percentage tussen het rookgedrag bij mannen en vrouwen in ons land is echter gedurende de laatste 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: OIVO 2011

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



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 luchtwegenziekten 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 bevroegde steekproef van 15 jaar en ouder, ex-roker 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 ontwenningmethode. 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 ontwenningssymptomen.

Hoewel de resultaten wijzen op een hoge kans op mislukking om met roken te stoppen en op een sterke mate van tabaksafhankelijkheid bij rokers vervulden 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/>

$\text{O}(\sqrt{n})$ $\text{O}(n)$ $\text{O}(n^2)$ $\text{O}(n^3)$ $\text{O}(n^4)$ $\text{O}(n^5)$ $\text{O}(n^6)$ $\text{O}(n^7)$ $\text{O}(n^8)$ $\text{O}(n^9)$

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

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.

 <p>Roken werkt zeer verslavend; begin er niet mee Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas Rauchen macht sehr schnell abhängig; Fangen Sie gar nicht erst an!</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>	 <p>Roken werkt zeer verslavend; begin er niet mee Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas Rauchen macht sehr schnell abhängig; Fangen Sie gar nicht erst an!</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>	 <p>Roken werkt zeer verslavend; begin er niet mee Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas Rauchen macht sehr schnell abhängig; Fangen Sie gar nicht erst an!</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>
 <p>Stoppen met roken vermindert het risico op dodelijke hart- en longziekten Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>	<p>Indien men een jaar niet rookt verkleint het risico op oorspronkelijke hart ziekten met 50% Stoppen met roken vermindert het risico op dodelijke hart- en longziekten</p> <p>Réduisez les risques de maladies cardiaques de 50%. Arrêtez de fumer pendant 1 an Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles</p> <p>Das Risiko von Herzkrank-Erkrankungen reduziert sich nach 1-jähriger Rauchabstinenz um 50% Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>	<p>Stoppen met roken vermindert het risico op dodelijke hart- en longziekten</p> <p>Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles</p>  <p>Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungen- erkrankungen</p> <p>Tabak Stop Lijn 0800 111 00 Ligne Tabac-Stop www.tabakstop.be www.tabacstop.be</p>

71

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.

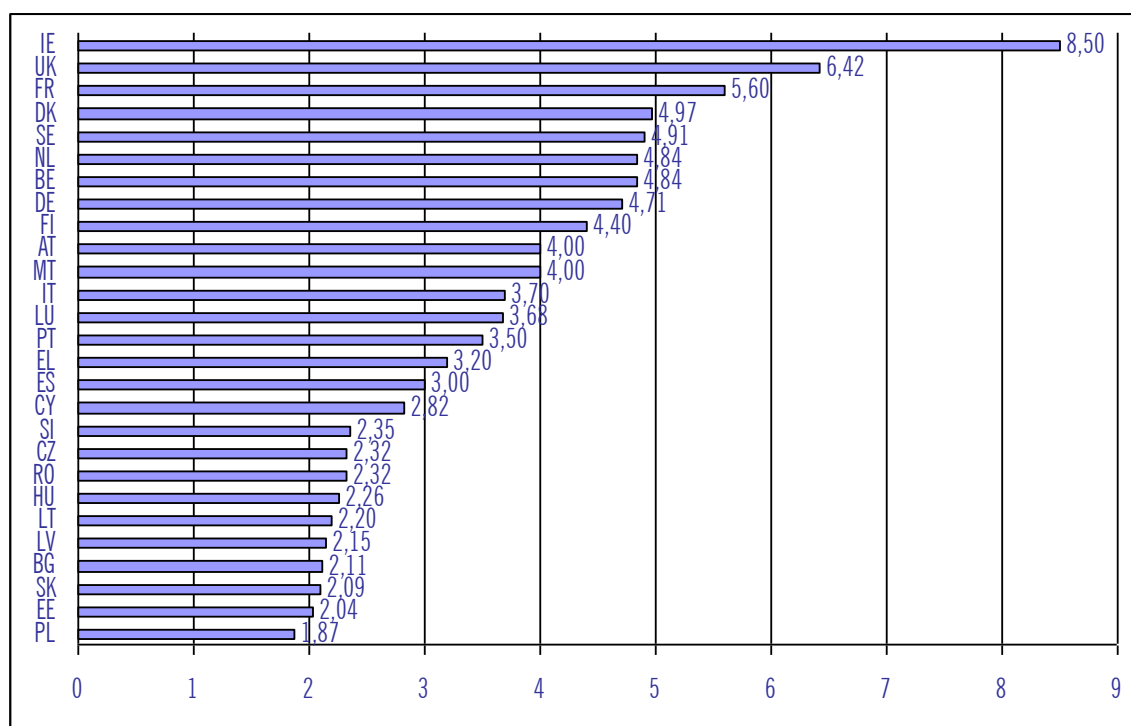
12.2. ZIEKTEKOSTEN

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 - MPCC)" 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

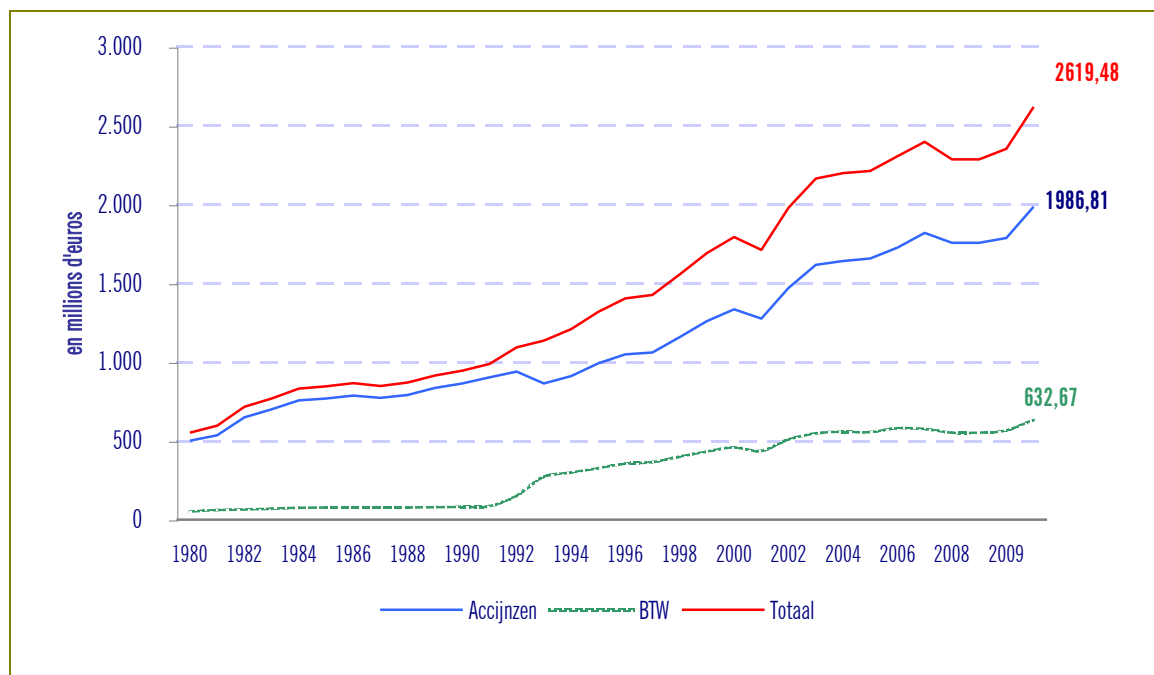
Volgens een rapport van het *Center for Disease Control and Prevention* zou de overheid in de USA in 2001 ongeveer 1 miljard dollar of iets minder dan 4 euro per inwoner aan tabakspreventie besteden (tegenover 0,02 euro per inwoner in België). Tabakspreventiefondsen in Californië en Massachusetts worden 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 tabakswaaren 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
2001	1.275,19	437,07	1.712,27
2002	1.469,85	509,62	1.979,47
2003	1.616,42	547,73	2.164,15
2004	1.640,78	558,01	2.198,79
2005	1.656,98	555,49	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

	Verkoops prijs (belastingen inbegrepen) voor 20 sigaretten (MPPC)	Totale overheidsbelastingen in absolute cijfers voor 20 sigaretten (MPPC)	Verhouding van alle belastingen in de verkoops prijs
	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%
RO	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

[illegible]

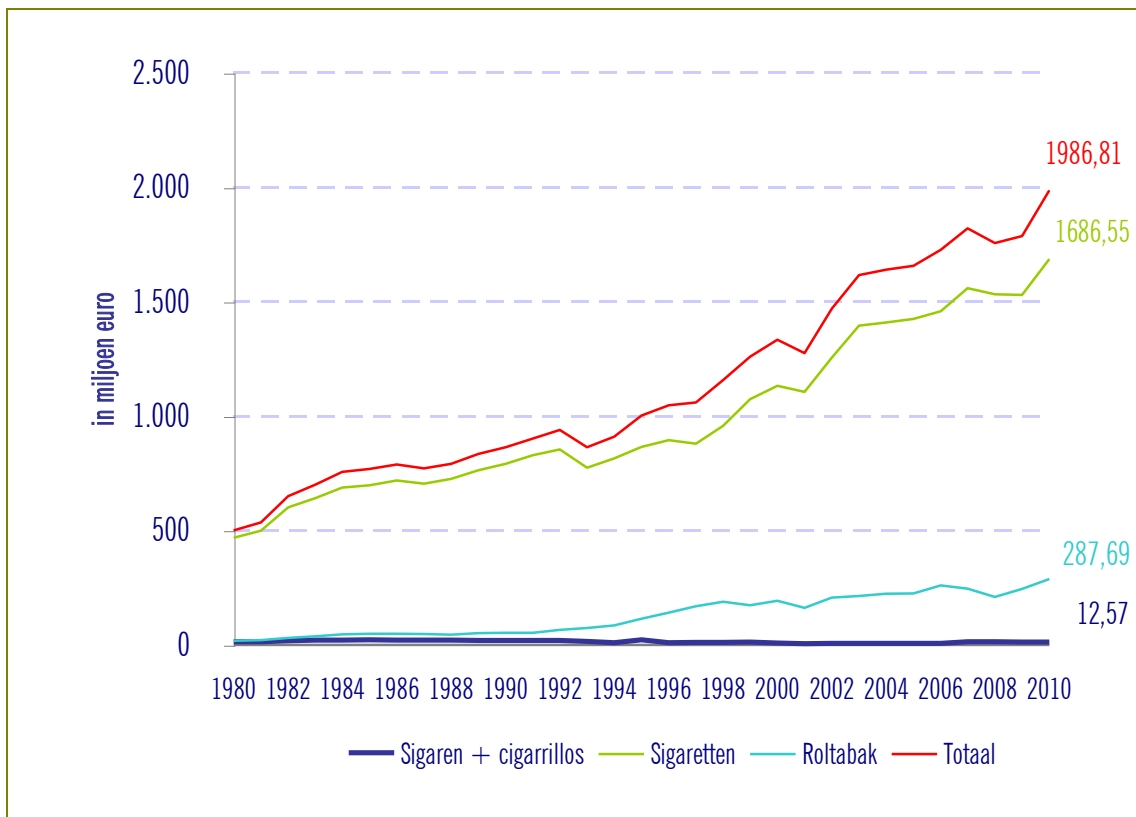
- [illegible]

[illegible][illegible]

78

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 WERELDVLAKE

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.

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 verkoopverbod 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 tabakswaaren is in België geregulemeenteerd 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 tabakswaaren, 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 kanker*', '*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 afdrucken 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)

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.
6. 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 maxumprijs 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 tabakswaaren 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.

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 taken 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 horeca-inrichting 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.

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, verbinderuimten, gangen, in de open of gesloten parkeergrages alook 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 gevangenis en 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 niet-rokercompartimenten. 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.

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 gericht te kunnen controleren. Er komen meer controles op het rookverbod in scholen, jeugdcafés, jeugthuizen 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 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/epin/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/epin/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 - DCP), 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, CHALOUPIKA 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., *De 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.

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)

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):
<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/welzijningezondheid/index.htm>

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

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

[illegible]97

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

Philippe Louis

Verantwoordelijke uitgever:

Marc Vandercammen

OIVO

Stichting van openbaar nut

ON 417541646

Paapsemiaan 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

© OIVO

Reproductie voor niet-commerciële doeleinden vrij mits duidelijke bronvermelding.