

Aangezien wij niet over „armenpraktijken” beschikken, die Amerikaanse universiteiten voor research- en onderwijsdoeleinden benutten, komt het ons voor dat een aantal van de bestaande huisartsenpraktijken aan research en onderwijs dienstbaar gemaakt kunnen worden. Hier en daar is deze ontwikkeling in aanleg aanwezig. Het initiatief behoeft niet alleen van de universiteiten uit te gaan; ook de huisartsen zullen in deze actief moeten worden. De oprichting van het Nederlandse Huisartsen Genootschap was een stap; de recente stichting van het Nederlandse Huisartsen Instituut te Utrecht is een volgende stap in de goede richting.

Tenslotte willen wij nog iets opmerken over de plaats die de opleiding op het gebied van de „comprehensive care” en dergelijke in de studie inneemt. Wij geloven dat het goed is, iedere student in het kort te laten kennismaken met de huisartsgeneeskunde. Maar met een opleiding van de aanstaande huisarts hierin kan o.i. echter beter een begin gemaakt worden ná het artsexamen. Deze opleiding komt dan ten goede aan hen die er later in hun dagelijkse praktijk het meeste nut van zullen hebben. Deze opleiding kan dan ook zoveel mogelijk gericht geschieden. De opleiding tot huisarts na het artsexamen te laten aanvangen lijkt ons daarom het meest rationeel en economisch.

Apeldoorn }
Lent } september 1964

J. C. VAN ES
F. J. A. HUYGEN

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

SIGARETTEN ROKEN EN ZELFMOORD

(RECTIFICATIE)

In mijn Klinische Les van 26 december 1964 is helaas een fout geslopen. De op bl. 2481 (laatste alinea) en 2482 (eerste alinea) vermelde sterftcijfers van DOLL en HILL van resp. 19, 1 en 63 pct hebben niet betrekking op longkanker alleen, maar op alle ziekten tezamen. Genoemde alinea's dienen derhalve als volgt gelezen te worden:

De nauwe relatie tussen longkanker en sigaretten-roken blijkt voorts duidelijk uit de te berekenen sterftkansen aan longkanker. Reeds in het algemeen heeft het roken een ongunstige invloed op de gezondheid. Zo vonden DOLL en HILL, bij een recent onderzoek gehouden onder Engelse artsen, dat de totale sterfte van alle rokers 19 pct hoger was dan die van niet-rokers (bij sigaren- en pijprokers was dit verschil slechts 1 pct), terwijl bij de zware rokers (meer dan 25 sigaretten per dag) dit getal een hoogte bereikte van niet minder dan 63 pct. Een extra accent valt op de schadelijke invloed van het roken, indien men de sterfte aan longkanker apart gaat bezien. Volgens DOLL en HILL bedroeg de gestandaardiseerde sterfte aan longkanker voor niet-rokers 0,07 per 1000 mannen per jaar, tegen 0,57, 1,39 en 2,27 voor resp. lichte, middelmatige en zware sigarettenrokers. Er is m.a.w. een min of meer rechtlijnig verband tussen sterfte aan longkanker en de hoeveelheid sigaretten die men rookt.

Amsterdam, 14 januari 1965

A. C. DROGENDIJK

SIGARETTEN ROKEN EN ZELFMOORD

De klinische les van Prof. DROGENDIJK (1964) geeft mij aanleiding tot de volgende vragen en opmerkingen:

1. Volgens Prof. DROGENDIJK is menigeen verontrust door

de voorlichting in Nederland die gepaard gaat met het mededelen, c.q. laten zien van de werking van nicotine op hart en bloedvaten met de duidelijke en vooropgezette bedoeling, de mensen vrees aan te jagen. Is Prof. DROGENDIJK van oordeel, dat in het kader van de Aktie Roken Jeugd 1964 bij de uitvoering daarvan in deze zin onverantwoord is opgetreden?

2. Menigeen is ook verontrust over de anti-rookcampagne in zijn geheel. Mij is hiervan eigenlijk niets gebleken en getuige de nieuwe overheidssubsidie voor 1965 is ook de overheid hierover niet verontrust. Daarom zou ik graag weten, wie verontrust zijn en waarom?

3. Aangezien een overzicht ontbreekt van de geraadpleegde literatuur in deze toch primair als literatuurstudie te beschouwen les, is het moeilijk, na te gaan of naast de publicatie over het Westduitse onderzoek over roken, luchtverontreiniging en longkanker ook de vernietigende kritiek over de opzet van het onderzoek aan Prof. DROGENDIJK bekend is. (POCHE 1964; Prof. HAMAKER: persoonlijke mededeling).

4. De inhoud van het Amerikaanse rapport *Smoking and Health* (1964) en met name de feiten daarin vermeld omtrent het korter leven van rokers ten opzichte van niet-rokers (zie ook MEINSMA, 1964) zou Prof. DROGENDIJK vermoedelijk weerhouden hebben, aandacht te schenken aan de speculaties van OPPERS (1964), zolang deze niet met feiten komt.

5. Het onderzoek van VAN DER WAL (1964) mist m.i. een derde controle-groep, nl. CARA-patiënten zonder longkanker, en het onderzoek is zonder de bevindingen van deze matched controls weinig bewijskrachtig ten aanzien van de belangrijkste conclusies. Kan Prof. DROGENDIJK deze mening delen?

6. Prof. DROGENDIJK meent, ondanks de onduidelijkheid in zijn betoog betreffende de aard van de relatie roken longkanker, dat steun behoort te worden verleend aan een actie tegen buitensporig roken van sigaretten. Pas „een volgende keer” zal worden aangegeven hoe en op welke manier dit op verantwoorde wijze (steun of actie?) kan geschieden. Ik geloof, dat Prof. DROGENDIJK velen enorm aan zich zou verplichten door reeds zeer binnenkort zijn denkbeelden hieromtrent aan te geven, omdat dan bv. de mogelijkheid ontstaat, bij de verdere uitvoering van de in januari 1965 te starten Aktie Niet Roken 1965 van deze denkbeelden gebruik te maken.

Vage verwijten evenals alleen maar aanduiden dat de voorlichting beter kan, zijn ongetwijfeld schadelijker voor de lopende anti-rookcampagne dan deze ernstige poging zelf, om de huidige rookgewoonten te beïnvloeden in het belang van vele duizenden toekomstige slachtoffers van die rookgewoonten.

7. Hoewel het in dit verband nogmaals duidelijk gesteld mag worden, dat het roken van sigaretten zeker niet alleen in verband met het ontstaan van longkanker gebracht moet worden, zou ik tenslotte nog willen vragen, hoe Prof. DROGENDIJK het roken van sigaretten noemt voor de ongeveer tien procent zware rokers, die volgens zijn kansberekeningen wél longkanker krijgen. En voor de zware rokers, die overlijden ten gevolge van hart- en vaatziekten?

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1964) Sigaretten roken en zelfmoord. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2481. — MEINSMA, L. (1964) Roken, longkanker en sterftkansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1782. — OPPERS, V. M. (1964) Roken, longkanker en sterftkansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1574, 1823. — POCHE, R. e.a. (1964) Statistische Untersuchungen über das Bronchialcarcinom in Nordheim-Westfalen. *Krebsforsch.*

66, 87. — *Smoking and Health* (1964) U.S. Department of Health, Education and Welfare, bl. 78-120. — VAN DER WAL, A. M. (1964) *Chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) als voorwaarde voor het ontstaan van bronchuscarcinoom*. Uitg. N.V. Dijkstra's Drukkerij v/h Boekdrukkerij Gebr. Hoitsema, Groningen.

Amsterdam, 28 december 1964

L. MEINSMA

Gaarne wil ik collega MEINSMA van antwoord dienen.

Ad 1. Inderdaad ben ik deze mening toegedaan, en dat zeker niet op losse gronden. In een binnenkort in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* te verschijnen artikel zet ik een en ander in den brede uiteen. Op deze plaats moge daarom met het volgende volstaan worden.

Alle voorlichting die gepaard gaat met vrees aanjagen en derhalve onrust verwekt, is uit den boze. Vrees, angst, zich bedreigd voelen zijn niet alleen slechte raadgevers, maar werken vaak als een vergif (CHESSER 1963, bl. 98). Ten aanzien van ons onderwerp is dit niet alleen in ons land, maar ook elders duidelijk aan het licht getreden. Zodra men toch in brochures en propagandafilms gaat werken met afbeeldingen welke bijvoorbeeld laten zien de invloed van nicotine op hart- en bloedvaten (experimentele polsversneling, bloeddrukverhoging, vernauwing resp. afsluiten der bloedvaten e.d.), zal dit bij een groot aantal mensen ongezonde geestelijke spanningen veroorzaken. Een deel van de rokers, wellicht een groot deel, zal immers niet de energie kunnen opbrengen het roken te staken, hetgeen innerlijk onrust geeft en uiterlijk niet zelden tot conflictsituaties aanleiding geeft, zoals de praktijk heeft uitgewezen. Terecht zegt daarom CHESSER (bl. 62): „The public must be educated, not just bullied.”

Behalve dit bezwaar zou ik ook op nog iets geheel anders willen wijzen, zij het dat het niet alleen betrekking heeft op de jeugd. Bij alle te treffen maatregelen in deze kwestie dient men niet alleen te letten op misbruik en de schadelijke gevolgen van tabak, maar ook op gebruik van tabak en corresponderende goede gevolgen. Het is nu aan geen twijfel onderhevig, dat tabak tot de genotmiddelen gerekend dient te worden, waarvan bovendien een sederende invloed uitgaat. Voorts vungeert de tabak als een contact-bevorderend middel, waardevol bij het opbouwen van de gemeenschapszin. Ook is het een bekend feit, dat het roken de gezelligheid verhoogt en een sfeer van genoeglijk bijeenzijn schept. De waarde van het roken in het maatschappelijk verkeer wordt dan ook in brede kringen erkend.

Aangezien nu de mens behoefte heeft aan genotmiddelen, aan middelen die kalmeren, ontspannen, afleiden (zeker in deze gejaagde tijd), aan middelen die contact en gezelligheid bevorderen, en aangezien de tabak in deze behoefte voorziet, heeft men m.i. de plicht, indien men het roken verbiedt, hier iets anders voor in de plaats te stellen dat even deugdelijk, maar minder gevaarlijk is. Welnu, deze middelen zijn er helaas niet en dit feit maakt juist de oplossing van het probleem in casu zo moeilijk.

Een andere moeilijkheid is deze, dat over het psychologische en sociale aspect van het roken bijzonder weinig nauwkeurige gegevens bekend zijn, mede waarschijnlijk dank zij het feit, dat een en ander moeilijk in maat en getal is uit te drukken. In dit verband moge daarom nog eens opnieuw de aandacht gevestigd worden op de derde stelling in het proefschrift van VAN PROOSDIJ (1957): Het bestuderen van de psychologische, farmacologische, pathogenetische en sociale aspecten van het gebruik van genot- en ontsnappings-

middelen dient door de overheid met kracht te worden bevorderd.

Ad 2. Uit persoonlijke gesprekken met diverse academici is mij gebleken, dat lang niet iedereen de huidige anti-rookcampagne waardeert en heilzaam acht. Integendeel, menigeen is van mening, dat ze enerzijds over het doel heenschiet (geen of weinig effect) en anderzijds schade toebrengt aan de geestelijke volksgezondheid, gezien het in het leven roepen van de bovengeschetste innerlijke en uiterlijke conflicten met vaak als enig resultaat dat het aantal neurotici — nu reeds groot genoeg — toeneemt.

Wat het publiek betreft, kan overigens niemand beter dan collega MEINSMA zelf weten welke verwarring en onrust de anti-rookcampagne ten gevolge heeft gehad, getuige het interview dat de verslaggever van het dagblad *Trouw* met hem had (zie: *Trouw* van 31 december 1964).

Ad 3. Het kan collega MEINSMA bekend zijn, dat het geen gewoonte is bij een Klinische Les geraadpleegde literatuur te vermelden. Nu de gelegenheid zich evenwel voordoet deze te geven, wil ik hier gaarne van gebruik maken (zie onderstaande lijst).

Uit den aard der zaak is mij de persoonlijke mededeling van Prof. HAMAKER aan collega MEINSMA onbekend. Intussen geeft het Westduitse rapport wel stof tot nadenken. Behalve op de verschillen tussen diverse beroepsgroepen wat betreft de frequentie van longkanker, valt hier te wijzen op de „Ausgleichshypothese”, steunend op het feit, dat de percentages maligne tumoren die bij obductie in de loop der jaren bij mannen en vrouwen werden aangetroffen, ondanks de uitloper van het bronchuscarcinoom, toch min of meer gelijk zijn gebleven (tabel 7, bl. 93), alsmede op het feit, dat tegenover een toeneming van het longcarcinoom bij de man een beduidende afneming van het maagcarcinoom bij de man staat. Iets dergelijks, althans wat dit laatste betreft, is tussen haakjes ook geconstateerd in Amerika (zie LERNER en ANDERSON 1963, grafiek 7.2, bl. 69) en in Nederland (zie 7e Jaarboek van Kankeronderzoek, fig. 3, bl. 239). Hieruit zou af te leiden zijn, dat de mogelijkheid niet is uitgesloten dat een afneming, om welke reden dan ook, van de longkankerfrequentie in de toekomst wel eens een toeneming van andere orgaan-kankers ten gevolge zou kunnen hebben en derhalve de overwinning op de longkanker een schijnoverwinning zou blijken te zijn.

Ad 4. Het lijkt mij bepaald niet wetenschappelijk, aan een hypothese geen aandacht te schenken alléén vanwege de omstandigheid dat feiten ontbreken. Er kan immers van een nog niet bewezen theorie een krachtige stimulans uitgaan tot wetenschappelijke arbeid en bovendien kan zij in vele gevallen als „werkhypothese” uitnemende diensten bewijzen.

Intussen komt OPPERS (1964) met heel wat feiten aandrigen. Niet bewezen is echter tot nog toe dat de gemiddelde overlijdensleeftijd van een niet-roker lager is dan die van een roker.

Wat betreft de inhoud van het Amerikaanse rapport *Smoking and Health*, alsmede het ingezonden stuk van collega MEINSMA moge verwezen worden naar de antwoorden die collega OPPERS hieromtrent geeft in dit *Tijdschrift* (1964, bl. 1823, 1920 en 2146).

Ad 5. Deze mening kan ik beslist niet delen. In de eerste plaats omdat m.i. de door VAN DER WAL (1964) vermelde twee controlegroepen op zichzelf genomen ruim voldoende zijn om gerechtvaardigde conclusies toe te laten en derhalve een grote mate van bewijskracht bezitten. Men zou, ter perfectionering, eventueel nog een derde controlegroep in

het leven hebben kunnen roepen, maar de noodzaak daartoe zie ik beslist niet in.

Daar komt dan in de tweede plaats nog bij, dat uit de genoemde dissertatie toch wel iets valt af te leiden omtrent de rookgewoonten van de „CARA-patiënten zonder longkanker”. Uit hetgeen VAN DER WAL namelijk mededeelt op de bladzijden 86 en 87 valt af te leiden, dat zich onder de CARA-patiënten zowel rokers als niet-rokers bevinden en voorts dat, wat de rookgewoonten der eerstgenoemden aangaat, deze slechts geringe onderlinge verschillen vertonen wat betreft de drie door haar gekozen rookcategorieën (0-10, 10-20 en meer dan 20 sigaretten per dag).

Ad 6. Gaarne wil ik aan deze vriendelijke uitnodiging gevolg geven, zij het in het kort omdat in bovengenoemd artikel, te verschijnen in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, een en ander meer in den brede besproken wordt.

In het algemeen dient de voorlichting zo eerlijk (een goed voorbeeld hiervan is de in 1957 gedane mededeling van de voorzitter van de Gezondheidsraad) en prettig mogelijk gedaan te worden, niet eenzijdig te zijn en geen mededelingen te bevatten die onrust verwekken en spanningen oproepen. Zeer leerzaam in dit opzicht zijn de volgende onderzoekingen.

Uit experimenten, beschreven door HOVLAND c.s. (1961, bl. 107-110), komt duidelijk naar voren, dat een „two-sided presentation” meer effect heeft dan een „one-sided” in die gevallen, waarbij het publiek tevens blootstaat aan tegenpropaganda en niet sympathiseert met de positie van de propagandist. Wil men derhalve in aangelegenheden als deze — aan beide genoemde voorwaarden wordt bij de actie tegen het roken immers voldaan — iets bereiken, dan dient men niet alleen naar voren te brengen de argumenten die de aanbevolen conclusie ondersteunen, maar ook de argumenten die er tegen pleiten.

Voorts zou ik de aandacht willen vestigen op de onderzoekingen van JANIS en FESHBACH (geciteerd naar KRECH en medewerkers 1962, bl. 244 en 246). Het bleek hun namelijk dat het effect van een appèl op de massa omgekeerd evenredig is met de intensiteit van de vreesaanjaging. Een en ander werd bevestigd toen zij dezelfde groep met een „counterpropaganda” confronteerden. Van de groep die een week tevoren de meest angstaanjagende dingen had gehoord accepteerde niet minder dan 30 pct de tegenpropaganda, terwijl dit bij de tegenovergestelde groep slechts 14 pct bedroeg. Geen wonder dat hun conclusie luidde: „A little fear may be a good thing, a lot of fear may be a bad thing”.

Ad 7. Een bepaalde naam heb ik voor kettingrokers niet, maar indien men beslist daar een naam voor wil hebben, dan zou ik aanbevelen „onverstandige” rokers, omdat continu roken bepaald niet gezond genoemd kan worden en t.o.v. bepaalde ziekten een veel groter risico met zich medebrengt dan gematigd roken of weinig roken of in het geheel niet roken.

Literatuur: BIERSTEKER, K. (1964) Roken, longkanker en sterftekansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1729. — CHESSEY, E. (1963) *When and how to stop smoking*. Jarrolds, Londen. — DOLL, R. en A. B. HILL (1956) Lungcancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *Brit. med. J.* II, 1071; (1964) Mortality in relation to smoking. Ten years' observations of British doctors. *Brit. med. J.* I. 1399, 1460; GENDEREN, H. VAN (1957) Het laboratoriumonderzoek van stoffen op carcinogene werking. *Zevende jaarboek van kanker-*

onderzoek en kankerbestrijding in Nederland, bl. 165. J. H. de Bussy, Amsterdam. — HAMAKER, H. C. en P. J. A. VAN VOORST VADER (1964) Roken, longkanker en sterftekansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1919. — HOVLAND, C. I., e. a. (1961) *Communication and persuasion*. The Yale University Press, New Haven. — KORTEWEG, R. (1952) Longkanker. *Tweede jaarboek van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland*, bl. 109. J. H. de Bussy, Amsterdam. — KRECH, D. e. a. (1962) *Individual in Society*. McGraw-Hill Book Company, Inc., New York. — KUIPER, J. P. (1964) Roken en eten; feiten en speculaties. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2145. — LERNER, M. en O. W. ANDERSON (1963) *Health progress in the United States 1900-1960*. The University of Chicago Press, Chicago. — MEINSMAN, L. (1957) Kanker in cijfers. *Zevende jaarboek van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland*. J. H. de Bussy, Amsterdam; (1962) Het achtste internationale kankercongres. *Twaalfde jaarboek van kankeronderzoek en kankerbestrijding in Nederland*. J. H. de Bussy, Amsterdam; (1963) *Roken. Een rapport over het roken en zijn gevolgen voor mens en maatschappij*. H. J. Paris, Amsterdam; (1964) Roken, longkanker en sterftekansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1782. — OPPERS, V. M. (1964) Roken, longkanker en sterftekansconcurrentie. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 1574, 1823, 1920; (1964) Roken en eten; feiten en speculaties. *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2146. — PEMBERTON, J. (1963) *Epidemiology. Reports on research and teaching*. Oxford University Press, Londen. — POCHÉ, R. e. a. (1964) Statistische Untersuchungen über das Bronchialcarcinom in Nordheim-Westfalen. *Krebsforsch.* **66**, 87. — PRIER, J. E. en R. S. BRODEY (1963) Canine Neoplasia. A prototype for human cancer study. *Bulletin of the W.H.O.* **29**, 331. — C. VAN PROOSDIJ (1957) *Roken, een individueel- en sociaalgenetische studie*. N.V. Noord-Hollandsche Uitgeversmaatschappij, Amsterdam. — RESSANG, A. A. (1956) Primary lung carcinoma in the dog. *Hermera Zoa* **63**, 450. — *Smoking and health* (1962) Report of the Royal College of Physicians of London. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen. — *Smoking and health* (1964) U.S. Department of Health, Education and Welfare. D. van Nostrand Company, Inc., Princeton, New Jersey. — A. M. VAN DER WAL (1964) *Chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) als voorwaarde voor het ontstaan van bronchuscarcinoom*. N.V. Dijkstra's Drukkerij, Groningen. — WESTER, J. (1957) Roken en longkanker. *Ned. T. Geneesk.* **101**, 459.

Amsterdam, 14 januari 1965

A. C. DROGENDIJK

De klinische les van Prof. Dr. A. C. DROGENDIJK (1964) eindigt aldus: „al is de relatie tussen het roken van sigaretten en longkanker in causaal opzicht lang niet zo sterk als sommigen ons willen doen geloven, toch mag dit ons niet weerhouden een actie tegen het buitensporig roken van sigaretten krachtadig te steunen, aangezien speciaal het roken van sigaretten leidt tot overmatig gebruik, tot verschillende klachten aanleiding kan geven en daarom de meest schadelijke vorm van tabaksgebruik is”.

De grote vraag is waarom in de les voorbijgegaan is aan $\frac{6}{7}$ deel van de oversterfte bij de sigarettenrokers; longkanker vormt slechts $\frac{1}{7}$ deel van de oversterfte. Intussen worden afdoende feiten en bevindingen vermeld, die vóór een relatie roken—longkanker pleiten. Daarna volgt: „Hoewel deze feiten en bevindingen op het eerste gezicht een sterk bewijs schijnen te zijn voor de stelling, dat er een rechtstreeks oorzakelijk verband is tussen sigaretten roken en longkanker, zijn er niettemin tegen deze opvatting ernstige bezwaren aan te voeren”.