

## Roken

Er is alle reden om aandacht te schenken aan het roken. Als het onze doelstelling is bij te dragen tot de gezondheid van de Nederlandse bevolking (en daarmee tot die van de wereldbevolking), dan dient het roken een van de belangrijkste aandachtspunten te zijn.

Roken bedreigt de gezondheid niet, maar *schaadt* deze. Roken is een etiologische factor voor longkanker, terwijl ook voor kanker van mond, larynx en oesofagus, en in mindere mate van pancreas, nier en blaas, een duidelijke dosis-responsrelatie is vastgesteld<sup>1</sup>. Geschat wordt dat 30% van de totale kankersterfte in de Verenigde Staten kan worden toegeschreven aan het roken van tabak. Voor rokers is het risico een hartinfarct op te lopen twee keer zo groot als voor niet-rokers. De sterfte aan hart- en vaatziekten wordt voor ongeveer 25% door roken veroorzaakt. Dit percentage ligt zelfs op 75 voor de bijdrage van roken aan de sterfte ten gevolge van bronchitis, astma en longemfyseem<sup>2</sup>. Als men dan weet dat de drie genoemde ziektecategorieën 80% van de sterfte voor hun rekening nemen, dan is de conclusie gewettigd dat roken de voornaamste 'killer' is. Van de gemiddeld 330 mensen die per dag in Nederland overlijden kan bij 50 mensen, dat is ongeveer een zesde deel, dit overlijden worden toegeschreven aan de gevolgen van het roken.

Aangezien we te maken hebben met een factor die mensen letterlijk en figuurlijk zelf in de hand hebben, is het van de grootste betekenis een beleid te voeren dat het rookgedrag op een effectieve wijze kan beïnvloeden. Per slot van rekening kan een dergelijk beleid in belangrijke mate bijdragen tot het geluk van mensen. Bovendien onderstreept de niet aflatende discussie over de kosten van de gezondheidszorg de voor de hand liggende conclusie die kosten te reduceren door met alle kracht het roken te bestrijden. De geschatte meerkosten van de gezondheidszorg door roken bedroegen in 1982 2,6 miljard gulden; inclusief het produktieverlies bij arbeidsongeschiktheid worden deze kosten geschat op 5 tot 6 miljard gulden<sup>3</sup>.

Roken is niet een gewoonte waarvan men alleen zelf het slachtoffer wordt. Het roken van zwangeren heeft een ongunstige invloed op het ongeboortekind. Zo langzamerhand wordt ook voor waar aangenomen dat passief roken een aantal schadelijke effecten heeft.

J. C. van Es

Volksvijand  
nummer één

*Verantwoord gedrag houdt in: niet roken.* Hier dragen artsen een bijzondere verantwoordelijkheid. In dit nummer van Medisch Contact schrijven H. Adriane, J. van Reek en W. van Zutphen over het rookgedrag van Nederlandse artsen (blz. 265). Het blijkt dat in vrijwel alle onderzochte westerse landen artsen op het gebied van niet-roken een voor-sprong bezitten op de rest van de bevolking. In Nederland is dat echter niet het geval. Dit toont al aan dat het bezitten van kennis over de schadelijkheid van bepaalde gedragingen niet automatisch leidt tot beter gedrag. Dit is des te pijnlijker omdat volgens velen artsen een voorbeeldfunctie hebben op het gebied van het gezondheidsgedrag.

Het bagatelliseren van de nadelige invloed van roken heeft belangrijke effecten. Zo heeft in Engeland de tabaksindustrie tegen het ministerie van Volksgezondheid geargumenteed dat '... we are aware that there is considerable disagreement in the medical profession itself concerning the smoking and health issue'<sup>4</sup>. Voor de tabaksindustrie staan grote belangen op het spel! Niet voor niets besteedt zij 50 miljoen gulden per jaar aan reclame en 80 miljoen gulden per jaar aan sportsponsoring (!). Daartegenover beschikt de voorlichting over gevaren van roken over aanzienlijk geringere bronnen. In 1985 was hiervoor 1,4 miljoen gulden beschikbaar, waarvan 0,6 miljoen gulden door het Praeventiefonds werd verschafte.

Medisch gezien is het schadelijke effect van roken een uitgemaakte zaak, al is verder onderzoek op details nog nodig. Voor de bestrijding van deze volksvijand nummer één is het woord aan de politiek, die overigens best sterker tot actie mag worden aangespoord door de medische wereld. Hier is een belangrijke rol voor de KNMG weggelegd.

Alle informatie over de schadelijkheid van roken, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding op dit punt, heeft wel effect gehad. Het aantal mannelijke rokers is

aanzienlijk gedaald: een halvering in vijftientwintig jaar tijd (1958: 90%; 1984: 44%). Bij de vrouwen heeft zich een 'inhaal'effect voorgedaan (1958: 29%; 1984: 33%), maar bij de meisjes daalt het aantal rokers weer enigszins.

Een verdere daling moet worden bewerkstelligd. Daarvoor is het overtuigen van (potentiële) gebruikers niet voldoende. Wettelijke maatregelen vormen een onmisbaar instrument in de strijd tegen het roken. Nederland loopt op dit gebied achter bij een aantal andere landen, die voor ons leerzame voorbeelden zijn. Uit onderzoek is gebleken dat het nemen van wettelijke maatregelen in vergelijking met maatregelen op grond van een vrijwillige overeenkomst met de tabaksindustrie superieure effecten heeft<sup>5</sup>. Het is mogelijk via wettelijke maatregelen een 'non-smoking environment' te creëren waarvan een positief effect uitgaat. In landen waar wettelijke maatregelen waren genomen bleek het percentage niet-rokers hoger te zijn dan in landen waar men zich had beperkt tot gezondheidsvoorlichting. 'Health education reinforces legislation while legislation lays the basis for health education'<sup>6</sup>.

Er is een Nederlandse Tabakswet in voorbereiding. Het is de vraag of deze een effectieve bijdrage tot de bestrijding van roken zal leveren. Zo wordt wel het adverteren van tabaksproducten via televisie en radio verboden, maar niet via krant en tijdschrift. Het initiatief van de American Medical Association te vragen om een verbod van iedere vorm van reclame verdient navolging<sup>7</sup>. Indien ergens dan is hier een 'multifacet'-beleid nodig, waarbij accijnsverhoging dient te worden inbegrepen; uit die beurs kan wellicht de bestrijding van doodsoorzaak nummer één worden bepaald. □

1. United States Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - cancer: a report of the Surgeon-General (1982). Washington (DC) DHHS publ 1982 (PHS 82: 50179).

2. Nota 2000. Tweede Kamer vergaderingen 1985-1986, 19500 nrs 1-2.

3. Stichting Volksgezondheid en Roken, 1985.

4. World cigarette pandemic. The Lancet 2 november 1985, 989.

5. Cox H, Smith R. Political approaches to smoking control: a comparative analysis. Applied Economics 1984; 16: 569-82.

6. Roemer R. Legislative action to combat the world smoking epidemic. World Health Organization, Geneva, 1982.

7. American Medical Association. Resolution 114 (A-85) adopted 10-12-1985 by the AMA House of Delegates.