

**Advies nr. 81 van 24 november 2022  
betreffende het rookverbod in de  
Forensische Psychiatrische Centra (FPC's)**

# Inhoud

Adviesvraag .....	4
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Verschillende aspecten van het roken.....</b>	<b>8</b>
2.1. Culturele aspecten van roken.....	8
2.2. Sociologische aspecten van roken.....	9
2.3. Epidemiologische aspecten van roken .....	11
<b>3. Gezondheids- en veiligheidsaspecten.....</b>	<b>13</b>
3.1. Neurobiologische aspecten: toxiciteit en verslaving .....	14
3.2. Tabaksgebruik en somatische gezondheid .....	15
3.3. Tabaksgebruik en geestelijke gezondheid .....	16
3.4. Collectieve gezondheid: passief roken .....	18
3.5. Veiligheidsrisico vanwege brandgevaar .....	18
3.6. Therapeutische aspecten en preventie.....	19
3.7. Samenvatting van de gezondheidsaspecten .....	23
<b>4. Juridisch kader .....</b>	<b>24</b>
4.1. Evolutie van het begrip bescherming van de maatschappij .....	24
4.2. Het rookverbod in de forensische psychiatrische centra .....	26
4.2.1. Wettelijke basis voor het rookverbod.....	27
a) Algemene principes .....	27
b) Wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook .....	28
c) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (wet patiëntenrechten) .....	30
d) Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden.....	31
4.2.2. Rechtspraak.....	32
4.2.3. Toepassingen .....	33
4.2.4. Besluit .....	34
<b>5. Ethische beschouwingen.....</b>	<b>36</b>
5.1. Ethische beginselen en concepten .....	36
5.2. Twee ethische dilemma's .....	36
5.2.1. Een dilemma tussen een paternalistische visie op gezondheid en respect voor autonomie .....	37
5.2.2. Een dilemma tussen het respect voor anderen en het respect voor autonomie..	39
5.3. Het ethisch standpunt van het Comité .....	39
5.3.1. Legitimiteit van antirookmaatregelen .....	39
5.3.2. Dilemma paternalisme – autonomie: naar empowerment van rokers .....	40

5.3.3.	Belangrijkste probleem: het spanningsveld tussen de autonomie van rokers en de bescherming van niet-rokers .....	41
5.3.4.	Kan een totaal rookverbod worden ingesteld? .....	42
5.3.5.	Naar gedeeltelijke of geleidelijke abstinentie? .....	43
5.3.6.	Voor een globale benadering van gezondheid .....	44
5.3.7.	Uitvoeringsbeginselen .....	44
<b>6.</b>	<b>Conclusies .....</b>	<b>46</b>

## **COPYRIGHT**

Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

E-mail: [info.bioeth@health.fgov.be](mailto:info.bioeth@health.fgov.be)

Citeren uit dit advies is toegelaten mits bronvermelding: "Uit advies nr. 81 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, te raadplegen op [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)".

# Adviesvraag

Op 8 juni 2020 vroeg mevrouw Dekkers, voorzitter van de Ethische Commissie van de forensisch psychiatrische centra van Gent en Antwerpen, het Comité om zich te buigen over de problematiek van het (gedeeltelijk) invoeren van een rookverbod in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (hierna FPC).

De vraag om advies werd als volgt geformuleerd:

*“... Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de prevalentie van het roken van tabak hoger is onder mensen met een psychiatrische stoornis. Zoals algemeen bekend, heeft roken grote negatieve consequenties voor de (somatische) gezondheid, wat zich uit in een kortere levensverwachting. Tevens kan roken een ongunstig effect hebben op het verloop van stoornissen en kan het bepaalde medicatie beïnvloeden.*

*Naar aanleiding van een werkbezoek in het Verenigd Koninkrijk vernamen wij dat er daar en in de Verenigde Staten verscheidene initiatieven en acties vanuit de overheid ondernomen zijn om een rookbeleid of -verbod op te leggen voor patiënten/gedetineerden alsmede medewerkers. Waar voor de medewerkers dit verbod strikt wordt gehanteerd, wordt het voor de patiënten gedoogd door e-sigaretten (zowel met als zonder nicotine) wel toe te staan.*

*Ook in FPC Gent en Antwerpen stellen wij vast dat de prevalentie van rokende patiënten zeer hoog is. Het gevolg is dat zowel personeel als patiënten onvrijwillig blootgesteld worden aan passief roken. Dit laatste werd tevens opgemerkt door de Arbeidsinspectie tijdens een recent bezoek aan de FPC's. Zij stelden vast dat te veel niet-rokers (zowel patiënten als medewerkers) rooklucht inhaleren omwille van het hoge aantal rokers binnen de instelling, alsmede de gesloten infrastructurele setting.*

*Vanuit de directie wordt momenteel nagedacht over het installeren van een rookvrije instelling, waarbij patiënten en medewerkers (gefaseerd) ondersteund worden in het stoppen met roken of dampen. In dit kader werkt onze Ethische Commissie momenteel aan een omstandig ethisch advies. Gezien het unieke karakter van onze instelling, kunnen wij niet zomaar naar analogie van de reguliere psychiatrie redeneren. De FPC's hebben een bijzonder statuut en vallen niet onder de ziekenhuiswetgeving. Verder zijn er toekomstige plannen voor de opening van nieuwe FPC's in Vlaanderen en Wallonië.*

*Aangezien er op heden nog steeds een grote lacune is in ethische richtlijnen met betrekking tot roken in gesloten settings, wensen wij uw advies in te winnen over deze belangrijke en complexe kwestie voor deze kwetsbare doelgroep. Wij wensen daarom de volgende vraag voor*

*te leggen aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: wat is uw advies over het al dan niet (gedeeltelijk) invoeren van een rookverbod in een forensisch psychiatrische instelling?*

Deze adviesvraag werd ontvankelijk verklaard op de plenaire vergadering van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 29 juni 2020.

### **Voorafgaande opmerking:** draagwijdte van het advies

De vraag om advies van de Ethische Commissie van de Forensische Psychiatrische Centra Antwerpen en Gent betreft de legitimiteit van een rookverbod in de FPC's. In zijn antwoord onderzoekt het Comité de kwestie in de specifieke context van deze centra. Tijdens de besprekingen werd echter duidelijk dat de overwegingen en conclusies ook van toepassing kunnen zijn op andere gesloten instellingen waar patiënten met een psychiatrische problematiek verblijven zoals ziekenhuisafdelingen waar patiënten gedwongen opgenomen zijn krachtens de wet van 26 juni 1990<sup>1</sup>, inrichtingen tot bescherming van de maatschappij of psychiatrische afdelingen van gevangenis<sup>2</sup>. Voornoemde centra en instellingen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat patiënten/geïnterneerden/gedetineerden er tegen hun wil verblijven en zijn opgesloten. In dit advies worden ze aangeduid met de omschrijving “de gesloten instellingen”.

---

<sup>1</sup> Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

<sup>2</sup> Dit doet echter niets af aan de verschillen tussen deze plaatsen. Zo zijn er in ziekenhuiskamers andere regels van toepassing inzake privacy dan in kamers in forensische psychiatrische centra. De instellingen hebben ook een ander profiel van patiënten. Veel geïnterneerden die in FPC's of psychiatrische ziekenhuizen verblijven, komen uit de gevangenis.

# 1. Inleiding

In onze samenleving gaan we er vanuit dat iedereen in principe vrij is om te roken als men dat wenst. Er bestaat echter een brede consensus over de schadelijkheid van tabak. Dat is de reden waarom de overheid blijvend investeert in bewustmakings- en informatiecampagnes, de publiciteit van tabakswaaren reguleert, en tabaksverkoop verbiedt aan minderjarigen. De vrijheid om te roken wordt in onze samenleving wel steeds meer beperkt op basis van het schadebeginsel. Het is verboden te roken op plaatsen waar roken schadelijk kan zijn voor anderen (openbare gebouwen, openbaar vervoer, arbeidsplaatsen). De facto is roken beperkt tot privéruimten (tenzij met minderjarigen in de wagen) en openlucht (tenzij men zich bevindt in de buurt van een school of een centrum voor leerlingenbegeleiding).

De vraag die door de forensische psychiatrische centra (FPC) wordt voorgelegd, raakt voornamelijk aan vier ethische principes. Er is vooreerst de autonomie van de patiënten en hun vrijheid om al dan niet tabak te gebruiken. Er is het principe van het niet-schaden van derden (patiënten en personeel). Vervolgens en daarmee samenhangend is er de plicht van de overheid om zich met de volksgezondheid in te laten. Tot slot is er het principe van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten en geïnterneerden. Wat dat laatste betreft moeten we er rekening mee houden dat geïnterneerden over zeer weinig vrijheden beschikken en dat hun zeer beperkte eigen woonruimte ook steeds voor het personeel toegankelijk is en deel uitmaakt van hun werkplek.

Er rijzen verschillende vragen. Hoe kan in een dergelijke context de autonomie en de vrijheid om te roken worden verzoend met het recht op een gezonde verblijfs- en werkomgeving voor niet-rokers? In hoeverre kan het recht op roken worden verzoend met de feitelijke organisatie en werking van een FPC? Hoe kan het respect voor individuele autonomie verzoend worden met gezondheidspreventie? Wat is de visie op gezondheid die ten grondslag ligt aan de bestrijding van het tabaksgebruik? Is het legitiem om een verdere beperking van de vrijheid op te leggen aan mensen die tegen hun wil zijn opgesloten en wier vrijheid reeds ernstig is beperkt?

Voorafgaand aan elke overweging dient te worden opgemerkt dat het stelsel van de bescherming van de maatschappij (de oude wet van 9 april 1930) twee doelstellingen probeert te verenigen. Het bevat enerzijds een visie van veiligheid ten aanzien van delinquenten (bescherming van de samenleving) en anderzijds een visie op zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening of met een handicap. Dit leidt tot het gebruik van een verscheidenheid van termen om mensen die in FPC's verblijven aan te duiden: geïnterneerden, gedetineerden, patiënten en bewoners. De correcte juridische term om mensen aan te duiden die vallen onder het statuut van de bescherming van de maatschappij is "geïnterneerden" (wet

5 mei 2014 betreffende de internering). Het is echter van belang te herinneren aan het beginsel van gelijke toegang tot zorg dat ook geldt voor personen die van hun vrijheid zijn beroofd. Bovendien is bij de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg<sup>3</sup> het concept van een "zorgtraject voor geïnterneerden" ingevoerd. Om deze beide redenen acht het Comité het wenselijk te benadrukken dat het hier in de eerste plaats ook om "patiënten" gaat.

## 2. Verschillende aspecten van het roken

### 2.1. Culturele aspecten van roken

Zodra de mens de controle over het vuur had verworven, lijkt rook een uiterst belangrijke rol voor de mens te hebben gespeeld, zowel in het kader van rituelen als voor therapeutisch gebruik of eenvoudigweg recreatief. De tabaksplant die van oudsher gebruikt werd door de oorspronkelijke bevolking van Amerika, werd in de 16de eeuw via Spanje en Portugal in Europa ingevoerd en geïntroduceerd aan het Franse hof door Jean Nicot, ambassadeur van Frankrijk in Portugal. Eerst werd het vooral gewaardeerd om zijn therapeutische eigenschappen omdat koningin Catherina de Medicis er baat bij had bij de behandeling van haar migraine. Het gebruik van tabak verspreidde zich dan snel in de samenleving, eerst onder de vorm van snuiftabak en dan later onder rookbare vorm (pijp, sigaar, sigaret). Toch was niet iedereen opgezet met het toenemende gebruik ervan.<sup>4 5</sup>

In de loop van de volgende eeuwen werd tabak op grote schaal gebruikt om zijn vermeende helende kracht en evolueerde het geleidelijk naar een genotmiddel. In de loop van de 20ste eeuw ontwikkelt het roken zich tot een gewoonte onder impuls van de groeiende tabaksindustrie en de grootschalige reclamecampagnes voor de sigaret; tabak wordt vrijwel wereldwijd maatschappelijk aanvaard.

Ondanks de harde strijd tussen enerzijds de tabaksindustrie en anderzijds de anti-tabaksbeweging die geleverd werd op basis van studies en tegenstudies, propaganda en rechtszaken, is de maatschappelijke beeldvorming over het tabaksgebruik stilaan geëvolueerd van een ontspannend genotmiddel naar een gezondheidsrisico. Vandaag wordt erkend dat tabaksgebruik een dubbel gevaar inhoudt: enerzijds zijn verschillende bestanddelen

---

<sup>3</sup> Hervorming "Artikel 107", zie bijvoorbeeld

<http://www.psy107.be>;

<http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf>

(enkel in het Frans);

[http://www.psy107.be/images/Zorgtrajecten\\_voor\\_ge%C3%AFnterneerde\\_poster.pdf](http://www.psy107.be/images/Zorgtrajecten_voor_ge%C3%AFnterneerde_poster.pdf).

<sup>4</sup> In 1642 kondigde paus Urbanus VIII een bul af tegen tabaksgebruik, terwijl tsaar Alexis in 1655 rokers naar Siberië liet deporteren.

<sup>5</sup> Zie SEUTIN, V., *Le Tabac en question*, Mardaga, Bruxelles, 2020, p. 22.



schadelijk voor de gezondheid en anderzijds leidt het tot een verslavingssyndroom (zie verder 3.1 e.v.). Het gaat met andere woorden om een drug, sommigen beschouwen het als een *hard* drug.<sup>6</sup> Stoppen met roken veroorzaakt dan ook ontwenningssverschijnselen voor een regelmatige gebruiker. Deze evolutie van de beeldvorming inzake tabak ligt aan de basis van maatregelen, reglementeringen en wetgevingen die steeds stringenter worden maar tot op heden nog niet hebben geleid tot het catalogeren als een illegale drugs.

Het gebruik van drugs is een universeel fenomeen<sup>7</sup>, ook al wordt het type product dat wordt gebruikt, bepaald door de historisch-culturele context. Volgens bepaalde auteurs<sup>8</sup> wordt dat universeel karakter verklaard door het feit dat een verslaving een manier zou zijn om met de complexiteit en de onzekerheid die verbonden is aan de menselijke conditie om te gaan. Men houdt er dus best rekening mee dat er naast fysieke ontwenningssverschijnselen ook psychische ontwenningssverschijnselen kunnen optreden, wanneer men mensen de toegang tot hun drug ontzegt.

Het feit dat tabak tot de categorie van gemakkelijk toegankelijke drugs behoort, maakt de strijd tegen de gevolgen van het gebruik voor de gezondheid een stuk ingewikkelder. Het is algemeen aanvaard dat de overheid ter bescherming van de volksgezondheid inspanningen moet doen om het roken te ontraden en te bemoeilijken, extra te belasten, en te denormaliseren.

## 2.2. Sociologische aspecten van roken

Tabaksgebruik draait niet om individuen die losstaan van invloeden van buitenaf. De sociale context heeft een belangrijke invloed op het tabaksgebruik. Er zijn grote sociale verschillen vastgesteld.<sup>9</sup> Hoewel de prijs van sigaretten regelmatig wordt verhoogd, blijkt het percentage rokers onder kansarmen en ongeschoolden op dit moment duidelijk hoger te liggen, in die mate dat roken kan worden beschouwd als een indicator van sociale ongelijkheid.<sup>10</sup>

De sociale context van de nabije omgeving speelt ook een faciliterende rol: de aanwezigheid van meerdere rokers in het gezin, of meer nog in groepen van vrienden, collega's of

---

<sup>6</sup> Zie SEUTIN, V., op. cit., pp. 43-48.

<sup>7</sup> Zie QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie. Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, pp. 24-26.

<sup>8</sup> Zie bijvoorbeeld QUINTIN, J., op. cit., p. 17 : “Nous devons considérer la toxicomanie comme une expérience où se révèle l'essence de la condition humaine”.

<sup>9</sup> Zie bijvoorbeeld: GOFFETTE, C., “Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. Une analyse des pratiques tabagiques au sein des ménages sur données françaises”, *Revue française de sociologie*, vol. 57, nr. 2, 2016, pp. 213-239.

<sup>10</sup> Cijfers van de WHO, 26 juli 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>: “Over 80% of the 1.3 billion tobacco users live in low- and middle-income countries”.

leeftijdgenoten, zet individuen aan tot consumeren.<sup>11</sup> Dit kan mee verklaren waarom roken in psychiatrische instellingen zo ‘aanstekelijk’ is.<sup>12</sup>

Doorheen de tijd genomen zit er echter geen constante in de sociologische kenmerken van rokers. Zodra tabak in Europa verscheen, werd het gebruik ervan snel populair. Vanwege de vermeende geneeskrachtige werking, maar ook voor recreatief gebruik, was het lange tijd mode om tabak te gebruiken.<sup>13</sup> Sigaretten deden in de 19e eeuw hun intrede en er ontstond al snel een bloeiende handel in het product. De twee wereldoorlogen verspreidden het sigarettengebruik onder de soldaten en de bevolking. Vooral na de tweede wereldoorlog nam de consumptie op wereldschaal fors toe. Als gevolg van het antirookbeleid en bewustmakingscampagnes is het aantal rokers de afgelopen decennia echter geleidelijk gedaald. In België bijvoorbeeld is het percentage rokers gedaald van 30% in 1998 tot 23% in 2013 en 19% in 2018.<sup>14</sup>

Hoewel vandaag het aantal rokers vooral hoog ligt bij laaggeschoolden, was dit niet altijd het geval. Het tabaksgebruik verspreidde zich in eerste instantie onder de bevoorrechte en gecultiveerde klassen, breidde zich vervolgens uit tot de middenklasse, waarna de onderverdeling werd omgekeerd, met een terugval in de bevoorrechte klassen en een toename in de armere bevolkingsgroepen. Deze ontwikkeling heeft zich voltrokken met een verschil in tijd tussen mannen en vrouwen.

Zoals het in 1980 gepubliceerde Black Report<sup>15</sup> aantoont, spelen sociologische determinanten een aanzienlijke rol in de gezondheidstoestand van individuen en in hun levensverwachting. Roken in combinatie met minder goede levensomstandigheden draagt sterk bij tot een slechtere gezondheid en een kortere levensverwachting. Dit wordt bevestigd door de Hoge Gezondheidsraad (HGR): "*Roken is vandaag een van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsongelijkheid. Roken hangt sterk samen met een maatschappelijk kwetsbare positie (psychiatrische patiënten, mensen in gevangenissen, mensen met een zwak opleidingsniveau, enz.)*"<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> GOFFETTE, C., op. cit.

<sup>12</sup> Zie punt 2.3 hieronder.

<sup>13</sup> Dit blijkt onder meer uit deze zin van Molière: "Er gaat niets boven tabak: het is de hartstocht van eerlijke mensen, en wie zonder tabak leeft, is het niet waard te leven". MOLIÈRE, *Dom Juan*, Act I, scene I. Originele versie: "Il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac est indigne de vivre".

<sup>14</sup> Bron: *Health Interview Survey*, Sciensano, 1997-2018, <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-0>.

<sup>15</sup> Zie [https://en.wikipedia.org/wiki/Black\\_Report](https://en.wikipedia.org/wiki/Black_Report).

Het *Black Report* werd in 1980 gepubliceerd door het *Department of Health and Security* van het Verenigd Koninkrijk om gezondheidsongelijkheid te analyseren. Een jaar later bepleitte een van de auteurs, Douglas Black, in *The Lancet* duidelijke aanbevelingen ter bestrijding van het roken, dat werd aangeklaagd als een van de belangrijkste factoren in de verslechtering van de gezondheid: BLACK, D., "Smoking and the Black Report", *The Lancet*, januari 1981, p. 280.

<sup>16</sup> HGR, Advies nr. 9549, "Elektronische sigaret: evolutie", juni 2022, p. 8.

## 2.3. Epidemiologische aspecten van roken

De Wereldgezondheidsorganisatie (verder aangeduid als WHO) beschouwt roken als een epidemie. Ze noemt het een "*menselijke en economische tragedie*" en een "*van de grootste bedreigingen voor de mondiale volksgezondheid ooit*". In juli 2021 schatte de WHO dat de komende jaren telkens meer dan 8 miljoen mensen aan tabak zullen sterven, waarvan 7 miljoen rokers en 1 miljoen slachtoffers van passief roken.<sup>17</sup> Dit komt overeen met 15 tot 16% van het wereldwijde aantal sterfgevallen.

Dit alles bracht de WHO ertoe een kaderovereenkomst voor de bestrijding van het tabaksgebruik voor te stellen.<sup>18</sup> Deze *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* werd in 2003 unaniem aangenomen en is op 27 februari 2005 in een groot aantal landen, waaronder ook de EU, in werking getreden. De tekst vermeldt de noodzaak van bescherming tegen blootstelling aan rook en bevestigt het belang van strategieën om het aanbod te doen dalen in combinatie met strategieën om de vraag te doen dalen. In 2007 introduceerde de WHO een praktische, kosteneffectieve manier om de uitvoering van de belangrijkste vraagbeperkende bepalingen van de WHO FCTC in de praktijk op te voeren, de MPOWER-maatregelen. Sinds 2007 monitort de WHO ook het beleid hieromtrent.<sup>19</sup>

In België schommelt de prevalentie van rokers de laatste jaren rond 20%, d.w.z. dat ongeveer één Belg op vijf rookt.<sup>20</sup> Tabaksgebruik komt vaker voor bij mannen, in de lagere sociaaleconomische klassen en in de leeftijdsgroep 25-35 jaar. Dit aandeel daalt in vergelijking met de voorgaande decennia. Uit de meest recente gegevens blijkt echter dat de neerwaartse trend in het roken is gekeerd: een rapport van Sciensano<sup>21</sup> wijst op een rookcijfer van 23%, gemeten in december 2020, en stelt dat "*ongeveer 50-60% van de rokers [...] tijdens de gezondheidscrisis hun rookgewoonten [heeft] veranderd*". Volgens de HGR "*is in België nog steeds 1 op de 7 sterfgevallen te wijten aan een tabaksgerelateerde ziekte. Er sterven elk jaar zo'n 14 000 Belgen vroegtijdig aan de gevolgen van roken*"<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> Cijfers WHO, *World Health Organisation* (hierna WHO), 26 juli 2021: [Tabac \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/tobacco). Originele versie: "tragédie humaine et économique" ; "L'épidémie de tabagisme est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale".

<sup>18</sup> WHO: <https://fctc.who.int/>.

<sup>19</sup> De WHO omschrijft deze MPOWER-maatregelen als volgt (<https://www.who.int/initiatives/mpower>):

- Monitor tobacco use and prevention policies
- Protect people from tobacco use
- Offer help to quit tobacco use
- Warn about the dangers of tobacco
- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
- Raise taxes on tobacco.

<sup>20</sup> "België telt 19% rokers; 15% dagelijkse rokers (19% bij mannen, 12% bij vrouwen) en 4% occasionele rokers" in "Gebruik van tabak; Gezondheidsenquête 2018", Sciensano, oktober 2019, p. 6.

<sup>21</sup> "Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête; eerste resultaten", Sciensano, december 2020, p. 43.

<sup>22</sup> HGR, Advies nr. 9549, op. cit., p. 68.

Het percentage rokers blijkt bijzonder hoog te zijn bij patiënten met een psychiatrische aandoening. “*De frequentie van roken bij patiënten met schizofrenie varieert tussen 60 en 90% van de proefpersonen, afhankelijk van de studie, vergeleken met 23 tot 30% in de algemene bevolking.*”<sup>23</sup> Vertegenwoordigers van de FPC’s in Gent en Antwerpen melden dat 80% van de patiënten rokers zijn. Op dergelijke plaatsen heerst een soort *rookcultuur* die ervoor kan zorgen dat ook niet-rokers die daar aankomen na verloop van tijd beginnen te roken. Zowel onder de patiënten als onder het personeel zijn er een aantal “neo-rokers”, d.w.z. mensen die bij aankomst niet-rokers waren en die beginnen te roken wanneer zij met anderen in contact komen.

In psychiatrische instellingen en afdelingen blijkt bovendien dat niet alleen onder de patiëntenpopulatie, maar ook onder het personeel bovengemiddeld veel wordt gerookt. Samen roken wordt door het personeel soms gezien als een manier om de dialoog met patiënten te vergemakkelijken. Roken dient als afleiding en zou ook een sociale functie vervullen. Veel interacties vinden plaats bij en rond het gebruik van tabak: discussies, uitwisselingen, maar ook smokkel, conflicten, zelfs geweld. Tot voor kort leek er in veel psychiatrische inrichtingen een hoge tolerantie voor roken te bestaan. In dit opzicht is de situatie aan het veranderen: de betrokken afdelingen worden zich steeds meer bewust van het gevaar van roken voor de gezondheid van deze bijzonder kwetsbare bevolkingsgroep, voor de schade aan derden (personeel en patiënten die niet roken, maar passief meeroken) en de negatieve gevolgen van het roken voor de algemene werking.

---

<sup>23</sup> DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., “Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques”, in *L’Encéphale*, 2008, vol. 34, nr.3, pp. 299-305. Originele versie : “La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 et 90 % des sujets selon les études contre 23 à 30% en population générale”.

### 3. Gezondheids- en veiligheidsaspecten

#### Voorafgaande opmerking:

**De gezondheidsaspecten in verband met roken of tabaksgebruik worden in dit deel vrij uitvoerig besproken. Een samenvatting van deze aspecten is te vinden in punt 3.7.**

Tabak werd in Europa eerst gebruikt als een geneeskrachtig middel en lange tijd liepen de meningen van medici over de heilzame of schadelijke effecten voor de gezondheid uiteen. In 1885 schreef dokter Pécholier in de *Dictionnaire des Sciences médicales*: "(...) Wanneer een stof zulke krachtige effecten op het levende lichaam blijkt te hebben als tabak en nicotine, menen we dat deze in staat moeten word geacht therapeutische veranderingen van de eerste orde teweeg te brengen"<sup>24</sup>. Jules Rochard, lid van de Franse *Académie de Médecine*, publiceerde in 1892 in de *Revue des Deux-Mondes* daarentegen een artikel getiteld "*Le Tabac*"<sup>25</sup>, waarin hij pleitte voor een wetenschappelijke benadering van het onderwerp.<sup>26</sup> Hij wijst op het giftige karakter van het product, maar blijft het in de categorie van geneeskrachtige planten plaatsen: "*Tabak is een gif, zoals de meeste nachtschadeachtigen en zoals een heleboel planten die de geneeskunde dagelijks gebruikt*".<sup>27</sup> In hetzelfde artikel gaat hij in op de neiging tot afhankelijkheid.<sup>28</sup>

Ondanks deze vroege waarschuwingen ontstond er pas in de tweede helft van de 20e eeuw consensus over de gevaren van tabak. In 1950 publiceerden Wynder en Graham een onderzoek getiteld "*Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma: A Study of 684 Proved Cases*"<sup>29</sup>. Kort daarna bevestigden de epidemiologen Doll en Hill het verband tussen tabaksgebruik en bronchiale kanker. In 1962 bracht het *Royal College of Physicians* een rapport uit waarin een aanzienlijke toename van tongkanker bij zware rokers werd

---

<sup>24</sup> Geciteerd in SEUTIN, V., op. cit., p. 21.

Originele versie : "(...) Lorsqu'on trouve dans une substance des effets aussi énergiques sur le corps vivant que ceux du tabac et de la nicotine, nous estimons qu'on doit les croire capables de produire des modifications thérapeutiques de premier ordre".

<sup>25</sup> ROCHARD, J., "Le Tabac", in *La Revue des Deux-Mondes*, 3e période, Deel 109, 1892, pp. 414-443.

<sup>26</sup> "(...) de natuurwetenschappen, de fysiologie en de gezondheidsleer dienen de experimentele grondslagen te leveren waarop zij hun beoordelingen kunnen baseren".

Originele versie : "(...) c'est aux sciences naturelles, à la physiologie et à l'hygiène qu'il appartient de leur fournir les bases expérimentales sur lesquelles peuvent se fonder leurs appréciations".

<sup>27</sup> Originele versie: "Le tabac est un poison, comme la plupart des solanées, comme une foule de plantes que la médecine utilise tous les jours".

<sup>28</sup> "Dit is een zeer interessant verschijnsel, dat verklaart hoe gemakkelijk mensen aan tabaksgebruik wennen. Er treedt een snelle tolerantie op onder invloed van geleidelijk toenemende doses".

Originele versie: "On observe alors un phénomène des plus intéressants et qui explique la facilité avec laquelle on s'habitue à l'usage du tabac. C'est la tolérance rapide qui s'établit sous l'influence de doses graduellement croissantes".

<sup>29</sup> WYNDER, E., GRAHAM, E., "Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases", *Journal of the American Medical Association*, vol. 143, nr. 4, 1950, pp. 329-336.

geconstateerd.<sup>30</sup> Sindsdien waarschuwen artsen en wetenschappers jaar in jaar uit voor de aanzienlijke gezondheidsrisico's van tabak, niet alleen voor de gezondheid van de rokers zelf, maar ook voor de gezondheid van niet-rokers die aan de rook worden blootgesteld. Deze rook leidt tot grote schadelijke effecten op het vlak van pathologieën, een hoger sterftecijfer, maar ook sociale kosten.

### 3.1. Neurobiologische aspecten: toxiciteit en verslaving

Tabak bestaat uit een zeer groot aantal chemische verbindingen (meer dan 5.000), waarvan het merendeel koolhydraten zijn.<sup>31</sup> De **toxiciteit** van de rook die bij de verbranding van tabak ontstaat, is het gevolg van de gecombineerde werking van verschillende elementen: stoffen eigen aan de plant (nitrosaminen, koolwaterstoffen, zware metalen, enz.), additieven die door de fabrikanten worden toegevoegd om de smaak van sigaretten te wijzigen of het verslavende effect te versterken, en de productie van koolmonoxide (CO) bij de verbranding. Van verschillende van deze stoffen (nitrosamine, benzeen, cadmium) is bekend dat zij kankerverwekkend zijn. Koolmonoxide bindt zich aan hemoglobine (carboxyhemoglobine), waardoor er minder zuurstof beschikbaar is voor de weefsels (hypoxie); dit verklaart de hoofdpijn of duizeligheid die sommige rokers ondervinden. Er bestaan verschillende inventarissen van de stoffen die verantwoordelijk zijn voor de toxiciteit van sigaretten. Op de lijst die in 2012 door de *Food and Drug Administration* is opgesteld, staan er 93.<sup>32</sup>

Maar het gevaar van tabak is ook verbonden met de krachtige **verslavende werking** van nicotine. Nicotine is een van de meest verslavende drugs<sup>33</sup>, wellicht door de zeer snelle penetratie in de hersenen<sup>34</sup>. Door een neurotransmitter (acetylcholine) na te bootsen, bindt het zich aan neuronale receptoren van het nicotine-type en activeert deze. Dit heeft een stimulerend effect op het centrale zenuwstelsel, met name op het zogenaamde "beloningscentrum", met een toename van de dopamine-afgifte. Het dopaminesysteem is in gunstige zin betrokken bij cognitieve vermogens, alertheid, alsook bij het leerproces via beloningen (bekrachtiging). De nicotinereceptoren worden echter snel gedesactiveerd, waardoor de subjectieve effecten die de roker ervaart, afnemen en de behoefte om te roken opnieuw ontstaat. Op lange termijn treedt een diepgaande en blijvende verandering op in de fysiologie van de nicotinereceptoren en in alle betrokken cerebrale circuits. Deze verandering

---

<sup>30</sup> Royal College of Physicians, *Smoking and Health*, Londen, Pitman Medical, 1962; Royal College of Physicians, *Smoking or Health Now*, Londen, Pitman Medical, 1971, geciteerd in Godeau, Eric. "Comment le tabac est-il devenu une drogue? La société française et le tabac de 1950 à nos jours", *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 102, nr. 2, 2009, pp. 105-115.

<sup>31</sup> Voor deze paragraaf, zie DEVILLE, M., CHARLIER, C., Hoofdstuk 2, in SEUTIN, V., *op.cit.*, p. 27-37.

<sup>32</sup> FOOD and DRUG ADMINISTRATION, "Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke; Established List", *Federal Register*, vol. 77, nr. 64, 2012, pp. 20034-20037.

<sup>33</sup> FAURE Ph, SEUTIN, V., in SEUTIN, V., *op.cit.*, p. 54.

<sup>34</sup> FAURE Ph, SEUTIN, V., in SEUTIN, V., *op.cit.*, p. 54: nicotine zou ongeveer tien seconden na inhalatie een effect hebben op het centrale zenuwstelsel.

is verantwoordelijk voor de grote moeilijkheden die rokers ondervinden bij het duurzaam stoppen met roken.

Bijgevolg kan men stellen dat tabak niet alleen tot een vorm van afhankelijkheid, maar tot echte verslaving leidt. De verslavende werking is gebaseerd op drie eigenschappen. Vooreerst is er het verlies van controle: ondanks het feit dat de roker de risico's kent, is hij niet in staat het roken te laten. Ten tweede is er het automatisme van de consumptie, die dwangmatig wordt. Ten slotte leiden deze twee mechanismen tot een herleiding van het mentale leven van het individu tot alles wat met deze drug te maken heeft. Vanuit therapeutisch oogpunt betekent dit dat voor een eventuele ontwenning de hulp niet enkel gericht dient te zijn op de lichamelijke en psychische afhankelijkheid, maar ook op de mentale inhoud (met als doel de bezigheden rondom roken te vervangen door iets anders), zo niet zal er terugval optreden.

### 3.2. Tabaksgebruik en somatische gezondheid

Tabaksgebruik is verantwoordelijk voor talrijke pathologieën die vooral de ademhalingswegen en het hart- en vaatstelsel aantasten. Het is ook een van de belangrijkste oorzaken voor kanker.

Het gehele **ademhalingsstelsel**, van het Neus-Keel-Oor-gebied tot de longblaasjes, is vatbaar voor aantasting. Wanneer mensen rook inademen, werken hun longen als een filter en vangen giftige stoffen op. Verschillende stoffen (polycyclische koolwaterstoffen, stikstofdioxide, ammoniak, fenolen, enz.) die in ingeademde rook aanwezig zijn, veroorzaken irritatie van de slijmvliezen van de luchtwegen, wat op lange termijn leidt tot een chronisch ontstekingsproces. De slijmvliezen worden gevoeliger voor besmettelijke agentia. Geleidelijk aan ontwikkelen zich chronische obstructieve bronchitis en emfyseem (chronische obstructieve longziekte of COPD). Klinisch zijn de belangrijkste symptomen een chronische hoest, ophoesten van fluïmen en ademhalingsmoeilijkheden (dyspneu) met een progressie naar ademhalingsinsufficiëntie.

Tabak is ook een echt vergif voor het **cardiovasculaire systeem** via verschillende mechanismen.<sup>35</sup> Ingeademde koolmonoxide vermindert de hoeveelheid zuurstof in het bloed en is bovendien een krachtige vasoconstrictor die geleidelijk veranderingen van de vaatwanden veroorzaakt (vaatvernauwing). Nicotine heeft een hypertensieve werking en veroorzaakt een verhoogde hartslag. De aerosolresten (teer) veroorzaken irritatie van de vaatwanden, hetgeen leidt tot chronische ontstekingen, de vorming van kleine bloedklonters

---

<sup>35</sup> Zie WHO: Werelddag zonder tabak 2018. *Tabak breekt je hart: kies voor gezondheid, niet voor tabak*. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272810/WHO-NMH-PND-18.4-fre.pdf>.

en uiteindelijk vernauwing van de vaten. Dit leidt tot hypercoagulabiliteit<sup>36</sup> en de vorming van atheromateuze laesies<sup>37</sup>. De klinische gevolgen zijn aanzienlijk: hoge bloeddruk, infarct, beroerte, aneurysma, bloedklonters, arteritis. Het is belangrijk op te merken dat het risico op aantasting van het cardiovasculaire systeem toeneemt bij gebruik van orale anticonceptiva of bepaalde antipsychotica. Het tabaksgebruik vormt dan ook een **groot gevaar voor het cardiovasculaire systeem**, met een sterk verhoogd sterftcijfer als gevolg. De schadelijke effecten kunnen vroeg optreden en bij een relatief lage consumptiedrempel.<sup>38</sup> *“Roken blijft een van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten (CVD). Het risico op een ischemische beroerte wordt bij rokers namelijk verdubbeld en het risico op een myocardinfarct verdrievoudigd”*.<sup>39</sup>

Een van de grootste risico's van tabaksgebruik is natuurlijk het risico op **kanker**. De WHO is van mening dat *“roken verantwoordelijk is voor 25% van alle sterfgevallen door kanker wereldwijd, en de belangrijkste oorzaak van longkanker is”*.<sup>40</sup> Naast bronchiale kanker neemt de incidentie van kanker bij rokers toe in andere organen: mondholte, tong, larynx, slokdarm en blaas.

De lijst van potentiële gezondheidsrisico's voor rokers omvat verder problemen inzake seksualiteit en vruchtbaarheid, problemen inzake mondgezondheid, huidveranderingen... alsmede gevaren voor de foetus tijdens de zwangerschap bij rokende moeders.

### 3.3. Tabaksgebruik en geestelijke gezondheid

Co-morbiditeit tussen roken en psychische stoornissen komt zeer vaak voor. Dit blijkt uit waarnemingen van artsen en wordt bevestigd door talrijke studies.<sup>41</sup> Verscheidene auteurs concluderen daaruit dat het noodzakelijk is om het stoppen met roken proactief te

---

<sup>36</sup> D.w.z. een verhoogde stollingsneiging.

<sup>37</sup> Vorming van plaques bestaande uit vetafzettingen op de binnenwand van de slagaders; deze plaques veranderen uiteindelijk de wand en verzwakken deze wat kan leiden tot scheuren of arteriële obstructies.

<sup>38</sup> Zie bijvoorbeeld: “Tabac et maladies cardio-vasculaires : le point sur la connaissance des français. baromètre de santé publique 2019”. Santé publique France, januari 2021.

<sup>39</sup> Ibidem, p. 12. Originele versie : “Le tabagisme reste l’un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV). En effet, le risque d’accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est multiplié par deux chez les fumeurs et le risque d’infarctus du myocarde par trois”.

<sup>40</sup> World Cancer Day: know the facts – tobacco and alcohol both cause cancer (who.int). Originele versie: “Tobacco use accounts for 25% of all cancer deaths globally and is the primary cause of lung cancer”.

<sup>41</sup> Zie bijvoorbeeld: JOHN, U, MEYER, C, RUMPF, HJ, HAPKE, U., “Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years”, *Drug Alcohol Dependence*, vol. 76, nr. 3, 2004, p. 287-295.

In zijn advies nr. 9549 van juni 2022 vermeldt de HGR dat “ongeveer de helft van alle verhandelde sigaretten in onze Westerse samenleving aan mensen met een psychische aandoening worden verkocht”, p. 58.



ondersteunen bij dit type van co-morbiditeit.<sup>42</sup> Studies tonen ook aan hoe mensen met psychische stoornissen voortijdig sterven, niet alleen vanwege hun psychiatrische pathologie, maar vaak ook vanwege complicaties die verband houden met zwaar roken.<sup>43</sup>

Overigens blijkt het verband tussen roken en geestelijke gezondheid zeer complex te zijn en moet het ongetwijfeld nog verder worden opgehelderd. Dit verband wordt vaak genoemd bij stemmingsstoornissen (waaronder depressie en bipolariteit), of bij angststoornissen. Het percentage rokers bij mensen met een depressie is aanzienlijk. Daarnaast zijn er gevallen van depressieve decompensatie beschreven na het stoppen met roken. Omgekeerd kunnen bij chronische rokers depressieve symptomen optreden.<sup>44</sup> Op dit moment lijkt het moeilijk om een keuze te maken tussen de hypothesen van de vermeende depressieve of antidepressieve eigenschappen van nicotine.<sup>45</sup>

Onder patiënten met schizofrenie ligt het percentage rokers ook hoog. Vaak is er sprake van een ernstige mate van afhankelijkheid, hetgeen deels hun lagere levensverwachting verklaart door het optreden van kanker, aandoeningen van de luchtwegen of hart- en vaatziekten. *“Patiënten met schizofrenie inhaleren de rook dieper, ze onttrekken meer nicotine aan een sigaret dan de personen in de controlegroep. De tabaksverslaving binnen deze populatie is ernstig”*.<sup>46</sup> Het roken zelf zou weinig effect hebben op de specifieke symptomen van deze aandoening. Algemeen wordt aangenomen dat roken een vorm van zelfmedicatie kan zijn doordat het spanningen verlicht of de cognitieve vermogens van deze patiënten verbetert.<sup>47</sup> Dit zou kunnen verklaren waarom zij specifiek gevoelig zijn voor het product en waarom ze er in zulke hoge mate afhankelijk van zijn.<sup>48</sup> Volgens sommige auteurs lijkt dit heilzame aspect echter relatief beperkt en is het wellicht van voorbijgaande aard.<sup>49</sup>

---

<sup>42</sup> Ibid. of AUBIN, H.-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., “Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 36, nr. 1, 2012, pp. 271-284, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21723317/>

<sup>43</sup> Zie advies HGR nr. 9549, op. cit., p. 63. De HGR citeert studies die een vermindering van de levensverwachting met 13 tot 20 jaar aantonen.

<sup>44</sup> KLUNGSØYR, O., NYGÅRD, J., SØRENSEN, T., SANDANGER, I., “Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 163, n°5, 2006, pp. 421-432, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16394201/> : “The risk of depression was four times as high for heavy smokers compared with never smokers.”

<sup>45</sup> PINTO, E., “La nicotine aide-t-elle à lutter contre la dépression et l’anxiété?” in SEUTIN, V., op.cit., pp. 77-81.

<sup>46</sup> DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., op. cit. Originele versie : “Les patients schizophrènes inhalent la fumée plus profondément, leur taux d’extraction de nicotine par cigarette est plus élevé que celui des sujets témoins. La dépendance tabagique est sévère dans cette population”.

<sup>47</sup> AUBIN, H.-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., op. cit.

<sup>48</sup> SACCO, K., BANNON, K., GEORGE, T., “Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders”, *J. Psychopharmacol.*, vol. 18, n°4, 2004, pp. 457-474, [Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15111111/).

<sup>49</sup> DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., op. cit.

Overigens moet bij het gebruik van psychotrope medicatie rekening worden gehouden met de rookstatus van patiënten. Door de effecten op het cardiovasculaire systeem versterkt roken de schadelijke metabolische effecten van sommige antipsychotica. In het geval van een behandeling met clozapine of haloperidol is bijvoorbeeld waakzaamheid geboden, omdat roken de bloedspiegel van de molecule verlaagt en daardoor ook de klinische werkzaamheid ervan. Omgekeerd kan abrupt stoppen met roken leiden tot een overdosering. Dit alles wijst op de noodzaak van een alomvattende visie op de gezondheid, met een optimale coördinatie tussen psychiatrische en somatische zorg.

### 3.4. Collectieve gezondheid: passief roken

Passief roken wordt gedefinieerd als het onvrijwillig inhaleren van rook die afkomstig is van een roker in je omgeving. In gesloten ruimten kan de hoeveelheid rook die niet-rokers inademen, aanzienlijk zijn. De rook die door de roker wordt uitgeademd, ‘omgevingsrook’<sup>50</sup> genaamd, is gevaarlijk omdat deze hoge concentraties giftige stoffen bevat.<sup>51</sup> Daarom is ook passief roken een gevaar voor de gezondheid, weliswaar niet zo groot als voor de roker zelf, maar niettemin significant. Het risico op bronchiale kanker zou bijvoorbeeld verdubbelen in vergelijking met niet-blootgestelde personen.<sup>52</sup> Dit gevaar is des te groter als personen regelmatig worden blootgesteld en dit verschijnsel al op vroege leeftijd begint. Vooral jonge kinderen zijn er potentieel slachtoffer van (verhoogd risico op astma). Volgens de WHO is er geen drempel waaronder passieve blootstelling aan tabaksrook veilig is.<sup>53</sup>

### 3.5. Veiligheidsrisico vanwege brandgevaar

Naast deze gezondheidsrisico's houdt het roken in gesloten instellingen ook een incidenteel risico in voor de roker of derden, met name het brandgevaar vanwege slecht gedoofde sigaretten. Het gaat hierbij om een verhoogd risico vanwege het feit dat het gaat om patiënten met een psychiatrische aandoening die onder psychotrope medicatie kunnen staan. Deze patiënten hebben daarom mogelijk ook geen vrije toegang tot lucifers, aanstekers of andere middelen om vuur te maken om te kunnen roken. Bijgevolg is bij het roken een permanente begeleiding nodig, wat een bijkomende belasting inhoudt voor het personeel en een uitdaging is voor de werking van de instelling.

---

<sup>50</sup> De rook die door de roker wordt uitgeademd, wordt ook wel tertiaire rook genoemd wanneer het gaat om de rook die in de lucht terecht komt en quaternaire rook wanneer het gaat om de rook die in stoffen, haar, tapijten ... blijft hangen.

<sup>51</sup> BARTSCH, P., “Le tabagisme passif est-il moins grave que le tabagisme actif?” in SEUTIN, V., op. cit., pp. 91-93. Volgens P. Bartsch is de concentratie van kankerverwekkende stoffen in omgevingsrook zelfs nog hoger dan in de rook die de roker inhaleert.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> WHO 26 juli 2021: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#>.

### 3.6. Therapeutische aspecten en preventie

Gelet op de gevaren die het roken met zich meebrengt voor de gezondheid is stoppen met roken een aan te bevelen doelstelling die gestimuleerd dient te worden. Vanwege de sterke verslavende werking is tabaksontwenning echter een grote uitdaging waarbij ondersteuning nodig is.

**Abrupt stoppen** is duidelijk te verkiezen boven minderen, aangezien de toxiciteit en de verslavende werking zelfs bij gering tabaksgebruik blijven bestaan. Het is mogelijk, maar moeilijk. Dit is in het bijzonder het geval voor patiënten met psychische aandoeningen. Op gesloten afdelingen kan het plotseling moeten stoppen bovendien leiden tot spanningen, agressie en geweld. Sommige studies melden dat in één keer stoppen aanzienlijk succesvoller is voor het bereiken van abstinentie op lange termijn dan geleidelijk stoppen met roken.<sup>54</sup>

**Geleidelijk stoppen** heeft het voordeel dat het *“een gunstig effect heeft op de neurologische aanpassing die door het roken wordt teweeggebracht”*<sup>55</sup>, hetgeen leidt tot een vermindering van de drang om te consumeren (“craving”), waardoor een opwaartse spiraal op gang wordt gebracht. Bovendien draagt het geleidelijk kunnen verminderen van het gebruik bij aan de tevredenheid en het zelfvertrouwen van de roker.

Er bestaan verschillende soorten **hulpmiddelen om te stoppen met roken**, waarvan de elektronische sigaret, nicotinevervangende middelen (pleisters, sprays, kauwgom) en geneesmiddelen (bupropion, varenicline) de meest voorkomende zijn. Soms worden bepaalde vormen van alternatieve therapie gebruikt (hypnose, acupunctuur).

De **elektronische sigaret** is een apparaat die een ‘e-liquid’ verdampt door een elektrische weerstand te verhitten. De e-liquid bevat een mengsel van propyleenglycol, glycerine, eventueel nicotine en verschillende smaakstoffen. De term ‘vaping’ verwijst meestal naar het gebruik van een elektronische sigaret. In 2015 heeft de Hoge Gezondheidsraad (hierna HGR) een advies uitgebracht over dit onderwerp<sup>56</sup>. In 2022 heeft de HGR een bijgewerkt advies uitgebracht. De conclusies van beide adviezen gaan in dezelfde richting, namelijk dat hoewel ‘vaping’ de verslaving aan nicotine en de handeling van het roken niet doet verdwijnen, het wel kan bijdragen aan de strijd tegen het tabaksgebruik. Doordat stoffen gerelateerd aan tabak

---

<sup>54</sup> LINDSON-HAWLEY, N. , BANTING, M. , WEST,R. ,MICHIE, S., SHINKING, B., AVEYARD, P., “Gradual versus abrupt smoking cessation: a randomized, controlled non inferiority trial”, *Annal of Internal Medicine*, 2016, vol. 164, nr. 9, pp. 585-592, geciteerd in DELVAUX, M., DOR, B., “Comment peut-on se débarrasser du tabac?” in SEUTIN, V., op. cit., p. 129: 22% volledige rookstop in de abrupt stoppende groep, tegenover 15% in de geleidelijk stoppende groep.

<sup>55</sup> DELVAUX, M., DOR, B., “Comment peut-on se débarrasser du tabac?” in SEUTIN, V., op. cit., p.128. Originele versie : “un effet favorable sur la neuro-adaptation induite par le tabagisme”.

<sup>56</sup> HGR, Advies nr. 9265, "Stand van zaken: elektronische sigaret", oktober 2015.

en de verbranding ervan worden vermeden, blijkt de e-sigaret minder ongezond en minder giftig te zijn dan de traditionele sigaret. Er blijft echter onzekerheid bestaan over de mogelijke toxische effecten van de inademing van oplosmiddelen en aroma's op de middellange tot lange termijn. “Volgens de huidige kennis zou het exclusief gebruik van e-sigaretten voor (ex-)rokers, op voorwaarde dat ze effectief stoppen met roken, kunnen leiden tot een duidelijke daling van de gezondheidsrisico's.”<sup>57</sup> Longartsen zijn van mening dat de e-sigaret het beste kan worden beschouwd als een nuttige maar tijdelijke stap richting abstinentie. In vergelijking met de gewone sigaret zijn de schadelijke gevolgen voor wie passief meerookt waarschijnlijk veel beperkter bij de elektronische sigaret.<sup>58</sup> Elektronisch roken produceert ook geen rook maar damp en laat nauwelijks een geur achter in de omgeving. Bij gebrek aan beschikbare gegevens en dit over een voldoende lange termijn bestaat er op het ogenblik van publicatie van dit advies echter nog geen zekerheid over de mogelijke schadelijke effecten van passief meeroken van e-sigaretten. Met name het gebruik van bepaalde oplosmiddelen, zou ook voor sommigen bepaalde schadelijke gevolgen kunnen hebben. Wat de kostprijs betreft, is vaping momenteel goedkoper voor rokers dan conventionele sigaretten.<sup>59</sup>

De **HNB-sigaret** (Heat not burn) is een tussenvorm tussen de klassieke sigaret en de elektronische sigaret. De HNB-sigaret bevat nog steeds tabak maar die wordt op lagere temperatuur verhit. In vergelijking met normale sigaretten, produceert de HNB-sigaret geen rook, geen as en minder geur. Deze sigaret is wel nog steeds toxisch: de gebruiker krijgt teer, nicotine en koolmonoxide binnen. Er zijn ook nog steeds schadelijke gevolgen voor wie passief meerookt.

**Nicotinevervangende middelen** zijn nuttig om mensen te helpen bij het stoppen met roken, mits ze onder begeleiding staan. In ongeveer 25-35% van de gevallen wordt met deze middelen het doel van abstinentie bereikt, naargelang één middel of een combinatie van middelen wordt gebruikt.<sup>60</sup> De gemiddelde behandelingsduur is drie maanden. Deze vervangmiddelen behouden weliswaar een verslavende werking, maar deze is beperkter vanwege de langzamere opname van nicotine. Ze hebben geen bijwerkingen en zijn beduidend minder schadelijk voor

---

<sup>57</sup> HGR, Advies nr. 9549, *op. cit.*, p. 7.

<sup>58</sup> De HGR citeert een blog van *Public health England*: “E-cigarette liquid is typically composed of nicotine, propylene glycol and/or glycerine, and flavourings. Unlike cigarettes, there is no side-stream vapour emitted by an e-cigarette into the atmosphere, just the exhaled aerosol. Our 2018 report found there have been no identified health risks of passive vaping to bystanders and our 2022 report will review the evidence again. People with asthma and other respiratory conditions can be sensitive to a range of environmental irritants, and PHE advises organisations to take this into account and make adjustments to policies where appropriate.” (zie HGR, Advies nr. 9549, *op. cit.*, p. 89).

<sup>59</sup> Zie de brochure van de Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw (VRGT) over de elektronische sigaret, p. 5: [Materiaal voor professionelen | Rookstop \(vrgt.be\)](#).

<sup>60</sup> “Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update”, *Clinical Practice Guideline*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Mei 2008, geciteerd in SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 140.

de gezondheid dan tabak. De kostprijs van nicotinevervangende middelen is aanzienlijk lager dan deze van sigaretten<sup>61</sup>.

Ook **geneesmiddelen** (bupropion, varenicline) zijn van belang. Er kan terughoudendheid bestaan om ze te gebruiken, vanwege hun ongewenste bijwerkingen (hoofdpijn, slapeloosheid). In geval van bepaalde comorbiditeiten (epilepsie, mentale stoornissen) moeten ze met omzichtigheid worden gebruikt. Voor sommige patiënten is de risico-batenverhouding bij het gebruik ervan gunstig<sup>62</sup>, althans buiten de psychiatrische context.

**Psychologische ondersteuning** is bijzonder nuttig, vooral bij patiënten met psychische stoornissen (motivatiegesprekken, psycho-educatie, gedragsmatige ondersteuning, psychotherapie, met name cognitieve gedragspsychotherapie, ...).

De positieve bijdrage van **alternatieve therapieën**, zoals hypnose en acupunctuur, is moeilijk te beoordelen en moet nog worden aangetoond. Aangezien hypnose haar waarde heeft bewezen in de anesthesie, waardoor de noodzakelijke doses medicatie verminderd kunnen worden, kan zij waarschijnlijk een gelijkaardige positieve steun bieden in de strijd tegen het roken, in aanvulling op andere middelen.<sup>63</sup> Wat acupunctuur betreft: sommige rokers geloven dat deze therapie hen heeft geholpen bij het stoppen met roken, maar dit is nog niet wetenschappelijk gevalideerd.

**In het geval van psychiatrische comorbiditeit** is de inzet van dezelfde therapeutische middelen als bij andere rokers tot op zekere hoogte doeltreffend, zij het minder dan bij de algemene bevolking<sup>64</sup>. De moeilijkheid om het volledig stoppen met roken te bereiken kan leiden tot een strategie van risicobeperking. Dit kan worden bereikt door het chronische sigarettenverbruik te verminderen of door vervangingsmiddelen te gebruiken. Een lager verbruik (minder dan 5 sigaretten per dag) wordt nog steeds in verband gebracht met een toename van mortaliteit en morbiditeit in vergelijking met helemaal geen verbruik<sup>65</sup>. Risicovermindering in de vorm van nicotinevervangers als eerste optie of elektronische sigaretten als tweede optie lijkt derhalve de voorkeur te verdienen.

---

<sup>61</sup> Sommige ziekenfondsen of organisaties (Tabakstop) bieden financiële hulp aan.

<sup>62</sup> ENGLEBERT, E., BARTSCH, P. "Est-il vrai que la varénicline et le bupropion donnent beaucoup d'effets indésirables?" in SEUTIN, V., op. cit., pp. 159-162.

<sup>63</sup> DELVAUX, M., ENGLEBERT, E., « Les médecines non conventionnelles aident-elles à arrêter de fumer? », in SEUTIN, V., op. cit., p. 170: « Mais qu'en est-il de l'intérêt de l'hypnose pour aider au sevrage tabagique ? Actuellement, il n'y a pas de preuve formelle de son efficacité ».

<sup>64</sup> PECKHAM, E., BRABYN, S., COOK, L., TEW, G., GILBODY, S., "Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis", *BMC Psychiatry*, vol. 17, nr. 252, 2017, pp. 1-18, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28705244/>.

<sup>65</sup> BERLIN, I., "La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac", in *Alcoologie et addictologie*, vol. 39, nr. 2, 2017, pp. 128-137 : "L'augmentation de mortalité ou de morbidité avec les cigarettes augmente de façon linéaire".

Ondanks de weinige waargenomen gunstige effecten, die soms als tijdelijk worden beschouwd en waarover de meningen vaak verdeeld zijn, lijkt het er bovendien op dat de baten-risicobalans voor de gezondheid in het voordeel blijft van een volledige rookstop bij mensen die lijden aan psychiatrische stoornissen, onder voorbehoud dat elke situatie afzonderlijk wordt beoordeeld en in overleg met de patiënt en zijn of haar multidisciplinair zorgteam.

Voor sommige deskundigen is abrupt stoppen bij psychotische patiënten medisch gezien niet verantwoord, en kan het zelfs gevaarlijk zijn vanwege het effect op de psychische symptomen<sup>66</sup>. Rokers met depressieve stoornissen lopen het hoogste risico op een episode van decompensatie wanneer zij stoppen met roken<sup>67</sup>.

In sommige adviezen met betrekking tot patiënten met een psychiatrische aandoening en een tabaksverslaving is men voor het gebruik van nicotinevervangende middelen als eerstelijnsbehandeling; deze zouden de voorkeur verdienen boven geneesmiddelen, aangezien bij deze laatste ernstige bijwerkingen zijn waargenomen in verband met ernstige depressie<sup>68</sup>. Wat schizofrenie betreft, concluderen de auteurs in een artikel uit 2013<sup>69</sup> dat *“bupropion het percentage abstinente rokers bij schizofrene patiënten verhoogt, zonder hun mentale toestand in gevaar te brengen. Varenicline kan dit aandeel ook verhogen, maar mogelijke nadelige psychiatrische effecten ervan kunnen niet worden uitgesloten”*. Uit de hoorzittingen van het Raadgevend Comité is gebleken dat bupropion niet de eerste keus is voor mensen met een psychiatrische aandoening.

De follow-up van de ontwenning bij patiënten met een psychiatrische problematiek is bijzonder delicaat en moeilijk met succes uit te voeren. De essentiële voorwaarde is de ‘bereidheid’ van de roker om in het proces mee te stappen, wat makkelijker zal zijn als er een klimaat wordt gecreëerd dat bevorderlijk is om te stoppen met roken. Elke vorm van ontwenning vereist bijzondere waakzaamheid, aandacht voor de dosering van psychotrope medicatie, goed opgeleid personeel, uitgebreide psychotherapeutische ondersteuning en een goede afstemming tussen psychologische en lichamelijke verzorging. De bewustmaking, motivatie en betrokkenheid van de psychiatrische zorgteams zijn cruciaal in dit proces. Indien mogelijk vindt er een regelmatige samenwerking met een tabakoloog plaats. Volgens het

---

<sup>66</sup> Er is sprake van negatieve effecten op de cognitieve vermogens, van een risico van verergering van aan antipsychotica gerelateerde anhedonie en van variaties in de dosering van psychotrope middelen. En als er een voorgeschiedenis van depressie is, is er een terugvalrisico.

<sup>67</sup> DUMONT, J., “L'évolution du tabagisme en psychiatrie”, in *Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme - dix ans de pistes de réflexion : recueil d'articles de référence*, FARES, 2019, p. 8.

<sup>68</sup> DUMONT, J., op. cit., p. 8.

<sup>69</sup> TSOI, D.T., PORWAL, M., WEBSTER, A.C., “Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia”, *Cochrane Database Systematic Review*, 2013. Originele versie: “Bupropion increases smoking abstinence rates in smokers with schizophrenia, without jeopardizing their mental state. Varenicline may also improve smoking cessation rates in schizophrenia, but its possible psychiatric adverse effects cannot be ruled out”.

reeds genoemde advies van de HGR van 2022 kan het gebruik van e-sigaretten een hulpmiddel zijn bij de tabaksontwenning bij rokers die lijden aan psychiatrische stoornissen: *“de e-sigaret zou een rol kunnen spelen voor rookstop bij specifieke doelgroepen, zoals mensen met psychische gezondheidsproblemen”*.<sup>70</sup> Er zijn nog extra inspanningen nodig om hierover te sensibiliseren en te informeren, vooral ten aanzien van psychiaters.<sup>71</sup>

Veel auteurs en artsen benadrukken de noodzaak van een **globale aanpak** bij elke behandeling gericht op het stoppen met roken. Dit betekent: juiste informatie verstrekken, lichamelijke en biologische parameters controleren, psychologische ondersteuning bieden, alternatieven voor het roken aanbieden, rekening houden met de sociaal-economische en gezinscontext. In het geval van mensen die in een gesloten omgeving leven, is het essentieel om het aspect van opsluiting in de therapeutische aanpak te integreren. Er is immers veel kans dat een poging tot ontwenning die niet wordt gecombineerd met zowel farmacologische als degelijke psychologische ondersteuning, mislukt.

De beste manier om het roken te bestrijden blijft echter **primaire preventie** (voorkomen dat mensen beginnen met roken). Deze is gebaseerd op zowel individuele bewustmaking als collectieve acties (onderwijs, voorlichtings- en bewustmakingscampagnes, bestrijding van reclame en van verraderlijke manieren om tabak te promoten, enz.).

### 3.7. Samenvatting van de gezondheidsaspecten

**Tabak werd lange tijd geclassificeerd als een medicinale plant, maar wordt nu universeel beschouwd als een gevaar voor de (volks)gezondheid. Het gebruik ervan houdt een morbiditeits- en mortaliteitsrisico in. Deze schade komt vooral tot uiting in luchtwegaandoeningen, hart- en vaatziekten en vormen van kanker. De effecten worden nog versterkt door het sterk verslavende karakter van nicotine. Ook bij de passieve roker zijn er duidelijk negatieve gevolgen voor de gezondheid.**

**De bestrijding van het tabaksgebruik is dan ook een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid, zowel in epidemiologisch opzicht, als wat betreft het aantal en de ernst van de ziektegevallen die het gevolg zijn van tabaksgebruik. Een doeltreffende strijd tegen het roken vereist een globale gezondheidsvisie alsmede een kwaliteitsvolle begeleiding en vrijwillige medewerking van de roker. Gezien de complexe wisselwerking tussen psychische pathologieën en roken is dit des te noodzakelijker voor rokers met een psychiatrische comorbiditeit, vooral wanneer zij in een gesloten omgeving zijn gehuisvest.**

---

<sup>70</sup> HGR, Advies nr. 9549, op. cit., p. 21.

<sup>71</sup> HGR, Advies nr. 9549, op. cit., p. 22.

## 4. Juridisch kader

### 4.1. Evolutie van het begrip bescherming van de maatschappij

Vanaf het einde van de 19de en het begin van de 20ste eeuw liet de Belgische wetgever zich inspireren door de ideeën van de Italiaanse positivistische school, met name de forensische arts Cesare Lombroso<sup>72</sup> en de criminoloog Enrico Ferri<sup>73</sup>, om na te denken over de functies van het strafrecht en, in het bijzonder, over het soort sanctie dat aan de dader dient te worden opgelegd. Tot op dat ogenblik ging het strafrecht ervan uit dat alleen zij die een strafbaar feit pleegden terwijl ze in het volle bezit van hun geestesvermogens waren en over hun vrije wil beschikten, strafbaar waren. Zij die het strafbare feit pleegden in een toestand van krankzinnigheid moesten hun straf ontlopen<sup>74</sup>; en degenen wier vrije wil in mindere of meerdere mate was aangetast, konden verzachtende omstandigheden inbrengen. Omdat de toestand van geestesziekte werd beoordeeld op het ogenblik van de feiten werden er geen maatregelen genomen ten aanzien van een delinquent die ten tijde van het delict niet ‘geestesziek’ was in de zin van artikel 71 SW, maar dat nadien wel was geworden of een gevaar voor de maatschappij vormde. Dat werd resoluut betwist door de positivisten en onze wetgever leidde uit hun beschouwingen af dat er een speciale behandeling moest worden voorzien om geesteszieke delinquenten te genezen en tegelijkertijd de maatschappij in staat te stellen om zich tegen hen te beschermen. Dat is de reden waarom de uitdrukking ‘bescherming van de maatschappij’ werd geïntroduceerd en dat de beoordeling van de geestestoestand gebeurde op het ogenblik van de behandeling voor de rechtbank.

Zo werd de wet van 9 april 1930 “tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers” aangenomen, later herzien en herschreven door een wet van 1 juli 1964. Volgens die wet wordt de dader van een misdaad of wanbedrijf<sup>75</sup> die op het ogenblik

---

<sup>72</sup> Auteur van *The Criminal Man*, gepubliceerd in 1876.

<sup>73</sup> Auteur van *Sociologie criminelle*, gepubliceerd in 1898.

<sup>74</sup> Artikel 71 SW, in haar oorspronkelijke tekst: “Er is geen misdrijf wanneer de beschuldigde of de beklagde op het tijdstip van de feiten leed aan een geestesstoornis of wanneer hij gedwongen werd door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan”. Na wijzigingen door wetten van 5 mei 2014 en 4 mei 2016 luidt het nu: “Er is geen misdrijf wanneer de beschuldigde of de beklagde op het tijdstip van de feiten leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of wanneer hij gedwongen werd door een macht die hij niet heeft kunnen weerstaan”.

<sup>75</sup> Volgens artikel 1 van het Strafwetboek is een misdaad een misdrijf dat door de wet met een criminele straf wordt bestraft, is een wanbedrijf een misdrijf dat door de wet met een correctionele straf wordt bestraft en is een overtreding een misdrijf dat door de wet met een politiestraf wordt bestraft. Kortom, en enkel voor wat vrijheidsstraffen betreft: in principe zijn politiestrafen één dag tot zeven dagen gevangenisstraf, correctionele straffen acht dagen tot vijf jaar gevangenisstraf en strafrechtelijke straffen zijn tijdstraffen (van 5 tot 10 jaar, van 10 tot 15 jaar, van 15 tot 20 jaar, van 20 tot 30 jaar en van 30 tot 40 jaar) en levenslange gevangenisstraffen. De wet tot bescherming van de maatschappij is derhalve niet van toepassing op de pleger van een overtreding.



van zijn/haar verschijning voor de rechter<sup>76</sup> in een ernstige toestand van geestesstoornis of van zwakzinnigheid verkeert waardoor hij/zij niet in staat is om zijn/haar daden te beheersen en hij/zij een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, niet veroordeeld maar geïnterneerd.<sup>77</sup> Tot voor enkele jaren vond die internering plaats hetzij in vrijheid<sup>78</sup>, hetzij in een ‘inrichting tot bescherming van de maatschappij’ onder het gevangenisbeheer van het Ministerie van Justitie, waar de geïnterneerde - in beginsel - werd behandeld met het oog op herstel. De maatregel was oorspronkelijk van onbepaalde duur en een commissie tot de bescherming van de maatschappij moest nagaan of het verloop van de behandeling al dan niet verlof of vrijlating toeliet.

De wet van 1930 werd afgeschaft en vervangen door de wet van 5 mei 2014 inzake internering, die op 1 oktober 2016 in werking is getreden.<sup>79</sup> De filosofie ervan verschilt niet fundamenteel van die welke aan de grondslag lag van de opstelling van de wet van 1930 en kan als volgt worden samengevat:

1. Wanneer er reden is om aan te nemen dat de dader van een misdaad of een wanbedrijf *“de fysieke of psychische integriteit van derden aantast of bedreigt en lijdt aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden tenietdoet of ernstig aantast en bij wie het gevaar bestaat dat hij opnieuw feiten zal plegen”*, bevelen de procureur des Konings, de onderzoeksrechter, alsook de onderzoeks- of vonnisrechtbanken een forensisch psychiatrisch deskundigen-onderzoek (artikelen 5 en 9).
2. Het doel van dat onderzoek (artikel 5, §1) bestaat erin om *“minstens na te gaan:*  
*1° of de persoon op het ogenblik van de feiten leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast en of de persoon op het ogenblik van het deskundigenonderzoek leed aan een geestesstoornis die zijn oordeelsvermogen of de controle over zijn daden heeft tenietgedaan of ernstig heeft aangetast;*  
*2° of er mogelijk een oorzakelijk verband bestaat tussen de geestesstoornis en de feiten;*

---

<sup>76</sup> Indien hij/zij dat enkel was op het ogenblik van het feit, geniet hij/zij van artikel 71 SW.

<sup>77</sup> Krachtens artikel 1, lid 1, van de wet van 1930 kunnen de onderzoeksrechters, in gevallen waarin het wettelijk mogelijk is om de verdachte onder aanhoudingsmandaat te plaatsen, hem/haar “in observatie stellen “wanneer er gronden zijn om aan te nemen dat de verdachte (...) hetzij in staat van krankzinnigheid [verkeert], hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid die hem ongeschikt maakt tot het controleren van zijn daden”. Die maatregel, die gewoonlijk wordt gevolgd door een psychiatrisch onderzoek om de geestestoestand van de verdachte na te gaan, kan ook door de rechtbank worden bevolen in zaken waarin dat nog niet eerder is gebeurd.

<sup>78</sup> Volgens artikel 14, lid 1, van de wet werd de internering uitgevoerd “in een inrichting aangewezen door de commissie tot bescherming van de maatschappij”; indien de commissie geen inrichting had aangeduid, werd de internering dus in vrijheid uitgevoerd.

<sup>79</sup> En nog voor die inwerkingtreding gewijzigd door een wet van 4 mei voorafgaande.

3° of het gevaar bestaat dat betrokkene ten gevolge van de geestesstoornis, in voorkomend geval in samenhang met andere risicofactoren, opnieuw misdrijven pleegt zoals bepaald in artikel 9, § 1, 1°;

4° dat en hoe de persoon in voorkomend geval kan worden behandeld, begeleid, verzorgd met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij.”

3. Indien het onderzoek overtuigende resultaten oplevert, gelast de onderzoeks- of vonnisrechtbank de internering van de betrokkene. Volgens artikel 2, lid 1, van de wet van 5 mei 2004 is die ‘veiligheidsmaatregel’ bedoeld om *“tegelijkertijd de maatschappij te beschermen en ervoor te zorgen dat aan de geïnterneerde persoon de zorg wordt verstrekt die zijn toestand vereist met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij”*; lid 2 dringt hierop aan: *“Rekening houdend met het veiligheidsrisico en de gezondheid van de geïnterneerde persoon zal hem de nodige zorg aangeboden worden om een menswaardig leven te leiden. Die zorg is gericht op een maximaal haalbare vorm van maatschappelijke re-integratie en verloopt waar aangewezen en mogelijk via een zorgtraject waarin aan de geïnterneerde persoon telkens zorg op maat wordt aangeboden.”*
4. Volgens artikel 3, 4°, van de wet wordt de maatregel uitgevoerd in een ‘inrichting’ die ofwel de psychiatrische afdeling van een gevangenis is, ofwel *“de door de federale overheid georganiseerde inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij”*, ofwel *“het door de federale overheid georganiseerd forensisch psychiatrisch centrum”*, of *“de door de bevoegde overheid erkende inrichting die is georganiseerd door een privé-instelling, door een gemeenschap of een gewest of door een lokale overheid, die in staat is om aan de geïnterneerde persoon de gepaste zorgen te verstrekken en die een overeenkomst betreffende de plaatsing heeft afgesloten”*, een overeenkomst die tussen verschillende dergelijke inrichtingen is afgesloten.
5. Die inrichting wordt aangewezen door de kamer voor de bescherming van de maatschappij (artikel 19 van de wet), die deel uitmaakt van de strafuitvoeringsrechtbank, op haar beurt een onderafdeling van de rechtbank van eerste aanleg, en die ook beslist over de andere uitvoeringsmodaliteiten van de internering: overplaatsing van de geïnterneerde naar een andere inrichting, verlof, invrijheidstelling, beperkte detentie, elektronisch toezicht en eventuele invrijheidstelling op proef (artikel 20 en volgende van de wet).

## 4.2. Het rookverbod in de forensische psychiatrische centra

Het basisprincipe van de huidige wetgeving inzake roken is dat iedereen het recht heeft om te roken behoudens waar dit verboden is. Zo is roken over het algemeen toegelaten in open lucht

of in privéwoningen. Kenmerkend voor gesloten instellingen is enerzijds dat geïnterneerden er gedwongen verblijven en niet altijd de mogelijkheid hebben om zich vrij naar buiten te bewegen en anderzijds dat de instellingen de werkplaats zijn van het personeel. In werkplaatsen geldt in principe een rookverbod. De algemene bepaling van artikel 3, § 1, Wet 22 december 2009<sup>80</sup> legt een rookverbod op in gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek. Dit verbod is ook van toepassing op openbare gebouwen, ziekenhuizen en zorginstellingen.

#### 4.2.1. Wettelijke basis voor het rookverbod

##### a) Algemene principes

In verschillende door ons land geratificeerde verdragen zijn principes opgenomen die toepasselijk zijn op een mogelijk rookverbod.

Artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economisch, Sociale en Culturele rechten waarborgt het recht op gezondheid. Er werd geen relevante rechtspraak over de toepassing van dit artikel teruggevonden. Sinds 1994 erkent ook de Belgische Grondwet in artikel 23 het recht op bescherming van de gezondheid. Dit verplicht de overheid om oorzaken van ongezondheid zoveel mogelijk weg te nemen en mensen te informeren hoe ze hun eigen gezondheid kunnen bewaken.

Alhoewel het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) niet expliciet melding maakt van het recht op gezondheid, heeft het Europees Hof voor de rechten van de mens (EHRM) in verband met het roken in gevangenissen reeds toepassing gemaakt van artikel 3 EVRM zijnde het verbod op onmenselijke behandeling en van artikel 8 EVRM zijnde het recht op privacy. Meestal leidde de blootstelling aan passief roken tot een veroordeling in samenhang met andere onmenselijke omstandigheden voortvloeiend uit overbevolking en slechte infrastructuur.<sup>81</sup> Het enkele feit van blootstelling volstaat niet.

MAES en VERBRUGGEN besluiten dan ook:

*“In de huidige stand van het recht en zonder gemeenschappelijke Europese standaard voor de regulering van roken in gevangenissen, vloeit dus uit artikel 8 EVRM nog geen positieve plicht voort die lidstaten dwingt om rokers en niet-rokers van elkaar te scheiden. Niet-rokende gedetineerden kunnen uit artikel 8 dan ook nog geen corresponderend recht afleiden op gescheiden ruimten, laat staan op een algemeen rookverbod.”<sup>82</sup>*

---

<sup>80</sup> Wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook, B.S., 29 december 2009.

<sup>81</sup> O.m. EHRM 25 november 2014, *Vanlessen t. België*, nr. 64682/12; EHRM 2 januari 2011, *Elefteriadis t. Roemenië*, nr. 38427/05; EHRM 14 september 2010, *Florea t. Roemenië* nr. 37186/03 en *Aparacio Benito t. Spanje*, nr. 36150/03.

<sup>82</sup> MAES, E., VERBRUGGEN, F., “‘Dan is het kot te klein...’ roken in de gevangenis” in SAMOY, I., COUTTEEL, E., (red.) *Het rookverbod uitbreiden?*, Leuven, Acco, 2016, p. 253, nr. 404.

Iedere meerderjarige heeft het recht om zijn eigen gezondheid te schaden en dus ook om te roken. Het recht om te roken zou ook kunnen worden beschouwd als een onderdeel van het recht op privacy dat wordt gewaarborgd door artikel 8 van het EVRM en artikel 22 van de Grondwet. Toch wordt nergens in de rechtspraak van het EHRM erkend dat de gevangene het recht heeft om te roken. Dit wordt impliciet erkend maar moet afgewogen worden tegen de rechten van andere gevangenen en het personeel. Hierdoor kan de overheid het recht om te roken in penitentiaire instellingen proportioneel beperken.<sup>83</sup> Dit betekent dat er een afweging moet gemaakt worden tussen de rechten van de gedetineerde en het personeel bij het bepalen van de modaliteiten waaronder kan gerookt worden.

Alhoewel deze algemene principes vooral werden vastgesteld in verband met gevangenis en kunnen ze naar analogie worden toegepast op gesloten instellingen.

Volledigheidshalve kan er verwezen worden naar het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap aangenomen door de algemene vergadering op 13 december 2006 en door België geratificeerd op 2 juli 2009. Op basis van artikel 25 van het verdrag hebben personen met een beperking recht op het hoogste niveau van gezondheid. België aanvaardde ook de kaderovereenkomst van de WHO voor de bestrijding van het tabaksgebruik.<sup>84</sup>

#### **b) Wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook**

Het vroegere koninklijk besluit van 19 januari 2005 betreffende de bescherming van de werknemers tegen tabaksrook in uitvoering van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers werd opgeheven en opgenomen in de wet van 2009 betreffende een regeling voor rookvrije gesloten plaatsen en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook. Hierna volgen de wetsartikelen 11 tot 14 uit het hoofdstuk 4 betreffende de rookvrije werkplaats:

##### Artikel 11

*“§ 1. Dit hoofdstuk is van toepassing op de werkgevers en de werknemers en op de daarmee gelijkgestelde personen, bedoeld in artikel 2, § 1, tweede lid, 1°, a) tot e), en 2°, van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.*

*§ 2. Dit hoofdstuk is niet van toepassing op :*

***1° de als private vertrekken te beschouwen gesloten plaatsen van alle instellingen van maatschappelijke dienstverlening en van de gevangenis, waar de bewoners en niet-bewoners kunnen roken onder de voorwaarden die er voor hen zijn vastgelegd;***

---

<sup>83</sup> MAES, E., VERBRUGGEN, F., op. cit., p. 256, nr. 407, *in fine*.

<sup>84</sup> De wet van 13 september 2004, Vl. Decr. 14 oktober 2005, W. Decr. 12 mei 2004 en Br. Ord. 23 juni 2005.

*2° privéwoningen, behalve de ruimten die exclusief bestemd zijn voor professioneel gebruik en waar werknemers tewerk worden gesteld.*

*3° ... ”*

#### Artikel 12

*“Elke werknemer heeft het recht te beschikken over werkruimten en sociale voorzieningen, vrij van tabaksrook.”*

#### Artikel 13

*“De werkgever verbiedt het roken in de werkruimten en de sociale voorzieningen, evenals in het vervoermiddel dat voor gemeenschappelijk vervoer van en naar het werk door hem ter beschikking wordt gesteld van het personeel.*

*De werkgever neemt de nodige maatregelen teneinde erover te waken dat derden die zich in de onderneming bevinden, geïnformeerd worden omtrent de maatregelen die hij toepast overeenkomstig deze wet.*

*Elk element dat tot roken kan aanzetten of dat laat geloven dat roken toegestaan is, is verboden in de lokalen als bedoeld in het eerste lid.”*

#### Artikel 14

*“In afwijking van het verbod bedoeld in artikel 13, bestaat de mogelijkheid te voorzien in een rookkamer binnen de onderneming, na voorgaand advies van het Comité<sup>85</sup>.*

*De rookkamer, die uitsluitend tot het roken bestemd is, wordt afdoende verlucht of wordt voorzien van een rookafzuigstelsel dat de rook afdoende verwijdert. De Koning bepaalt de bijkomende voorwaarden waaraan de rookkamer dient te beantwoorden.*

*De regeling van de toegang tot deze kamer tijdens de werkuren wordt vastgesteld, na voorafgaand advies van het Comité.*

*Deze regeling veroorzaakt geen ongelijke behandeling van de werknemers.”*

Op basis van artikel 11, § 2, is het algemeen verbod niet van toepassing in de als private vertrekken te beschouwen plaatsen in een gesloten instelling. Wie in een gesloten instelling moet verblijven heeft immers niet de mogelijkheid om zich vrij naar buiten te bewegen. Nochtans zijn deze private plaatsen ook een werkplaats voor het personeel die in principe recht hebben op een rookvrije werkplek.

---

<sup>85</sup> Zie artikel 2, 8°, van de wet: “het Comité: het Comité voor preventie en bescherming op het werk, of bij ontstentenis hiervan, de syndicale afvaardiging, of bij ontstentenis hiervan, de werknemers zelf overeenkomstig de bepalingen van artikel 48 en volgende van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk;”.

### c) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (wet patiëntenrechten)

Voor het rookbeleid ten aanzien van patiënten in de FPC's moet ook de toepassing van de wet patiëntenrechten onderzocht worden. Dikwijls wordt in het kader van de behandeling van patiënten in gesloten centra verwezen naar artikel 4 van deze wet. Nochtans is dit artikel slechts zijdelings van toepassing. Het bepaalt dat de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet moet naleven in zover de patiënt zijn medewerking verleent. In een gesloten instelling kan het gebeuren dat een arts een behandeling aangewezen acht, terwijl de patiënt deze weigert of niet in staat is om er op een heldere manier mee in te stemmen. Dit is echter niet meteen van toepassing op de discussie over het rookverbod omdat een verbod op zich geen zorg inhoudt.

Belangrijker is artikel 8 dat bepaalt dat de patiënt het recht heeft geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. De vraag stelt zich hoe dat moet toegepast worden op personen die na een veroordeling behandeld worden in een FPC.

De Federale Commissie "Rechten van de patiënt" heeft op 18 maart 2011 een advies uitgebracht over de toepassing van artikel 8 in de geestelijke gezondheidszorg.

Het is duidelijk dat de wet patiëntenrechten van toepassing is op personen die in een FPC verblijven. Indien de geïnterneerde niet in staat is zelf zijn rechten uit te oefenen moet dit gebeuren door zijn vertegenwoordiger.

De definitie van dwangbehandeling vinden we in het advies nr. 21 van dit Comité van 10 maart 2003:

*"Een gedwongen behandeling is elke interventie – zij het van fysieke, psychologische of sociale aard – met een therapeutisch doel, toegepast op een persoon die een psychiatrische stoornis vertoont, die ofwel in staat is zijn/haar toestemming voor de behandeling te geven en deze toestemming niet geeft, ofwel niet in staat is toe te stemmen en de behandeling weigert. Het begrip dwang is dimensioneel te beschouwen en bevindt zich op een continuüm, gaande van de passieve aanvaarding van de patiënt tot de door de arts opgelegde behandeling niettegenstaande de weigering van de patiënt."*<sup>86</sup>

Het advies houdt echter nog geen rekening met de wet patiëntenrechten waarvan artikel 8 de mogelijkheid van gedwongen behandeling nog meer beperkt.

Hiermee is duidelijk dat de behandeling van patiënten in de FPC's aan strikte regels is onderworpen. Het invoeren van een rookverbod zal ongetwijfeld gevolgen hebben op de fysische en psychische toestand van de patiënten, maar kan echter niet beschouwd worden

---

<sup>86</sup> Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende "Gedwongen behandeling bij gedwongen opname", p. 3, <https://www.health.belgium.be/nl/lijst-van-de-adviezen>.

als een behandeling. Een (verplichte) medisch begeleide ontwenning zou dat wel zijn. Hiervoor zou op basis van de wet patiëntenrechten eerst de instemming nodig zijn van de patiënten.

De vraag dient dan ook gesteld of een strikter reglementeren bijvoorbeeld een verplichte vervanging door de e-sigaret dan wel een algemeen rookverbod – en dus in feite een ontwenning – niet ook beschouwd kan worden als medische behandeling waarvoor een toestemming nodig is. Juridisch kan een algemeen rookverbod alleszins niet beschouwd worden als een tussenkomst van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg meer bepaald van een arts.

Een algemeen rookverbod is in principe een kwestie van beleid, geen medische behandeling. Door de opname in een FPC is de betrokken persoon reeds onderworpen aan een groot aantal beperkingen. Naast zijn vrijheidsberoving gelden ook een reglement van interne orde, beperkingen in contacten met de buitenwereld, controle op gebruik van alcohol en andere middelen, wettelijke regeling van afzondering, fixatie enzovoort. Het rookverbod situeert zich hieronder en is geen medische behandeling, dus ook geen dwangbehandeling. Voor zover een algemeen rookverbod geen verplichting zou inhouden voor de roker om zich medisch te laten begeleiden, valt het rookverbod in principe dus buiten de toepassing van de wet patiëntenrechten.

#### **d) Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden**

Geïnterneerden zijn in principe uitgesloten van het toepassingsgebied van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden.<sup>87</sup> De wetgever heeft evenwel een tijdelijke bepaling voorzien op grond waarvan sommige bepalingen van de basiswet op hen van toepassing zijn, in afwachting van een wet die hun rechtspositie regelt.<sup>88</sup> Tot op heden is een dergelijke wet nog niet aangenomen.

De artikelen 5 en 6 van de basiswet die het opleggen van een straf naast de vrijheidsbeneming verbieden, zijn derhalve thans van toepassing op geïnterneerden.

#### **Artikel 5**

---

<sup>87</sup> Zie artikel 2, 3°, van de basiswet van 12 januari 2005: “vrijheidsbenemende maatregel: elke vorm van vrijheidsbeneming op andere dan de in 2°, genoemde gronden, met uitsluiting van de internering op basis van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering” en artikel 3: “Deze wet heeft betrekking op de uitvoering van veroordelingen tot vrijheidsstraffen die in kracht van gewijsde zijn gegaan en op de uitvoering van vrijheidsbenemende maatregelen”.

<sup>88</sup> Zie artikel 167, § 1, van de basiswet van 12 januari 2005: “Behoudens andersluidende bepalingen zijn de bepalingen van deze wet van toepassing op de personen die krachtens de artikelen 7 en 21 van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten geïnterneerd zijn, in afwachting dat de rechtspositie voor deze personen bij wet geregeld is”.

*“§ 1. De vrijheidsstraf of de vrijheidsbenemende maatregel wordt ten uitvoer gelegd in psychosociale, fysieke en materiële omstandigheden die de waardigheid van de mens eerbiedigen, die het behoud of de groei van het zelfrespect van de gedetineerde mogelijk maken en die hem aanspreken op zijn individuele en sociale verantwoordelijkheid.*

*§ 2. Bij de uitvoering van de vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel wordt er zorg voor gedragen dat de orde en de veiligheid worden gevrijwaard.”*

#### Artikel 6

*“§ 1. De gedetineerde wordt aan geen andere beperkingen van zijn politieke, burgerlijke, sociale, economische of culturele rechten onderworpen dan deze die uit de strafrechtelijke veroordeling of uit de vrijheidsbenemende maatregel voortvloeien, deze die onlosmakelijk met de vrijheidsbeneming verbonden zijn en deze die door of krachtens de wet worden bepaald.*

*§ 2. Bij de uitvoering van de vrijheidsstraf of de vrijheidsbenemende maatregel dient vermijdbare detentieschade voorkomen te worden.”*

Inzake de rookrestricties of het instellen van een rookverbod betekent dit dat moet worden nagegaan of deze niet als een bijkomende straf kunnen worden gezien. Indien dat het geval zou zijn, gaat dit in tegen de rechtspositie van gevangenen en geïnterneerden. Het rookbeleid mag niet gebruikt worden om mensen extra te straffen voor andere feiten en moet los staan van het feit dat het van toepassing is op mensen die strafrechtelijke feiten hebben gepleegd.

#### 4.2.2. Rechtspraak<sup>89</sup>

Over de toepassing van artikel 11, § 2, 1°, Wet 22 december 2009 werd een interessant arrest uitgesproken voor het Grondwettelijk Hof op 12 maart 2015.<sup>90</sup>

Alhoewel de prejudiciële vraag betrekking had op een werknemer in een asielcentrum heeft het Grondwettelijk Hof in zijn arrest de analyse gemaakt van de situatie in de gevangenissen. Belangrijk hierbij is dat ook rekening werd gehouden met de concrete omstandigheden in de gevangenis zoals het verblijf van meerdere gevangenen in één cel en een gebrek aan personeel om regelmatig roken in de buitenlucht te organiseren. Deze feitelijke omstandigheden zijn verschillend in andere gesloten instellingen.

Het Hof stelt uitdrukkelijk in zijn arrest onder B.3.2: *“Hoewel het CIM geen gevangenis is, kan worden aangenomen dat het met een gevangenis gemeen heeft dat diegene die zich erin bevindt van zijn vrijheid is beroofd en aan relatief soortgelijke opsluitingsvoorwaarden is onderworpen. Het is in die interpretatie van de in het geding zijnde bepaling dat het Hof de*

---

<sup>89</sup> Voor dit deel wordt uitvoerig geput uit:

SAMOY, I., COUTTEEL, E., (red.) *Het rookverbod uitbreiden?*, Leuven, Acco, 2016, pp. 250-265 en 482-487.

<sup>90</sup> GwH 12 maart 2015, nr. 32/2015, <http://const-court.be/nl>.



*prejudiciële vraag beantwoordt.*” Het FPC is hiermee vergelijkbaar zodat de uitspraak ook hier toepasselijk is.

Het Hof bevestigt dat een aparte behandeling van de werknemers in gevangenissen ten aanzien van deze in de private en publieke sector verantwoord is en geen onevenredige gevolgen doet ontstaan. Volgens het Hof was het de bedoeling van de wetgever om *“zelfs voor personen die worden opgesloten tot op zekere hoogte rekening te houden met hun privéleven en hen toe te laten in de als private vertrekken te beschouwen gesloten ruimten te roken”*.<sup>91</sup>

Het Hof beslist dus dat het rookverbod niet geldt in de cellen, die als private plekken worden beschouwd en in de open wandelruimten. Het rookverbod geldt wel in de publieke ruimtes zoals trappen, bezoekeruimtes, werkplaatsen enzovoort.

Het Hof spreekt zich niet uitdrukkelijk uit over de mogelijkheid om aparte rookkamers in te richten als alternatief voor het roken in private vertrekken. Deze mogelijkheid is nu voorzien in artikel 14 van de wet 22 december 2009 maar is daar van toepassing op ondernemingen en hun werknemers.

De kritiek op dit arrest is dat de bewakers onvermijdelijk moeten optreden in de cellen en dus in lokalen waar gerookt wordt.<sup>92</sup> Dit probleem wordt ook niet helemaal opgelost door het invoeren van aparte rookruimtes, omdat ook daar soms personeel aanwezig moet zijn.

### 4.2.3. Toepassingen

De vraagstelling die in dit advies voorligt, heeft betrekking op FPC's. Deze omgeving is niet fundamenteel verschillend van gevangenissen en gesloten afdelingen van psychiatrische instellingen waar patiënten gedwongen worden opgenomen.

Op het terrein wordt de genoemde uitzonderingsbepaling (art. 11 van de wet van 2009) die het toelaat om in gesloten instellingen te roken in private vertrekken verschillend toegepast. In de gevangenis is er inderdaad, zoals de wet voorschrijft, geen rookverbod in de cellen. In de FPC's echter geldt er wel een rookverbod in de privé-kamers van de geïnterneerden. Er wordt ter compensatie wel in een aparte, gemeenschappelijke rookruimte op de afdeling voorzien. Ook in gesloten afdelingen van psychiatrische instellingen wordt meestal een mogelijkheid tot roken voorzien in aparte ruimtes hetzij in open lucht, hetzij in een afgesloten lokaal. De wet van 22 december 2009 voorziet de mogelijkheid van rookkamers maar is eigenlijk bedoeld voor de werknemers van de bedrijven en de bepaling van artikel 14 is niet

---

<sup>91</sup> GwH 12 maart 2015, nr. 32/2015, <http://const-court.be/nl>, randnummer B.16.4.

<sup>92</sup> SAMOY, I., COUTTEEL, E., op. cit., pp. 264 en 416.

van toepassing op de gesloten centra. Anderzijds bepaalt artikel 11, § 2, 1°, dat het roken in de private vertrekken aan voorwaarden kan verbonden worden.

Uit toelichting door de vertegenwoordigers van de FPC's blijkt dat er voor deze regeling met aparte, afgesloten lokalen is gekozen omdat het personeel ook in de privé-kamers aanwezig moet zijn. Desondanks kan het blijkbaar niet vermeden worden dat er overal in de gebouwen een rookgeur hangt. Bovendien kan men niet vermijden dat ook in de aparte rookruimtes soms personeel aanwezig moet zijn.

De regeling die de FPC's hebben ingesteld, lijkt niet in strijd met de geest van de wet omdat bewoners en diegenen die ze daar uitnodigen moeten kunnen roken in de private vertrekken onder de voorwaarden die er voor hen zijn vastgelegd. Die voorwaarden zouden ook moeten kunnen inhouden dat het roken gebeurt in daarvoor bestemde plaatsen. Om de huidige situatie in de FPC's te regulariseren zou deze nuance beter expliciet in de wet worden opgenomen.

#### **4.2.4. Besluit**

De wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook verbiedt het roken in gesloten centra niet helemaal. Gelet op de bijzondere omstandigheden in gesloten centra geldt het rookverbod niet in de private gedeeltes. Dit werd ook door het Grondwettelijk Hof bevestigd weliswaar toegespitst op de gevangenen. Hierbij is de wetgever voorbijgegaan aan het feit dat het personeel ook toegang moet hebben tot deze private gedeeltes en dus kan onderworpen worden aan passief roken. Nochtans is de wet bedoeld om de rechten van de werknemers te beschermen.

In de praktijk verschillen de FPC's van de gevangenen in die zin dat roken in de eigen kamer niet is toegelaten omdat het personeel daar moet kunnen aanwezig zijn. Wel wordt er voorzien in aparte rookruimtes. In de gevangenen daarentegen is roken in de cellen toegelaten ongeacht het aantal gedetineerden dat er verblijft (eventueel niet-rokers) en de occasionele aanwezigheid van het personeel.

Het rookverbod houdt geen medische behandeling in zodat de wet patiëntenrechten geen beletsel is om een rookverbod in te voeren zonder akkoord van de patiënt. Een verplichte medisch begeleide ontwenning is wel een medische handeling en vergt het akkoord van de patiënt. De wet patiëntenrechten staat als dusdanig een algemeen rookverbod afwijkende van de vrijheid in de globale samenleving niet in de weg.

Een algemeen rookverbod zou wel een wetswijziging vereisen in die zin dat de uitzondering van artikel 11, § 2, van de wet van 22 december 2009 moet worden geschrapt. Deze uitzondering zou dan idealiter moeten geschrapt worden voor alle gesloten instellingen dus

ook voor de gevangenen, des te meer daar veel patiënten in FPC's eerst in een gevangenis hebben verbleven.

Wat de specifieke situatie betreft van gedetineerden en geïnterneerden moet rekening gehouden worden met de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerde. Artikel 5, § 1, stelt dat de straf moet worden uitgevoerd in psychologische, fysieke en materiële omstandigheden die de waardigheid van de mens eerbiedigen. Op grond van artikel 6 van dezelfde wet mogen geen andere beperkingen aan zijn politieke, burgerlijke, sociale economische en culturele rechten worden opgelegd dan deze die voortvloeien uit zijn vrijheidsbeneming.

De vraag dient gesteld of een algemeen rookverbod geen bijkomende straf is. Daarom lijkt het aangewezen bij een eventuele wetswijziging een genuanceerde oplossing te voorzien waarbij aan het recht tot roken in de instellingen van maatschappelijke dienstverlening en de gevangenen is voldaan wanneer een volwaardig alternatief wordt aangeboden zoals aparte rookruimtes. Het zou ook interessant zijn dat op gezondheidsvlak en op juridisch niveau de bevoegde instanties verder onderzoeken in welke mate de e-sigaret als alternatief aangeboden kan worden. En dit met name in die contexten waar het niet mogelijk is om het roken van de gewone sigaret toe te staan zonder veel schade aan derden (geuroverlast, passief roken). De e-sigaret blijkt immers niet alleen minder ongezond voor de roker, maar vooral ook minder schadelijk voor derden en laat veel minder geur na dan de gewone sigaret, sigaar of pijp.

## 5. Ethische beschouwingen

### 5.1. Ethische beginselen en concepten

Om de gestelde vraag om advies vanuit een ethisch perspectief te benaderen, zijn de volgende beginselen en concepten het meest relevant:

- autonomie: recht op zelfbepaling, recht om het eigen leven vorm te geven op basis van eigen inzichten omtrent het goede leven;
- gelijkwaardige (rechtvaardige) behandeling van mensen;
- paternalisme: manier om met gezaghebbende welwillendheid de andere te behandelen vanuit een visie op het goede waarbij geen rekening met eventuele voorkeuren van individuen wordt gehouden. In de praktijk kan er paternalisme worden waargenomen bij professionele zorgverleners en publieke overheden;
- niet-schaden en beschermen van de ander: zich gedragen op een manier die anderen niet in gevaar brengt en dit gedrag bevordert.

### 5.2. Twee ethische dilemma's

De door tabak veroorzaakte schade voor de volksgezondheid is van tweeërlei aard: enerzijds de lichamelijke schade die roken veroorzaakt bij rokers en anderzijds de schade aan derden als gevolg van passief roken. Wat kan in dit verband de legitimiteit van een antirookbeleid zijn?

Gezien de hierboven vermelde aanzienlijke gezondheidsrisico's die het roken met zich meebrengt<sup>93</sup>, is de strijd tegen het roken **vanuit het oogpunt van de lichamelijke gezondheid van rokers** gerechtvaardigd, omdat het een uiting is van bezorgdheid om het algemeen welzijn. Deze strijd leidt tot een algemeen informatie-, bewustmakings- en ontmoedigingsbeleid ten aanzien van tabaksgebruik. Bovendien is het verboden om tabak te verkopen aan minderjarigen en wordt de aankoop van tabak hoe dan ook extra belast. De strijd tegen tabak leidt (nog) niet tot een totaal rookverbod voor de gehele bevolking, hetgeen een vorm van paternalisme zou zijn dat moeilijker te rechtvaardigen is omdat het geen rekening houdt met de autonomie van individuen.

**Vanuit het oogpunt van de bescherming van derden** heeft de wetgever maatregelen genomen om de vrijheid om te roken op bepaalde plaatsen in te perken.<sup>94</sup> De vrijheid van rokers wordt hier niet zozeer niet beperkt omdat roken hun gezondheid schaadt, maar omdat roken de gezondheid van anderen kan schaden. Dit type beleid is niet paternalistisch, maar

---

<sup>93</sup> Zie punt 3. Gezondheidsaspecten.

<sup>94</sup> Voor meer informatie over deze bepalingen zie punt 4. Juridische aspecten.

beschermend. Het is nog onderwerp van debat in welke mate dit beschermend beleid ook van toepassing kan zijn op het private leven van mensen. Zo mag er sinds 14 mei 2020 niet meer gerookt worden in de auto als er een minderjarige meerdijt. In de toekomst kan er nog discussie komen over het roken in de huiskamer met kinderen, het rookgedrag van zwangere vrouwen, enzovoort. In dit advies ligt alvast ook de vraag voor in welke mate geïnterneerden in hun privécontext een rookverbod opgelegd kunnen krijgen.

De strijd tegen het tabaksgebruik komt dus voort uit een dubbele visie. Enerzijds is er een visie die als **paternalistisch** kan beschouwd worden omdat ze tot doel heeft dat rokers niet of minder roken om aldus hun eigen gezondheid en de openbare gezondheid te beschermen. Anderzijds is er een **beschermende visie** die erop gericht is de slachtoffers van tabak uit de omgeving van de roker te beschermen.

Bovendien is **autonomie** in de huidige samenleving een dominante waarde. De eisen voor een vrije keuze of zelfbepaling komen sterk tot uiting, vooral wanneer het ons lichaam en onze gezondheid aanbelangt. In dit verband kunnen maatregelen ter voorkoming van risicogedrag als illegitieme vrijheidsbeperkingen worden beschouwd.

De gestelde vraag met betrekking tot een eventueel totaalverbod op roken in de FPC's confronteert ons derhalve met twee ethisch dilemma's die volgens het Comité de kern uitmaken van het debat. We bespreken ze hieronder elk afzonderlijk.

### 5.2.1. Een dilemma tussen een paternalistische visie op gezondheid en respect voor autonomie

Op een eerste niveau botst de eerbiediging van de autonomie (die de keuze omvat om al dan niet te roken, maar ook de keuze om al dan niet gezond te leven) met de maatregelen die zouden worden opgelegd, of het nu gaat om een totaalverbod of gedeeltelijke beperkingen, dan wel om voorschriften van een huishoudelijk reglement. In het geval van roken weerspiegelt deze tegenstelling verschillende visies rond het begrip van het **goede leven**. "*Hoe paradoxaal het ook mag lijken, verslavingsverschijnselen zijn een vorm van zoeken naar het goede leven*"<sup>95</sup>. Voor de persoon die een verslavend product gebruikt, valt de zoektocht naar het goede leven samen met de zoektocht naar genot, terwijl in de ogen van de zorgprofessionals en de beleidsmakers in de gezondheidszorg met het goede leven het gezonde leven of het leven in goede gezondheid wordt bedoeld, wat de consumptie van schadelijke substanties uitsluit. Dit is overigens de reden waarom "*het probleem van tabak complex is, omdat het op*

---

<sup>95</sup> QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie, Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, p. 12. Voor deze auteur is het juist vanwege deze spanning rond het goede leven dat verslavingen een ethisch vraagstuk vormen. Originele versie: "Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les phénomènes d'addiction constituent une forme de recherche de la vie bonne".

ten minste twee verschillende manieren kan worden benaderd<sup>96</sup>, namelijk als een bron van genot en als een factor van gezondheidsschade.

Door in naam van de gezondheid, of zelfs in naam van de afkeuring van verslavingen, het stoppen met roken te willen verplichten, zijn antirookmaatregelen zeker gericht op het algemeen welzijn, maar kunnen zij worden omschreven als paternalistisch<sup>97</sup> in de zin dat de overheid zelf bepaalt wat het welzijn van de burgers inhoudt. Het is echter *"moeilijk om rechtvaardige wetten op te stellen louter op basis van paternalisme, omdat het risico groot is dat de redenering moet worden uitgebreid tot talloze andere gedragingen die als 'slecht' worden beschouwd: alcohol, suiker, een sedentaire levensstijl, recreatieve drugs, gewelddadige sporten, enz."*<sup>98</sup>

Voor zover de bestrijding van het tabaksgebruik een zo groot mogelijk welzijn op gezondheidsvlak van zo veel mogelijk mensen wil bereiken, kan zij ook worden beschouwd als onderdeel van een utilitaristische ethiek.<sup>99</sup> Het utilitarisme kan in zijn collectieve visie echter leiden tot de aantasting van individuele rechten en doet ook de vraag rijzen of het doel alle middelen heiligt.

Zowel de paternalistische als de utilitaristische dimensies van beperkende of dwangmaatregelen ten aanzien van rokers komen derhalve op gespannen voet te staan met hun autonomie of zelfbeschikkingsrecht. Het is niet omdat mensen in een gesloten centrum verblijven, ze strafrechtelijke feiten hebben gepleegd of een psychiatrische aandoening hebben dat hun zomaar een specifieke opvatting van het goede leven, i.c. een gezond leven, kan worden opgelegd. Dat deze mensen in hun handelen worden beperkt ter bescherming van de maatschappij, rechtvaardigt op geen enkele manier een paternalistische of utilitaristische behandeling inzake rookgedrag. Deze patiënten hebben net als alle andere mensen het recht om, weliswaar binnen hun beperkte omstandigheden, hun eigen leven vorm te geven op basis van wat zij zelf het meest waardevol vinden. De keuze om in meer of mindere mate gezond te leven behoort daartoe.

---

<sup>96</sup> RAVEZ, L., *Introduction à l'éthique de la santé publique*, Sauramps médical, Montpellier, 2020, p. 97. Originele versie : ce qui rend "la problématique du tabac complexe, car on peut l'approcher au moins de deux manières différentes".

<sup>97</sup> Zie RAVEZ, L., op. cit., pp. 97 en volgende.

<sup>98</sup> Zie RAVEZ, L., op. cit., p. 98.

Originele versie: "Il est difficile de construire des lois justes sur la seule base du paternalisme, car le risque est grand de devoir étendre le raisonnement à d'innombrables autres comportements jugés "mauvais" : alcool, sucre, sédentarité, drogues récréatives, sports violents, etc...".

<sup>99</sup> Zie RAVEZ, L., op. cit., p. 124.

## 5.2.2. Een dilemma tussen het respect voor anderen en het respect voor autonomie

Het tweede dilemma heeft enerzijds betrekking op het respect voor de autonomie van de persoon die ervoor kiest roker te zijn en anderzijds het respect voor de anderen (geïnterneerden of werknemers) die dezelfde omgeving delen zonder de mogelijkheid te hebben van omgeving of plaats te veranderen en die dus onvrijwillig worden blootgesteld aan de onaangename (geuren) en schadelijke (gezondheidsrisico) aspecten van tabaksrook. De autonomie van de roker tast het recht van anderen aan om niet blootgesteld te worden aan passief roken, hun recht op een gezonde werkomgeving (voor het personeel) en leefomgeving (voor de geïnterneerden). De architectuur van de ruimten en de interne organisatie ervan maken het niet altijd mogelijk ruimten aan te bieden waar gerookt kan worden zonder anderen schade te berokkenen. Omdat niet-rokers onder het personeel en patiënten de met rook doordrongen plaatsen niet kunnen verlaten, beschikken zij niet over keuzevrijheid.

Beperkende of verbiedende maatregelen die bedoeld zijn om niet-rokers te beschermen, komen niet voort uit een paternalistische visie. Op openbare plaatsen en op de werkvloer worden die maatregelen algemeen en op basis van consensus aanvaard met als argument dat anderen niet tot roken mogen worden aangezet en men de gezondheid van derden wil beschermen.

Net als in alle gesloten centra ligt de problematiek van passief roken bijzonder gevoelig in FPC's. De geïnterneerden worden gedwongen daar te verblijven en hebben weinig of geen mogelijkheden om naar buiten te gaan. De kamers zijn voor de rokers een privéruimte, maar voor het personeel een werkplek. Bovendien zijn ruimten die speciaal zijn aangewezen als "rookruimten" niet altijd voldoende uitgerust om te voorkomen dat de rook zich naar de gangen en niet-rokersruimten verspreidt. Als patiënten in de huidige structuur van de FPC's mogen roken, berokkent dit bijna onvermijdelijk schade aan niet-rokers. Aan elke keuze zijn nadelen verbonden: door roken toe te staan, wordt schade toegebracht aan niet-rokers en aan de werking van de organisatie; door roken te verbieden, wordt inbreuk gemaakt op de autonomie van de patiënt. Deze specifieke belangen moeten proportioneel tegen elkaar worden afgewogen. Heeft de autonomie van de rokende patiënt voorrang op de gezondheid van de niet-roker in het bijzonder het personeel en de werking van het FPC of niet?

## 5.3. Het ethisch standpunt van het Comité

### 5.3.1. Legitimiteit van antirookmaatregelen

Er geldt in onze samenleving geen algemeen rookverbod. Gezien de gezondheidsrisico's voor de roker en de passieve roker, is het echter legitiem dat de overheid, in naam van de

beginselen van niet-schaden en bescherming, maatregelen neemt om het tabaksgebruik te bestrijden. Om te voorkomen dat een al te paternalistische visie op gezondheid de overhand krijgt, neemt de overheid maatregelen op vlak van bewustmaking, informatie en toegankelijkheid. Roken wordt ontraden en extra belast, op vlak van publiciteit streng gereguleerd, maar niet verboden. De verbodsbepalingen die bestaan, zijn telkens ingegeven vanuit het schadeprincipe. Op die manier probeert het beleid te streven naar een eerbiediging van zowel ieders individuele vrijheid om te roken als de vrijheid van niet-rokers om in een gezonde omgeving te leven/te werken.

Het Comité is van mening dat het rookbeleid in gesloten inrichtingen zo veel mogelijk in overeenstemming moet zijn met het rookbeleid dat voor de algemene bevolking geldt. Dit betekent dat voor het rookbeleid in de eerste plaats het beginsel van niet-schaden en het recht op autonomie van toepassing zouden moeten zijn, door middel van informatie en keuzevrijheid. De paternalistische overweging dat roken schadelijk is voor de gezondheid van de patiënt is van secundair belang. Deze paternalistische overweging dient beperkt te blijven tot maatregelen die bijdragen tot de bewustmaking en responsabilisering, zonder daarbij de toevlucht te nemen tot dwangmaatregelen, die onrechtmatig zijn uit hoofde van het zelfbeschikkingsrecht. Het schadebeginsel eist echter dat er gezocht wordt naar een manier om het roken toe te staan zonder dat daarbij andere patiënten of personeel gezondheidsschade oplopen. Dit kan in principe door goed daarvoor uitgeruste aparte rookruimtes of door het gebruik van de e-sigaret.

### 5.3.2. Dilemma paternalisme – autonomie: naar empowerment van rokers

Het Comité is van mening dat in het dilemma tussen een paternalistische visie op gezondheid en het respect voor autonomie, het niet zozeer van belang is om de autonomie als zodanig centraal te stellen, maar veeleer een proces van "**empowerment**".

Autonomie in de specifieke context van verslavingen roept de volgende twee bedenkingen op. De eerste betreft de feitelijke speelruimte van de gebruiker om zich te onthouden. Volgens de meeste artsen is deze speelruimte uiterst smal, aangezien verslaving per definitie een beperking van de vrijheid tot onthouding inhoudt (dwangmatige dimensie van de verslaving). De tweede is de zoektocht naar het goede leven (of welzijn en genot). Voor de roker wordt deze zoektocht uitgedrukt in termen van het genot om te roken, voor de medische professionals is dit soort genot vermengd met lijden, waarbij het product uiteindelijk de macht over de roker krijgt. De combinatie van verslaving met een psychiatrische aandoening kan het vermogen tot autonomie verder verminderen. Dit verhoogt het risico om deze patiënten met paternalistische, restrictieve of zelfs dwingende maatregelen te behandelen.



Uitgaande van de klinische vaststelling dat het verslavingsproces het vermogen tot autonomie van de roker beperkt, staat de ethische benadering voor ten minste twee mogelijke opties: ofwel de autonomie van de roker in zijn huidige toestand respecteren (als hij niet wil of kan stoppen met roken, moet hij daarin gerespecteerd worden en kan hij blijven roken), ofwel proberen zijn autonomie verder te ontwikkelen door hem bij te staan in het terugkrijgen van de controle over het product (bijvoorbeeld door de roker te informeren over de mogelijkheden om van zijn verslaving af te geraken en hem te verzekeren dat hij doorheen het ontwenningproces actief zal worden gesteund). Sommige auteurs zijn voorstander van deze tweede benadering en baseren zich daarbij op empirische waarnemingen waaruit blijkt dat patiënten die zelf nooit hadden overwogen om het roken op te geven, een voorstel om te stoppen hebben aanvaard, waarbij sommigen van hen succes hebben geboekt.<sup>100</sup> Volgens hen zou het een vergissing zijn om rookstopbehandelingen alleen aan te bieden aan degenen die er uitdrukkelijk om vragen. Temeer daar het idee dat patiënten met een psychiatrische aandoening niet willen of niet kunnen stoppen met roken vaak een mythe is.<sup>101</sup> Dit zou kunnen leiden tot een ethisch richtsnoer om het spanningsveld op te lossen: rokers helpen hun leven weer in eigen handen te nemen door toe te werken naar gedeeltelijke of volledige abstinentie, mogelijk via een tussenweg gelegen tussen tolerantie en verbod.<sup>102</sup>

Verder moet worden opgemerkt dat in de huidige context van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, de vermaatschappelijking van de zorg centraal staat, d.i. de decentralisatie van de zorg van de instellingen naar de leefomgeving. Daarbij wordt de nadruk sterk gelegd op de ontwikkeling van een proces van empowerment, ook bij geïnterneerden, met een stimulans om verantwoordelijkheid op te nemen voor de omgang met het eigen rookgedrag.

### 5.3.3. Belangrijkste probleem: het spanningsveld tussen de autonomie van rokers en de bescherming van niet-rokers

Juridisch gezien is roken in privéruimten in principe niet verboden – ook niet in gesloten instellingen. In de praktijk is roken in de kamers van de FPC's echter wel verboden, aangezien deze ook de werkplek van het personeel zijn. Ter compensatie wordt de mogelijkheid gecreëerd om op aangewezen plekken binnen en buiten te roken. Het Comité heeft begrip voor deze pragmatische oplossing die de vrijheid van de roker met het recht van het personeel probeert te verzoenen. Wij merken daarnaast op dat deze oplossing in de praktijk niet afdoende is. Ten eerste is het de facto niet altijd mogelijk om de rook in de gesloten ruimten te houden. Vaak verspreidt de geur van rook zich door het hele gebouw. Ten tweede is het

---

<sup>100</sup> ASHCROFT, R.E., *The ethics of an opt-out default in tobacco treatment*, *Addiction*, 2015, <https://doi.org/10.1111/add.12820>.

<sup>101</sup> CHRISTIAENS, H., EXCELMANS, E., *Draaiboek Rookstopbegeleiding in de Psychiatrie*, 2013, p. 5.

<sup>102</sup> QUINTIN, J., op. cit., p. 148.

niet mogelijk het personeel volledig uit deze aparte rookruimten te weren, aangezien het soms moet ingrijpen en ter plekke aanwezig moet zijn. Ten derde kan de vrijheid om te roken de werking van de instellingen bemoeilijken. De individuele vrijheid en de autonomie van de roker kunnen botsen met de bescherming van de gezondheid van het personeel en van de andere bewoners, en met de goede organisatie en werking van de instelling. Hoewel het Comité geen voorstander is van een volledig rookverbod in FPC's, is het van mening dat de vrijheid van rokers de niet-rokers niet in gevaar mag brengen. De concrete oplossingen om deze conflicten op te lossen zijn beslist niet eenvoudig. Dat kan bij het ontwerp en/of bij de indeling van de lokalen (zoals het inrichten van "rookvrije" wandelroutes in de gebouwen), door extra investering in de infrastructuur, de luchtzuivering en afzuigsystemen van rooklokalen, maar ook door het gebruik van de e-sigaret die geen rook nalaat en minder schadelijk is voor derden. Sommige leden menen dat het interessant zou zijn om voor de FPC's die het roken van gewone sigaretten willen verbieden te onderzoeken in welke mate het praktisch haalbaar en juridisch te verdedigen is om enkel nog elektronische sigaretten toe te staan. De e-sigaret zou volgens deze leden een middenweg kunnen zijn tussen stoppen met roken en het tabaksgebruik. Andere leden menen dat dergelijk onderzoek geen zin heeft, omdat het enkel tot doel heeft het roken van tabak te vervangen door het dampen met e-sigaretten en als dusdanig neerkomt op een rookverbod.

#### **5.3.4. Kan een totaal rookverbod worden ingesteld?**

Net als in gevangenissen en psychiatrische ziekenhuizen, is het percentage rokers onder bewoners van FPC's vrij hoog. Om de gezondheid van de bewoners en het personeel te beschermen en een FPC goed te laten functioneren, lijkt het nodig dat het tabaksgebruik sterk wordt beperkt. Het Comité is zich bewust van de gevolgen van een totaal rookverbod voor de mensen die in de centra wonen. Deze kunnen ingrijpend zijn omdat de vrijheid van de bewoners van FPC's al sterk beperkt wordt. Bovendien heeft roken voor veel van deze bewoners een rustgevend effect en is het een vorm van tijdverdrijf. Door een rookverbod zou hen een belangrijke activiteit en een bron van rust/plezier/welzijn worden ontnomen. Afgezien van de vragen over legitimiteit die een rookverbod kan oproepen, is het abrupt opleggen ervan zonder toestemming van de patiënt in een FPC niet zonder risico. Er kunnen ontweningsverschijnselen optreden en bewoners kunnen geagiteerd en mogelijk agressief worden, wat tot een toename van het aantal incidenten kan leiden. Dit kan schadelijk zijn voor de sereniteit en het goed functioneren van de instelling. Verschillende gehoorde deskundigen hebben erop gewezen dat een totaalverbod weinig realistisch is en zelfs riskant kan zijn.

Een totaal rookverbod zou bovendien verder gaan dan het rookbeleid dat in de gewone samenleving wordt toegepast, en kan als een onevenredige inbreuk op de persoonlijke vrijheid geïnterpreteerd worden, vooral voor mensen wier vrijheid reeds ernstig is beperkt. Een totaal rookverbod zou kunnen worden beschouwd als discriminerend ten opzichte van de rest van

de bevolking. Het zou derhalve verschillende waarden aantasten, waaronder autonomie en gelijkwaardigheid.

Als er echter toch een totaal rookverbod of een maatregel die het roken sterk beperkt in de FPC's wordt ingevoerd, zou dit gepaard moeten gaan met duidelijke informatie over de redenen ervan, en met compensaties zoals langdurige begeleiding met gratis hulpmiddelen om te stoppen met roken (zoals nicotinevervangende middelen, geneesmiddelen, ondersteunende psychotherapie, enz.). Er zou eventueel een duidelijk omschreven uitzondering kunnen worden gemaakt voor patiënten die niet naar buiten mogen en weigeren te stoppen<sup>103</sup>, of er zou kunnen worden bepaald dat zij op elektronische sigaretten mogen overschakelen. Zoals aanbevolen door de HGR<sup>104</sup> zou het (tijdelijk) gebruik van e-sigaretten een middenweg kunnen zijn voor kwetsbare personen in gevangenschap. Om de risico's van vaping op te sporen en op te volgen zou, net als in het Verenigd Koninkrijk, een systeem van farmacovigilantie kunnen worden opgezet zodat de neveneffecten van de e-sigaret gerapporteerd worden.<sup>105</sup>

### 5.3.5. Naar gedeeltelijke of geleidelijke abstinentie?

Ook als roken is toegestaan, hebben patiënten en personeel het recht zoveel mogelijk tegen passief roken te worden beschermd. Bijgevolg zou de uitdaging voor de FPC's erin bestaan een beleid te voeren dat roken (op beperkte wijze) toestaat zonder dat het anderen en hun werkomgeving schade berokkent. Ook de levenskwaliteit en de organisatie van de instellingen moet in aanmerking worden genomen. Het is legitiem om het gedrag en de rookmogelijkheden van de bewoners te reguleren in het licht van het goed functioneren van de instelling. Roken kan in dat opzicht worden beperkt tot afgesproken uren en zones.

Tegelijkertijd helpt het beperken van de rookmogelijkheden om het aanstekelijke aspect van roken te bestrijden. Het is wenselijk om te investeren in middelen die de bestaande rookcultuur kunnen doorbreken. Dit is in het algemeen belang van het functioneren van de instelling en in het belang van de gezondheid van de mensen die er werken en wonen. In dit verband moet de instelling ook investeren in een antirookbeleid dat door het hele team en in de hele instelling wordt aangemoedigd. Hoewel stoppen met roken niet eenvoudig kan worden opgelegd, moet het gefaciliteerd en aangemoedigd worden. Daartoe stelt het Comité voor om

---

<sup>103</sup> Ter vergelijking: de Ethische raad van de Universitaire Ziekenhuizen van Genève beveelt aan als uitzondering op een totaal rookverbod in het ziekenhuis de cumulatieve aanwezigheid van de volgende drie criteria te aanvaarden: 1. onmogelijkheid om naar buiten te gaan/bijzondere kwetsbaarheid met betrekking tot de behoefte om buiten te roken, 2. duur van de ziekenhuisopname (of het levenseinde), 3. categorische weigering van ontwenning tijdens de ziekenhuisopname. Zie: <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/tabac.pdf>.

<sup>104</sup> HGR, Advies nr. 9549, op. cit., p. 2.

<sup>105</sup> HGR, Advies nr. 9549, op. cit., p. 21.

de negatieve gevolgen van rookgedrag via bewustmaking en informatievoorziening aanhoudend onder de aandacht te brengen van rokers zonder hen daarbij te veroordelen of te stigmatiseren. Rekening houdend met hun individuele rechten kunnen er maatregelen genomen worden die de stimulans om te gaan roken zo veel mogelijk beperken. Het Comité wenst ook dat er verder wordt gezocht naar middelen om het vermogen van rokers om weloverwogen keuzes te maken te versterken.

### 5.3.6. Voor een globale benadering van gezondheid

Er is regelmatig gewezen op het chronische gebrek aan adequate somatische zorg in de psychiatrische sector. In een rapport uit 2021 stelt het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) vast dat "*preventie en gezondheidspromotie geen prioriteiten zijn in de Belgische psychiatrische zorgcontext*".<sup>106</sup> Wat de geïnterneerden betreft, is België herhaaldelijk op de vingers getikt wegens ontoereikende zorg en zelfs veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Het antirookbeleid maakt deel uit van een algemene visie op een gezonde levensstijl voor patiënten en een gezonde werkomgeving voor het personeel. Het rookpreventiebeleid van een FPC zou onderdeel moeten zijn van een alomvattend gezondheidsbeleid dat patiënten aanmoedigt om ook in andere opzichten een betere levensstijl na te streven. Behalve geestelijke gezondheid kan een FPC zich als zorginstelling ook expliciet richten op de lichamelijke gezondheid van de patiënten. Bijvoorbeeld door het aanmoedigen van lichaamsbeweging en sport, het verstrekken van goede maaltijden en het stimuleren van gezondheidsbevorderende eetgewoonten. Geïnterneerden kunnen worden uitgenodigd deel te nemen aan zingevende activiteiten als mentale afleiding voor hun tabaksverslaving. Geestelijke gezondheid en lichamelijke gezondheid staan niet los van elkaar. Een FPC moet inzake welzijn en welbevinden proberen bij te dragen aan de bewustmaking en reponsabilisering, zowel bij patiënten als bij het personeel.

### 5.3.7. Uitvoeringsbeginselen

Welke besluiten de FPC's ook nemen om roken te voorkomen, serieus te beperken of te verbieden, ze dienen te onderzoeken met welke middelen en op welke praktische manieren zij hun doelstellingen best kunnen bereiken. Het zou kunnen gaan om samenwerking met een tabakoloog, het installeren van efficiënte ventilatieapparatuur, het ter beschikking stellen van een aparte rookruimte, het aanbieden om alleen buiten te roken, het opleiden van personeel om te helpen bij het stoppen met roken, de e-sigaret te faciliteren of te verplichten, enz. Veel van deze maatregelen vragen extra middelen of personeel. Het is aangewezen dat de overheid

---

<sup>106</sup> KCE Reports 338A, *Somatische zorg in een psychiatrische setting*, 2021, <https://www.kce.fgov.be/nl/somatische-zorg-in-een-psychiatrische-setting>.

tussenkomen in de kosten hiervan. Zoals hierboven vermeld<sup>107</sup>, zou de mogelijkheid om (tijdelijk) over te schakelen van sigaretten op e-sigaretten een geschikte oplossing kunnen zijn in de context van FPC's.

Wat betreft de maatregelen die kunnen worden genomen, wenst het Comité een aantal elementen te benadrukken:

- a. de optimalisering van de toegang tot algemene zorg en de bevordering van een globale visie op gezondheid (biopsychosociaal model);
- b. het creëren van een klimaat dat aanzet tot bewustmaking van de schadelijke gevolgen van tabak: discussiegroepen, voorlichtingsbijeenkomsten, ... zowel voor geïnterneerden als voor het personeel. Daarnaast moeten ook de positieve effecten van het stoppen met roken belicht worden (op vlak van kosten, geur, conditie, enz.). Idealiter wordt de tabakscultuur het best bestreden middels overtuiging en niet met dwang;
- c. de voortdurende multidisciplinaire ondersteuning voor degenen die ermee instemmen om te stoppen met roken, met behulp van psychologen, somatische artsen en speciaal opgeleide tabakologen in de teams;
- d. het aanbieden en promoten van alternatieven voor tabak (medicatie, nicotinepleisters, ...) en in tweede instantie de elektronische sigaret die de mogelijkheid biedt om patiënten te laten roken zonder veel schade te berokkenen aan derden.
- e. waakzaamheid ten aanzien van het idee rokers te stigmatiseren: de voorkeur geven aan het concept van "denormalisering" van het roken en aan het beginsel van positieve versterking van degenen die ermee instemmen te stoppen met roken. Daarentegen kan een weigering om te stoppen met roken geen beperking van de kwaliteit van de zorg rechtvaardigen.

---

<sup>107</sup> Volgens het advies nr. 9549 van de HGR, zie *supra* punten 3.6. en 5.3.4.

## 6. Conclusies

De oorspronkelijke vraag is als volgt geconcretiseerd:

*Kan aan personen die in een FPC opgesloten zitten, een bijkomende beperking worden opgelegd door hen te verbieden te roken of door hun vrijheid om te roken ernstig in te perken? In hoeverre is deze bijkomende beperking legitiem vanuit een oogpunt van de eerbiediging van hun autonomie? In hoeverre kan hun recht om te roken worden verzoend met het recht op een gezonde omgeving van het personeel en de medebewoners? En op welke wijze is hun recht om te roken verenigbaar met de organisatie en de praktische werking van een FPC?*

Het antwoord van het Comité kan worden samengevat door de volgende punten:

1. De bestrijding van het roken in gesloten centra, of zelfs het verbieden van het roken aldaar, is best in overeenstemming met het rookbeleid dat van toepassing is op de algemene bevolking. In die zin lijkt het huidige algemene beleid ter bestrijding van het tabaksgebruik (ontrading gecombineerd met beperkte verboden in functie van het niet-schaden) ook van toepassing te zijn in gesloten inrichtingen zoals FPC's. Gezien het hier gaat om personen wier vrijheden reeds sterk beperkt zijn, moet steeds goed overwogen worden in welke mate extra vrijheidsbeperkende maatregelen legitiem kunnen zijn.
2. Het Comité is zich ervan bewust dat het recht van geïnterneerden om te roken in de praktijk vaak onverenigbaar is met de bescherming van niet-rokers onder zowel het personeel als de geïnterneerden. In de praktijk blijkt de spanning tussen het recht om te roken en het recht op een rookvrije omgeving moeilijk op te heffen. Om dit op te lossen is een totaal rookverbod in FPC's juridisch en ethisch gezien niet vanzelfsprekend de beste of meest ideale optie. Zo'n verbod is een ernstige inbreuk op de vrijheid van patiënten die daar gedwongen verblijven en weinig bewegingsruimte hebben. Het is mogelijk ook weinig haalbaar omdat het tot onrust kan leiden en nog meer controle vergt. Een volledig verbod is een onevenredige inbreuk op de vrijheid, die niet zomaar kan worden ingeroepen in naam van het nul-risico ten aanzien van derden. Dat risico moet echter wel steeds zoveel mogelijk worden beperkt. Een aparte rookruimte (met optimale rookafzuiging, enz.) zou een efficiënte oplossing moeten kunnen bieden. De e-sigaret kan een bijkomende oplossing zijn. Los van de vragen of een rookverbod haalbaar is of de e-sigaret verplicht kan worden, is het hoe dan ook wenselijk dat rokers gestimuleerd worden om te stoppen met roken of om op de e-sigaret over te schakelen.
3. Het is aangewezen dat de wet van 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije gesloten plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook, wordt

herbekeken in het licht van de problematiek die zich stelt in de FPC's. Een wetswijziging is aangewezen om expliciet de oplossing van afzonderlijke rookruimtes voor geïnterneerden te voorzien als een volwaardig alternatief voor het roken in de private ruimtes. Sommige leden van het Comité menen dat er ook moet onderzocht worden in welke mate het op juridisch en mensenrechtelijk vlak mogelijk is de vrijheid om te roken dwingend in te vullen met het gebruik van de e-sigaret. Andere leden menen dat dergelijk onderzoek geen zin heeft, omdat het enkel tot doel heeft het roken van tabak te vervangen door het gebruik van de e-sigaret en als dusdanig neerkomt op een rookverbod.

Zowel het invoeren van het gebruik van de e-sigaret als alternatief voor het gewone roken als een algemeen rookverbod vergen een wetswijziging. Om een schending van het gelijkheidsbeginsel te voorkomen zou de wetswijziging voor alle vergelijkbare gesloten instellingen moeten gelden.

4. Wat betreft de manieren om een rookvrije cultuur tot stand te brengen, kan het beste gebruik worden gemaakt van bewustmaking, overreding en is het beter om te handelen met medewerking van de betrokkenen. Gezien de positieve aspecten die over het algemeen met roken worden geassocieerd in de gesloten instellingen (gezelligheid, contactbevorderend), wordt aanbevolen om over te stappen naar andere manieren die het sociaal contact stimuleren. Dit gaat eveneens gepaard met fundamentele overwegingen over de architectuur van de ruimten in dit soort instellingen, met het oog op de bescherming van niet-rokers, in het bijzonder personeelsleden.
5. Het zou wenselijk zijn om een "denormaliseringsproces" van het tabaksgebruik in de instellingen op gang te brengen. Programma's om (geheel of gedeeltelijk) te stoppen met roken kunnen niet worden opgelegd, maar moeten worden aangeboden. Bovendien moeten ze degelijk worden begeleid en gericht zijn op vrijwillige patiënten, met de steun van multidisciplinaire teams, waaronder, indien mogelijk, tabakologen.
6. Anti-rookmaatregelen zijn effectief in het verbeteren van de lichamelijke gezondheid en van de levensverwachting van patiënten met een psychiatrische aandoening. Zij moeten deel uitmaken van een globale visie op de gezondheid van de geïnterneerde, waarin passende somatische en psychologische zorg, bewustmaking en voorlichting over een gezonde levensstijl zijn geïntegreerd. Dit alles in een kader van zelfredzaamheid die mensen in staat stelt met hun onbehagen om te gaan zonder afhankelijk te zijn van substanties. Deze visie die erop gericht is het respect voor de vrijheden te verenigen met de bevordering van de gezondheid, vereist dat er aan de instellingen voldoende middelen worden toegekend voor de concrete verwezenlijking ervan. De bestrijding van het tabaksgebruik is een gedeelde verantwoordelijkheid van de instellingen en de overheid. Indien er een

mogelijkheid tot roken zou blijven bestaan, is het de bedoeling maatregelen te nemen om de risico's voor de niet-rokers tot een minimum te beperken.

7. Deze verschillende conclusies kunnen als inspiratie dienen voor maatregelen ter bestrijding van het tabaksgebruik in andere gesloten instellingen waar patiënten met een psychiatrische aandoening zijn ondergebracht (inrichtingen tot bescherming van de maatschappij, gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische bijgebouwen van gevangenissen).



Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2020-2 Rookverbod in de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's), samengesteld uit:

Co-voorzitters	Co-verslaggevers	Leden	Lid van het Bureau
M-Fr. Meurisse	M-Fr. Meurisse	M. Dumont	J. De Lepeleire
T. Lysens	T. Lysens	J. Libbrecht	
	P. Loobuyck		
	J. Messinne		

#### Leden van het secretariaat

D. Dugois en V. Weltens

#### Gehoorde externe deskundigen

Ruben van den Aemele, Directeur patiëntenzorg FPC Antwerpen

Geert Verbeke, Algemeen directeur FPC Gent en Antwerpen

Ingrid Dekkers, voorzitter ethische commissie FPC en jurist FPC Antwerpen

Pierre Oswald, Psychiater en Medisch Directeur van het Centre hospitalier Jean Titeca VZW

Vincent Seutin, Professor *Université de Liège, Laboratory of Pharmacology and GIGA*

Frank Verbruggen, Professor KU Leuven, Instituut voor Strafrecht

Marc Meysmans, Kliniekhoofd pneumologie UZBrussel, tabacoloog

Yves Cartuyvels, Hoogleraar aan de rechtsfaculteit en Vicerector van de Université Saint-Louis

Jo Vanstraelen, Tabakoloog, Alexianen Zorggroep Tienen

Laurent Ravez, Professor aan de *Université de Namur*, Faculteit Wetenschappen en Faculteit Geneeskunde

Dit advies kan worden geraadpleegd op [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth).

\* \* \*