

FACTSHEET

ROOKPREVALENTIE IN EUROPA: EEN VERGELIJKING TUSSEN 8 LANDEN

KERNPUNTEN

- Schattingen van de prevalentie van tabaksgebruik zijn belangrijk voor monitoring, planning en prioritering van tabaksontmoedigingsbeleid.
- De betrouwbaarheid van prevalentieschattingen is sterk afhankelijk van de manier waarop de gegevens verzameld en gerapporteerd worden.
- Wijze van steekproeftrekking, steekproefgrootte, meetmethode, de definitie van roken en de gekozen leeftijdsrange hebben invloed op de hoogte van de prevalentieschatting.
- In alle acht onderzochte Europese landen was tussen 2007 en 2017 een daling te zien in het percentage rokers.
- Op Europees niveau zijn er twee initiatieven (Eurobarometer en European Health Interview Survey) om het percentage rokers op een uniforme manier te meten en weer te geven.

ACHTERGROND / INLEIDING

Betrouwbare gegevens over de gezondheidstoestand en determinanten van de gezondheid zijn noodzakelijk voor een goede onderbouwing van het volksgezondheidsbeleid. Roken is een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van ernstige ziekten en een groot deel van de totale ziektelast is toe te schrijven aan roken (1).

In de afgelopen decennia zijn er veel maatregelen genomen om het tabaksgebruik te ontmoedigen, zoals het rookverbod in openbare ruimten en op werkplekken, verbod op tabaksreclame, verbod op verkoop aan minderjarige jongeren en het rookverbod in de horeca.

Om een goede inschatting te kunnen maken van het gezondheidseffect van dergelijke maatregelen in de bevolking - en om het rookgedrag te kunnen monitoren - is het belangrijk om betrouwbare cijfers te hebben met betrekking tot het percentage rokers in de bevolking, de rookprevalentie.

In discussies over de effectiviteit van het rookbeleid spelen internationale vergelijkingen vaak een rol. Vanwege grote verschillen in methodologie zijn precieze vergelijkingen echter lastig te maken. In deze factsheet zetten wij op een rij welke factoren van invloed zijn op het schatten van de rookprevalentie en beschrijven wij de methoden van onderzoek en trendgegevens in Nederland en zeven andere Europese landen.

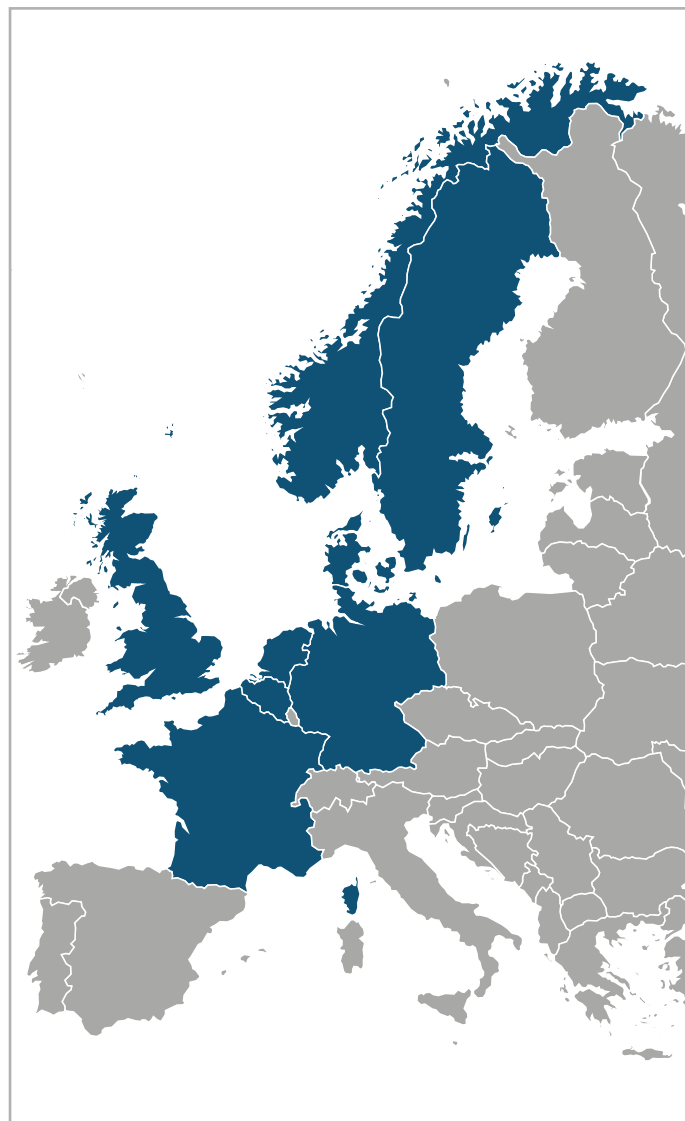
In Nederland wordt al decennialang informatie over de rookprevalentie verzameld. Sinds 1981 voert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks de Gezondheidsenquête (GE)/Leefstijlmonitor (LSM) uit onder de Nederlandse bevolking. De GE heeft als doel een zo volledig mogelijk overzicht te geven van (ontwikkelingen in) de gezondheid, medische contacten, leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking in Nederland. Rookstatus is elk jaar onderdeel van de vragenlijst.

Om meerjarige trends te kunnen monitoren is het belangrijk om de rookprevalentie op een consistente manier te meten, zodat betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden over een stijging of daling in het roken ten opzichte van de jaren ervoor.

De prevalentiecijfers afkomstig van verschillende enquêtes binnen hetzelfde land kunnen behoorlijk verschillen (2,3). De oorzaak zijn verschillen in methodologie. De betrouwbaarheid van prevalentieschattingen is namelijk sterk afhankelijk van de manier waarop de gegevens

verzameld en gerapporteerd worden. Tot 2014 bestond in Nederland het Continu Onderzoek Rookgewoonten (COR). De rookprevalentie op basis van de COR was altijd iets lager dan de rookprevalentie gebaseerd op de GE. Dit kwam door verschillen in de methodologie.

In deze factsheet vergelijken we Nederland met de ons omringende landen en/of landen die vaak als voorbeeld worden gebruikt vanwege hun (succesvolle) tabaksbeleid: België, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Noorwegen, Zweden en Denemarken. Hierbij gaan we na welke aspecten van dataverzameling van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van prevalentieschattingen. We geven tevens een overzicht van de manieren waarop de rookprevalentie in Nederland en genoemde landen gemeten, verzameld en gerapporteerd worden. Bij het samenstellen van de factsheet is contact opgenomen met experts in de verschillende landen om de primaire, meest 'officiële' bron voor de schatting van de prevalentie van tabaksgebruik te identificeren. De gegevens van deze bron worden in de factsheet gepresenteerd.



BELANG VAN MANIER VAN METEN

De betrouwbaarheid van prevalentieschattingen is sterk afhankelijk van de manier waarop de gegevens verzameld en gerapporteerd worden. Hieronder wordt kort toegelicht wat het effect is op de uitkomsten en vergelijkbaarheid van prevalentiecijfers van achtereenvolgens verschillen in 1) wijze van steekproeftrekking, 2) steekproefgrootte, 3) manier van dataverzameling (meetmethode), 4) definitie van roken en 5) leeftijd.

1. Wijze van steekproeftrekking

De manier waarop een steekproef getrokken wordt, bepaalt of de onderzochte doelgroep representatief is voor en of de uitkomstmaat generaliseerbaar is naar de totale populatie (de algemene bevolking).

Er wordt meestal gebruik gemaakt van aselecte (willekeurige) steekproeftrekking. Dat wil zeggen dat elke persoon in de onderzoekspopulatie een gelijke of een bekende kans heeft om in de steekproef te worden opgenomen. Dit in tegenstelling tot selecte (niet-willekeurige) steekproeftrekking. In een selecte steekproef worden mensen gekozen op basis van bepaalde kenmerken. Dit kan bijvoorbeeld handig zijn bij moeilijk op te sporen onderzoekseenheden van een populatie (zoals bijvoorbeeld daklozen of drugsgebruikers).

Als je een overzicht wilt krijgen van het percentage rokers in de totale bevolking, dan is een aselecte steekproeftrekking de meest geschikte methode. Door een aselecte steekproeftrekking te doen, heb je een grotere kans dat de uitkomsten representatief zijn voor de algemene bevolking.

Onder aselecte steekproeftrekking vallen verschillende manieren van steekproeftrekking. In veel gevallen wordt een combinatie van steekproeftechnieken gebruikt. Dit heet een meertrapssteekproeftrekking. Dat wil zeggen dat de steekproeftrekking opeenvolgend over twee of meerdere hiërarchische niveaus gebeurt. In het geval van een gezondheidsenquête kan er bijvoorbeeld eerst een steekproef getrokken worden uit gemeenten, dan uit huishoudens en vervolgens *binnen* huishoudens. Bij een meertrapssteekproeftrekking kan het per stap (trap) gaan om verschillende manieren van steekproeftrekking. De keuze voor de wijze van steekproeftrekking is vaak afhankelijk van de opbouw van de bevolking van het land. In België wordt bijvoorbeeld eerst *gestratificeerd* naar regio. Bij een gestratificeerde steekproeftrekking wordt de bevolking eerst verdeeld in subgroepen (strata), waarbinnen de personen een gemeenschappelijk kenmerk delen, zoals geslacht, regio of leeftijdsgroep. In België wordt dit gedaan om ervoor te zorgen dat alle drie de regio's (Vlaams Gewest, Waals Gewest en Brussels Gewest) goed vertegenwoordigd zijn in de steekproef.

2. Steekproefgrootte

De nauwkeurigheid van een schatting hangt samen met het aantal respondenten in de steekproef. Hoe groter de steekproefomvang, hoe kleiner de 'foutmarge', en hoe groter de precisie van de schatting.

Bij een te kleine steekproef is verdere uitsplitsing van de resultaten naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en sociaal-

economische status (SES) tevens steeds minder verantwoord en betrouwbaar.

Naast het melden van details over de wijze van steekproeftrekking en steekproefgrootte is het informatief om 'responsratio's' te publiceren. Dat wil zeggen, het aandeel mensen dat heeft meegedaan aan het onderzoek (vragenlijst ingevuld) ten opzichte van het totaal aan mensen dat is benaderd hiervoor.

De responsratio geeft een goed beeld van vertekening (bias) die voortkomt uit relatieve non-respons. Non-respons bias wil zeggen dat de resultaten van een studie niet representatief zijn, omdat de uiteindelijke respondenten bepaalde kenmerken bezitten die de uitkomst beïnvloeden. Zo hebben onderzoekers bijvoorbeeld vaak beschreven dat personen met een lager inkomen eerder geneigd zijn om de vragenlijst niet te beantwoorden, vergeleken met hoger opgeleiden. In het geval van roken mis je hier een belangrijke doelgroep, waarin regelmatig gerookt wordt. Die bias kan vaak wel statistisch worden 'rechtgetrokken', waardoor schattingen toch zo representatief mogelijk zijn voor de algemene bevolking.

3. Manier van dataverzameling (meetmethode)

De meest gebruikte meetmethoden zijn persoonlijke (face to face) interviews, schriftelijke (post) vragenlijsten, telefonische vragenlijsten en internet vragenlijsten.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van meetmethode op de prevalentieschattingen.

Een veelbeschreven effect van de meetmethode is de aanwezigheid van een interviewer. Interviewers spelen een belangrijke rol bij het verzamelen van gegevens. Ze kunnen bijvoorbeeld een positieve rol spelen bij het verduidelijken van de vragen of het motiveren van de respondent om nauwkeurige antwoorden te geven. Hierdoor ontstaat er een hogere gegevenskwaliteit. Andersom kunnen ze ook bijdragen aan meetfouten, ook wel het 'interviewer effect' genoemd. Interviewers kunnen de antwoorden van respondenten beïnvloeden door hun aanwezigheid en gedrag tijdens het uitvoeren van de vragenlijst. Zo kan de aanwezigheid van een interviewer ervoor zorgen dat respondenten eerder geneigd zijn om gevoelige vragen (zoals bijvoorbeeld over drugsgebruik, maar ook over rookgedrag) te beantwoorden op een manier die voldoet aan de maatschappelijke norm (sociale wenselijkheid). De grootste verschillen bestaan tussen zelf-gerapporteerde vragenlijsten en persoonlijke interviews (4,5). Bij persoonlijke interviews bestaat het risico op onderrapportage: een lagere rookprevalentie dan werkelijk het geval is.

In de Duitse studie 'Epidemiological Survey of Substance Abuse' werd gezien dat de prevalentie op basis van schriftelijke vragenlijsten hoger was dan op basis van telefonische interviews, ook na correctie voor sociaal-demografische factoren (6,7).

In tabel 1 worden kort de voor- en nadelen van de verschillende meetmethoden samengevat.

TABEL 1. VOOR- EN NADELEN VAN MEETMETHODEN

Meetmethode	Voordelen	Nadelen
Interview (face-to-face)	- Hoge 'voltooiingsgraad' - Hoge gegevenskwaliteit - Optimaal voor moeilijk te bereiken populaties	- Hoge kosten - Interviewer bias (grotere kans op sociaal wenselijke antwoorden: onderschatting van de prevalentie)
Schriftelijk (post)	- Grote groepen mensen bereiken - Lagere kosten - Geen interviewer bias	- Relatief lage respons - Mogelijk problemen met de interpretatie van vragen
Telefonisch	- Goedkoper dan face-to-face vragenlijsten - Hoge gegevenskwaliteit - Respondenten kunnen een groter gevoel van anonimiteit ervaren in vergelijking met face-to-face vragenlijsten	- Interviewer bias - Respondenten moeten beschikking hebben over een telefoon - Grotere kans dat mensen met een lagere SES uitgesloten worden van deelname (kan leiden tot onderschatting van de prevalentie)
Internet	- Grote groepen mensen bereiken - Lage kosten - Geen interviewer bias	- Respondenten moeten beschikking hebben over internet en een computer/tablet/telefoon - Grotere kans dat mensen met een lage SES uitgesloten worden van deelname (kan leiden tot onderschatting van de prevalentie)

Een vragenlijst over roken is soms onderdeel van een bredere vragenlijst over bijvoorbeeld leefstijl. Dit kan de resultaten ook beïnvloeden (context-effecten). In een artikel dat een verklaring zocht voor de verschillen in prevalentieschattingen tussen twee Canadese vragenlijsten, werd gesuggereerd dat respondenten eerder geneigd waren hun achtergrondkenmerken, zoals hun rookstatus, te rapporteren wanneer dit gedaan werd in het kader van een algemene gezondheidsvragenlijst, waarin ze niet gelabeld werden als rokers, dan in een vragenlijst die enkel gericht is op roken of op het gebruik van verslavende middelen (8).

4. Definitie roken

Een andere factor die de vergelijkbaarheid van prevalentieschattingen kan bemoeilijken is de definitie van roken. In Nederland hanteren we als definitie van roker: mensen die 'ja' antwoorden op de vraag of ze wel eens roken. In 2017 rookte volgens dit criterium 23,1% van de Nederlanders. Van de volwassen bevolking rookte 17,2% dagelijks, wat betekent dat 5,9% van de volwassen bevolking niet-dagelijks rookte.

In sommige landen, zoals Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, wordt alleen het totale percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks gecombineerd) uitgevraagd en gerapporteerd.

Ook kan de vraagstelling leiden tot verschillen in prevalentie. In Nederland wordt bijvoorbeeld gevraagd 'Rookt u wel eens?', terwijl in Duitsland wordt gevraagd: 'Heeft u in de afgelopen 30 dagen gerookt?'. De definitie van Nederland is iets ruimer, waardoor de prevalentie mogelijk iets hoger is, alhoewel er vermoedelijk relatief weinig mensen zijn die minder dan één keer per maand roken. De vraagstelling voor het Verenigd Koninkrijk is "Do you smoke cigarettes at all nowadays?", wat vergelijkbaar is met de vraagstelling in Nederland.

Ook de definitie van tabaksproduct is belangrijk voor de vergelijkbaarheid. In sommige enquêtes wordt alleen naar het roken van sigaretten gevraagd, terwijl in andere enquêtes gevraagd wordt naar alle rookwaren (pijp, sigaar, shag, etc). Alhoewel de sigaret het meest gebruikte tabaksproduct is, leidt het enkel rapporteren van het sigarettengebruik tot een onderschatting van de werkelijke rookprevalentie. In een aantal Europese landen, waaronder ook Nederland, België, Duitsland en Engeland zijn veel shagrokers. Ook de prevalentie van het dampen van elektronische sigaretten is belangrijk om apart te registreren en rapporteren.

In Noorwegen en Zweden komt het gebruik van snus ook veel voor. Snus is een vochtig, gemalen tabaksproduct dat meestal achter de bovenlip wordt geplaatst en niet wordt verhit of verbrand (9). Snus wordt in deze landen wel uitgevraagd en gerapporteerd, maar maakt geen onderdeel uit van de rookprevalentie. Dit kan leiden tot een onderschatting van de gezondheidseffecten van tabak, wanneer je deze landen vergelijkt met bijvoorbeeld Nederland.

5. Leeftijd

De rookprevalentie varieert aanzienlijk met de leeftijd. Roken onder hele jonge of hele oude personen komt relatief weinig voor. Als deze groepen (bijvoorbeeld 0-10 jarigen en 75-plussers) worden meegerekend, dan zal de prevalentie lager zijn (onderschatting) dan wanneer alleen de groep tussen 10 en 75 jaar wordt meegeteld. Omgekeerd, wanneer je een groep uitsluit waarin relatief veel gerookt wordt, zoals bijvoorbeeld 15 tot 25 jarigen, zorgt dit voor een onderschatting van de totale prevalentie van dat land. In Nederland wordt voor de kerncijfers voor roken onder volwassenen 18 jaar of ouder als criterium gehanteerd. Dat zal waarschijnlijk leiden tot een relatief gezien lagere prevalentie vergeleken met bijvoorbeeld Duitsland, waar de rookprevalentie op de leeftijdsgroep 18-59 jaar betrekking heeft.



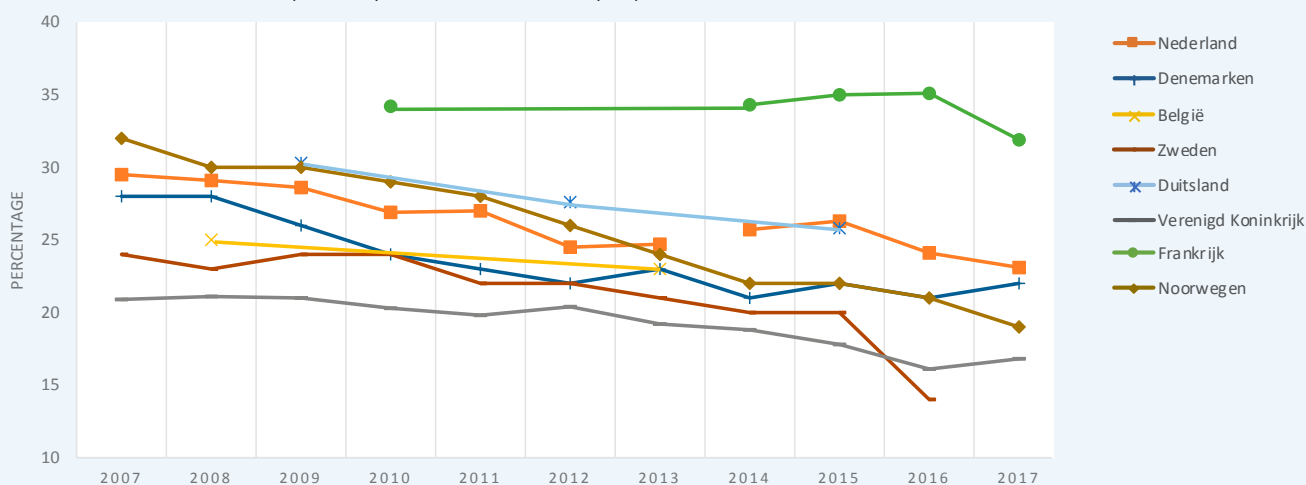
PERCENTAGE ROKERS PER LAND

In Figuur 1 zijn de gegevens met betrekking tot totaal roken (dagelijks en niet dagelijks) en in Figuur 2 voor dagelijks roken voor Nederland, België, Frankrijk, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Noorwegen en Zweden opgenomen. Alle gegevens zijn afkomstig van de officiële nationale enquêtes en worden in de landen beschouwd als 'de rookcijfers'. Voor Duitsland en het Verenigd Koninkrijk zijn geen gegevens beschikbaar voor het percentage dagelijks rokers, aangezien dat in deze landen niet uitgevraagd is.

Zoals uit het hier voorgaande is gebleken, moeten vergelijkingen in prevalenties tussen landen voorzichtig worden geïnterpreteerd. Onder voorbehoud van een constante onderzoeksmethode over de jaren in elk land, kunnen wel uitspraken worden gedaan over vergelijkingen van trends. Voor Nederland is in 2014 een wijziging geweest in de methode van onderzoek.

Over het algemeen is in alle landen een dalende trend te zien als we kijken naar het totale percentage rokers (dagelijks en niet-dagelijks). De gemiddelde jaarlijkse afname in rookprevalentie tussen 2007 en 2017 is -0,6%.

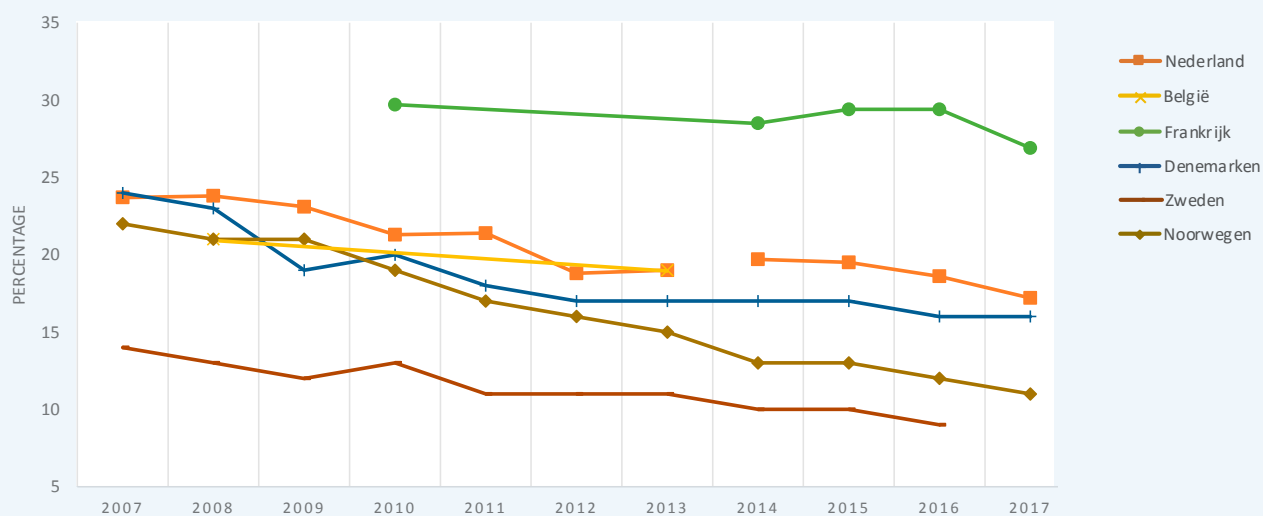
FIGUUR 1. TRENDS IN ROOKPREVALENTIE (%) 2007 - 2017
TOTAAL ROKEN (DAGELIJKS EN NIET DAGELIJKS)



Bronvermelding: zie tabel 2.

Noot: In 2014 is in Nederland een wijziging geweest in methode van onderzoek.

FIGUUR 2. TRENDS IN ROOKPREVALENTIE (%) 2007 - 2017
DAGELIJKS ROKEN



Bronvermelding: zie tabel 2.

Noot: In 2014 is in Nederland een wijziging geweest in methode van onderzoek.

voor Nederland, -0,4% voor België, -0,75% voor Duitsland, -0,3% voor Frankrijk, -0,6% voor Denemarken, -1,1% voor Zweden, -0,4% voor het Verenigd Koninkrijk en -1,3% voor Noorwegen.

Landen waar het totale percentage rokers relatief laag is, zijn Noorwegen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Een kanttekening die geplaatst moet worden bij het lage percentage rokers in Noorwegen en Zweden is het gebruik van snus. Hoewel snus minder schadelijk is dan rookbare tabaksproducten, omdat er geen giftige stoffen vrijkomen bij de verbranding, is snus verslavend en is het gebruik ervan geassocieerd met specifieke ziekten en vroegtijdige sterfte (10). In Zweden gebruikte in 2017 ongeveer 11% van de bevolking van 16 tot 84 jaar dagelijks snus. Het percentage dagelijks snusgebruikers is in Zweden de laatste jaren hoger dan het percentage dagelijks rokers (11). Eenzelfde beeld is te zien in Noorwegen, waar het percentage dagelijks snusgebruikers in 2017 even hoog was als het percentage dagelijks rokers (12). Op het gebied van rookbare tabaksproducten doen Noorwegen en Zweden het dus aanzienlijk beter dan de meeste Europese landen. Omdat snus niet onder rookbare tabaksproducten valt, kunnen de nadelige gezondheidseffecten van de tabaksproducten in deze landen onderschat worden wanneer er alleen gekeken wordt naar rookbare tabaksproducten zoals sigaretten en shag.

In het Verenigd Koninkrijk is de prevalentie van e-sigaretgebruik iets hoger dan in Nederland. In 2017 gebruikte in Nederland 3,1% van de volwassen Nederlandse bevolking (wel eens) een e-sigaret. In datzelfde jaar gebruikte in het Verenigd Koninkrijk 5,5% van de bevolking van 16 jaar of ouder een e-sigaret (dagelijks en niet-dagelijks).

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van de verschillende nationale enquêtes waarmee in de

onderzochte landen de rookprevalentie wordt gemeten en die in het betreffende land de basis vormen voor nationaal volksgezondheidsbeleid.

Veel landen hebben enquêtes die jaarlijks uitgevoerd worden. In sommige landen, zoals in Duitsland, bestaan er meerdere surveys, die allemaal gebruikt worden ter ondersteuning van het tabaksontmoedigingsbeleid en vergelijkbare uitkomsten hebben. Er is gekozen voor de Epidemiological Survey of Substance Abuse, omdat deze enquête de afgelopen twee decennia een vergelijkbare methode heeft gebruikt. Het gebrek aan een consensus van de meest gezaghebbende cijfers bemoeilijkt de Europese vergelijking.

Cijfers voor het gehele Verenigd Koninkrijk zijn gebaseerd op de Annual Population Survey. Getallen over rookprevalentie zijn beschikbaar vanaf 2011. Voor een vergelijking voor de jaren 2007 tot 2017 is gekozen om de cijfers gebaseerd op de General Lifestyle Survey en Opinions and Lifestyle Survey weer te geven (Groot-Britannië). De cijfers voor het gehele Verenigd Koninkrijk zijn voor de jaren 2011 tot 2017 achtereenvolgens 20,2%, 19,6%, 18,8%, 18,1%, 17,2%, 15,8% en 15,1% en daarmee iets lager dan de cijfers voor Groot-Britannië (Verenigd Koninkrijk zonder Noord-Ierland).

Hoewel er een dalende trend te zien is in het aantal rokers in de afzonderlijke landen, blijft het moeilijk om de landen onderling te vergelijken. Omdat de nationale enquêtes op veel van de eerder genoemde aspecten van elkaar verschillen, is het moeilijk om de landen in een bepaald jaar met elkaar te vergelijken.

Om de vergelijkbaarheid te verbeteren zou een uniforme gegevensverzameling nodig zijn. Op Europees niveau bestaan al enkele initiatieven om de rookprevalentie op een geharmoniseerde manier te meten.



TABEL 2. OVERZICHT NATIONALE ENQUÊTES

Land	Survey (naam)	Frequentie	Steekproef-grootte (aantal respondenten)	Respons (range)	Leeftijds-range	Definitie roken (zoals gerapporteerd)	Meetmethode
NL	Gezondheidsenquête / Leefstijlmonitor (13)	Jaarlijks	≈ 9500	60% - 65%	18+	Dagelijks, niet dagelijks en totaal	Mixed mode: Internet vragenlijst, bij non-respons persoonlijke interviews
BE	Health Interview Survey (14)	3-5 jaarlijks	≈ 10.000	55% - 57%	15+	Dagelijks, incidenteel, ex-rokers, niet-rokers	Persoonlijke interviews
DE	Epidemiological Survey of Substance Abuse (ASE) (15)	3-jaarlijks	8000 – 9000	45% - 54 %	18 – 59	30-day prevalence	Papier, telefoon en online
FR	Health Barometer (16)	Tot 2014 elke 4 jaar, vanaf 2014 jaarlijks	≈15.000 – 27.000	48,5% (2017)	18 – 75	Dagelijks en totaal	Telefonische interviews
DK	Deense rookgewoonten (17)	Jaarlijks	≈ 5000	32% - 70% (de responsratio ontbreekt voor de jaren 2007, 2008, 2011 en 2012)	15+	Dagelijks en totaal	Internet vragenlijsten
SE	National Public Health Survey (18)	Jaarlijks	≈ 10.000	47.0% - 57.5%	16 – 84	Dagelijks, incidenteel, totaal (dagelijks + incidenteel), ex-rokers, nooit-rokers. Daarnaast wordt ook snusgebruik gerapporteerd	Papier (post)
NO	Holiday and Travel Survey (19)	Jaarlijks	≈ 4500	≈ 56%	16–74 jaar	Dagelijkse en incidentele rokers. Dagelijks en incidenteel snusgebruik.	Telefonische interviews
UK	General Lifestyle Survey (tot 2011) en Opinions and Lifestyle Survey (vanaf 2012) (20,21) *	Jaarlijks	≈ 14.400	55% - 60%	16+	Huidig rokers en ex-rokers	Persoonlijke interviews en telefonische interviews

NL = Nederland; BE = België; DE = Duitsland; FR = Frankrijk; DK = Denemarken; SE = Zweden; NO = Noorwegen;
 UK = Verenigd Koninkrijk (uitgezonderd Noord-Ierland)

* De gegevens in deze tabel hebben betrekking op de Opinions and Lifestyle Survey

EUROPESE INITIATIEVEN TOT HARMONISERING

Op Europees niveau bestaan twee initiatieven om de rookprevalentiecijfers op een geharmoniseerde manier te verzamelen. Vanuit de Europese Commissie worden zelf gegevens verzameld (Eurobarometer). Daarnaast worden landen door de Europese Commissie gestimuleerd om rookprevalentie op een geharmoniseerde manier te meten (European Health Interview Survey).

Eurobarometer

De Eurobarometer is een reeks van opiniepeilingen die sinds 1973 worden uitgevoerd in opdracht van de Europese Commissie onder personen van 15 jaar en ouder. Het doel is om de publieke opinie in alle EU-lidstaten in kaart te brengen. Deze peilingen richten zich op uiteenlopende beleidsterreinen, waaronder gezondheid. In de afgelopen 10 jaar is de rookprevalentie uitgevraagd in 2008, 2009, 2012, 2014 en 2017 (22–26).

De Eurobarometer interviews vinden face-to-face plaats en worden in de meeste landen uitgevoerd onder ongeveer 1000 inwoners. Dit zijn vrije kleine steekproeven om op een betrouwbare manier het percentage rokers in de bevolking vast te kunnen stellen (groot betrouwbaarheidsinterval rondom de schatting). Hierdoor bevatten rapportages van de Eurobarometer binnen landen geen gedetailleerde opsplitsing naar geslacht, leeftijd of andere kenmerken. Uit een artikel waarin de rookprevalentie gebaseerd op de Eurobarometer vergeleken werd met rookprevalentie gebaseerd op nationale gezondheidsenquêtes, kwam naar voren dat er binnen bepaalde landen grote verschillen bestaan tussen de prevalentieschattingen (3).

European Health Interview Survey

De European Health Interview Survey (EHIS) is een Europese Gezondheidsenquête met als doel om op een geharmoniseerde manier en met een hoge mate van vergelijkbaarheid tussen EU-lidstaten de gezondheidsstatus, gezondheidsdeterminanten en gebruik en toegang tot gezondheidszorg van EU-burgers te meten.

De EHIS bevat vier modules:

- Achtergrondvariabelen
- Gezondheidsstatus (zoals ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, beperkingen in dagelijkse activiteiten, mentale gezondheid, pijn en ongevallen)
- Gezondheidszorg (zoals gebruik van verschillende soorten gezondheidsdiensten, waaronder ziekenhuisopnamen, consulten, preventie, gebruik van geneesmiddelen, onvervulde behoeften aan gezondheidszorg)
- Gezondheidsdeterminanten (zoals roken, alcoholconsumptie, lichaamsgewicht, fysieke activiteit, voedingsgewoonten)

De EHIS richt zich op bevolking van minimaal 15 jaar, wonend in particuliere huishoudens. De EHIS wordt elke 5 jaar uitgevoerd in alle lidstaten van de Europese Unie. De lidstaten hebben de EHIS modules geïmplementeerd op nationaal niveau, hetzij als een losstaande enquête (Denemarken en Zweden), hetzij geïntegreerd in al bestaande nationale (gezondheids)enquêtes (Nederland, België, Duitsland, Frankrijk of Noorwegen) hetzij als follow-up van een bestaande enquête (Groot-Brittannië).

Op het gebied van roken worden gegevens verzameld over de frequentie (dagelijks roker, incidenteel roker, niet-roker en huidig roker (dagelijks en incidenteel gecombineerd)). Ook wordt aan de dagelijks rokers nagevraagd hoeveel zij roken (minder dan 20 sigaretten per dag, meer dan 20 sigaretten per dag en totaal dagelijks rokers van sigaretten).

Gegevens die verkregen zijn uit de EHIS vragenlijst worden gerapporteerd aan het statistische bureau van de Europese Gemeenschap, Eurostat.

De gegevens dienen als bron voor belangrijke gezondheids- en sociale indicatoren, zoals de European Core Health Indicators (ECHI), die worden gebruikt ter ondersteuning van (lokaal) gezondheidsbeleid.



EEN VERGELIJKING TUSSEN EUROPESE EN NATIONALE ENQUÊTES

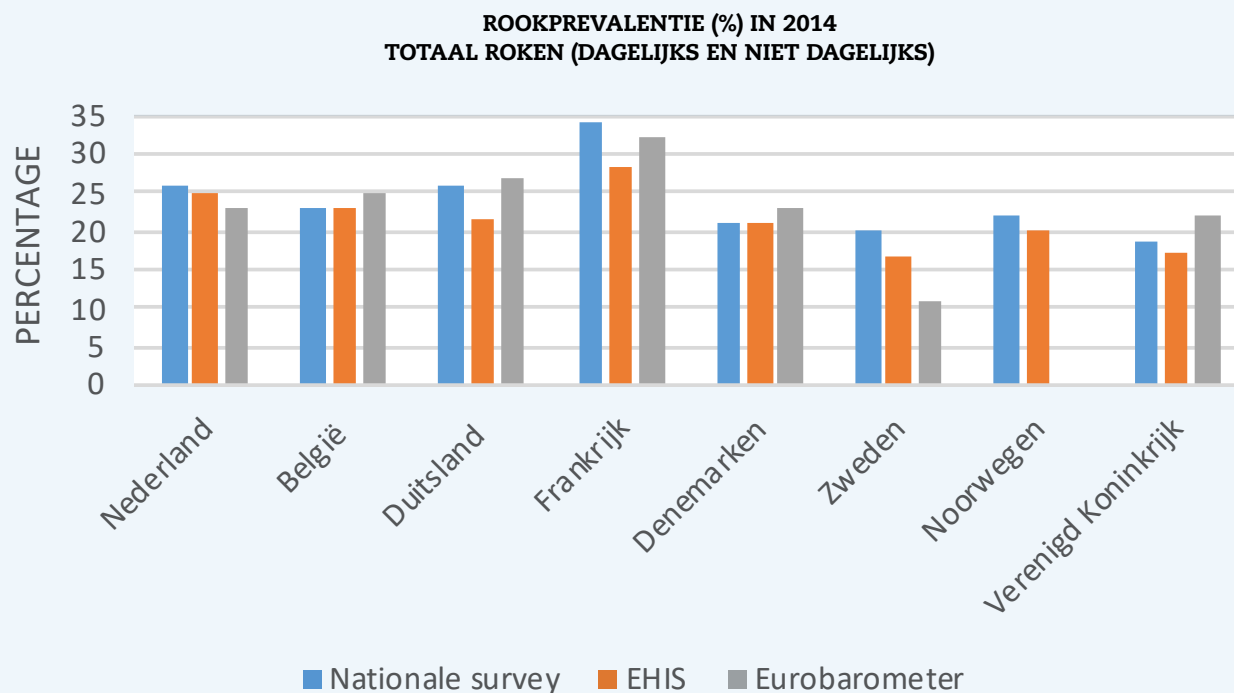
Wanneer we de cijfers uit het jaar 2014 bekijken, het jaar waarin de tweede 'wave' van de EHIS heeft plaatsgevonden, zien we dat de rookprevalentie op basis van de nationale enquêtes en de twee Europese enquêtes (EHIS en Eurobarometer) in sommige landen behoorlijk van elkaar verschillen (figuur 3). In Zweden was het totale percentage rokers (dagelijks en niet dagelijks) op basis van de nationale enquête 20%, terwijl dit percentage op basis van de Eurobarometer 11% was.

Een nadeel van de Eurobarometer is de kleine steekproefgrootte. In zeven van de acht onderzochte landen zijn ongeveer 1000 inwoners (van 1000 in Denemarken tot 1537 in Duitsland) bevraagd. Noorwegen deed niet mee aan de Eurobarometer, omdat zij geen deel uitmaken van de Europese Unie. Dat is een klein aantal om uitspraken te kunnen doen over de hele bevolking van dat land. De steekproefgrootte werd in een kritische analyse van rookprevalentieonderzoek (3) ook genoemd als mogelijke verklaring voor de verschillen in rookprevalentie die bestonden tussen de nationale enquêtes en de Eurobarometer. Een voordeel van de Eurobarometer is niettemin de uniformiteit waarmee de gegevens verzameld zijn.

De European Health Interview Survey is een belangrijk initiatief voor het standaardiseren van de gegevensverzameling. Hiermee levert het Europees Bureau voor Statistiek (Eurostat) prevalentieschattingen van alle Europese landen.

De Europese Commissie doet gedetailleerde aanbevelingen voor de te gebruiken methodologie (27). Hiermee wordt gepoogd de dataverzameling meer te standaardiseren. Omdat de EHIS in sommige landen als een op zichzelf staande enquête afgenomen wordt (Denemarken en Zweden), en in andere landen als onderdeel van al bestaande nationale enquêtes (Nederland, België, Duitsland, Frankrijk, Noorwegen) of als follow-up van een bestaande vragenlijst (Groot-Brittannië), verschilt de methodologie op enkele punten, met name de wijze van steekproeftrekking, de steekproefgrootte en de meetmethode (28). De vraagstelling is in de landen echter nagenoeg gelijk, net als de leeftijdscategorieën waarover gerapporteerd wordt en de definitie van roken. Dit zorgt ervoor dat de prevalentieschatting verkregen uit de EHIS onderling veel beter te vergelijken zijn dan de prevalentieschattingen verkregen uit de nationale enquêtes. Een belangrijke beperking is dat de EHIS slechts elke 5 jaar wordt afgenomen in de 28 EU lidstaten. De eerste 'wave' werd uitgevoerd tussen 2006 en 2009, onder een gentlemen's agreement. De tweede 'wave' werd uitgevoerd als een verplicht onderzoek in alle 28 EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen tussen 2013 en 2015. De derde 'wave' is gepland voor 2019.

FIGUUR 3. EEN VERGELIJKING TUSSEN NATIONALE ENQUÊTES, EHIS EN EUROBAROMETER



CONCLUSIE

Deze factsheet biedt handvatten om de rookprevalentie tussen Europese landen beter op waarde te schatten. Duidelijk is dat het vergelijken van cijfers tussen Europese landen in een bepaald jaar lastig is, omdat de wijze van dataverzameling niet is gestandaardiseerd. In deze factsheet is na te lezen hoe methodologische aspecten van invloed kunnen zijn op de schatting van het percentage rokers in de bevolking. Het is wel goed mogelijk om trends over tijd tussen landen te vergelijken. Wat opvalt is dat er overal sprake is van een daling tussen 2007 en 2017. De snelheid van daling varieerde tussen de -0,3% en -1,3% per jaar (gemiddeld -0,7% per jaar).

Wijzigingen in de methodologie, zoals dat in Nederland in 2014 het geval was, zorgt ervoor dat het moeilijker is om cijfers van de jaren vóór en na de wijziging met elkaar te vergelijken. Het volledig standaardiseren van de dataverzameling in de Europese landen zal daarom lastig zijn. Ondanks dat het lastig is, is het wel erg belangrijk

om prevalentiegegevens gestandaardiseerd te verzamelen. Artikel 20 van de Framework Convention of Tobacco Control (FCTC) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt ook dat partijen de tabakssurveillanceprogramma's moeten integreren in nationale, regionale en wereldwijde gezondheidssurveillanceprogramma's, zodat de gegevens vergelijkbaar zijn en op regionaal en internationaal niveau kunnen worden geanalyseerd.

In steeds meer landen wordt ook het gebruik van elektronische sigaretten (e-sigaretten) uitgevraagd. Alhoewel de prevalentie van het e-sigarettengebruik overal laag is - in Nederland gebruikte in 2017 nog slechts 3,1% van de volwassen bevolking (wel eens) een e-sigaret (29) - is het belangrijk om naast tabaksgebruik ook het gebruik van e-sigaretten te monitoren. Trends in de prevalentie van tabaksgebruik kunnen beïnvloed worden door trends in e-sigarettengebruik. Rokers kunnen gaan dampen in plaats van roken of stoppen met roken, en rokers kunnen minder gaan roken en compenseren dit door te dampen.



REFERENTIES

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht Synthese. Available from: www.vtv2018.nl
2. Gagné T. Estimation of smoking prevalence in Canada: Implications of survey characteristics in the CCHS AND CTUMS/CTADS. Canadian Journal of Public Health. 2017;108(3):e331-4.
3. Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. Tobacco Control. 2011;20(1):e4.
4. de Leeuw ED. To Mix or Not to Mix Data Collection Modes in Surveys. Journal of Official Statistics. 2005;21(2):233-55.
5. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. J Public Health (Oxf). 2005;(3):281-91.
6. Kraus L, Piontek D, Pabst A, De Matos EG. Studiendesign und methodik des epidemiologischen suchtsurveys 2012. Sucht. 2013;59(6):309-20.
7. Piontek D, Kraus L, De Matos EG, Atzendorf J. Der epidemiologische suchtsurvey 2015: Studiendesign und methodik. Sucht. 2016;62(5):259-69.
8. Gilmore J. Report on smoking prevalence in Canada, 1985 to 1999. 2000;82F0077XIE(82):1-34.
9. Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerström K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control. 2003;12(4):349-60.
10. Trimbos-instituut. Rokeninfo.nl. **Wat zijn de risico's van snus?** (accessed 8 Oct 2018). Available from: <https://www.rokeninfo.nl/meer/vraag-en-antwoord/resultaten/antwoord/?vraag=24363>
11. Public Health Agency of Sweden. Tobaksvanor. (accessed 8 Oct 2018). Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/tobaksvanor/>
12. Statistics Norway. Tobacco, alcohol and other drugs. (accessed 25 Mar 2019). Available from: <https://www.ssb.no/en/statbank/list/royk>
13. Centraal Bureau voor de Statistiek (CVS). Gezondheidsenquête vanaf 2014. (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsenquête-vanaf-2014>
14. Sciensano. Health Interview Survey. (accessed 9 Oct 2018). Available from: <https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>
15. Institut für Therapieforschung. Epidemiological Survey of Substance Abuse. (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.esa-survey.de/en/results/trends/detail/tobacco.html>
16. Santé Publique France. Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique. (accessed 8 Oct 2018). Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>
17. Cancer Denmark. Adult smoking habits (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/fakta-om-rygning/voksnes-rygevaner/>
18. Public Health Agency of Sweden. National Public Health Survey (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/tobaksvanor/>
19. Statistics Norway. Tobacco, alcohol and other drugs 2019. (accessed 18 Apr 2019). Available from: <https://www.ssb.no/en/helse/statistikker/royk>
20. Office for National Statistics. An introduction (General Lifestyle Survey Overview - a report on the 2011 General Lifestyle Survey) [internet]. 2019 (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseholdfinances/incomeandwealth/compendium/generallifestylesurvey/2013-03-07/anintroductiongenerallifestylesurveyoverviewareportonthe2011generallifestylesurvey#survey-background>
21. Office for National Statistics. Opinions and Lifestyle Survey methodology [internet]. 2019 (accessed 29 May 2019). Available from: <https://www.ons.gov.uk/aboutus/whatwedo/paidservices/opinions/opinionsandlifestylesurveymethodology>
22. European Commission. Survey on Tobacco. Analytical report. 2009. Available from https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf
23. Special Eurobarometer 332. Tobacco. 2010. TNS Opinion & Social. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf
24. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards tobacco. 2012. TNS Opinion & Social. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf
25. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2015. TNS Opinion & Social. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf
26. Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2017. TNS Opinion & Social.
27. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. 2018.
28. Eurostat. Quality report of the second wave of the European Health Interview Survey. 2018 edition. 2018.
29. Springvloet L, Bommelé J, Willemsen M, van Laar M. Kerncijfers roken 2017. Utrecht: Trimbos-instituut. 2018.

Colofon

Auteurs

Marieke van Aerde
Margriet van Laar
Marc Willemsen

Met dank aan

Saskia van Dorsselaer, Trimbos-instituut

Ontwerp & productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.gettyimages.nl

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1683.

Deze factsheet is gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS.

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

**ROKEN
INFOLIJN
0900-1995**

€ 0,10/min
+ de kosten van uw
mobiele telefoon