

Ontwikkelingen in het aandeel rokers in Nederland sinds 1989

Jan-Willem Bruggink¹

Roken is zeer schadelijk voor de gezondheid. Een belangrijk deel van de ziektelast en de sterfte in Nederland wordt veroorzaakt door het roken. De Nederlandse overheid voert dan ook een beleid dat erop gericht is om het roken terug te dringen. Ondanks de negatieve effecten van roken op de gezondheid rookt nog altijd een aanzienlijke minderheid van de Nederlanders. Langlopend CBS-onderzoek naar rookgedrag laat echter zien dat het aandeel rokers wel dalende is. De daling is te zien bij zowel mannen als vrouwen en bij zowel hoog- als laagopgeleiden. Omdat de daling bij hoogopgeleiden sterker is, zijn de verschillen in het aandeel rokers tussen groepen van verschillend onderwijsniveau toegenomen. Ook onder jongeren is het aandeel rokers gedaald. Er zijn echter ook afwijkende groepen. Zo is het aandeel rokers onder vrouwen van 65 jaar of ouder niet afgenomen in de laatste 20 jaar. Groepen waarbinnen het aandeel rokers relatief hoog is zijn twintigers, laag en middelbaar opgeleiden en alleenstaanden. Het aandeel rokers in Nederland is gemiddeld als de vergelijking wordt gemaakt met andere OESO-landen. Ook met de snelheid waarmee het percentage rokers afneemt, neemt Nederland een middenpositie in.

Trefwoorden: roken, trendcijfers, Nederland, opleidingsniveau

INLEIDING

Roken is ongezond en zelfs dodelijk. In Nederland zijn jaarlijks duizenden sterfgevallen te relateren aan (de gevolgen van) roken. In 2009 waren dat er ruim 19.000. Roken verhoogt vooral het risico op longkanker, strottenhoofd- en keelkanker, COPD, mondholte- en slokdarmkanker. Maar roken verhoogt ook de kans op veel andere ziekten, zoals hart- en vaatziekten. Jaarlijks kunnen dan ook vele tienduizenden ziekenhuisopnamen aan roken worden toegeschreven.^{1,2}

Passief roken (blootstelling aan rook van anderen) verhoogt het risico op longkanker ook, evenals het risico op hart- en vaatziekten en luchtwegklachten.¹ Roken (en meer roken) tijdens zwangerschap verhoogt het risico op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en een verminderde longfunctie bij de baby.¹

Stoppen met roken heeft positieve effecten op de gezondheid, zeker als er op jonge leeftijd gestopt wordt. Sommige van deze effecten treden al direct na het stoppen op, andere zijn verspreid over een langere periode. Na vijftien jaar is er bijvoorbeeld geen verhoogde kans meer op een hartinfarct. En de kans op longkanker is tien jaar na het stoppen gedaald tot ongeveer twee keer zo hoog als de kans bij een nooit-roker.^{1,3}

Ondanks de effecten van roken op gezondheid en

sterfte en ondanks beleidsmaatregelen die het roken moeten tegengaan, zijn er in Nederland ruim 3.500.000 rokers. Wel is er sprake van een daling van het aandeel rokers. Deze daling volgt op de piek in het aandeel rokers, die in de jaren vijftig en zestig werd bereikt. In 1958 rookte 60% van alle Nederlanders wel eens. In diezelfde tijd werden er echter steeds meer bewijzen gevonden voor de schadelijke effecten van roken en zette de daling in. De daling vond eerst alleen plaats onder mannen. Bij vrouwen steeg het aandeel rokers nog tot in de jaren zeventig om pas daarna een daling in te zetten. Het verschil in aandeel rokers tussen mannen en vrouwen is door deze ontwikkelingen sterk afgenomen. In 1958 rookten ongeveer drie keer zoveel mannen als vrouwen. Dertig jaar later was het aandeel rokende mannen nog maar ruim 1,3 keer zo hoog als het aandeel rokende vrouwen.⁴

Dit artikel behandelt de ontwikkelingen in het aandeel rokers in Nederland sinds 1989. Dat wordt gedaan aan de hand van cijfers uit de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Er wordt ook een vergelijking gemaakt met ander langlopend onderzoek naar roken in Nederland. Het artikel wil antwoord geven op de volgende vragen:

- Hoe heeft het aandeel rokers zich ontwikkeld sinds 1989?
- Welke verschillende ontwikkelingen in roken zijn er tussen deelpopulaties?

¹ Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen

- Wie is de hedendaagse roker?
- Zijn de cijfers van het CBS vergelijkbaar met cijfers uit ander (doorlopend) onderzoek naar rookgedrag?
- Wordt er in Nederland veel gerookt in vergelijking met andere landen?

DATA EN METHODE VAN ONDERZOEK

De vragen over roken zijn opgenomen in de Gezondheidsenquête van het CBS. Deze enquête wordt sinds 1981 jaarlijks gehouden. De respons op de enquête is jaarlijks ongeveer 10.000 personen. De doelpopulatie is daarbij de Nederlandse bevolking wonend in particuliere huishoudens. Het onderwerp roken is er sinds 1989 in opgenomen. In de eerste jaren werden de vragen over roken gesteld aan alle personen van 16 jaar of ouder. Sinds 1997 worden de vragen ook gesteld aan 12 tot en met 15 jarigen. Bij de resultaten wordt altijd vermeld over welke leeftijdsgroep het gaat.

De vraag ‘rookt u wel eens?’ met de antwoordmogelijkheden ‘ja’ en ‘nee’ wordt gebruikt om het percentage rokers te bepalen (vóór 2001 luidde de vraag “Rookt u?”). Respondenten die de vraag met ‘ja’ beantwoorden krijgen vervolgens de vraag ‘Rookt u elke dag?’ met wederom de antwoordmogelijkheden ‘ja’ en ‘nee’. Op basis van deze vraag wordt het percentage dagelijkse rokers afgeleid.

Verder krijgen rokers vragen over het soort rookproduct dat ze gebruiken, het aantal sigaretten dat ze roken en de leeftijd waarop ze begonnen met roken. Aan niet-rokers wordt gevraagd of ze vroeger gerookt hebben.

De Gezondheidsenquête is in de loop van de tijd een aantal malen gewijzigd van opzet. Tot en met 1996 was er sprake van een steekproef van huishoudens, sindsdien van een personensteekproef. Tot en met 2009 werden de interviews bij de respondent thuis afgenomen. In 1989 gebeurde dat nog met pen en papier, daarna met behulp van een computer. In de huidige situatie, die ‘in het veld’ is sinds 2010, is er sprake van een zogenaamd mixed-mode onderzoek. Dat wil zeggen dat mensen eerst gevraagd wordt via internet deel te nemen aan het onderzoek. Personen die hierop niet reageren worden vervolgens telefonisch of face-to-face benaderd om mee te doen. Het responspercentage is ongeveer 60. De waarneming vindt verspreid over het jaar plaats.

In de analyse zijn steeds drie enquêtejaren samengevoegd, behalve bij de analyses over 12 tot en met 15 jarigen. Dit verkleint de onzekerheidsmarges rond de uitkomsten en maakt meer gedetailleerde uitsplitsingen mogelijk. Bij de analyses naar roken bij kinderen (12 tot en met 15 jaar) zijn vijf enquêtejaren samengevoegd.

Omdat er verschillen zijn in rookgedrag tussen generaties, groepen van verschillende sociaaleconomische status en personen uit verschillende types huishoudens, is

Kernpunten

- In de periode 1989 – 2011 is het aandeel rokers in Nederland zowel onder zowel onder hoog- als laagopgeleiden gedaald.
- Omdat de daling onder hoogopgeleiden sterker was is het verschil in percentage rokers tussen groepen van verschillend onderwijsniveau toegenomen.
- Met name onder oudere mannen is het aandeel rokers sterk gedaald. Bij oudere vrouwen is er juist geen sprake van een daling.
- In 2010 en 2011 was het aandeel rokers het hoogst onder laag en middelbaar opgeleiden, twintigers, alleenstaanden en binnen eenoudergezinnen.

een deel van de resultaten uitgesplitst naar leeftijdsgroep, onderwijsniveau (als operationalisering van sociaaleconomische status) en huishoudenssamenstelling.⁵

Waar cijfers zijn uitgesplitst naar onderwijsniveau zijn alleen respondenten van 25 jaar of ouder meegenomen, omdat jongeren vaak nog bezig zijn met hun onderwijs carrière. Onderwijsniveau is geoperationaaliseerd met het niveau van de hoogst voltooide opleiding en is ingedeeld in drie niveaus: laag (basisonder-

wijs, vmbo), middelbaar (havo, vwo, mbo) en hoog (hbo, wo). Onderwijsniveau wordt in de Gezondheidsenquête gemeten.

Verschillen in aandeel rokers tussen groepen zijn met t-toetsen getoetst op significantie. In enkele analyses is gekeken of correctie voor verschillen tussen groepen in leeftijd, geslacht en/of onderwijsniveau, door middel van *multiple classification analysis*, de resultaten beïnvloedt. Bij *multiple classification analysis* wordt de relatie tussen meerdere voorspellende variabelen en de afhankelijke variabele (hier de dichotome variabele roken/niet-roken) onderzocht.

RESULTATEN

Dalende trend in aandeel rokers

Sinds 1989, het eerste jaar met vragen over roken in de CBS Gezondheidsenquête, is het aandeel rokers in de bevolking blijven dalen (tabel 1). Van de mannen van 16 jaar of ouder rookte rond 1990 nog 44%. Dit nam af tot 30% in 2010/11. Het aandeel rokende mannen daalde dus bijna met een derde.

Ook vrouwen gingen minder roken in de laatste twintig jaar: van 32% naar 23%. Die daling vond vooral plaats in de laatste tien jaar. Het aandeel rokende vrouwen nam iets minder sterk af dan bij de mannen, maar daalde altijd nog met ruim een kwart.

Onder mannen van 65 jaar of ouder halveerde het aandeel rokers tussen 1989/91 en 2010/11. Bij jongere mannen ging de daling langzamer. In de leeftijdsgroep van 16 tot en met 24 jaar was er tussen 1989/91 en 1999/01 zelfs nog sprake van een stijging in het aandeel rokers.

Bij de vrouwen vond de daling in het aandeel rokers zoals gezegd vooral plaats in het eerste decennium van deze eeuw. Dat is ook te zien als gekeken wordt naar afzonderlijke leeftijdsgroepen, hoewel de patronen wel anders zijn dan bij mannen. Waar het bij mannen vooral de 65-plussers waren die minder gingen roken, is er in die leeftijdsgroep bij vrouwen geen verandering te zien. De sterkste daling bij vrouwen deed zich voor in de leeftijdsgroep van 25 tot en met 44 jaar. In de leeftijdsgroepen 16-24 en 45-64 was er sprake van een kleine daling.

Tabel 1 Aandeel rokers, 16 jaar of ouder, naar leeftijd en geslacht (in percentages)

		1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2011
mannen	totaal 16 of ouder	44	43	40	37	38	36	32	30
	16-24 jaar	37	40	37	41	39	36	34	33
	25-44 jaar	48	46	45	41	43	41	39	36
	45-64 jaar	45	43	41	35	37	36	31	30
	65 jaar of ouder	35	36	29	27	23	24	19	17
vrouwen	totaal 16 of ouder	32	31	32	31	29	27	25	23
	16-24 jaar	33	36	36	36	38	29	30	28
	25-44 jaar	42	40	39	36	34	30	28	26
	45-64 jaar	30	28	30	29	30	29	28	26
	65 jaar of ouder	12	13	15	16	14	15	14	12

Evenals bij mannen was er bij de vrouwen van 16 tot en met 24 jaar tussen 1989/91 en 1999/01 nog sprake van een stijging van het aandeel rokers.

Een gevolg van deze ontwikkelingen is dat het aandeel van de oudere vrouwen binnen de totale groep van rokende vrouwen toeneemt. Rond 1990 was nog minder dan een derde van de rokende vrouwen 45 jaar of ouder. Rond 2010 was dat bijna de helft.

Minder rokende jongeren

Ook in de leeftijdsgroep 12 tot en met 15 jaar is het aandeel rokers gedaald. Op basis van de CBS Gezondheidsenquête is voor deze groep informatie beschikbaar vanaf 1997. In de jaren 1997-2001 rookte 11% van de 12 tot en met 15 jarigen. Dit halveerde vervolgens tot 5 a 6%. Tussen de perioden 2002-2006 en 2007-2012 was er daarna geen sprake meer van een verandering in het rookpercentage

Binnen de groep 12 tot en met 15 jaar is er duidelijk een stijging van het aandeel rokers met het oplopen van de leeftijd. 12-jarigen roken nauwelijks, bij 15-jarigen gaat het toch om een aanzienlijke minderheid. Onder 12, 14 en 15 jarigen is het roken afgenomen tussen 1997/01 en 2007/11 (figuur 1).

Roken en opleidingsniveau

Opleidingsniveau en rookgedrag hangen samen. Mensen die een opleiding op hbo of wetenschappelijk niveau hebben afgerond roken het minst. Dat was rond 1990 al zo en dat is nog steeds zo. Wel heeft de daling van het percentage rokers zich voorgedaan onder alle opleidingsniveaus (figuur 2). Bij vrouwen met een laag opleidingsniveau was de daling het geringst. De daling was het sterkst bij hoogopgeleiden. De verschillen in het aandeel rokers tussen hoogopgeleiden enerzijds en lager en middelbaar opgeleiden anderzijds zijn daardoor toegenomen. Bij vrouwen is er nauwelijks verschil in het aandeel rokers tussen middelbaar en lager opgeleiden, terwijl het bij mannen zo is dat lager opgeleiden meer roken dan middelbaar opgeleiden. Correctie voor verschillen in leeftijd verandert de verhouding tussen de opleidingsniveaus nauwelijks.

De roker anno 2010/11

In 2010/11 rookte 26% van de bevolking van 12 jaar en ouder. Van de bevolking van 12 jaar en ouder rookte 20% dagelijks. Van alle rokers was een op de vijf een zware

roker, dat wil zeggen dat iemand 20 of meer sigaretten per dag rookt. De rokers van 2010/11 waren gemiddeld op hun zeventiende begonnen met roken en ze rookten gemiddeld al 25 jaar. Personen die aangaven vroeger gerookt te hebben, hadden gemiddeld 16 jaar gerookt en waren daar gemiddeld 18 jaar geleden mee opgehouden.

Gerookt werd in 2010/11 het meest door twintigers en door lager en middelbaar opgeleiden.

In eenoudergezinnen werd meer gerookt dan in gezinnen met twee ouders/verzorgers, zowel door de ouders in die gezinnen als de kinderen (figuur 3). Bij de ouders kan een klein deel van het verschil verklaard worden met het verschil in opleidingsniveau. Ouders in eenoudergezinnen zijn gemiddeld wat lager opgeleid dan ouders die deel uitmaken van een (echt)paar.

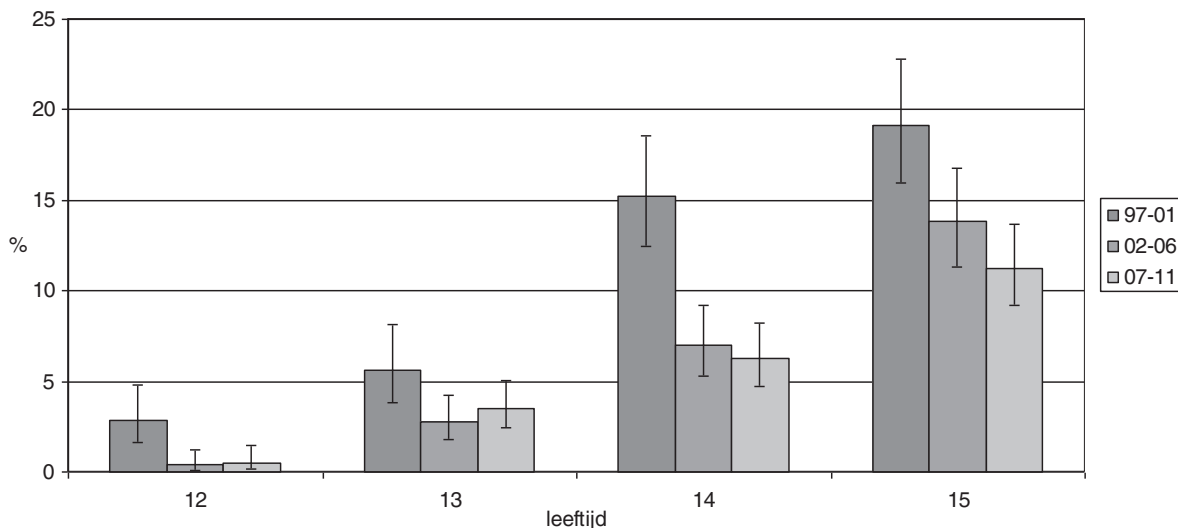
In kinderloze huishoudens wordt meer gerookt door alleenstaanden dan door leden van een (echt)paar. Als de cijfers over de het aandeel rokers in kinderloze huishoudens worden gecorrigeerd voor verschillen in opleidingsniveaus veranderen de verschillen tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden nauwelijks.

VERGELIJKING MET ANDERE DATABRONNEN

Stivoro

De Gezondheidsenquête van het CBS is niet het enige doorlopende onderzoek naar rookgedrag in Nederland. In opdracht van de Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro) voert TNS NIPO sinds 1988 het Continue Onderzoek Rookgewoonten uit. Dit is een onderzoek onder Nederlanders van 15 jaar en ouder met jaarlijks ongeveer 20.000 respondenten. Het onderzoek vindt sinds 2009 plaats via internet en de respondenten worden geselecteerd uit de TNS NIPObase, een database bestaande uit ruim 200.000 respondenten. Verder voert TNS NIPO, wederom in opdracht van Stivoro, de Roken JeugdMonitor uit sinds 1992. Dit onderzoek telt jaarlijks ongeveer 4.500 respondenten in de leeftijd van 10 tot 20 jaar.⁶

De interviews voor het Continu Onderzoek Rookgewoonten werden tot 2001 face-to-face afgenomen. In de periode 2001 tot en met 2008 was het onderzoek een onderdeel van een groter CASI (computer assisted self interview) onderzoek. Daarbij werden wekelijks ongeveer 200 huishoudens benaderd, waarbij maximaal 400 gezinsleden werden bevraagd. Indien het geselecteerde gezinslid niet aanwezig was, werden de vragen over deze persoon door een ander lid van het gezin beantwoord.



* daling aandeel rokers tussen 97-01 en 07-11 is statistisch significant ($p < 0.01$) voor 12, 14 en 15 jarigen.

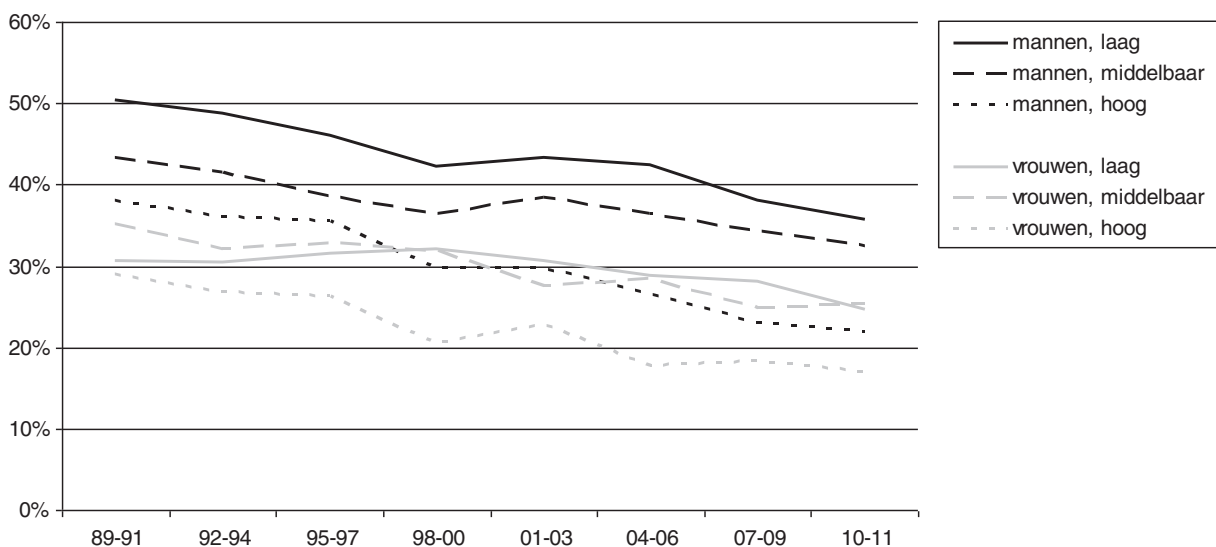
Figuur 1. Roken jongeren, naar leeftijd, inclusief 95% BI*

Vanaf 2009 verloopt de dataverzameling via internet (CAWI) en is er sprake van een personenstreekproef. Het beantwoorden van vragen over niet aanwezige gezinsleden is hiermee komen te vervallen. De hoofdvraag waarmee het percentage rokers wordt afgeleid luidt: “Rookt u (wel eens) of rookt u helemaal niet?”, met als antwoordmogelijkheden ‘rookt (wel eens)’, ‘rookt helemaal niet’ en ‘weet niet’.

De wijzigingen in het onderzoek tussen 2008 en 2009 hebben niet geleid tot een trendbreuk in de cijfers. Bij de wijziging tussen 2000 en 2001 was dat wel het geval. De daling van het percentage rokers van 33 in 2000 naar 30 in 2001 is naar alle waarschijnlijkheid geen gevolg van het

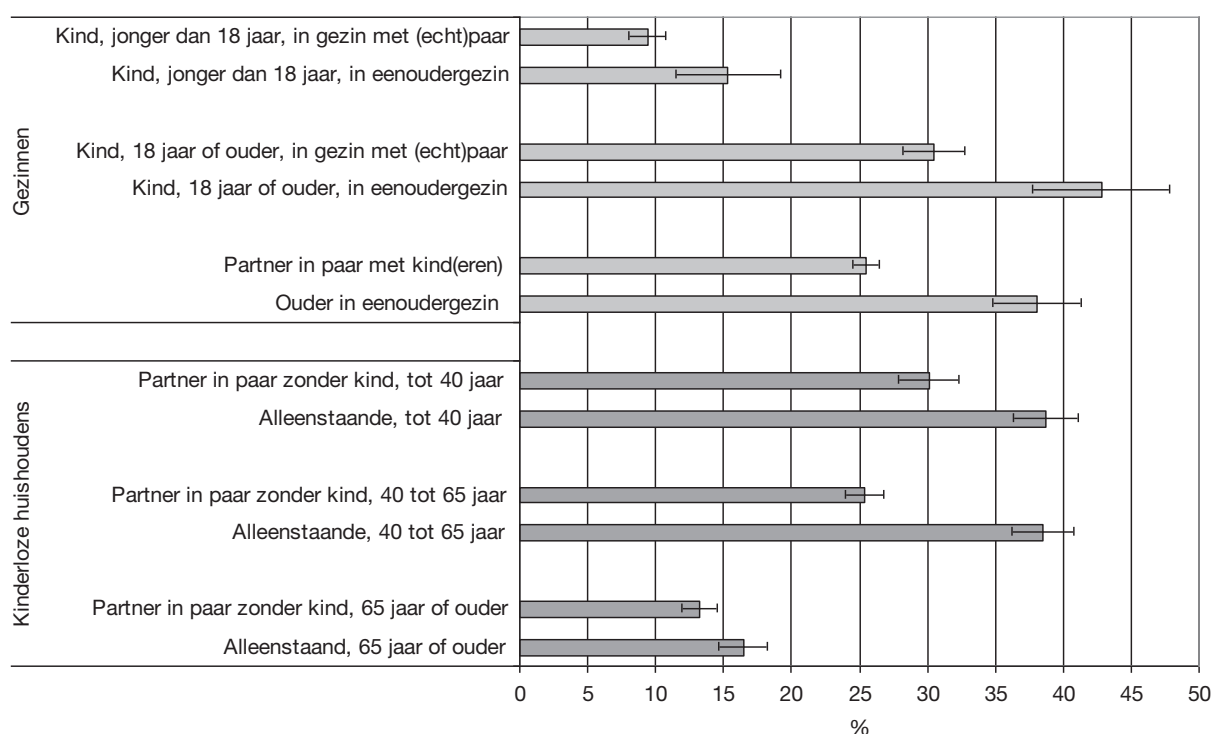
veranderingen in het rookgedrag van de Nederlanders, maar van de veranderingen in de onderzoeksmethode.

De cijfers van Stivoro liggen over het algemeen wat lager dan die van het CBS (tabel 2). Zeker in de eerste jaren waarin beide onderzoeken liepen, waren er aanzienlijke verschillen. Een klein deel van dat verschil kan verklaard worden doordat het CBS in de jaren voor 1997 nog geen 15 jarigen bevroeg over roken, wat de vergelijkbaarheid van de cijfers bemoeilijkt. Maar ook de verschillen in onderzoeksmethode zullen een rol spelen. Vraagstelling, steekproefontwerp en waarneemmethode zijn immers niet gelijk. De laatste jaren liggen de cijfers wel meer bij elkaar in de buurt.



* daling aandeel rokers tussen 89-91 en 10-11 voor alle groepen statistisch significant ($p < 0,01$). Voor mannen zijn de verschillen tussen de opleidingsniveaus in zowel 89-91 als 10-11 statistisch significant ($p < 0,01$). Bij vrouwen geldt dat in 89-91 niet voor het verschil tussen laag en hoog opgeleiden en in 10-11 niet voor het verschil tussen laag en middelbaar opgeleiden.

Figuur 2. Roken naar opleidingsniveau, 25 jaar en ouder*



Figuur 3. Roken in huishoudens, 2010/11, inclusief 95% BI

Ook Stivoro vindt bij alle opleidingsniveaus een dalend aandeel rokers en is die daling het sterkst bij hoogopgeleiden.⁷ Ook Stivoro vindt een sterke daling van het aandeel rokers onder mannen van 65 jaar of ouder, terwijl er bij vrouwen in die leeftijdscategorie geen sprake is van een daling.⁴

De rookcijfers over 12 tot 15-jarigen laten zich het best

vergelijken met de cijfers uit het jongerenonderzoek van Stivoro. De vraagstelling en de leeftijdsindeling in het onderzoek van Stivoro is echter niet helemaal gelijk aan die in de CBS-Gezondheidsenquête. Desondanks is het algemene beeld goed te vergelijken. Het jongerenonderzoek van Stivoro laat een tamelijk stabiel aandeel rokers zien in de jaren negentig. Vervolgens dalen de rookcijfers

Tabel 2 Vergelijking rookcijfers Stivoro en CBS: percentage rokers over bevolking van 15 jaar of ouder

	Stivoro *			CBS **							verschil	
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	sf	vrouwen	sf	totaal	sf	mannen	vrouwen	totaal
1989	36	29	33	44,0	0,9	31,3	0,8	37,5	0,6	-8,0	-2,3	-4,5
1990	39	31	35	42,8	0,9	31,5	0,9	37,0	0,6	-3,8	-0,5	-2,0
1991	38	30	34	44,3	1,0	32,7	0,9	38,3	0,7	-6,3	-2,7	-4,3
1992	38	31	34	42,9	0,9	30,5	0,8	36,5	0,6	-4,9	0,5	-2,5
1993	37	30	33	42,0	0,9	31,1	0,8	36,4	0,6	-5,0	-1,1	-3,4
1994	36	29	33	43,0	0,9	32,1	0,8	37,4	0,6	-7,0	-3,1	-4,4
1995	39	31	35	40,9	0,8	31,2	0,8	35,9	0,6	-1,9	-0,2	-0,9
1996	39	32	35	40,5	0,9	31,7	0,8	36,0	0,6	-1,5	0,3	-1,0
1997	37	30	33	39,1	0,8	32,2	0,8	35,5	0,6	-2,1	-2,2	-2,5
1998	37	30	34	38,5	0,9	30,7	0,8	34,6	0,6	-1,5	-0,7	-0,6
1999	37	31	34	36,0	0,9	31,7	0,8	33,8	0,6	1,0	-0,7	0,2
2000	37	29	33	35,9	0,9	29,2	0,8	32,4	0,6	1,1	-0,2	0,6
2001	33	27	30	38,9	0,8	30,3	0,7	34,5	0,5	-5,9	-3,3	-4,5
2002	34	28	31	38,5	0,8	28,8	0,7	33,6	0,5	-4,5	-0,8	-2,6
2003	33	27	30	35,9	0,8	28,5	0,7	32,2	0,5	-2,9	-1,5	-2,2
2004	31	25	28	35,3	0,7	26,9	0,7	31,0	0,5	-4,3	-1,9	-3,0
2005	31	24	28	35,4	0,7	26,3	0,7	30,8	0,5	-4,4	-2,3	-2,8
2006	31	25	28	35,5	0,8	26,2	0,7	30,8	0,5	-4,5	-1,2	-2,8
2007	31	25	28	31,9	0,8	26,3	0,7	29,1	0,5	-0,9	-1,3	-1,1
2008	30	24	27	32,3	0,8	25,1	0,7	28,6	0,5	-2,3	-1,1	-1,6
2009	30	26	28	32,2	0,8	24,1	0,7	28,1	0,5	-2,2	1,9	-0,1
2010	28	26	27	29,6	0,6	23,6	0,5	26,6	0,4	-1,6	2,4	0,4
2011	27	23	25	30,5	0,6	22,8	0,5	26,6	0,4	-3,5	0,2	-1,6

* STIVORO (2012). Trendpublicatie percentage rokers. Percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958 - 2011, Den Haag: STIVORO.

** CBS cijfers over 1989 tot en met 1996 gaan over 16 jaar en ouder. SF = standaardfout

in enkele jaren tijd aanzienlijk, waarna een stabilisatie optreedt. Dat komt overeen met de bevindingen uit de Gezondheidsenquête, waar het aandeel rokende jongeren in de periode 1997-01 aanmerkelijk hoger ligt dan in de perioden 2002-06 en 2007-11 en waarbij er tussen die laatste twee periodes geen statistische significante verandering is te zien. Ook bij Stivoro is bij 12 tot 15 jarigen de sterke toename van het aandeel rokers met het oplopen van de leeftijd te zien.⁸

Nederland internationaal in middenmoot

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) vergelijkt regelmatig de gezondheid en leefstijl in de bij de OESO aangesloten landen. Daarbij wordt ook gekeken naar rookgedrag (dagelijks roken door personen van 15 jaar en ouder). De cijfers die de OESO gebruikt voor Nederland zijn afkomstig van de CBS Gezondheidsenquête.

Uit deze internationale vergelijking blijkt dat Nederland in 2009 een middenpositie innam voor wat betreft het aandeel dagelijkse rokers (tabel 3). Ook de afname van het aandeel rokers tussen 1999 en 2009 was in Nederland vergelijkbaar met het gemiddelde van de OESO.⁹

De OESO geeft in haar rapport aan dat vergelijkbaarheid van de cijfers van de diverse landen beperkt is door een gebrek aan standaardisatie van de meting van het aandeel rokers in gezondheidsenquêtes in de verschil-

lende lidstaten. Er zijn variaties in de leeftijdsgroep die is geobserveerd, de formulering van de vragen, de antwoordcategorieën en de enquête methode.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

De schadelijkheid van roken is evident. Het overheidsbeleid is er dan ook op gericht om het roken tegen te gaan.¹⁰ Of, en in welke mate, dalingen van het aandeel rokers zijn toe te schrijven aan (een deel van) het gevoerde rookbeleid is moeilijk aan te geven. Wel is uit internationaal onderzoek bekend dat bijvoorbeeld het rookvrij maken van de werkplek een drukkend effect heeft op het tabaksgebruik. Door dergelijke verboden worden niet alleen niet-rokers beschermd tegen de nadelige effecten van meer roken, maar het moedigt ook rokers aan te gaan minderen of stoppen.¹¹ Ook van accijnzen op tabak is bekend dat ze het tabaksgebruik terugdringen.¹² Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen maken de roker meer bewust van de gezondheidsrisico's van het roken.¹³

Desondanks rookt nog altijd ruim een kwart van de Nederlanders. Wel is dit aandeel al decennialang dalende. De afname van het aandeel rokers is te zien bij zowel mannen als vrouwen en bij zowel hoog- als laagopgeleiden. Bij hoogopgeleiden is de daling echter sterker, wat leidt tot een groter verschil in het aandeel rokers tussen de verschillende onderwijsniveaus. Op basis van het Continu Onderzoek Rookgewoonten is ook gevonden dat het verschil in aandeel rokers tussen hoog- en laagopgeleiden tussen 2001 en 2008 is toegenomen, met name onder vrouwen.¹⁴

Er zijn verschillen in trends tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Opvallend is met name de sterke daling onder oudere mannen, terwijl er bij oudere vrouwen geen sprake is van een daling. Dit hangt samen met de zeer hoge percentages rokende mannen in de jaren vijftig en zestig. Die generatie mannen zal inmiddels grotendeels zijn uitgestorven en zijn opgevolgd door een generatie mannen voor wie roken veel minder vanzelfsprekend is.

In 2010/11 was het aandeel rokers het hoogst onder de laag en middelbaar opgeleiden, de twintigers, alleenstaanden en binnen eenoudergezinnen.

Dat nog altijd een aanzienlijke minderheid in Nederland rookt kan vele oorzaken hebben. Roken is verslavend, waardoor het niet altijd eenvoudig is om er mee te stoppen. Roken is tot op heden een geaccepteerd verschijnsel gebleven omdat het een legaal product is, maar ook omdat het geen direct waarneembare ontwrichtende effecten heeft. Daarnaast speelt mee dat de schadelijke gevolgen van roken pas na langere tijd optreden en dat roken in sommige groepen een 'stoer' imago heeft. Ook de tabaksindustrie is gebaat bij het voortbestaan van het roken. Tot slot was het kabinet Rutte-1 de mening toegedaan dat leefstijl, en dus ook roken, vooral een zaak van het individu is.¹⁵

De cijfers over roken die verzameld zijn door het Centraal Bureau voor de Statistiek verschillen iets van de cijfers die zijn verzameld in opdracht van Stivoro. Kleine verschillen in opzet en uitvoering van de beide onderzoeken zijn hiervan de oorzaak. Wel laten beide lang-

Tabel 3 Aandeel dagelijkse rokers en verandering daarin, OESO-landen

	% dagelijkse rokers, 2009	Verandering '99-'09*
Griekenland	39,7	5,6
Chili	29,8	niet beschikbaar
Ierland	29,0	-12,1
Turkije	27,4	niet beschikbaar
Polen	27,0	-2,2
Hongarije	26,5	-12,3
Estland	26,2	-11,8
Spanje	26,2	-21,1
Frankrijk	26,2	-6,4
Zuid-Korea	25,6	-16,6
Japan	24,9	-25,9
Tsjechië	24,6	4,7
Italië	23,3	-5,7
Oostenrijk	23,2	-4,5
Nederland	22,6	-18,7
OECD	22,1	-17,9
Duitsland	21,9	-11,3
Verenigd Koninkrijk	21,5	-20,4
Noorwegen	21,0	-34,4
België	20,5	-19,6
Zwitserland	20,4	-29,4
Israël	20,3	-15,8
Slowakije	19,4	niet beschikbaar
Denemarken	19,0	-38,7
Luxemburg	19,0	-26,9
Slovenië	18,9	niet beschikbaar
Portugal	18,6	-9,7
Finland	18,6	-19,8
Nieuw Zeeland	18,1	-30,4
Australië	16,6	-24,9
Canada	16,2	-31,9
Verenigde Staten	16,1	-16,1
IJsland	15,8	-37,3
Zweden	14,3	-25,9
Mexico	13,3	niet beschikbaar

* procentuele verandering van het percentage rokers

lopende onderzoeken vergelijkbare trends zien en zijn het ook in beide onderzoeken dezelfde groepen die bovengemiddeld veel of weinig roken.

Het herontwerp van de CBS Gezondheidsenquête in 2010 had geen statistisch significant effect op het gevonden percentage rokers.¹⁶ In 2001 is de vraagstelling in de CBS enquête gewijzigd om incidentele (niet dagelijks) rokers beter op te kunnen sporen. Deze methodebreuk leidde tot een stijging in het aandeel rokers tussen 2000 en 2001.¹⁷

Het maken van een internationale vergelijking, om te zien of Nederland een land is waar relatief veel of weinig wordt gerookt, is moeilijker, omdat er tussen landen forse verschillen zijn in onderzoeksmethode. Uit de vergelijking die desondanks is gemaakt door de OESO komt Nederland als een gemiddeld land naar voren. Zowel in aandeel rokers als in de snelheid waarmee het aandeel rokers afneemt.

ABSTRACT

Trends in the share of smokers in the Netherlands since 1989
Smoking is extremely harmful for ones health. A major part of the total sick load and mortality in the Netherlands is caused by smoking. Despite the negative effects of smoking, a substantial minority of the Dutch do smoke nowadays. However, the share of smokers in the populations has been declining for decades, as can be shown by the long term Health Survey of Statistics Netherlands. The decline is visible among both men and women and among both higher and lower educated persons. The decline is strongest among the higher educated, leading to an extended gap in the share of smokers between the education groups. The share of smokers among children has also been declining. However, some groups show different patterns. For example, the share of smokers among women aged 65 or older did not decline during the last 20 years. Groups with high shares of smokers nowadays are the primary and secondary educated, persons in their twenties and people who live alone. The share of smokers in the Netherlands is comparable to the average of the OECD-countries. The decline of this share in the Netherlands is also comparable to the average decline in these countries

Keywords: smoking, trend figures, Netherlands

LITERATUUR

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012. <http://www.nationaalkompas.nl> versie 4.6.1.
2. Cruts AAN, Feenstra TL, Laar MW van. Ziekte door roken in

Nederland: naar schatting 90 duizend klinische ziekenhuisopnamen in 2005. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:1469-72.

3. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs 2002;62: Suppl 2: 1-9.
4. Stivoro. Trendpublicatie percentage rokers. Percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011. Den Haag: Stivoro, 2012.
5. Eysink PED. Huishoudenssamenstelling. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, 2010.
6. Stivoro. Lopend onderzoek. Den Haag: Stivoro. www.stivoro.nl/Over_STIVORO/STIVORO_als_Expertisecentrum/Wetenschappelijk Onderzoek/Lopend Onderzoek/Index.aspx
7. Nagelhout G, Korte D de, Meer R van der et al. Socioeconomische verschillen in roken in Nederland 1988-2010. Den Haag: Stivoro, 2011.
8. Stivoro. Roken, de harde feiten: jeugd 2011. Den Haag: Stivoro, 2011.
9. OECD. Health at a Glance 2011. OECD Indicators. OECD Publishing, 2011.
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/roken-ontmoedigen/tabaks-wet
11. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002; 325:188.
12. Townsend J. Price and consumption of tobacco. Br Med Bulletin 1996;52:132-42.
13. Hammond D, Fong G.T., McNeill A., Borland R., Cummings, K.M. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking. Tobacco Control 2006;15: Suppl 3: iii19-iii25.
14. Nagelhout GE, Korte-de Boer D de, Kunst AE et al. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. BMC Public Health 2012;12:303.
15. Willemsen M. Roken in Nederland. De keerzijde van tolerantie. Oratie. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2011.
16. Wong F.Y., Roels J, Brakel J. van den. Analyse methodebreuken Gezondheidsenquête bij het herontwerp Persoonsenquête. Den Haag/Heerlen: CBS, 2011.
17. Botterweck A, Frenken F, Janssen S, Rozendaal L, Vree M. de, Otten F. Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001. Heerlen/Voorburg: CBS, 2003.

CORRESPONDENTIEADRES

Jan-Willem Bruggink, Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen, tel. 088-5707070, e-mail: infoservice@cbs.nl