

# MASTER'S THESIS

Roken verzielt

**De veranderde taakopvatting van Nederlandse huisartsen ten aanzien van rokende patiënten, 1945-2015**

Beers-van Diemen, I.J.

**Award date:**

2022

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[pure-support@ou.nl](mailto:pure-support@ou.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 22. May. 2025

**Open Universiteit**  
[www.ou.nl](http://www.ou.nl)





# ROKEN VERZIEKT

De veranderde taakopvatting van  
Nederlandse huisartsen ten aanzien van  
rokende patiënten, 1945-2015.

# SMOKING SPOILS

The changed view of the tasks of general  
practitioners in relation to smoking patients,  
1945-2015

Masterscriptie  
Inge Beers-van Diemen  
Open Universiteit Nederland,  
Faculteit Cultuurwetenschappen  
juni 2022

## Colofon

Inhoudelijke begeleider:	prof. G. Blok
Examinator:	dr. S. Hogervorst
Naam:	I.J. Beers- van Diemen
Studentnummer:	833408857
Datum:	mei 2022

## Voorwoord

Deze scriptie is het eindproduct van vele jaren studie aan de Open Universiteit. De keuze van het onderwerp was niet moeilijk. In mijn functie als projectmanager bij een grote eerstelijns organisatie in Almere heb ik de laatste twee decennia voor de huisartsen discipline diverse zorgprogramma's mee ontwikkeld. Het laatste zorgprogramma waar ik aan mee werkte was het *Transmuraal Zorgpad Stoppen met Roken 2021-2022*. In het programma is veel aandacht voor het verslavingsaspect van roken. Via, via werd ik gewezen op Gemma Blok die als hoogleraar verbonden is aan de Open Universiteit. Haar belangstelling en expertise ligt bij de verslavingszorg. Dit sloot prachtig aan bij mijn interesse voor nicotineverslaving, de taakopvatting van de huisarts bij nicotineverslaving en het medicaliseringsproces van roken. Zij was enthousiast over het onderwerp en was bereid mij te begeleiden.

Het is een langdurig proces geworden. Het onderzoeksplan nam veel tijd in beslag en stagneerde door het overlijden van mijn lieve zus Thea. Uiteindelijk kon ik in de zomer van 2021 van start gaan. Naast literatuurstudie wilde ik door middel van een *witness seminar* met gepensioneerde huisartsen hun beleving ten aanzien van roken en hun rol als huisarts onderzoeken. Dit leverde mij veel informatie op over de periode 1960-1980, maar gaf mij een onvoldoende beeld hoe de ontwikkeling verder was verlopen. In juli 2021 heb ik daarom nog twee werkende huisartsen geïnterviewd om een completer beeld te krijgen. Het verbatim uitwerken en analyseren nam veel tijd in beslag. Ik had het niet willen overslaan. Het *witness seminar* en interview gaf mij een schat aan informatie over de beleving van huisartsen over hun denken en handelen bij patiënten die rookten.

In de eerste plaats wil ik Gemma Blok bedanken voor haar inspirerende en prettige begeleiding. Het steeds weer lezen van lappen tekst en voorzien van nuttige feedback zorgde naast de begeleidingsgesprekken voor een juiste focus. Natuurlijk ook dank aan mijn echtgenoot Hans, die regelmatig mijn teksten heeft doorgelezen en mij van feedback heeft voorzien. Dank aan mijn kinderen die begrip hadden voor een moeder die weer achter haar laptop zat om aan haar scriptie te werken. Tot slot dank aan mijn zus Thea die helaas het eindproduct niet heeft mogen meemaken. Thea, die altijd trots op mij was en mij geïnspireerd heeft om deze studie te voltooien. Ik mis je.

## Inhoud

Colofon .....	1
Voorwoord .....	2
Inhoud .....	3
Inleiding .....	5
Probleemstelling .....	6
Belang van het onderzoek .....	7
De geschiedschrijving over roken en rookpreventie.....	8
Bronnen en methoden: analyse van geschreven- en mondelinge bronnen .....	12
Hoofdstuk indeling .....	14
1. Toen roken schadelijk bleek....	15
1.1 Inleiding .....	15
1.2 Medicalisering en normalisering.....	15
1.3 Onderzoek naar gezondheidsschade en roken .....	20
1.4 Publicaties in medische vakliteratuur .....	24
1.5 Stoppen met roken: activisten.....	29
1.6 Public health en rookpreventie .....	32
1.7 Conclusie.....	38
2. Herinneringen van Almeerse (oud) huisartsen .....	40
2.1 Inleiding .....	40
2.2 <i>Oral history</i> .....	40
2.3 <i>Witness seminar</i> : deel 1: Omgeving, studie en start als huisarts .....	42
2.4 <i>Witness seminar</i> : deel 2: Visie op roken en verslaving .....	45
2.5 <i>Witness seminar</i> : deel 3: Stoppen met roken en de rol van de huisarts .....	49
2.6 Interview deel 1: Omgeving, studie en start als huisarts.....	52
2.7 Interview deel 2: Visie op roken en verslaving .....	53
2.8 Interview deel 2: Handelen van de huisarts bij stoppen met roken .....	55
2.9 Reflectie op methodiek en inhoud .....	56
Conclusie.....	59
3. De theorie in de praktijk .....	62
3.1 Inleiding .....	62
3.2 Kennis en onderwijs .....	62
3.3 Professionalisering en denken over preventie.....	64
3.3 Medicaliseren van roken en het handelen van huisartsen .....	66
3.4 De mondig geworden patiënt .....	68

3.5 De mondige roker in de huisartsenpraktijk.....	70
3.6 Conclusie.....	72
4. Tot slot.....	74
Summary .....	80
Literatuur.....	82
Primaire bronnen .....	82
Secundaire bronnen .....	83
Websites .....	86
Illustratieverantwoording.....	88
Bijlage 1: Programma en thema's <i>witness seminar</i> 2 juni 2021 .....	89
Bijlage 2: Transcript <i>witness seminar</i> .....	91
Bijlage 3: Interview Henk Kole en Michaël Brouwer 20 juli 2021 .....	171

## Inleiding

De geneeskunde ziet roken tegenwoordig als zeer schadelijk voor de gezondheid en erkend nicotineverslaving inmiddels als ziekte. Praktisch alle huisartsenpraktijken bieden begeleiding en behandeling bij het stoppen met roken en de meeste ziekenhuizen zijn gestart met 'rookstoppoli's' om patiënten van het roken af te helpen. Deze toegenomen aandacht voor roken en tabaksverslaving binnen de gezondheidszorg past binnen een trend: ondersteuning in de leefstijl wordt steeds vaker gezien als een regulier onderdeel van de Nederlandse geneeskundige zorg. Gezond eten, voldoende bewegen en stoppen met roken zijn een vast onderdeel geworden binnen de preventieve zorg voor mensen met diabetes, COPD en hart- en vaatziekten.<sup>1</sup>

Deze scriptie richt zich op het medicaliseringsproces van tabaksverslaving en specifiek op het veranderde denken en handelen van huisartsen ten aanzien van roken. Hoewel het aantal rokers in Nederland sinds de jaren zeventig daalde, rookte in 2020 nog 20,2% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder.<sup>2</sup> De gevolgen van roken zijn ernstig. In 2020 overleden er in ons land 19.000 mensen aan de directe gevolgen van roken.<sup>3</sup> De schadelijkheid van het roken en de verslavende eigenschappen van nicotine stonden in de jaren na de Tweede Wereldoorlog echter niet direct op de voorgrond. In 1958 rookte in Nederland 90% van de mannen en 60% van de vrouwen.<sup>4</sup> Andere West Europese landen en de Verenigde Staten vertoonden dezelfde trend. Roken was een sociaal geaccepteerde gewoonte met vele 'goede' eigenschappen. Dit leek ook door artsen te worden onderschreven. Een Amerikaanse reclamecampagne uit 1946 wekte in ieder geval die indruk. Met de slogan *More doctors smoke CAMELS than any other cigarette!* werden sigaretten in de Verenigde Staten aan de man (en vrouw) gebracht.<sup>5</sup>

Roken was dus net zo gewoon als eten en drinken. De meeste mensen die voor de jaren zeventig geboren zijn herinneren zich de verjaardagsfeesten waar niet alleen lekkernijen, maar ook sigaretten op tafel stonden voor de gasten. Binnenshuis werd gewoon gerookt, ook waar kleine kinderen bij waren. Roken was niet voorbehouden aan een bepaalde sociale

---

<sup>1</sup> De afkorting COPD staat voor *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Chronische Obstructieve Longziekte).

<sup>2</sup> 'Kerncijfers roken 2020. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van de elektronische sigaret', *Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging*, mei 2021. <https://www.trimbos.nl/docs/fb5ba599-d9d5-4732-9b37-d8002cfe959d.pdf>, laatst geraadpleegd op 22 augustus 2021.

<sup>3</sup> 'Cijfers roken. Ziekte en sterfte', Trimbos, z.d..

<https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/roken/#:~:text=Sterfte%20door%20roken,is%20afkomstig%20van%20het%20RIVM,laatst%20geraadpleegd%20op%2024%20april%202022.>

<sup>4</sup> Trendpublicatie percentage rokers. Percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011, *Stivoro*, 2012.

<https://gezondezorg.org/files/Trendpublicatie%20Percentage%20Rokers%202011.pdf>, laatst geraadpleegd op 20 maart 2022.

<sup>5</sup> 'More doctors smoke Camels than any other cigarette', *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=gCMzjJjuxQI>, laatst geraadpleegd op 10 augustus 2020.

economische status. In alle lagen van de bevolking was roken een geaccepteerde gewoonte. Het is bekend dat (huis)artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidszorgwerkers veel rookten. Tot 1990 was het heel normaal dat ziekenhuizen over rookruimtes beschikten. Zowel patiënten als personeel maakten van deze ruimten gebruik.

Er is inmiddels heel wat veranderd. Net als alcohol- en drugsverslaving is de verslaving aan tabak een medische aandoening geworden waarvoor een behandeling beschikbaar is. Het probleem is gemedicaliseerd. Het begrip medicaliseren kent verschillende omschrijvingen. Een goed hanteerbare definitie voor deze scriptie is afkomstig van de filosoof Ignaas Devisch. Hij omschrijft medicaliseren als 'het proces waarbij wij steeds meer menselijk gedrag met een louter medische bril begrijpen en analyseren, met als gevolg dat vele alledaagse activiteiten medische aangelegenheden worden, terecht of onterecht.'<sup>6</sup>

Het medicaliseren van roken of van tabaksverslaving is later opgetreden dan het medicaliseren van alcohol- en drugsgebruik. Dit had te maken met een aantal factoren. Zo kwam de massaproductie van sigaretten pas goed op gang in de twintigste eeuw. Bovendien was roken betaalbaar en kende daarom een grote populariteit onder alle lagen van de bevolking. Het belangrijkste verschil met alcohol en drugs was wellicht dat roken het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de roker niet in de weg stond. De schadelijke effecten kwamen pas veel later aan het licht. Lange tijd zagen artsen, overheid en rokers de noodzaak *niet* om het roken aan te pakken. Dat was anders met alcohol en drugs. Overmatig gebruik en de negatieve gevolgen daarvan op de gezondheid en maatschappelijk functioneren werden veel eerder erkend door artsen, maatschappelijke organisaties en overheid.

Uiteindelijk veranderde langzaam de visie en houding in West-Europa en de Verenigde Staten ten aanzien van rookgedrag en tabaksverslaving. De geaccepteerde gewoonte veranderde in ongewenst gedrag en een risico voor de volksgezondheid. Roken werd een erkende verslavingsziekte.

### **Probleemstelling**

Bovenstaande heeft geleid tot de volgende probleemstelling: *Welke factoren hebben bijgedragen aan veranderingen in het denken en handelen van huisartsen ten aanzien van tabaksverslaving in de naoorlogse periode?*

Aan de hand van de volgende deelvragen zal op deze hoofdvraag antwoord worden gegeven: In hoeverre hebben veranderende wetenschappelijke inzichten rond

---

<sup>6</sup> Ignaas Devisch ed., *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (Amsterdam 2018) 101.



nicotineverslaving en de schadelijkheid van roken bijgedragen aan een veranderde taakopvatting van huisartsen ten aanzien van het roken? In hoeverre hadden landelijke campagnes op het gebied van tabaksontmoediging vanuit de overheid en particuliere instanties invloed op deze veranderende taakopvatting? In hoeverre hebben ontwikkelingen binnen het huisartsendak bijgedragen aan deze veranderende taakopvatting (zoals professionalisering, financiële prikkels, beroepsverenigingen)? En in hoeverre hadden contacten met patiënten en rokers invloed op deze veranderde taakopvatting?

### **Belang van het onderzoek**

Het medicaliseringsproces rond het roken en het uitvoeren van preventieve activiteiten van huisartsen ten aanzien van roken staan in deze thesis centraal. Voor zover bekend is de rol van de huisarts ten aanzien van het rookgedrag van hun patiënten nog niet eerder onderzocht door historici. Er is door de historici gekeken naar de sociaal- culturele geschiedenis van het roken, de geschiedenis van het medicaliseren van roken in de geneeskunde, en binnen de activiteiten van de overheid op het gebied van volksgezondheid. Wat mist in de geschiedschrijving is de praktijk van de behandelkamer. De eerstelijnszorg is immers het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Op dit niveau is het interessant om te kijken hoe het medicaliseringsproces ten aanzien van roken gestalte heeft gekregen.

Vanuit theoretische benaderingen over medicalisering, preventiedenken en *public health*, is onderzocht of veranderingen in het denken van huisartsen ten aanzien van preventie geleid hebben tot een meer pro actieve rol van de huisarts. Onder pro actief wordt verstaan het geven van een stoppen met roken advies aan patiënten met en zonder roken gerelateerde klachten en het bieden van behandeling en ondersteuning bij het stoppen met roken proces.

De veronderstelling is dat de rol van de huisarts ten aanzien van roken veranderde van een reactieve rol naar een proactieve rol. Zo zullen huisartsen in de jaren zestig en zeventig geweten hebben of een patiënt rookte en of een patiënt aan roken gerelateerde klachten had. Wat zij vervolgens met die informatie deden of juist niet deden en welke rol zij voor zichzelf zagen is onderzocht door middel van een *witness seminar*.

Naast de theorie bieden het *witness seminar* en het interview als methoden de mogelijkheid om ook vanuit een persoonlijk perspectief de beleving van huisartsen te onderzoeken. Zo legt het *witness seminar* en het interview de (eventuele) afstand tussen theorie en beroepspraktijk bloot.

Voor zover bekend is er nog nooit een *witness seminar* als methode gebruikt om de beleving van huisartsen te onderzoeken ten aanzien van de preventie van roken en hun rol daarin. Het *witness seminar* geeft inzichten over factoren die mede bepalend zijn geweest voor het al dan niet handelen van huisartsen bij rokende patiënten.

### De geschiedschrijving over roken en rookpreventie

De sociaal-culturele geschiedenis van roken heeft niet alleen historici beziggehouden. Friso Schotanus, schrijver en journalist, beschrijft in een min of meer chronologische volgorde de geschiedenis van het roken. Hij start bij de ontdekkingsreizen van Columbus en de eerst bekende rokende Europeaan Rodrigo de Jerez. Hij staat stil bij de industrialisatie en de opkomst van sigarettenfabrieken. In combinatie met de toenemende welvaart kon een steeds grotere groep mensen zich sigaretten veroorloven. Anders dan bij de consumptie van sigaren en andere luxe consumptiegoederen was er geen sprake van het *trickle down* effect waarbij een nieuw, veelal duur artikel eerst door de elite werd omarmd en dan pas door de massa. De sigaret was vanaf het begin bereikbaar voor zowel elite als massa.<sup>7</sup> Ook de invloed van de beide wereldoorlogen, waar overheden sigaretten inzetten als beloning voor soldaten, de rol die roken speelde bij de emancipatie van vrouwen en de marketingstrategieën van de tabaksindustrie passeren bij Schotanus de revue.

James Walton, televisiecriticus voor de *Daily Telegraph* en schrijver, geeft ook de geschiedenis van het roken weer, maar op een geheel andere wijze. Aan de hand van citaten van beroemde en minder beroemde personen, brieffragmenten, passages uit talkshows en boeken heeft Walton de plaats van roken vooral in de Angelsaksische cultuur geplaatst. Aan de hand van een aantal thema's en doelgroepen geeft hij een beeld van de effecten die aan roken werden toegeschreven. Zo meenden verschillende schrijvers dat roken het concentratievermogen verhoogde, bleken soldaten minder last van honger te hebben en had roken een positief effect op de seksuele beleving. Walton staat ook stil bij het verslavende effect van roken en de moeite die rokers hebben om er van vanaf te komen.<sup>8</sup>

Ook de medische discipline had interesse in de sociaal-culturele factoren die het roken positief beïnvloedde. Zo plaatsten F. Kievits en M.T. Adriaanse, beiden arts en redacteur van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*, in 2008 een artikel over de beweegredenen van filmsterren om in films te roken. Zij constateerden dat de recreatieve

---

<sup>7</sup> Friso Schotanus, *De beste sigaret voor uw gezondheid* (Amersfoort 2014) 22-23 en 26.

<sup>8</sup> James Walton ed., *The faber book of smoking* (londen 2000) 184-198, 204-220, 213-221.

sector, waaronder de filmindustrie, een belangrijk aandeel had in het promoten van sigaretten. Bekende acteurs en actrices zoals Bette Davis, Joan Crawford en Clark Gable lieten zich flink betalen voor het roken van een sigaret op het witte doek. Ook werkten zij mee aan sigarettenreclames in tijdschriften en dagbladen.<sup>9</sup>

In Nederland rookten veel televisiepersonages en was roken tijdens televisieprogramma's niet ongewoon. In de jeugdserie Swiebertje, die in de jaren zestig en zeventig op de televisie te zien was, rookte pandjesbaas Malle Pietje graag een sigaar. In de jaren negentig verscheen de bekende serie Flodder op televisie. De moeder van het fictieve asociale gezin, ma Flodder, had meestal een stompje sigaar tussen haar lippen. Roken kreeg toen al een enigszins ongewenst imago. Weliswaar nam in de jaren negentig het aantal rokers op de televisie af. Sigaretten in beeld of prominente pijprokers zoals Godfried Bomans en Rien Poortvliet waren nog nauwelijks te zien. Uitzonderingen daargelaten; zo rookte Theo van Gogh, presentator van het praatprogramma 'Een prettig gesprek' (1990-1999), er tijdens de uitzendingen flink op los.

Reclamemakers maakten graag de associatie met sport. Johan Crujff maakte in 1979 nog reclame voor de nicotinearme sigaret Roxy Dual filter. Eddy Merckx deed hetzelfde, maar dan voor een andere 'gezonde' nicotinearme sigaret. Het duurde tot 2002 voordat tabaksreclame op televisie in Nederland verboden werd. Ruim dertig jaar later dan in de Verenigde Staten! Vanuit de politiek werden er in de jaren negentig nog geen pogingen gedaan om reclames te verbieden. Volgens de toenmalige minister Els Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport moest dat, zonder regelgeving, met de industrie en de media op te lossen zijn.<sup>10</sup>

Mensen rookten graag, maar roken bleek ook een donkere zijde te hebben. Mensen werden ziek van roken en een deel van de rokers ging zelfs dood aan de gevolgen van roken. De gevolgen van roken werden dus een medisch probleem. De medische discipline initieerde diverse onderzoeken en veel rapporten verschenen die de schadelijkheid aantoonde. De behandeling van de verslaving aan nicotine en het voorkomen van roken bleek ingewikkelder te zijn. De discipline was er zelf nog niet uit welke rol zij moest vervullen ten aanzien van preventieve activiteiten. De huisartsengeneeskunde was begin jaren zeventig van de vorige eeuw een nieuwe specialisatie en huisartsen waren druk bezig zich te positioneren in het medisch landschap. Voor de beantwoording van de vraagstelling is het belangrijk om stil te

---

<sup>9</sup> F. Kievits en M.T. Adriaanse, 'Waarom filmsterren een sigaret opstaken', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152 (2008) 2306.

<sup>10</sup> Paul van der Steen, 'Déjà Vu: roken op televisie', *Trouw*, 4 augustus 2013.

staan bij het professionaliseringsproces van huisartsen. Daarin speelt de stand van de wetenschap een belangrijke rol. Immers onderzoek over ziekten en gezondheid bepaalden en bepalen het denken en handelen van (huis)artsen.

Over de rol van de huisarts binnen de preventieve gezondheidszorg hebben publicaties in verschillende medische vaktijdschriften veel informatie voor dit onderzoek geboden. *Huisarts & Wetenschap* (uitgave van het *Nederlandse Huisartsen Genootschap*) publiceerde in 2016 een tiendelige serie over de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. De artikelen zijn van de hand van Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. Zij markeerde de Woudschotenconferentie uit 1959 als markeerpunt. Tijdens deze conferentie formuleerde het *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* voor het eerst haar uitgangspunten en bespraken de deelnemers de rol en taken van de huisarts. In 1965 formuleerde de *NHG* voorzitter Frans Huygen een huisartsgeneeskundige visie op preventie. Hij was van mening dat de huisarts bij uitstek degene was die bedreigingen in de gezondheid kon signaleren.<sup>11</sup> Er volgde ook een tegenbeweging binnen de huisartsendiscipline die meende dat preventie medicalisering bevorderde. Binnen de beroepsgroep werd er nog heel wat af gedebatteerd voordat enkele vormen van preventie daadwerkelijk onderdeel werden van het huisartsentakenpakket.<sup>12</sup>

In de probleemstelling wordt tabaksverslaving verbonden aan de rol van de huisarts en geplaatst in het concept 'medicalisering'. Annemarie Mol en Pieter van Lieshout gaan in *Ziek is het woord niet* in op de veranderde medische taal. Zij verbinden de woorden 'ziek' en 'gezond' aan verschillende sociale theorieën zoals de medicaliseringstheorie van Friedson en Zola en de normaliseringstheorie van Michel Foucault. De Amerikaanse socioloog Irving Zola heeft de term medicaliseren in jaren tachtig in Nederland geïntroduceerd. Hij meende dat de geneeskunde een maatschappelijke macht was geworden. Deze macht berustte niet op de positie van medici in politieke organen, maar het recht wat artsen hadden om morele oordelen te vellen over mensen.<sup>13</sup> Hij omschreef medicaliseren als: 'de middelen waardoor de geneeskunde als institutie van sociale beheersing aan het uitgroeien is - het sluipende en ondramatische proces waardoor de geneeskunde steeds meer bij ons maatschappelijk leven

---

<sup>11</sup> Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werd in 1956 opgericht als wetenschappelijke vereniging voor huisartsen. Tijdens de oprichtingsvergadering waren er al zo'n 500 huisartsen lid (14% van alle huisartsen).<sup>11</sup> Dit ledental nam snel toe naar 3000 leden in 1980 en ruim 11.000 leden in 2011. Tegenwoordig zijn bijna alle huisartsen lid van het NHG. Zie verder: 'Mijlpalen uit de geschiedenis van het Nederlands Huisartsen Genootschap', *NHG*, 2022. <http://nhgonline.nl/mijlpalen/in-stijgende-lijn/laatst-geraadpleegd-op-13-maart-2022>.

<sup>12</sup> Esther van Osselen, 'Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren', *Huisarts & Wetenschap* 59 (2016) 456- 461, aldaar 459.

<sup>13</sup> Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989) 53.

betrokken is geraakt.<sup>14</sup> Foucault zag therapeutische praktijken niet vanuit hun bedoelingen, maar vooral vanuit hun effecten. Hij meende dat de medische macht overal in de maatschappij terug te vinden was. Hij zag haar invloed op school, werk, opvoeding en misdaad. Bovendien onderdrukte de medische macht niet, ze normaliseerde aldus Foucault.

In *De zieke natie. Over de medicalisering van de samenleving 1860-1914* van Liesbet Nys et al. passeerden verschillende visies en theorieën omtrent de geschiedenis van het medicaliseren de revue. Zij meenden dat onderzoekers tegenwoordig veel meer aandacht besteedden aan de historische veelstemmigheid. Lang niet alle artsen waren bezig met het vergroten van hun macht. Volgens hen hadden de meeste artsen een therapeutische relatie met hun patiënten voor ogen.<sup>15</sup> Dit is een ander en positiever geluid. Termen van macht hebben vaak een negatieve klank waardoor er een ongunstig beeld van een beroepsgroep kan ontstaan.

Meer recent verscheen in 2018 *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* De filosoof Ignaas Devisch is de samensteller van het boek en samen met vijf andere auteurs worden verschillende aspecten van de medicalisering kritisch bekeken. Volgens Devisch is de Nederlandse samenleving volledig gemedicaliseerd. Een ongezonde leefstijl waaronder roken diskwalificeert mensen en rekent met mensen af door bijvoorbeeld hogere verzekeringspremies. Hij is van mening dat gezondheid tegenwoordig veel meer is dan een klinisch-medische vaststelling. Het is een ideaal, een norm waar we steeds meer naar streven en wellicht in doorslaan.<sup>16</sup>

De probleemstelling past ook binnen de verslavingsgeschiedenis. De eerder genoemde historica Virginia Berridge is gespecialiseerd op het gebied van het naoorlogse volksgezondheidsbeleid ten aanzien van illegale drugs, alcohol en roken. Twee publicaties zijn hierbij van belang om te noemen: *Marketing health. Smoking and the discourse of public health, 1945-2000* (2007) en *Demons. Our changing attitudes to alcohol, tobacco, and drugs* (2014). Zij heeft een beeld geschetst van de veranderde houding van onder andere politici, consumenten en professionals ten aanzien van het gebruik van alcohol, tabak en drugs in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Zij stelt dat recreatief gebruik van psychoactieve stoffen vaak evolueren tot dwangmatig gebruik en verslaving. Ze maakt een onderscheid

---

<sup>14</sup> Frans Meulenberg, 'Swingende of dwingende metaforen' *Medisch Contact*, 18 september 2002. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/swingende-of-dwingende-metaforen.htm>, laatst geraadpleegd op 4 januari 2022.

<sup>15</sup> Liesbet Nys e.a ed., 'Een medisch object. Veranderingen in menswetenschap, cultuur en politiek', in: Liesbet Nys e.a., *De zieke natie* (Groningen 2002) 13.

<sup>16</sup> Ignaas Devisch ed., *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (Amsterdam 2018) 59-61 en 16-17.

tussen legale en illegale drugs en de effecten daarvan op de gezondheid; legale drugs zoals alcohol en tabak zijn vaak schadelijker zijn dan illegale drugs. Berridge staat stil bij belangrijke historische ontwikkelingen zoals de opkomst van de wetenschap, massacultuur en de veranderde verhouding tussen mannen en vrouwen. Als een van de weinige wetenschappers heeft Berridge tabaks(ge)(mis)bruik plaatst in de verslavingsgeschiedenis.

Andragoog Jaap van der Stel en historicus Gemma Blok hebben beiden een overzichtswerk geschreven over de geschiedenis van de verslavingszorg. Hun publicaties zijn vooral gericht op de drankbestrijding en de verslavingshulpverlening bij drugs. Tabaksverslaving komt niet of zijdelings aan de orde.<sup>17</sup> Hetzelfde geldt voor de diverse historische overzichtswerken over de geestelijke gezondheidszorg. Vaak treft men wel een hoofdstuk of paragraaf aan over verslavingszorg, maar niets over tabaksverslaving.

In de Canon van de Verslavingszorg, heeft het laatste venster betrekking op het roken van sigaretten. De verslavingszorg organiseerde voor het eerst een symposium over rookverslaving. De auteur, Jaap van der Stel, vraagt zich dan af: 'Waarom duurde het zo lang? Hoe was het mogelijk dat na ruim honderd jaar massaal roken van sigaretten deze vorm van verslaving nauwelijks serieus was genomen? Volgens Van der Stel, was het roken zo gewoon – iedereen rookte - dat men zich het niet kon voorstellen dat het ongezond zou zijn. Dit zou te maken hebben met de lange tijd die tussen het roken en het ontstaan van longkanker zou zitten en het feit dat de epidemiologische technieken nog niet op orde waren.<sup>18</sup>

### Bronnen en methoden: analyse van geschreven- en mondelinge bronnen

In dit onderzoek zijn de centrale uitgangspunten het veranderende denken en het handelen van huisartsen binnen het bredere medicaliseringsproces van tabaksverslaving. Dit denken en handelen is onderzocht via een analyse van geschreven medische bronnen, en in aanvulling hierop via het houden van interviews met Almeerse huisartsen, gepensioneerd en nog werkend. Deze interviews zijn uitgevoerd in de vorm van een online *witness seminar* en een online interview.

De geschreven bronnen waren met name de toonaangevende medische vakbladen zoals het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*, *Huisarts & Wetenschap* en *Medisch Contact*, die allen voor de periode tussen 1945 en 2015 systematisch zijn bekeken op artikelen

---

<sup>17</sup> In de *Canon Verslavingszorg* wordt Jaap van de Stel genoemd met zijn publicatie *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland* (1995) en Gemma Blok met *Ziek of zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland* (2011). In beide publicaties wordt weinig aandacht besteed aan tabaksverslaving. Zie ook Jaap van der Stel, *Canon Verslavingszorg* (Amsterdam 2016) 6-7.

<sup>18</sup> Jaap van der Stel, *Canon Verslavingszorg* (Amsterdam 2016) 91-94.

over roken en de behandeling of preventie hiervan. *Medisch Contact* heeft per jaargang een register waarin op basis van steekwoorden gezocht kon worden. *Huisarts & Wetenschap* en *NTvG* beschikken over een online archief. Steekwoorden waarmee ik in deze databases heb gezocht waren: preventie, basis(taken)pakket, roken, tabak, sigaret, huisarts, volksgezondheid en leefstijl. Hiernaast is ook gebruik gemaakt van relevante krantenartikelen en enkele belangrijke medische publicaties met betrekking tot roken, uit de onderzochte periode.

Het *witness seminar* is georganiseerd met zes gepensioneerde huisartsen. Deze huisartsen zijn binnen de onderzoeksperiode werkzaam geweest als huisarts en hebben het professionaliseringsproces van de huisartsengeneeskunde vanaf de jaren zestig meegemaakt. De groep was bovendien makkelijk benaderbaar omdat de oud huisartsen voor dezelfde eerstelijnsorganisatie hadden gewerkt als de auteur van deze scriptie.

De gepensioneerde Almeerse huisartsen hebben zich georganiseerd in een onofficiële 'club van pensionado's' en komen op maandelijkse basis bijeen. Na het plaatsen van een oproep via de mail bleken zes oud huisartsen bereid om mee te werken aan het *witness seminar*. Later zijn twee nog werkzame huisartsen geïnterviewd om een meer compleet beeld in de tijd te verkrijgen. Deze huisartsen zijn persoonlijk gevraagd om mee te werken. Uiteraard geven deze acht huisartsen geen compleet beeld en zijn ze niet volledig representatief voor de gehele beroepsgroep. Het is echter wel een eerste aanzet om het denken en handelen van huisartsen ten aanzien van tabaksverslaving te onderzoeken.

Het *witness seminar* is door haar kleinschaligheid wellicht het beste te vergelijken met wat men in de sociale wetenschappen een focusgroep noemt. Een belangrijk kenmerk van een *witness seminar* is de groepsinteractie waar deelnemers gestimuleerd worden in het doen van uitspraken en waar deelnemers elkaar helpen met het ophalen van herinneringen. Bovendien kunnen deelnemers elkaar corrigeren als zij menen dat bijvoorbeeld de gebeurtenis anders is verlopen. Door deze interactie ontstaat een meer divers en rijk beeld van hoe deelnemers zich een gebeurtenis, periode of ontwikkeling herinneren.<sup>19</sup>

Meestal vinden *witness seminars* fysiek plaats. Door de coronapandemie was dit niet verantwoord en is gekozen voor een digitale bijeenkomst. Het was spannend of de genoemde interactie ook digitaal zou plaatsvinden. Mede door de kleinschaligheid en het feit dat de deelnemers elkaar in meer of mindere mate kenden is dat gelukt en was het seminar levendig.

---

<sup>19</sup> V. Berridge, D.A Christie en E.M Tansey ed., 'Public health in the 1980s and 1990s: Decline and rise?', *The history of modern biomedicine*, 2006. <http://www.histmodbiomed.org/sites/default/files/44849.pdf>, laatst geraadpleegd op 18 november 2020.

De deelnemers wekten de indruk dat zij zich in een veilige setting bevonden en waren niet terughoudend in het doen van uitspraken.

De deelnemers van het *witness seminar* en het interview zijn vooraf, via de mail, geïnformeerd over het onderwerp. Onderwerpen waren onder andere de plaats van het roken in het genoten geneeskundig onderwijs, de veranderingen in het takenpakket van de huisarts, het denken over preventie, huisarts en leefstijl, medicaliseren en rookstopadviezen en gender. Zowel het *witness seminar* als het interview werden met toestemming van de deelnemers opgenomen en zijn verbatim uitgewerkt. Tijdens het *witness seminar* vond veel interactie plaats tussen de deelnemers. Dit was van grote meerwaarde want zo werden verschillende meningen en ervaringen blootgelegd. Deze interactie was minder tijdens het interview.<sup>20</sup>

### Hoofdstuk indeling

In het eerste hoofdstuk staat de analyse van de medische bronnen centraal. De veranderde wetenschappelijke inzichten ten aanzien van de van de schadelijkheid van roken komen aan bod evenals het theoretische concept van medicalisering en de verbinding met tabaksverslaving. Het hoofdstuk eindigt met de ontwikkeling van *public health* in Nederland en Groot-Brittannië. Hoofdstuk twee beschrijft de ontwikkeling en plaats van *oral history* als methode en bron binnen het historisch onderzoek en de voorwaarden voor het organiseren en uitvoeren van een *witness seminar* en interview. De weergave van het *witness seminar* en interview beslaat het grootste deel van het hoofdstuk, gevolgd door een reflectie op de inhoud. In het derde hoofdstuk komen de bevindingen uit de geschreven bronnen en de bevindingen uit de mondelinge bronnen samen.

Alle hoofdstukken starten met een korte inleiding gevolgd door de hoofdtekst. Elk hoofdstuk eindigt met een conclusie. Ter afsluiting volgt de eindconclusie waar antwoord gegeven wordt op de probleemstelling.

---

<sup>20</sup> Bas Swaen, 'Focusgroep – wat is het precies?' *Scribbr*, 12 november 2021.  
<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/focusgroep/>, laatst geraadpleegd 4 januari 2022.



# 1. Toen roken schadelijk bleek....

## *Medicaliseren en veranderd wetenschappelijk inzicht ten aanzien van roken*

### 1.1 Inleiding

Ver voor de Tweede Wereldoorlog waren er al aanwijzingen dat het roken schadelijk kon zijn.

#### BUITENLAND.

**NEW-YORK.** — **Onmatig roken.** De chirurg ROBERT ABBE acht sterk roken hoogst gevaarlijk en geeft dit in *the Med. Record* te kennen in de forsche stelling, dat hij nooit ernstige mondziekte (bij bedoelt carcinoom) heeft gezien bij lieden, die niet meer dan drie sigaren per dag rookten. Ook cigarettten, in overmaat gebruikt, hebben dezelfde schadelijke werking. En daar de werking van tabak cumulatief is, zou ook de matige rooker gevaar loopen, als hij 140 in plaats van 70 jaar oud werd. Het grootste gevaar wordt opgeleverd doordat sommigen het onmatig rooken schijnbaar goed verdragen, d. w. z. niet door zenuw- of hartverschijnselen bijtijds tot matiging worden gedwongen. De vermindering der drinkgewoonten schijnt samen te gaan met een vermeerdering van het tabaksgebruik. Uit de voorbeelden, die ABBE uit zijn praktijk van mondchirurgie aanvoert blijkt, dat sterk rooken dikwijls erfelijk is; het voorbeeld zal hierbij niet zonder invloed zijn. Twee Italianen, broeders, beiden aan mondcarcinoom lijdend, hadden hem verteld, dat vader en moeder altijd rookten, en de moeder zelfs 'snachts haar pijpje opstak als zij niet kon slapen. Tegenover de slappe, gewetenverdoovende bewering, dat de geneeskunde er is om desgevraagd raad te geven en niet om het publiek op te voeden, stelt ABBE de meer juiste, dat „goede geneeskundige raad is als een levensverzekering voor de natie“.

*Figuur 1: artikel NTvG 1916*

In 1916 verscheen een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* over het gevaar van 'onmatig' roken. In het artikel werd gerefereerd aan de bevindingen van een Amerikaanse arts. Deze constateerde dat hij alleen ernstige mondziekten (carcinomen) aantrof bij matige tot ernstige rokers.

Vanaf 1930 verschenen meer studies en publicaties

over de gezondheidsrisico's van roken. Het duurde echter voorbij de jaren zestig voordat in Nederland een algemeen besef kwam dat roken ziekmakend was.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal, hoe nieuwe inzichten over de schadelijkheid van het roken en over roken als verslaving, in de naoorlogse periode langzaam hebben postgevat. Het hoofdstuk begint met een nadere beschouwing van het begrip medicalisering. Hierna volgt de presentatie van de geschreven bronnen. Dit zijn verschillende (inter)nationale wetenschappelijke studies en artikelen uit medische vakbladen die de schadelijkheid van roken hebben aangetoond. Naast en aanvullend op deze onderzoeken hebben verschillende individuen zich sterk gemaakt voor antirookbeleid. Enkele van hen treden in dit hoofdstuk oor het voetlicht. Tot slot zal roken geplaatst worden in de context van *public health* en preventie om daarna in te gaan op het takenpakket van de huisarts op het gebied van preventie.

### 1.2 Medicalisering en normalisering

Het medicaliseringsproces van roken als verslavingsziekte bleek een traag proces. Wellicht omdat zoveel mensen verslaafd waren aan de sigaret en dat de vrijheid om zelf keuzes te maken hoog in het vaandel stond. Mensen leken geen behoefte te hebben aan bemoeienis van de dokter of de overheid. Een roker deed niemand kwaad toch? Bovendien kon je als roker maatschappelijk gezien prima functioneren. Zo bleef roken tot ver in de twintigste eeuw vooral een ongezonde gewoonte, een leefstijlprobleem, ook onder artsen.

De term medicaliseren heeft alles te maken met de betekenis die gegeven wordt aan de woorden 'ziek' en 'gezond'. Annemarie Mol en Peter van Lieshout onderzochten de veranderde taal binnen de huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg. Zo ook

het woord 'ziek'. Zij analyseerden het woord aan de hand van artikelen die na de Tweede Wereldoorlog waren geplaatst in medische tijdschriften. Ze richtten zich daarbij op de medicaliseringstheorieën die ontwikkeld waren door onder andere de Amerikaanse socioloog Irving Zola en de normaliseringstheorie van de Franse filosoof Michel Foucault. Deze wetenschappers hadden kritiek op de medische wereld. Mol en van Lieshout onderzochten of deze kritiek terecht was.<sup>21</sup>

Een aantal ingrediënten van de medicaliseringstheorie is afkomstig van de socioloog Parsons. Onafhankelijk van de medici wist Parsons een eigen sociologisch object 'ziekte' af te bakenen. Anders dan het vaststellen van een ziekmakend micro-organisme of medisch symptoom was het sociologische object 'ziekte' het gedrag van de zieke en hoe het ziekszijn in de samenleving waartoe de zieke behoorde was georganiseerd.<sup>22</sup>

Parsons maakte gebruik van de term 'sociaal systeem'. De wederzijdse afhankelijkheid van de deelnemers bleek een belangrijk kenmerk van deze sociale systemen. Ziekte was volgens Parsons een potentiële verstoring in het sociale systeem; zieke mensen kunnen vaak niet werken en sommigen sterven aan een ziekte. Parsons meende dat ziek worden een *motivational* component bevatte. Deze onbewuste motieven waren volgens hem bij veel ziektegevallen een oorzakelijke factor. Zo kon ziek zijn aantrekkelijk zijn, het overkwam iemand en diegene kon er zelf niets aan doen en was dus niet schuldig aan die toestand. Een zieke werd ontslagen van zijn verplichtingen zoals werk, huishouden en sociale verplichtingen. Die aantrekkelijke kanten zaten in het sociaal systeem ingebouwd aldus Parsons.

Naast voordelen was de zieke wel verplicht de toestand als ongewenst te ervaren en mee te werken aan genezing. De ziekte moest daarom competente hulp inroepen van een arts. Medische hulp zoeken hoorde bij de ziekenrol. Kreeg iemand het label 'ziek' van de arts dan kon de patiënt ook van de aantrekkelijke kanten van de ziekenrol genieten. Door ziekerollen al dan niet te legitimeren beschermen artsen het sociale systeem tegen ongebreideld ziek zijn en oefenden zij sociale controle uit.<sup>23</sup> Parsons hoopte met zijn theorie over de sociale aspecten van het ziek zijn de medische vocabulaire te verrijken. Het *motivational* component moest de geneeskunde in haar behandeling gaan betrekken.

Irving Zola gebruikte de term 'ziekenrol' uit de theorie van Parsons, ook het idee dat medici beslisten over de toegang tot die ziekerol liet Zola intact. Hij vulde het wel anders in. De

---

<sup>21</sup> Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989) 50.

<sup>22</sup> Mol en Van Lieshout, *Ziek is het woord niet*, 62.

<sup>23</sup> Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989) 55-56.

bescherming waar Zola het over hadden was geen bescherming van de samenleving tegen instabiliteit die zou ontstaan als mensen zich te makkelijk als 'ziek' zouden gedragen. Hij meende dat medici de samenleving beschermden tegen onwenselijke vormen van gedrag door deze als ziek aan te merken. Net als de kerk en justitie was de geneeskunde een instantie die ongewenst gedrag negatief beoordeelde. Anders dan bij Parsons werden de positieve aspecten van ziekzijn niet meegenomen in de medicaliseringstheorie van Zola. Hij meende zelfs dat mensen 'ziekte' niet associëren met 'geëxcuseerd zijn' maar met 'schuld'. De verplichtingen van de zieke werd ook door Zola gehanteerd.<sup>24</sup> Voor de medicaliseringstheoretici was de arts niet langer iemand die de baas was over iets aangenaams, een tijdelijk excuus, maar iemand die mensen iets onaangenaams opdroeg, een veroordeling.<sup>25</sup>

Het was Irving Zola die tijdens een aantal gastcolleges in de jaren zeventig het begrip 'medicalisering' in Nederland introduceerde. Deze colleges werden gebundeld en in 1973 uitgegeven onder de titel *De medische macht*. Zola wees er op dat de geneeskunde maatschappelijke macht uitoefende. Zij kregen deze macht omdat zij het recht hadden om oordelen te vellen, niet in termen van zedelijkheid zoals de kerk, of in termen van rechtvaardigheid zoals justitie, maar in termen van gezondheid. Zola was van mening dat het in alle drie de gevallen ging om oordelen met een moreel karakter. Iemand 'ziek' noemen was een verholde manier om iemand af te wijzen. Het ziekte-oordeel leek objectief, maar de geneeskunde was de drager van moraliteit aldus Zola. Waar de plaats van de maatschappelijke macht van de kerk afnam constateerde Zola dat steeds vaker voor diverse zaken in het dagelijkse leven de etiketten 'ziek' en 'gezond' werden gebruikt. Dat maatschappelijke proces werd door Zola medicalisering genoemd.<sup>26</sup>

Zowel Parsons als Zola kenden de medici macht toe en bij beiden oefenden medici sociale controle uit. De betekenis van sociale controle was echter anders. Bij Parsons werd sociale controle nog gezien als een slimme manier waarmee het sociale systeem zich tegen bedreigingen beschermde. Bij Zola had het plaats gemaakt voor een wijze waarop het systeem mensen controleerde.<sup>27</sup>

Foucault wilde niet zozeer de bedoelingen van medische praktijken begrijpen, maar vooral de effecten. Hij stelde vast dat de geneeskunde een cruciale maatschappelijke factor was geworden en een grote invloed had op het menselijk gedrag. De effecten strekten zich ver uit

---

<sup>24</sup> Mol en van Lieshout, *Ziek is het woord niet*, 56-57.

<sup>25</sup> Ibidem, 58.

<sup>26</sup> Ibidem, 53-54.

<sup>27</sup> Ibidem, 58 en 61.

en de medische macht bevond zich in het midden van de normaliseringsmaatschappij. De effecten van die macht waren op vele plaatsen voelbaar zoals op de scholen, binnen het gezin, werk en rechtbanken. Volgens Foucault werden er twee standaarden vastgesteld namelijk 'normaal' en 'afwijkend'. Zo zou de geneeskunde al in de negentiende eeuw onderscheid gemaakt hebben tussen 'normaal' en 'afwijkend' lichaamsweefsel. Een zieke toestand werd als afwijkend beoordeeld en een gezonde toestand was 'normaal'.<sup>28</sup> Het onderscheid tussen 'normaal' en 'afwijkend' vond ook buiten de geneeskunde plaats. Het begrip 'normalisering' was essentieel in Foucaults werk. Hij presenteerde zijn uitspraken als nieuwe opvattingen van de maatschappij en niet zozeer als nieuwe opvattingen over de geneeskunde. De medische macht onderdrukte niet, maar normaliseerde door homogeniteit en daarmee maatschappelijke orde te scheppen.<sup>29</sup>

Volgens Mol en Van Lieshout gingen zowel de medicaliseringstheorie als de normaliseringstheorie ervan uit dat de term 'ziek' een centrale plaats innam in het vocabulaire van de huisartsen en die van de geestelijke gezondheidszorg. Zij vroegen zich af deze aanname wel terecht was. Zij hebben de belangrijkste medische vakbladen geraadpleegd in de periode 1945-1985 om vast te stellen of het woord echt belangrijk was voor de medische professie. De auteurs concludeerden dat de geneeskundigen zich niet alleen van de woorden 'ziek' en 'gezond' bediende, maar dat er ook andere begrippen waren die de toestand van een patiënt beschreef en artsen tot handelen aanzetten. Huisartsen onderscheidden onder andere somatische ziektebeelden, relatiestoornissen en afwijkingen in de psychische kwaliteiten. Bovendien werden woorden verschillend gebruikt en veranderden woorden in de loop van de tijd van betekenis.

Dit werd door Zola en Foucault niet meegenomen. Mol en Lieshout konden zij zich maar gedeeltelijk vinden in het idee dat de geneeskunde waardeoordelen zou vellen door mensen 'ziek' of 'gezond' te noemen. Zo meenden zij dat de term 'stoornis' wel een waardeoordeel bevatte, maar zij herkenden niet dat er verborgen morele oordelen in de term 'ziek' schuilgingen. Wat betreft de tweedeling 'normaal' en 'afwijkend' die Foucault hanteerde vroegen zij zich af hoe woorden als 'probleem', 'hulpvraag' en 'nood' daarin pasten. Hoe verhoudt rookverslaving zich tot de hierboven beschreven ziekterollen en medicaliseringstheorieën? De 'tevreden' roker uit het eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog zal zich niet herkennen in de ziekterol zoals die door Parsons is beschreven. Pas

---

<sup>28</sup> Ibidem, 72.

<sup>29</sup> Ibidem, 65.

als er na vele jaren roken de nadelige gezondheidsconsequenties om de hoek kwamen kijken kreeg de roker een ziekterol. De arts was degene die de ziekte diagnosticeerde en behandelde en de patiënt kon thuis blijven om aan zijn herstel te werken of om te sterven. Voordelen van deze ziekterol waren zeer beperkt.

De Belgische filosoof Ignaas Devisch meende dat ziek zijn als een individuele verantwoordelijkheid gezien moet worden. Net als Zola heeft hij dat in termen van schuld beschreven. Gezondheid is volgens Devisch als een samenspel van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden.<sup>30</sup> Hij is zich er van bewust dat dit een brede definitie is wat de kans vergroot dat mensen niet kunnen voldoen aan de definitie. Met andere woorden hoe breder de definitie des te groter het aantal 'afwijkingen'. Zo wordt het steeds moeilijker om het einddoel 'gezondheid' te bereiken, aldus Devisch. Via de medische wereld echter, kunnen mensen hun abnormaliteit of afwijkingen laten wegwerken om zo te voldoen aan het geldende 'normaal'.<sup>31</sup> Zo is vanaf de jaren tachtig, negentig roken steeds minder 'normaal' geworden.

Devisch heeft medicalisering gedefinieerd als: 'het proces waarbij we steeds meer menselijk gedrag met een louter medische bril begrijpen en analyseren, met als gevolg dat vele dagelijkse activiteiten medische aangelegenheden worden, terecht of onterecht.'<sup>32</sup> Oorzaken van deze medicaliseringstendens zijn volgens Devisch de steeds groter wordende gezondheidsproblemen, het feit dat er in de gezondheidsindustrie veel geld te verdienen valt en dat mensen veel meer druk vanuit de maatschappij ervaren om er een gezonde leefstijl op na te houden omdat de ziek zijn steeds meer de schuld is van een onverantwoorde leefstijl.<sup>33</sup>

Pas de laatste twee decennia is er meer oog voor het verslavende aspect van roken en wordt rookverslaving steeds vaker als 'ziekte' erkend. De discussie hierover lijkt nog niet ten einde. In april 2021 organiseerde NTVG een paneldiscussie met de vraag of roken voortaan als verslaving moest worden gezien in plaats van een leefstijlprobleem? Was rookverslaving niet een voorbeeld waar medicalisering op zijn plaats was? Want, aldus de auteur van het artikel 'Als het een aandoening is, dan vereist dat ook dat je er hulp voor biedt en is dat voor de patiënt ook makkelijker te aanvaarden.'<sup>34</sup>

---

<sup>30</sup> Ignaas Devisch ed., *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (Amsterdam 2018) 115.

<sup>31</sup> Devisch, *Ziek van gezondheid*, 116-117.

<sup>32</sup> Ibidem 101.

<sup>33</sup> Ibidem, 118.

<sup>34</sup> Lorette Harbers, 'Roken moet uit de leefstijlhoek', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 165 (2021) 1-3, aldaar 1.

### 1.3 Onderzoek naar gezondheidsschade en roken

Bij roken ging het om meer dan alleen het medicaliseren van gedrag. In het begin van de twintigste eeuw waren er al wetenschappelijke aanwijzingen dat roken gezondheidsschade en vroegtijdige sterfte kon veroorzaken. In de Verenigde Staten en Groot-Brittannië werden grootschalige onderzoeken gedaan naar de effecten van het roken. Deze onderzoeken hadden grote internationale status en werden in de Nederlandse medische vakliteratuur veelvuldig geciteerd en onder de aandacht gebracht. Ook Nederland was niet geheel onverdienstelijk in onderzoek naar de gevolgen van roken.

De eerste belangrijke Amerikaanse studie die roken verbond met sterfte was *Tobacco Smoking and Longevity* van de bioloog Raymond Pearl. De resultaten werden in 1938 gepubliceerd. Pearl had voor deze studie 7000 mannen geïncludeerd en hen ingedeeld in de categorieën 'niet rokers', 'gematigde rokers' en 'zware rokers'. Zijn eindconclusie was dat roken een significante verkorting van de levensverwachting veroorzaakte.<sup>35</sup>

Een aantal jaren later onderzochten de Amerikaanse onderzoekers Ernst Wynder en Evarts Graham het tabaksgebruik bij 644 mannen en 40 vrouwen. Zij concludeerden dat zwaar roken, gedurende langere tijd en vooral het inhaleren van sigarettenrook een belangrijke factor was voor het ontstaan van longkanker. Longkanker bij niet rokers of minimale rokers was echter een zeldzaamheid.<sup>36</sup> De Amerikaanse onderzoekers E.C. Hammond en D. Horn bevestigden de oversterfte bij rokers nogmaals eind jaren vijftig. Zij hadden onderzoek gedaan onder bijna 200.000 blanke mannen in de leeftijd van 50 tot 69 jaar. Er werd een belangrijke oversterfte gevonden bij rokers door hartziekten, longkanker en andere longziekten.<sup>37</sup>

Deze bevindingen hebben er mede toe geleid dat in 1964 Luther L. Terry, destijds *Surgeon General* van de Verenigde Staten, de publicatie van het rapport *Smoking and Health* aankondigde.<sup>38</sup> De conclusie van het rapport was dat het roken van sigaretten longkanker en strottenhoofd kanker veroorzaakte. Bovendien waren er sterke aanwijzingen, zo niet definitief bewijs, dat roken een belangrijke oorzaak was bij het ontstaan van andere ziekten zoals COPD, hart- en vaatziekten en andere vormen van kanker. Dit werd door velen gezien als doorbraak

---

<sup>35</sup> Raymond Pearl, 'Tobacco Smoking and Longevity', *Science*, 2253 (1938) 216-217, aldaar 217.

<sup>36</sup> H.A van der Flier, 'Het roken als oorzaak van het ontstaan van bronchuscarcinoom', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 94 (1950) 2551-2552, aldaar 2551.

<sup>37</sup> E.C. Hammond en D. Horn, 'Smoking and death rates: report on forty-four months of follow-up of 187.783 men. 2. Death rates by cause', *PubMed*, 15 maart 1958. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1963118930001a.pdf>, laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.

<sup>38</sup> De surgeon general is het operationele hoofd van het Amerikaanse public health service korps en leidende woordvoerder voor kwesties van volksgezondheid in de federale regering van de VS.

in de strijd tegen longkanker want voor het eerst werd vanuit de overheid gesteld dat roken longkanker kon veroorzaken.<sup>39</sup>

Ook in Groot Brittannië werd veel onderzoek gedaan naar oversterfte bij rokers. Een van de bekendste en langstdurende Britse onderzoeken was *The mortality of doctors in relation to their smoking habits* van de onderzoekers A. Bradford Hill en Richard Doll. De onderzoekers hadden voor artsen gekozen omdat het bij deze beroepsgroep makkelijk was om bij hun gegevens te komen; immers alle artsen stonden geregistreerd in een register. Hill veronderstelde dat er onder artsen een grote bereidheid zou zijn om mee te werken. Bovendien was de doelgroep representatief. Artsen hielden er in die tijd geen andere rookgewoonten op na dan de rest van de bevolking. Door het geringe aantal vrouwelijke artsen werd deze groep grotendeels buiten beschouwing gelaten.

Hill had in 1951 alle artsen die ingeschreven stonden in het Britse medische register een vragenlijst toegestuurd. Bijna 40.000 artsen reageerden op deze vragenlijst. Hill en Doll maakten gebruik van een nieuwe benadering namelijk onderzoek over de lange termijn, een prospectief onderzoek. Zij publiceerden in 1954 de eerste resultaten: 36 sterfgevallen aan longkanker onder de rokers en geen sterfgevallen onder de niet rokers. Deze resultaten maakte nog weinig indruk.<sup>40</sup>

In 1964 werden de tien jaar cijfers gepubliceerd. Het jaarlijkse sterftecijfer voor zware rokers (meer dan 25 sigaretten per dag) bedroeg 2,23 per 1000, voor matige rokers 0,93 per 1000 en slechts 0,07 per 1000 onder de niet-rokers. Bovendien bleek het sterfterisico af te nemen als mensen stopten met roken. Onder de rokende artsen was 29% voorzichtiger geworden en gestopt of minder gaan roken. Dit resulteerde in een minder grote sterfte aan longkanker met 7%.<sup>41</sup> Uiteindelijk heeft deze prospectieve studie een looptijd gehad van vijftig jaar! Het werd meer en meer duidelijk dat roken niet alleen kanker kon veroorzaken, maar ook allerlei andere ziekten. De studie heeft een enorme bijdrage geleverd aan de kennis omtrent roken en gezondheidsschade en de strijd tegen het roken.<sup>42</sup>

Een ander invloedrijk rapport was *Smoking and health* van het *Royal College of Physicians of London on smoking in relation of cancer of the lung and other diseases*. Dit rapport verscheen

---

<sup>39</sup> Smoking and health, report of the advisory committee to the surgeon general of the public health service', *U.S. department of health, education and welfare*, (Washington 1964) 25-29.

<sup>40</sup> Richard Doll en A. Bradford Hill, 'The mortality of doctors in relation to their smoking habits', *British Medical Journal* (1954) 1451-1455, aldaar 1454-1455.

<sup>41</sup> Bart Meijer van Putten, 'Rokende artsen; op 70 jarige leeftijd is 80% van de niet rokers in leven en slechts 59% van de rokers', *NRC*, 10 november 1994.

<sup>42</sup> Maria Elisa Di Cicco, Vincenzo Ragazzo en Tiago Jacinto, 'Mortality in relation to smoking: the British doctors study', *Breathe*, 12 (2016) 275-276, aldaar 276.

ook in het Nederlands onder de naam *Roken en gezondheid*. Naast aandoeningen zoals longkanker, chronische bronchitis, ziekten van het maag-darmstelsel en hart- en vaatziekten benoemde de onderzoekers ook de psychologische aspecten van roken. Zo stelden de onderzoekers vast dat kinderen de rookgewoonten van hun ouders volgden en dat intelligente kinderen minder rookten dan minder intelligente kinderen! Volwassenen gaven aan dat roken hen hielp bij het concentreren.

De onderzoekers concludeerden bovendien dat rokers mogelijk verslaafd waren aan nicotine. De meeste rokers gaven aan te willen stoppen met roken. Het kostenaspect en angst voor ziekten waren daarbij de belangrijkste redenen. De eindconclusie van het rapport was dat de voordelen van het roken vooral gelegen waren op psychologisch en sociaal gebied. Bovendien zou roken helpen tegen obesitas. De onderzoekers stelden vast dat roken grote gezondheidsschade veroorzaakte en een significante invloed had op de levensverwachting.

Om de schadelijke effecten van roken te verminderen adviseerden de onderzoekers om betere filters te gebruiken, de tabak anders te bewerken en om de sigaretten niet te ver op te roken. Het overstappen van sigaretten naar sigaar of pijp werd ook als advies gegeven. Verder moest het roken ontmoedigd worden bij de jeugd. De overheid zou hier een belangrijke rol moeten spelen.<sup>43</sup>

In 1971 kwam het tweede rapport van het *Royal College of Physicians* tot stand. Lenze Meinsma, directeur van het KWF (Koningin Wilhelmina Fonds) en later bekend als 'antirook dokter' vertaalde en verspreidde het rapport.<sup>44</sup> Hierdoor werd het rapport toegankelijk voor iedereen die kennis moest hebben van de inhoud van het rapport zoals artsen en politici.

In Nederland was het Willem Wassink die voor het eerst een verband legde tussen roken en het ontstaan van longkanker. Wassink was verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoekhuis in Amsterdam. Vlak na de Tweede Wereldoorlog publiceerde hij het eerste Nederlandse patiënt-controle onderzoek *Ontstaansvoorwaarden voor longkanker*. Hij had hiervoor 143 opgenomen patiënten (136 mannen en 7 vrouwen) met kwaadaardige gezwellen aan de luchtpijp en long geïncludeerd. Zijn eindconclusie luidde dat roken, maar ook het verblijf in rokerige ruimten als de belangrijkste oorzaak voor longkanker bij de Nederlandse man kon worden aangemerkt.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> *The royal college of physicians of London*, 'Smoking and health. A report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases (London 1962) s6-s7.

<sup>44</sup> Marc Willemsen, *De geschiedenis van de tabaksontmoediging 1948-2017* (Amsterdam 2018) 3.

<sup>45</sup> W.F. Wassink, 'Ontstaansvoorwaarden voor longkanker', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 92 (1948) 3732- 3747, aldaar 3746.



Het duurde tot 1954 voordat er uiteindelijk een commissie tot stand kwam bestaande uit leden van de Gezondheidsraad en deskundigen om de minister van Volksgezondheid advies te geven over roken en longkanker. In 1956 was de commissie klaar en concludeerde dat langs statistische weg het bewijs van een causaal verband tussen roken en longkanker niet geleverd was, maar dat ook het tegendeel niet bewezen was. De commissie was van mening dat de overheid een waarschuwing richting jeugd moest geven over de gevaren van roken. De commissie adviseerde de volgende boodschap door de overheid te laten uitgaan: 'De regering heeft met bezorgdheid kennis genomen van de snelle toeneming van longkanker, welke zich de laatste decennien heeft voltrokken. In de medische en ook in de lekenpers wordt veelal gesteld, dat sterk roken, in het bijzonder dat van sigaretten, het ontstaan van longkanker bevordert. De Regering heeft zich op dit punt door deskundigen laten voorlichten. Deze hebben als hun mening gegeven, dat, hoewel het bewijs van een causaal verband in bovengenoemde zin begrijpelijkerwijs niet geleverd kan worden, er geen afdoende argumenten verzameld werden tegen de aanname van een dergelijk verband.'<sup>46</sup>

Een waarschuwing richting jeugd was wel iets wat gedaan mocht worden, maar rookten kinderen dan veel? In 1957 werd er met behulp van de *Nederlandse Onderwijzers Vereniging* een onderzoek verricht naar de rookgewoonten onder kinderen van de laatste drie klassen van 24 Amsterdamse basisscholen. Door middel van een anonieme enquête werden 2443 kinderen tussen de negen en twaalf jaar bevraagd. Onder 'roker' werd verstaan kinderen die vaker dan eenmaal hadden gerookt. In de hoogste klas rookte 47,3% van de jongens en 10,8% van de meisjes. Vooral jongens bleken vaker herhaaldelijk te roken. In totaal rookten 41 kinderen dagelijks. De meesten kinderen rookten af en toe een sigaret. Een deel van de kinderen rookte alleen op zondag.

Het advies van de onderzoekers was om rookstopacties te ondernemen voor het vierde leerjaar. Op deze leeftijd werd er nog incidenteel gerookt en speelde de factor verslaving nog geen rol. De kans op een succesvolle rookstop interventie was daarom groot.<sup>47</sup> Aan het einde van de eeuw en in het begin van de eenentwintigste eeuw is het beeld van rokende kinderen enigszins bijgesteld. In 2017 had 17% van 12 tot 16 jarigen ooit gerookt.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> 'Publikaties van de Gezondheidsraad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 101 (1957) 459-464 en L.G.A. Bonneux, C.W.N. Looman en J.W. Coebergh, 'Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 147 (2003) 917-921, aldaar 917..

<sup>47</sup> C. van Proosdij, Z. de Jong en E.G. van Proosdij-Hartzema, 'Een onderzoek naar rookgewoonten op 24 lagere scholen te Amsterdam', *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 102 (1958) 904-905, aldaar 905.

<sup>48</sup> 'Roken. Leeftijd en geslacht jongeren', *VZinfo.nl*, z.d.. <https://www.vzinfo.nl/roken/leeftijd-en-geslacht-jongeren>, laatst geraadpleegd op 24 april 2022.

#### 1.4 Publicaties in medische vakliteratuur

De grootste algemeen medische vakbladen waren en zijn nog steeds *Medisch Contact* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*. Het *NTvG* was een gezaghebbend tijdschrift voor de medische beroepsgroep. Vanaf de oprichting in 1857 maakten invloedrijke artsen, medische wetenschappers en hoogleraren deel uit van de redactie. In 1910 waren er al 3000 betalende abonnees. Dat was zelfs meer dan het totaal aantal geregistreerde artsen in Nederland. Het is niet duidelijk of al die artsen ook abonnee waren want het was bijvoorbeeld ook voor een apotheker mogelijk een abonnement op het tijdschrift te nemen.<sup>49</sup>

In de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw verschenen zo nu en dan artikelen in het *NTvG* die de schadelijkheid van roken tot onderwerp hadden. Een artikel uit 1924, *Over de giftigheid van tabaksrook*, wist de auteur te melden dat roken schade toebracht aan de kransslagaderen. Naast de fysieke schadelijkheid bleek ook snel dat roken ook een psychisch component had en dat een roker vooral innerlijke kracht nodig had om van het roken af te komen. In 1935 beschreef E. Sluiter, ook in het *NTvG*, de verschillende schadelijke gevolgen van roken. Hij beschreef ook de ontwenningverschijnselen zoals lusteloosheid, een slecht humeur en algehele malaise. Volgens Sluiter was wilskracht van groot belang om de innerlijke strijd tussen de ontwenningverschijnselen te beslechten en succesvol te stoppen.<sup>50</sup>

In die periode kwam het middel *Lobeline* kwam op de markt. Het werd ingezet als ontwenningmiddel bij nicotineverslaving. Hoewel *Lobeline* veel bijwerkingen had werd het nog tot ver in de jaren zestig aangeprezen als hulpmiddel bij het stoppen met roken.<sup>51</sup>

Ondanks dat er al vroeg signalen waren wat betreft het verslavende effect van roken liepen de meningen onder de medici uiteen. De redactie van het *NTvG* meende in 1950 dat verslaving aan roken weinig voorkwam.<sup>52</sup> Het niet kunnen stoppen met roken werd vaak geweten aan een gebrek aan wilskracht. Dit idee leefde tot ver in de twintigste en ook in de eenentwintigste eeuw voort bij artsen en de leken.

Het *NTvG* plaatste in de decennia die volgden met grote regelmaat artikelen over de schadelijkheid van roken. Behalve de schadelijkheid kreeg het verslavingsaspect meer en meer aandacht. Zo schreef J. Gerbrandy in de rubriek oncologie van het *NTvG* een artikel over de doodsver(w)achting van de roker. Hij begon zijn betoog met de vaststelling dat mensen die

---

<sup>49</sup> S.E. van 't Hof, 'Artikelenreeks over de hoofdredacteurs van het Tijdschrift uit de afgelopen 150 jaar', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151 (2007) 653-655, aldaar 654.

<sup>50</sup> E. Sluiter, 'Roken en afschaffen', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 79 (1935) 83-84, aldaar 84.

<sup>51</sup> 'Lobuline', *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde* 107 (1963) 1984-1985, aldaar 1984.

<sup>52</sup> 'Vraag no 47', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 94 (1950) 2548.

roken verslaafd zijn. Dit was een heel andere boodschap dan dat de roker zijn innerlijke kracht moest gebruiken om te stoppen met roken.<sup>53</sup>

Geluiden over het verslavingsaspect traden steeds vaker op, soms slechts als kattenbelletje in bijvoorbeeld de rubriek 'berichten buitenland' in 1960. Er was een kort berichtje geplaatst over de Engelse arts Dr. Lennox Jones. Deze arts vond de aandacht die uitging naar de relatie tussen longkanker en roken ondergeschikt aan het feit dat roken een *drug addiction* was, een ziekte. Als artsen dit zouden erkennen, zouden zij ook aanvaarden dat genezing en behandeling primair tot hun verantwoordelijk behoorde, want volgens Jones was roken een psychische aandoening.<sup>54</sup> Dit was wellicht het begin van een ommezwaai in het denken over roken als verslavingsziekte.

Minder bekend is het tijdschrift *Spreekuur Thuis*.<sup>55</sup> Het eerste nummer verscheen in 1958 en had ten doel het lekenpubliek over medisch inhoudelijke zaken op verantwoorde wijze te informeren. Het blad was tot stand gekomen in samenwerking met de *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij der Geneeskunde (KNMG)*. In 1962 plaatste de internist C. van Proosdij een kritisch stuk over roken. In het artikel refereerde Van Proosdij aan diverse studies die de schadelijkheid van roken hadden aangetoond. Van Proosdij zag echter een grote taak voor de overheid weggelegd in het ontmoedigen van roken. Geen verkoop van rookwaar meer aan personen jonger dan zestien jaar, een advertentiebeperking (met name advertenties die gericht zijn op jongeren) en het verbieden van roken in publieke ruimten. Tot slot vond Van Proosdij dat er hulp geboden moest worden aan mensen die wilden stoppen.<sup>56</sup>

Het *Medisch Contact (MC)* is een wekelijkse uitgave van de *Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunde (KNMG)*. Ook dit blad besteedde in de naoorlogse periode regelmatig aandacht aan onderzoeken over gezondheidsschade in relatie met roken. Dat het rookgedrag van artsen een verkeerde boodschap uitzond naar de jeugd bleek wel uit een enquête die in 1960 was uitgezet onder 4000 mannelijke leerlingen tussen de dertien en zeventien jaar oud van 40 middelbare- en 40 lagere technische scholen. De meeste jongens waren rond hun dertiende jaar begonnen met roken. Rond hun zestiende jaar nam het gebruik toe. Ongeveer de helft van de jongens wist dat roken longkanker kon veroorzaken. De jongens hadden geconstateerd dat veel artsen rookten. Zij beredeneerde dan ook dat roken voordelen

---

<sup>53</sup> J. Gerbrandy, 'De doodsver(w)achting van de roker', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 102 (1958) 1105-1106, aldaar 1105.

<sup>54</sup> 'Men overtuige de roker dat hij zenuwpatiënt is die behandeling behoeft', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 104 (1960) 841-842, aldaar 842.

<sup>55</sup> J.R. Prakken, 'Spreekuur Thuis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 102 (1958) 2137-2138, aldaar 2137.

<sup>56</sup> C. van Proosdij, 'Roken en gezondheid', *Spreekuur Thuis* (1962) 398-400, aldaar 400.

moest hebben. Voor de onderzoekers was dit een eyeopener: ‘Wanneer medici ervan overtuigd zijn dat sigaretten roken verkeerd is, zullen ze dus zelf het voorbeeld moeten geven en nalaten’.<sup>57</sup>

De sterftcijfers ten gevolge van longkanker en hart en vaatziekten publiceerde Lenze Meinsma, directeur van de *Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding* (L.O.K.) en directeur van het KWF een aantal jaren later in het MC.<sup>58</sup> Het betrof de sterftcijfers van mannen uit verschillende beroepsgroepen in de leeftijd van 40 tot 64 jaar. De conclusie was dat een op de acht mannen overleed aan longkanker en een op de vier mannen aan een hartaandoening. De longkankersterfte bij vrouwen was niet verder gestegen. Meinsma leidde daaruit af dat vrouwen minder sigaretten hadden gerookt dan mannen. Meinsma gaf met zijn artikel een ernstige waarschuwing over de gevaren van roken. Hij adviseerde de sigarettenrokers te stoppen of over te gaan op sigaar of pijp en bij het roken niet meer te inhaleren.<sup>59</sup>

Uiteindelijk liet MC ook een eigen geluid horen. In de zomer van 1971 publiceerde zij twee hoofdartikelen over roken. In het eerste artikel besteedde de redactie aandacht aan de niet roken oproep van de KNMG. De KNMG had haar leden gevraagd om niet meer te roken, zeker niet tijdens de praktijkvoering. Lenze Meinsma had een aantal jaren eerder het hoofdbestuur al om een duidelijk standpunt gevraagd.<sup>60</sup> Het tweede artikel had een andere lading. De auteur haalde de parallellen aan tussen drugsgebruik en het roken van sigaretten. De auteur meende dat het gezondheidsbelang van de individuele gebruiker voorop zou moeten staan en dat hulp meer zou moeten zijn dan alleen het bestrijden van symptomen. Hij meende dat het complexe rookvraagstuk niet door één professionele deskundigheid (artsen) op te lossen zou zijn.<sup>61</sup>

---

<sup>57</sup> H. Doeleman, De ontwikkeling van rookgewoonte bij de jeugd. Door O. Fokkens, Academisch proefschrift, *Medisch Contact* 15 (1960) 528-529, aldaar 528.

<sup>58</sup> Het L.O.K werd in 1953 opgericht als overkoepelend en leidinggevend orgaan van de kankerbestrijding. Oprichters waren de universitaire kankercentra in Amsterdam, Groningen, Leiden, Utrecht en Nijmegen, het Nederlands Kanker Instituut en het Rotterdams Therapeutisch Instituut als uitvoerende organen, samen met het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF). Belangrijkste taak was het uitbrengen van advies aan het KWF. In 1968 werd het L.O.K geïntegreerd in het KWF zie: <https://noord-hollandsarchief.nl/bronnen/archieven?mivast=236&mizig=210&miadt=236&miaet=1&micode=426&minr=894712&miwiew=inv2>

<sup>59</sup> ‘Sterfte aan longkanker blijft stijgen’, *Medisch Contact* 20 (1965) 530.

<sup>60</sup> B., ‘Roken’ *Medisch Contact* 26 (1971) 653-654, aldaar 654.

<sup>61</sup> V.t., Roken (II), *Medisch Contact* 26 (1971) 749-750, aldaar 750.

Er werd in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw heel wat gepubliceerd over de schadelijkheid roken. Ook werd de beroepsgroep zelf meer aangesproken op het rookgedrag.



Figuur 2: landelijke Specialisten Vergadering 3 mei 1975. Bron: *Medisch Contact* nummer 20, 16 mei 1975

In 1975 verscheen in *MC* een ingezonden brief van de arts Vermeer. Hij reageerde op een geplaatste foto waarop rokende specialisten te zien waren tijdens een landelijke vergadering in een eerder nummer. Hij constateerde dat deze vakmensen die op topniveau Neerlands gezondheid bewaken door wijze raad, goed voorbeeld en deskundigheid, tijdens de

vergadering flink aan het roken waren. Op de voorgrond van de foto zijn twee rokende specialisten te zien en een volle asbak. Vermeer meende dat iedereen recht had op zijn vrijheid, maar dat rokers ook rekening moesten houden met collegae die passief aan het meeroken waren.<sup>62</sup>

Rokende artsen waren geen uitzondering. Dit werd nog eens bevestigd door een artikel in het *NTvG* geschreven door Van Adriaanse, Van Zutphen en Van Reek. In het artikel gaven de auteurs een overzicht van onderzoeken die betrekking hadden op de rookgewoonten van artsen in 31 verschillende landen in de periode 1951 tot 1985. Er was gekeken naar het rookgedrag van artsen ten opzichte van het rookgedrag onder de algemene bevolking.

TABEL 1. Rookgewoonten onder in 1988 geïmquiseerde huisartsen in de Europese Gemeenschap

land	aantal respon- denten	perc. rokers naar tabaksoort			percentage nooit- rokers
		sigaret	pijpl sigaar	gestopt	
Belgie	203	18	11	29	40
Denemarken	200	19	20	35	26
Bondsrepubliek	245	19	7	38	37
Griekenland	200	36	5	26	36
Spanje	210	37	8	28	27
Frankrijk	200	24	9	37	32
Ierland	200	9	12	38	41
Italië	200	39	3	24	34
Luxemburg	50	28	8	22	42
Nederland	206	16	13	43	28
Portugal	200	37	3	21	40
Ver. Koninkrijk	200	3	7	37	54
EG	2314	24	9	32	36

Figuur 3: bron: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134 (1990).

Aansluitend op wat eigenlijk al bekend was bleek dat in de jaren vijftig en zestig het merendeel van de artsen rookte. Er was nauwelijks verschil met het rookgedrag van de algemene bevolking. Zo rookte in 1954 in Nederland 82% van de mannelijke artsen en 50% van de vrouwelijke artsen. Het gemiddelde onder de algemene bevolking bedroeg 89%. De eindconclusie van het onderzoek was dat artsen in de 31 onderzochte landen minder rookte dan de algemene bevolking.

Uitzonderingen hierop waren de mannelijke artsen in Portugal, Frankrijk en Nederland en vrouwelijke artsen uit Finland, Rusland, Japan, Portugal en Spanje. De rookprevalentie nam vrijwel overal af. In Noord-Amerika, Engeland en Scandinavië nam het aantal rokende artsen al in de jaren zestig af. In de oudere geïndustrialiseerde landen in Europa en recent

<sup>62</sup> W.R. Vermeer, 'Rokende specialisten' *Medisch Contact* 30 (1975) 691.

geïndustrialiseerde landen in de Pacific regio trad de daling later in. In de mediterrane regio was de daling nog later. In de ontwikkelingslanden werd nog flink gerookt onder de artsen.<sup>63</sup>

Zo langzaam begon ook het accent van de artikelen te wijzigen. In de jaren zestig, zeventig en tachtig stonden vooral de onderzoeken en publicaties centraal die de schadelijkheid van roken bevestigden. Vanaf de jaren negentig onderzocht de medische discipline steeds vaker de mogelijkheden om mensen van het roken af te helpen. Er kwam steeds meer oog voor de verslavende aspecten van roken. In 1990 vonden de meeste artsen dat zij een rol moesten spelen in de preventie en stoppen met roken. Ze gaven aan dat zij zelf te weinig handvatten en hulpmiddelen hadden om dat te doen.<sup>64</sup>

Belangrijk was de totstandkoming van de *Minimale Interventie Strategie (MIS)*. Het was een methode die huisartsen konden gebruiken bij het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken op basis van een vaststaand stappenplan. In 1994 vond de landelijke verspreiding van de *MIS* plaats en werd de methodiek opgenomen in het nascholingspakket van huisartsen. De implementatie kwam voor rekening van de Universiteit van Twente in nauwe samenwerking met de *Landelijk huisartsen Vereniging (LHV)*, het *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*, *Stivoro* en de *Universiteit van Maastricht*. In 1996 werd de methode geëvalueerd. De beoogde implementatie was volgens de onderzoekers gelukt. Zij concludeerden dat de *MIS* de enige goed onderzochte wetenschappelijke methode was voor stoppen met roken die tevens toepasbaar was in de huisartsenpraktijk. Bovendien vergrootte de methode de effectiviteit van het medisch handelen, was het weinig belastend voor de praktijkvoering en was het te gebruiken door de huisarts en diens assistent(e). Het gebruik van de *MIS* leidde tot 15% stoppers na één jaar tegenover 5% bij een stopadvies zonder hulpmiddelen.<sup>65</sup>

In september 1999 verscheen opnieuw een artikel in het *MC* over nieuwe methoden voor de begeleiding bij het stoppen met roken. De auteurs stelden vast dat het aantal rokers in Nederland stabiliseerde. Als een van de oorzaken werd aangevoerd de terughoudendheid van medische beroepsgroepen met het inzetten van werkzame interventies. Zo gaven huisartsen slechts in 9% van hun contacten met rokers een stopadvies. Het belang van het geven van een stopadvies was ook opgenomen in de richtlijnen van de *Cochrane Tobacco Addiction Review*

---

<sup>63</sup> H. Adriaanse, J. van Reek en W.M. van Zutphen, 'Rookgewoonten artsen wereldwijd; een overzicht van 100 onderzoeken naar tabaksgebruik onder artsen in 31 landen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130 (1986) 2224-2229, aldaar 2224.

<sup>64</sup> W. Everaerd, 'Stoppen met roken', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134 (1990) 1484-1485, aldaar 1485.

<sup>65</sup> M.E. Pieterse, J.H. Duistermaat en A.J.M. Drenthen, 'De rol van de medische sector bij het terugdringen van roken. Minimale interventiestrategie in de huisartspraktijk. Stoppen met roken als onderdeel van preventiebeleid', *Medisch Contact* 52 (1997) 791-792, aldaar 792.

Group. Alle artsen, verloskundigen, verpleegkundigen en specialisten zouden systematisch een rookstopadvies moeten geven aan zwangeren en aan mensen met aan roken gerelateerde aandoeningen.<sup>66</sup> Ook werd de inzet van nicotine vervangende middelen zoals nicotinepleisters, kauwgum of spray in het artikel onder de aandacht gebracht. De inzet van deze middelen zou het slagingspercentage kunnen verdubbelen. Ook bracht de farmaceutische industrie het nieuwe geneesmiddel Zyban® op de markt. Bij inzet van dit middel was 23% van de mensen na een jaar nog steeds gestopt met roken. Binnen de medische professie gold een jaar abstinentie als een ijkdatum. Na een jaar vertoonden de meeste ex-rokers geen terugval meer.

In mei 2007 verscheen een artikel in *Huisarts & Wetenschap* met de titel ‘Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan?’ Opnieuw werd gesteld dat huisartsen een belangrijke bijdrage konden leveren aan het voorkomen en terugdringen van aan roken gerelateerde gezondheidsklachten. Het artikel beschreef een onderzoek over de inzet van de MIS als methodiek bij het stoppen met roken. Volgens het onderzoek waren er na 1 jaar significant meer stoppers dan bij de groep waar de MIS niet was gebruikt. De eindconclusie was dat huisartsen het stoppen met roken vaker ter sprake konden brengen. Redenen om het niet te bespreken waren onder andere niet gemotiveerde patiënt, gebrek aan tijd, geld en expertise.<sup>67</sup>

### 1.5 Stoppen met roken: activisten

Niet alleen wetenschappelijke onderzoek en publicaties in medische vakbladen speelden een rol in de langzaam veranderde inzichten en praktijken. Ook individuele acties van artsen en burgeractivisten waren van invloed. Deze activisten klommen op de barricades om aandacht te vragen voor het rokersprobleem. Zij vonden niet altijd (gelijk) gehoor, maar wisten vaak wel de publiciteit te halen en daarmee hielpen zij mee het roken op de publieke agenda te krijgen. aandacht te



Figuur 4: Lenze Meinsma 1975. Bron: Wikipedia

Een van de beroemdste antirookdokters van Nederland was Lenze Meinsma. Hij promoveerde op een proefschrift over gezondheidsrisico's van roken. Hij was van 1953 tot 1978 onder andere directeur van het *Koningin Wilhelmina Fonds Kankerbestrijding (KWF Kankerbestrijding)* 1978) en bestuurslid van de *Vereniging tegen Kwakzalverij*. Hij initieerde diverse anti-rook acties in de jaren zestig. Zo startte hij in 1964 de *Actie Roken jeugd*. In 1969 publiceerde

<sup>66</sup> J. Broer, B. Meyboom en T. van der Molen, 'Nieuwe mogelijkheden om te stoppen met roken', *Medisch Contact* 54 (1999) 1159 – 1162, aldaar 1159.

<sup>67</sup> Monique Jacobs van der Bruggen, Gé Donker, Harry Verkleij en Caroline Baan, 'Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan?' *Huisarts & Wetenschap* 50 (2007) 198-202, aldaar 202.

hij het boekje *Roken en risico's* om de overheid op te roepen tot maatregelen. Zo pleitte hij voor een reclameverbod, waarschuwingen op pakjes, het beperken van verkooppunten, het instellen van een leeftijdsgrens om sigaretten te kopen, rookverbod in openbare gebouwen en het plaatsen van sigarettenautomaten in de openbare ruimte.<sup>68</sup>

Van zijn beroepsgenoten ontving hij aanvankelijk weinig steun. Uiteindelijk steunden begin jaren zeventig vier verschillende specialistenverenigingen de anti-rook ideeën van Meinsma. Deze verenigingen stuurden gezamenlijk een brief naar de toenmalige staatssecretaris Roelof Kruisinga van Volksgezondheid gestuurd met feiten en cijfers over de gevolgen van roken. Dit signaal kon niet genegeerd worden en Kruisinga besloot tot het instellen van een commissie van de Gezondheidsraad voor advies.<sup>69</sup>

Een van de eerste artsen die pro-actief mensen van het roken af wilde helpen was de Akkrumer huisarts A. Terpstra. Geïnspireerd en geadviseerd door de eerder genoemde Meinsma vatte Terpstra het plan op om patiënten groepsgewijs te behandelen tegen nicotineverslaving. In de *Telegraaf* van januari 1966 zette hij zijn plannen uiteen. Hij wilde zelf een groepje van ongeveer twaalf rokers, uit zijn eigen praktijk, begeleiden bij het stoppen. Mensen konden zich gratis aanmelden. Hij gaf aan het psychologisch te willen aanpakken. Een maand later was het dan zo ver en startte Terpstra met een groep van twaalf deelnemer; elf mannen en één vrouw. In het nieuwsblad *De Tijd* van 25 februari werd daar een klein artikeltje aan gewijd waar vooral de deelnemers aan het woord kwamen. In vier weken tijd raakten de cursisten van het roken af! De actie van Terpstra was zo uitzonderlijk dat het de regionale en landelijke pers haalde.<sup>70</sup>

Niet alleen artsen keerden zich tegen de alom populaire sigaret. Ook vanuit het



*Figuur 5: Robert Jasper Grootveld beklad affiches. Brons: Internationaal Instituut Sociale Geschiedenis*

alternatieve circuit kwamen anti-rookgeluiden. De provo Robert Jasper Grootveld is in de jaren zestig bekend geworden met zijn anti rookacties. Hij had het vooral voorzien op de sigarettenindustrie. Volgens Grootveld was het de industrie die mensen wist te manipuleren en hen blind maakte voor de gevaren van roken. Zijn acties

<sup>68</sup> Marc Willemsen, *De geschiedenis van de tabaksontmoediging* (Amsterdam 2018) 4.

<sup>69</sup> 'Lenze Meinsma', *Wikipedia. De vrije encyclopedie* 2021, 18 januari 2021. [https://nl.wikipedia.org/wiki/Lenze\\_Meinsma](https://nl.wikipedia.org/wiki/Lenze_Meinsma), laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.

<sup>70</sup> Artikelen in verschillende kranten onder andere: Arts 1, *De Tijd*, 25 februari 1967, 7, 'Stoppen met roken begint met het afschaffen van de 'gewoontesigaret'', *Leeuwarder Courant*, 6 maart 1971, 7., 'Eerste succes voor Akkrumer arts. Dokter Terpstra leerde twaalf van het roken af', *Friese Koerier*, 23 februari 1967, 8.



bestonden uit het bekladden van reclameaffiches met de letter 'k' of door het woord 'kanker'.<sup>71</sup>

Van een heel ander kaliber was de Bredase postsorteerder Nanny Nooyen. In 2000 werd zij landelijke nieuws omdat zij via de rechter een rookvrije werkplek eiste. Ze ondervond ernstige hinder van de tabaksrook van haar collega's en moest zich meermalen ziekmelden in verband met benauwdheidsklachten. Nooyen en haar werkgever kwamen er niet samen uit. Met de steun van Astmafonds spande zij een rechtszaak aan. De rechter stelde haar in het gelijk en veroordeelde haar werkgever tot een boete van €1000 per overtreding met een maximum van een ton.<sup>72</sup> De uitspraak zorgde ook voor een ommekeer in de publieke opinie. Roken werd een maatschappelijk probleem en niet zozeer meer een probleem van de individuele roker. De actie van Nooyen heeft ertoe geleid dat iedere werknemer vanaf 2004 bij wet recht heeft op een rookvrije werkplek.

De laatste jaren zijn de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker boegbeelden voor de anti-roken lobby geworden. In 2008 kwam hun boek *Nederland stopt! Met roken* uit. Het boek werd een ware rage. De Kanter en Dekker werden bekend en de effectieve methodiek die zij hanteren werd door verschillende zorginstellingen geadopteerd.<sup>73</sup>

Daarnaast hebben De Kanter en Dekker de *Stichting Rookpreventie Jeugd* opgericht. De doelstelling van deze stichting is het uitbannen van tabak uit de samenleving. Ze willen dat verwezenlijken door onder andere hoge accijnzen op tabak en een speciaal vergunningsstelsel voor de verkoop van tabak. In 2016 was De Kanter, samen met een tweetal patiënten die leden aan een longziekte en de *Stichting Rookpreventie Jeugd* initiatiefneemster om de tabaksindustrie aan te klagen.

De aanklacht was het met voorbedachten rade benadelen van hun gezondheid. De Kanter kreeg veel bijval vanuit de medische beroepsgroep. De *NTvG*, het *KWF Kankerbestrijding* en verschillende ziekenhuizen sloten zich bij het initiatief aan. Het openbaar ministerie kreeg echter geen bevel om de tabaksindustrie aan te pakken.<sup>74,75</sup> Daarnaast voerde Rookpreventie Jeugd in 2014 en 2015 een zaak tegen de staat om een einde te maken aan de structurele macht van de tabakslobby. De zaak werd afgewezen, maar tussentijds had de

---

<sup>71</sup> Eric van Duivenvoorden, 'Robert Jasper Grootveld. Een leven in vogelvlucht', *Internationaal Instituut voor sociale geschiedenis*, (z.d.). <http://www.iisg.nl/grootveld/biografie.php>, laatst geraadpleegd op 10 mei 2022.

<sup>72</sup> Astrid Balsink en Ina Eggink, 'Werkplek moet rookvrij zijn', *De Financiële Telegraaf*, 26 april 2000.

<sup>73</sup> Ook de zorggroep waar de auteur van deze scriptie werkt heeft op basis van de methodiek van De Kanter en Dekker, een transmurale zorgpad stoppen met roken ontwikkeld.

<sup>74</sup> 'Wanda de Kanter', *Wikipedia. De vrije encyclopedie*, 23 juni 2021. [https://nl.wikipedia.org/wiki/Wanda\\_de\\_Kanter](https://nl.wikipedia.org/wiki/Wanda_de_Kanter), laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

<sup>75</sup> 'Longartsen krijgen lintje voor hun strijd tegen roken', *Skipr*, 22 april 2021. <https://www.skipr.nl/nieuws/longartsen-krijgen-lintje-voor-hun-strijd-tegen-roken/>, laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

staatssecretaris wel het protocol voor overheidsdienaren laten aanpassen betreffende omgang met de tabakslobby.<sup>76</sup> Tot slot maakten De Kanter en Dekker ook deel uit van de *Alliantie Nederland Rookvrij* (initiatief van de *Hartstichting*, *KWF Kankerbestrijding* en het *Longfonds*). In 2019 werden zij uit de koepel gezet omdat zij volgens de organisatie te activistisch zouden zijn.<sup>77</sup>

Natuurlijk waren er ook tegengeluiden. In 1993 werd de Stichting Rokersbelangen opgericht. Doelstelling van deze stichting was het aangaan van een dialoog met niet-rokers en andere betrokkenen zoals overheidsinstanties.<sup>78</sup> In 2018 werd de Stichting belangengroepering Tabak Mag opgericht. Deze stichting wil af van de betutteling en intolerantie die rokers over zich heen krijgen. Zo is het roken in cafés voor deze stichting een issue.<sup>79</sup>

### 1.6 Public health en rookpreventie

Niet alleen individuen maakten zich sterk voor tabaksontmoediging. Op initiatief van het *KWF kankerbestrijding*, het *Longfonds* (voorheen het *Astmafonds*), de *Nederlandse Hartstichting* en het *Ministerie van VWS* werd in 1974 de *Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro)* opgericht. Alvorens *Stivoro* te kunnen positioneren in het Nederlands landschap van de gezondheidszorg wordt eerst stilgestaan bij de term *public health*.<sup>80</sup>

Mackenbach en Van der Maas gebruikten in hun publicatie *Volksgezondheid en gezondheidszorg* de Engelse definitie, namelijk als de wetenschap en de kunst van het voorkomen van ziekten, het verlengen van het leven en het bevorderen van de gezondheid, door georganiseerde inspanningen van de samenleving.<sup>81</sup> Meer recent is de definitie van Mariëlle Jambroes e.a. ‘het bevorderen van de volksgezondheid en gelijke kansen op gezondheid, door collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie.’<sup>82</sup> Deze definitie is meeromvattend en heeft oog voor gelijke kansen voor iedereen in de samenleving.

---

<sup>76</sup> ‘Rechtszaak tegen de staat over artikel 5.3 FCTC. Een eind aan de invloed van de tabakslobby op het antirookbeleid, Rookpreventie jeugd, 5 februari 2022. <https://rookpreventiejeugd.nl/rechtszaken/item/208-rechtszaak-tegen-de-staat-over-artikel-5-3-fctc>, laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

<sup>77</sup> Victor Schildkamp, ‘Te activistische longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker uit anti-rookclub gezet, *Algemeen Dagblad* 26-3-2019.

<sup>78</sup> ‘De studenten-files: Ton Wurtz, tabak nee. Over de tabaksindustrie & haar kompanen, 24 november 2013. <https://www.tabaknee.nl/achtergrond/item/278-de-studenten-files-ton-wurtz->, laatst geraadpleegd op 6 februari 2022.

<sup>79</sup> ‘Welkom bij Tabak Mag!’, *Tabak Mag*. <https://www.tabakmag.com/>, laatst geraadpleegd op 6 februari 2022.

<sup>80</sup> Volgens de gezondheidswetenschappers Mackenbach en Van der Maas is er geen goed Nederlands equivalent voor de term *public health*. In Nederlandstalige publicaties wordt de term daarom ook vaak onvertaald gebruikt. Zie: J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (Maarsen 2004) 3<sup>de</sup> druk, 12.

<sup>81</sup> J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (Maarsen 2004) 3<sup>de</sup> druk, 12-13.

<sup>82</sup> Mariëlle Jambroes et al., ‘De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie’, *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 157 (2013) 4.

Mackenbach en Van der Maas beschrijven *public health* als de collectieve pendant van de individuele gezondheidszorg. De term *community medicine* wordt daarom ook wel in deze context gebruikt. Zowel *public health* als de individuele gezondheidszorg houden zich bezig met diagnostiek en therapie. De diagnostiek binnen de *public health* is de analyse van gezondheidsproblemen die bestaan in een deel of hele populatie van een land of regio. De therapie bestaat uit maatregelen die er aan bijdragen dat de gezondheidsproblemen afnemen door preventieve inspanningen of door goede afstemming met de curatieve gezondheidszorg, maar het betreft altijd een bovenindividuele aanpak.

In Nederland is de *public health* meer gefragmenteerd en vertoont minder samenhang dan de *public health* in de Groot-Brittannië en de Verenigde Staten.<sup>83</sup> Het vakgebied van *public health* heeft zich in Nederland ontwikkeld tot een breed werkveld. Het omvat de jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen, medische milieukunde en gezondheidsbevordering. De uitvoerende instanties zijn de GGD-en, gemeenten, arbodiensten en landelijke kennisinstituten zoals bijvoorbeeld het Voedingscentrum, Trimbos, RIVM en Longfonds (voorheen Stivoro). De GGD vervult tevens een vangnetfunctie voor kwetsbare groepen die nog niet ergens anders kunnen worden ondergebracht zoals de zorg voor dak- en thuislozen.<sup>84</sup>

*Stivoro* was het kennisinstituut wat in de jaren zeventig onderdeel uitmaakte van de Nederlandse *public health* op het gebied van tabaksontmoediging. Officieus werd *Stivoro* vooral opgericht omdat de drie fondsen hun financiën wilden veilig stellen. Zij waren namelijk bang dat het aantal donateurs en de opbrengsten van collectes terug zouden lopen als zij een te actief antirook beleid zouden voeren.<sup>85</sup> Het was financieel gezien vechten tegen de bierkaai volgens onderzoeksjournalist Joop Bouma. *Stivoro* ontving tijdens haar hele bestaan ongeveer 102 miljoen gulden aan subsidie. Dit bedrag kreeg zij grotendeels van het ministerie van Volksgezondheid. Dat bedrag was gelijk aan wat de tabaksindustrie per jaar aan marketing uitgaf! Bovendien zag de overheid de roker als de kip met de gouden eieren. Er kwamen immers miljarden



Figuur 6: Campagne Stivoro 1983 Goed-Fout - Goedfout

<sup>83</sup>J.P. Mackenbach, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, 137-142.

<sup>84</sup>Mariëlle Jamboes et al, De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie', *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 157 (2013) 3-4.

<sup>85</sup>Joop Bouma, 'Roken: samen kwamen we er niet uit', *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde*, 163 (2019).

binnen aan accijnzen. Minder roken was niet in het belang van de schatkist.<sup>86</sup>

Het doel van *Stivoro* was om campagnegewijs het (mee)roken tegen te gaan. De campagnes waren in te delen in verschillende groepen zo waren er campagnes die vooral



Figuur 7: Campagne *Stivoro* 1999-2006. Roken? Niet waar de kleine bij is.

gericht waren op de jeugd en ouders en opvoeders zoals 'Ik rook niet, ik sport' (1981 t/m 1985), 'Roken. Dood en doodzonde' (1996/1997) en 'Kinderen kopiëren. Roken. U kunt het uw kinderen besparen' (2003). Bekende campagnes over het meerroken waren onder andere 'Wie rookt is niet gezien. (1981), 'Wie helpt de niet roker van het roken af' (1987-1988) 'Laat een ander niet meerroken. Ook niet op het werk (1990 t/m 1992). De meest bekende en langlopende was 'Roken? Niet waar de kleine bij is' (1999-2006).

Tot slot richtte *Stivoro* zich ook op de ontevreden rokers. Een van de eerste campagnes 'Goed-Fout-Goedfout' (1983-1984) richtte zich op jonge en aanstaande moeders en patiënten met longaandoeningen. In 1990-1991 werd er in samenwerking met de KRO het televisieprogramma 'Hou nou toch op' gemaakt om mensen aan te moedigen te stoppen met roken. Bij het programma hoorde ook posters, huisartsenbrochures en publieksfolders. Een langlopende campagne was 'Roken? Nee...dank u!' (1994 2001).<sup>87</sup>

In hoeverre de campagnes daadwerkelijk hebben bijgedragen aan de preventie van roken is niet duidelijk. Doordat de campagnes vaak tegelijkertijd plaatsvonden met andere veranderingen zoals prijsverhogingen en rookverboden is de bijdrage van massacampagnes niet goed te onderzoeken.<sup>88</sup> Naast de campagnes die via diverse media gevoerd werden ontwikkelde *Stivoro* in haar nadagen een uitgebreide website waar mensen terecht konden voor vragen en adviezen. Zo konden mensen een advies op maat krijgen of stoppen met roken ondersteuning krijgen via het internet. Daarnaast konden mensen die wilden stoppen met roken ook telefonische coaching krijgen of een 'Stopgesprek' voeren met medewerkers van *Stivoro*. Al deze diensten waren gratis.<sup>89</sup>

Vanaf 31 december 2013 stopte de financiering van *Stivoro* en ronden de organisatie enkele lopende activiteiten af. Een deel van haar activiteiten werden onderbracht bij het

<sup>86</sup> 'Hoe de rokers zijn verdreven', *Andere tijden*. <https://anderetijden.nl/aflevering/679/Hoe-de-rokers-zijn-verdreven>, laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

<sup>87</sup> 'Archief campagnes', *Stivoro*. <https://gezondheidsfondsenvoorrookvrij.nl/stivoro/>, laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

<sup>88</sup> M. van den Berg en C.G. Schoenmaker, ed., 'Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter', Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 27.

<sup>89</sup> Marieke Wiebing, Andrée van Emst en Ingrid Stevens, *Stoppen met roken. Willen en kunnen*, (2008) 28-29.

Trimbosinstituut. De drie gezondheidsfondsen het *Longfonds*, de *Nederlandse Hartstichting* en het *KWF Kankerbestrijding* richtten de *Alliantie Nederland Rookvrij* op. De *Alliantie* streeft naar een rookvrije generatie in 2040.

Dertien jaar voor de opheffing van *Stivoro* had het ministerie van VWS het initiatief genomen om het Partnership Stop met Roken op te richten. Het doel was om met publieke- en private partijen te komen tot een gezamenlijke uniforme en gecoördineerde aanpak van stoppen met roken in de zorgsector. In 2004 nam het Partnership het initiatief voor het ontwikkelen van de *Richtlijn Behandeling tabaksverslaving*. Het *NTvG* besteedde uitgebreid aandacht aan de totstandkoming van de richtlijn. In de inleiding refereerden de auteurs aan een artikel van Van Proosdij in 1970 in hetzelfde tijdschrift. Van Proosdij was van mening dat roken een verslaving was en niet alleen maar een slechte gewoonte. Een goede motivering en een juiste psychische instelling waren zijns inziens van groot belang om totale abstinentie te bereiken. Deze opvattingen werden teruggezien in de richtlijn van 2004. De auteurs meenden dan ook dat Proosdij zijn tijd ver vooruit was.<sup>90</sup> Bij de In 2009 werd deze richtlijn herzien en in 2019 vervangen door de *Zorgstandaard Tabaksverslaving*.<sup>91</sup>

In 1974 werd ook de *Club van Actieve Niet-Rokers (CAN)* opgericht. De club staat tegenwoordig bekend onder de naam *Clean Air Nederland* (de afkorting bleef hetzelfde: *CAN*). De doelstelling van de organisatie was en is het streven naar rookvrije samenleving waarin niemand lijdt of overlijdt aan de gevolgen van roken. *CAN* wil een brugfunctie vervullen tussen burgers (rokers en niet rokers) en organisaties die daadwerkelijk invloed kunnen uitoefenen op het rookbeleid. Ze doen dat door publieke discussies te initiëren en te stimuleren, campagnes te voeren en rechtszaken te voeren om betrokken organisaties te beïnvloeden. De organisatie heeft in haar bestaan nooit subsidie ontvangen. De inkomsten bestaan uit contributiegelden van leden, periodieke donaties en schenkingen. Als resultaten vermelden zij: rookverbod in de schoolklas (1978), rookvrije openbare gebouwen (1990), rookvrije vliegtuigen (1995), rookvrije werkplek, met uitzondering van de horeca (2004), rookvrije horeca, met steeds verdere verscherpingen (2008, 2014 en 2019).<sup>92</sup>

Binnen de individuele gezondheidszorg werd preventie ook steeds vaker een agendapunt. Frans Huygen, een van de oprichters van het *NHG*, formuleerde na het eerste

---

<sup>90</sup> C. van Weel e.a., 'Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 49 (2005) 17-21, aldaar 17.

<sup>91</sup> 'Zorgstandaard tabaksverslaving 2019', Trimbos. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1680-zorgstandaard-tabaksverslaving-2019/>, laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.

<sup>92</sup> 'Over ons', Clean Air Nederland. <https://www.cleanairnederland.nl/can/over-ons#strategie%20a>, laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.

NHG congres in 1965 een huisartsgeneeskundige visie op preventie. Hij vond dat de huisarts bij uitstek degene was die gezondheidsrisico's kon signaleren. Hij was geen voorstander van 'ongerichte massaonderzoekingen'. Individuele preventie sprak hem veel meer aan omdat hij meende dat de persoonlijke relatie tussen arts en patiënt essentieel was voor het te behalen doel.<sup>93</sup>

In 1977 wijdde Medisch Contact uitgebreid aandacht aan het *Rapport van de commissie Takenpakket der LHV*.<sup>94</sup> De opdracht bestond uit het inventariseren wat al gepubliceerd was, vervolgens de taken van de huisarts te omschrijven en te rubriceren en tot slot het tijdsbeslag van de taken te berekenen. In het rapport kwamen zaken als 'anticiperende geneeskunde' en 'individuele preventie' ruim aan bod en werden zelfs als een van de hoofdtaken van de huisarts beoordeeld. Onder anticiperende geneeskunde werd verstaan het in beeld brengen van patiënten die een hoog risico hadden op het krijgen van een aandoening en de bijbehorende interventies. Onder individuele preventie verstond men de gerichte toepassing van primaire en secundaire preventie aan individuen. Leefstijl en ook de preventie en behandeling van roken werden in het takenpakket niet expliciet genoemd.<sup>95</sup>

Niet iedereen was blij met dit takenpakket. Zo meenden Herman van Aalderen, hoogleraar aan de VU en André Knottnerus dat de huisartsgeneeskunde nog niet klaar was voor preventie. Zo had de anticiperende geneeskunde haar waarde nog niet bewezen. Bovendien gingen huisartsen zich te veel mengen in het leven van de patiënt. Dit paste niet bij de werkwijze van de huisarts die vooral moest aansluiten op de hulpvraag van de patiënt. Ook waren de praktijken er niet op ingericht. Er waren nog veel solopraktijken, zonder assistentie. Uiteindelijk werd preventie als een van de taken van de huisarts in het Basistakenpakket van 1983 genoemd. Dit na jarenlang gesteggel tussen de LHV en de NHG en hun achterbannen.<sup>96</sup>

In 1986 vond wederom een NHG congres plaats en stemde 56% van de huisartsen tegen het voorstel om patiënten op eigen initiatief en systemisch te benaderen voor de controle van een hoog cholesterol of hoge bloeddruk. Als redenen werden genoemd: 'het 'vrijbriefeffect' (de test is goed, dus ben ik gezond, dus ik mag doorgaan met mijn ongezonde leefwijze), de onterechte geruststelling en de onterechte verontrusting.'<sup>97</sup>

---

<sup>93</sup> Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*, Esther van Osselen. 'Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren', (Houten 2016).107-117 aldaar 109

<sup>94</sup> De Landelijke Huisartsen Vereniging was en is vooral een belangenvereniging voor huisartsen en houdt zich vooral bezig met thema's zoals financiering, juridisch advies.

<sup>95</sup> 'De taken van de huisarts. Rapport Commissie Takenpakket der LHV', *Medisch Contact*, 32 (1977) 765-788, aldaar 771-772.

<sup>96</sup> Esther van Osselen e.a., 'Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren' (2016) in: Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*, (Houten 2016) 107-115, aldaar 110-113.

<sup>97</sup> Esther van Osselen e.a., 'Preventie en huisartsgeneeskunde', 113.

Deze uitkomst stond haaks op de resultaten van het onderzoek van het *Nivel* van een jaar eerder. Onder huisartsen was onderzocht de rol bij preventie; opsporing en behandeling van een hoge bloeddruk en de adviesrol betreffende leefstijlgewoonten. In de eindconclusie stelden men dat huisartsen in ideale omstandigheden veel meer energie wilden leveren in het opsporen van ernstige aandoeningen en riskante leefgewoonten. Ook vonden de meeste huisartsen dat preventieve activiteiten een taak en verantwoordelijkheid van de huisarts moest zijn.<sup>98</sup>

In 1987 deed het *Nivel* wederom een onderzoek onder huisartsen naar hun preventieve rol. Een aantal aandoeningen en leefstijlriscico's, waaronder roken werden onderzocht. Slechts 30% van de huisartsen vroeg hun patiënten uit over roken. Wist de huisarts echter dat een patiënt rookte dan gaf 68% van de huisartsen een stopadvies. In het onderzoek gaven huisartsen aan dat zij kanttekeningen hadden wat betreft de uitvoerbaarheid van preventieve activiteiten. De mate waarin de huisarts de patiënt moest 'opvoeden' wat betreft diens leefstijl lag moeilijk. Vooral de zelfstandigheid en het recht op zelfbeschikking van de patiënt waren onderwerpen van discussie.<sup>99</sup>

Veel huisartsen hadden rond het jaar 2000 nog weinig behoefte om zich intensief te bemoeien met een gezonde leefstijl. Ook niet als de gezondheidsklachten van een patiënt direct te maken hadden met een ongezonde leefstijl. Huisartsen zagen het als bemoeizorg of paternalistisch. Bovendien hadden zij weinig tools in handen om die leefstijl te ondersteunen.<sup>100</sup> De huisarts en docent Hans Grundmeijer was dezelfde mening toegedaan, maar concludeerde dat huisartsen enigszins gedwongen werden om zich met leefstijl bezig te houden door patiënten en politiek. Omdat de beroepsgroep wilde voorkomen dat 'anderen' deze markt zouden toe-eigenen werd preventie opgenomen in het takenpakket. Door een andere organisatie van de huisartsenpraktijken en een verbetering in de ICT zou het uitvoeren van preventieve activiteiten haalbaar zijn. Zo konden praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen, als nieuwe functiegroep binnen de huisartsenpraktijken, de secundaire preventie aanpakken bij patiënten met chronische aandoeningen.<sup>101</sup>

In Groot-Brittannië lag de situatie anders en kreeg roken al veel eerder een plek in de *public health*. Na 1945 vond de opkomst van *evidence-based medicine* en *new public health*

---

<sup>98</sup> R.T. Hamersma, W.G.W. Boerma en P.P. Groenenwegen, Het dienstenaanbod van huisartsen in de verschillendpraktijkvormen (Utrecht 1985) 105-107.

<sup>99</sup> P.F.M. Vermaak en P.J. de Vries, *Meningen over preventie. Ideeën en taakopvattingen gerelateerd aan hun gedrag* (Utrecht 1987) 8 en 35.

<sup>100</sup> Esther van Osselen, 113.

<sup>101</sup> H.G.L.M. Grundmeijer, 'Preventie in de huisartsgeneeskunde: vroeger, nu en in de toekomst', *Huisarts & Wetenschap*, 45 (2002) 76-80, aldaar 78.

plaats. *Evidence based medicine* hield in dat het medisch handelen bewezen effectief moest zijn en gebaseerd was op gerandomiseerde onderzoeken. *New public health* was een nieuw stijl van volksgezondheid die zich bezighield met het bevorderen van gezondheid door zich te richten op individueel gedrag en levensstijl. Dit was een geheel andere benadering dan de vooroorlogse periode waar vooral gefocust werd op het voorkomen van infectieziekten.<sup>102</sup>

Zo kwamen risicofactoren op korte- en lange termijn voor chronische ziekten (kanker en hart- en vaatziekten) prominenter op de voorgrond te staan. De invloed van leefstijl op gezondheid werd steeds duidelijker, evenals het belang van preventie. Door deze veranderde benadering, samen met de opkomst van epidemiologie als discipline, werd roken al in de jaren vijftig en zestig in Groot-Brittannië, maar ook in de Verenigde Staten als gezondheidsprobleem erkend. Al in de jaren 1960-1970 werden er grote *health education campaigns* uitgerold door de massamedia. Dit resulteerde in grote veranderingen van onder andere het rookgedrag.<sup>103</sup>

### 1.7 Conclusie

Dat roken kon resulteren in ernstige aandoeningen zoals kanker en longziekten werd door diverse nationale en internationale studies vastgesteld en bevestigd. Al vroeg was bekend dat roken ook een verslavend component had. De medische vakliteratuur heeft met grote regelmaat aandacht besteed aan de kwalijke gevolgen van roken. Ook werd het verslavende component besproken, maar niet altijd heel uitgesproken. Wellicht omdat veel artsen zelf verslaafd waren aan roken.

Het duurde lang voordat het verslavende effect van roken in medische kring breed werd gedragen. Lang werd gedacht dat vooral de wil om te stoppen essentieel was voor een succesvolle stoppoging. Dat klopte voor een deel ook, maar er waren ook rokers die wel wilde stoppen met roken, maar bij wie het gewoon niet lukte. Ook na diverse stoppogingen en fysiek ongemak konden deze rokers de sigaret niet laten liggen. Het morele oordeel lag (en ligt nog steeds) klaar. Deze mensen werden veelal aangeduid als slappelingen, mensen zonder ruggengraat en zelf schuldig aan longkanker en andere ellendige gevolgen van het roken.

Binnen het takenpakket van huisartsen bleef primaire preventie een heikel punt. Dit in combinatie met het *niet* medicaliseren van roken heeft er voor gezorgd dat ondersteuning bij het stoppen met roken lang geen expliciete aandacht heeft gekregen binnen de huisartsendiscipline. Pas de laatste drie decennia is daar een kentering in gekomen. Niet alleen

---

<sup>102</sup> Virginia Berridge, ,Martin Gorsky en Alex Mold, *Public Health in history. Understanding public health* (Berkshire 2011) 198.

<sup>103</sup> Berridge, *Public Health in history*, 195-200.



vanuit intrinsieke motivatie van de huisartsen, maar ook door druk van buitenaf zoals patiëntenverenigingen en aangepaste wet- en regelgeving.

De collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie, ook wel aangeduid met de term *public health* waren er niet op ingericht om daadkrachtig een vuist te maken tegen het roken. *Stivoro*, als onderdeel van de Nederlandse *public health* had te maken met veel verschillende (financiële) belangen en had een beperkt budget. Massacampagnes kwamen 20 jaar later op gang dan bijvoorbeeld in Groot-Brittannië. Inmiddels is tabaksontmoediging een gezamenlijke verantwoordelijkheid geworden en werken grote private- en publieke partijen samen. Daarnaast had roken geen status van een verslavingsziekte. De geestelijke gezondheidszorg en verslavingsklinieken hadden geen aandeel in de behandeling en begeleiding bij nicotineverslaving.

## 2. Herinneringen van Almeerse (oud) huisartsen

### 2.1 Inleiding

Op 2 juni 2021 organiseerde de auteur van deze scriptie een *witness seminar* met zes Almeerse oud-huisartsen. Het doel van het *witness seminar* was om de beleving van de oud-huisartsen met betrekking tot het medicaliseringsproces van roken te onderzoeken. In verband met de coronapandemie kon het seminar niet live plaatsvinden, maar is gekozen om het online te organiseren via Microsoft Teams.

Aanvullend op het *witness seminar* zijn twee nog werkzame huisartsen, gezamenlijk op 20 juli 2021 geïnterviewd. Aan hen zijn soortgelijke vragen gesteld. Dit om een completer beeld te krijgen over de meer recente ontwikkelingen. De uitkomsten worden afzonderlijk gepresenteerd om zo een scherper beeld te krijgen wat de overeenkomsten en verschillen zijn.

Het *witness seminar* en het interview zijn methoden binnen de mondelinge geschiedenis of *oral history*. De eerste paragraaf van dit hoofdstuk gaat in op de ontwikkeling en plaats van *oral history* in het historisch onderzoek. In de paragrafen die volgen komen de uitkomsten van het *witness seminar* en het interview aan bod gevolgd met de reflectie op de methode en inhoud.

### 2.2 Oral history

Mondelinge geschiedenis of *oral history* is een methode van wetenschappelijk onderzoek naar het verleden. *Oral history* verzamelt en bestudeert levensverhalen en getuigenissen van mensen over historische gebeurtenissen. De betekenis die zij aan hun beleving geven legt de onderzoeker vast. Bij *oral history* gaat het om verhalen die worden verzameld door (open)interviews en door gebruik van ander mondelinge bronnen'.<sup>104</sup>

De laatste jaren staat in Nederland *oral history* meer in de belangstelling en wordt de waarde van dit type onderzoek meer en meer erkend. In Groot Brittannië heeft *oral history* veel eerder een plek gekregen binnen het historisch onderzoek dan in Nederland. De historicus Paul Thompson is hierin baanbrekend geweest. Al in 1968 verscheen de eerste editie van zijn publicatie *Voice of the past*. Er volgden verschillende herdrukken. Thompson was van mening dat er meer was dan de elitaire geschiedenis van belangrijke historische helden, politici of vorsten. Ook de geschiedenis van en over de gewone man moest verteld worden.

---

<sup>104</sup> 'Knooppunt Oral History', *Sprekende geschiedenis* (2022). <https://sprekendegeschiedenis.nl/aandeslag-overzicht/>, laatst geraadpleegd op 6 maart 2022.

Er waren ook kritische geluiden te horen over deze vorm van geschiedschrijving. De Australische historicus Alistair Thomson vond, net als veel van zijn beroepsgenoten, dat het geheugen subjectief en onbetrouwbaar was.<sup>105</sup> Ook Benjamin Aäron (Ben) Sijes, één van de eerste Nederlandse onderzoekers die interviews met ooggetuigen op grootschalige wijze inzette voor onderzoek was die mening toegedaan.<sup>106</sup>

De historica Selma Leydesdorff dacht daar anders over. Leydesdorff is één van de belangrijkste Nederlandse pioniers op het gebied van *oral history* geweest.<sup>107</sup> Zij richtte zich vooral op levensgeschiedenissen en nam hiervoor vele individuele interviews af. Volgens haar gaat *oral history* verder dan het ontdekken van andere of nieuwe waarheden. Het gaat om hoe de visie op het verleden kan veranderen door verhalen.<sup>108</sup>

Ook de Italiaanse historicus Alessandro Portelli ageerde tegen het vooroordeel dat mondelinge bronnen te ver van de gebeurtenissen af staan en daardoor onbetrouwbaar zouden zijn door verdraaiing en falend geheugen. Dit is volgens Portelli ook het geval bij geschreven bronnen. *Oral history* kan volgens hem deze chronologische afstand compenseren door een veel grotere persoonlijke betrokkenheid.<sup>109</sup>

Een van de methodieken binnen *oral history* is een *witness seminar*. In Nederland is de methode betrekkelijk nieuw. Het Verenigd koninkrijk kent op dit gebied een veel langere traditie. De eerste *witness seminars* binnen de discipline medische geschiedenis vonden in het begin van de jaren negentig plaats in Londen. De website van de *The History of Modern Biomedicine Research Group* geeft een overzicht van 63 gehouden seminars tot 2017. De transcripties zijn digitaal te raadplegen.<sup>110</sup> De historica Virginia Berridge heeft diverse seminars geleid en een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van deze vorm van *oral history*. In Nederland is hoogleraar medische geschiedenis Mart van Lieburg te noemen. Samen met betrokkenen vanuit het trefpunt medische geschiedenis organiseerde hij vanaf 2001 diverse *witness seminars*.

---

<sup>105</sup> Alistair Thomson, 'Four paradigm in oral history' in: *The Oral History Review*, 34 (Oxford 2007) 54.

<sup>106</sup> B.A. Sijes, *De razzia van Rotterdam. 10 en 11 november 1944* ('s Gravenhage 1951) 14-15.

<sup>107</sup> Leydesdorff maakt deel uit van de stuurgroep van *Knooppunt Oral History*. Het doel van het Knooppunt is om mondelinge geschiedenis in al zijn facetten te bevorderen. Op de website worden bestaande en nieuwe collecties van persoonlijke verhalen en getuigenissen van inwoners van Nederland en Vlaanderen zichtbaar, toegankelijk en doorzoekbaar gemaakt.

<sup>108</sup> Selma Leydesdorff, *De mensen en de woorden. Geschiedenis op basis van verhalen* (Amsterdam 2004) 9-10 en 100.

<sup>109</sup> A. Portelli, 'What makes oral history different' in: R. Perks en A. Thomson ed., *The oral history reader* (Londen en New York 2003) 68-69.

<sup>110</sup> 'Welcome witnesses volumes', *The history of modern biomedicine*.

<http://www.histmodbiomed.org/article/welcome-witnesses-volumes.html>, laatst geraadpleegd op 18 november 2020.

De laatste jaren is er veel meer belangstelling gekomen voor de plek en rol van *oral history*. Waar eerst vooral kritisch gekeken werd naar de subjectiviteit van de verhalen en de onbetrouwbaarheid van het geheugen van ooggetuigen, lijkt nu vooral de persoonlijke beleving op de voorgrond te staan. Door haar bijdrage aan andere en nieuwe perspectieven geeft *oral history* een vollediger beeld van de geschiedenis. Het is de enige manier om te onderzoeken hoe de dagelijkse praktijk van de huisarts er uit zag en met name hoe de medicalisering van roken ingang vond. Dit is ook de reden om een *witness seminar* met zes oud huisartsen te organiseren. Hieronder het uitgebreide verslag.

### **2.3 *Witness seminar*: deel 1: Omgeving, studie en start als huisarts**

Op 2 juni 2021 vond het online *witness seminar* plaats. De huisartsen zijn allemaal werkzaam geweest bij Zorggroep Almere (en voorlopers).<sup>111</sup> In 1976 werd de stad Almere ‘geboren’ en werden er gelijk met de groei van de stad wijkgebonden gezondheidscentra opgericht. Huisartsen waren (en zijn nog steeds) in loondienst en de stad kende geen of nauwelijks vrijgevestigde huisartsen met een solo- of groepspraktijk. Van de zes deelnemers hebben vijf oud-huisartsen vanaf de beginperiode van de stad in meer of in mindere mate met elkaar samengewerkt. Eén deelnemer is gestart met een solopraktijk in Haarlem en kwam pas in 2000 in Almere werken.

Voorafgaand het *witness seminar* hebben de deelnemers een overzicht van de thema’s opgestuurd gekregen.<sup>112</sup> Zo konden zij zich enigszins voorbereiden op het *witness seminar*. Het webinar bestond uit drie delen. Het eerste deel bestond uit de introductie om ‘warm’ te worden. De volgende vragen werden aan hen gesteld: Wanneer bent u begonnen met uw studie geneeskunde? In hoeverre kwamen de negatieve gevolgen van roken aan bod? Werden positieve kanten van roken besproken? Werd de term verslaving gebezigd? Werd er aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en was daar een taak voor de toekomstige dokter weggelegd? Rookte u zelf en rookten uw studiegenoten? Wanneer en waar bent u begonnen als huisarts?

Het tweede deel bestond uit aanwezige denkbeelden ten aanzien van roken. Waren de deelnemers anders gaan denken over de medische gevolgen van roken? Vond men dat

---

<sup>111</sup> In 1980 is de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) opgericht. Vanuit deze stichting werden de eerste gezondheidscentra opgericht. In 1987 kwam de fusie tot stand met o.a. de provinciale kruisvereniging en ging de SMGA door als Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) om in 2000 verder te gaan als Zorggroep Almere. Zie verder: ‘Dertig jaar jubileum Zorggroep Almere’, *Medical facts*, 18 april 2010. <https://www.medicalfacts.nl/2010/04/18/dertig-jarig-jubileum-zorggroep-almere/>, voor het laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.

<sup>112</sup> Zie bijlage 1: Thema’s *witness seminar*.

preventie onderdeel moest uitmaken van het huisartstakenpakket? In hoeverre dacht men over roken als verslaving(s)(ziekte)? Waren er genderverschillen bij het geven van een stoprookadvies?

Het derde deel ging over het handelen als huisarts met betrekking tot rokende patiënten. Gaven de deelnemers een actief advies om te stoppen met roken, ook als de klachten niet rook gerelateerd waren? Hadden zij hulpmiddelen tot hun beschikking en konden zij patiënten verwijzen voor begeleiding bij het stoppen met roken? Kwamen patiënten zelf om hulp vragen bij het stoppen met roken? Is de houding van patiënten veranderd bij het krijgen van een advies om te stoppen met roken?

De deelnemende huisartsen zijn tussen 1964 en 1973 gestart met hun opleiding geneeskunde. Tussen 1973 en 1984 startten zij met hun praktijk als huisarts. De deelnemer die als eerste een huisartspraktijk startte was Theo de Jong. Hij begon zijn solopraktijk in Haarlem. De eerste Almeerse huisarts van Almere was Nico van Duijn.<sup>113</sup> De overige deelnemers van het seminar Leni Smit, Frans Bollen, Vera Kampschöer en Bert Groot Roessink kwamen tussen 1980-1984 in Almere werken.<sup>114</sup> Almere groeide van 47 kwartiermakers in 1975 naar 40.297 inwoners in 1985.<sup>115</sup> Navenant groeide ook het aantal werkzame huisartsen.

Van de zes deelnemers aan het *witness seminar* hebben er drie gerookt. Inmiddels zijn alle deelnemers gestopt. De Jong is een jaar geleden volledig gestopt met roken. Hij rookte zo nu en dan nog een sigaartje aan het einde van de dag. Van Duijn is recent gestopt. Alle deelnemers hadden de ervaring dat roken in de directe omgeving algemeen geaccepteerd was. Zowel tijdens feestjes, als na het sporten was roken normaal. Tijdens de studententijd werd door medestudenten flink gerookt. Zo gaf Smit aan dat tijdens haar studietijd iedereen in haar omgeving rookte, ook de hoogleraar: Als we practicum anatomie hadden dan stond de hoogleraar stond met de pijp naast om te kijken of het allemaal wel goed ging'.<sup>116</sup> Groot-Roessink herinnerde zich een gynaecoloog die tijdens een inwendig onderzoek een sigaar rookte! Dat dit niet helemaal normaal was bleek wel uit de verontwaardiging van de patiënte in kwestie.<sup>117</sup>

Roken kon ook een positieve functie vervullen. Twee deelnemers gaven aan dat het roken of het draaien van shagjes rust gaf. Smit had nooit gerookt, maar had wel de indruk dat het

---

<sup>113</sup> 'Over Nico', *Nicovanduijn*, 27 januari 2022. <http://www.nicovanduijn.nl/> voor het laatst geraadpleegd 5 februari 2022.

<sup>114</sup> De deelnemers hebben uitdrukkelijk en schriftelijk toestemming gegeven dat zij met naam en toenaam in de scriptie vermeld mogen worden.

<sup>115</sup> Almere, *Wikipedia. De vrije encyclopedie*, 30 oktober 2021. <https://nl.wikipedia.org/wiki/Almere>, laatst geraadpleegd op 30 oktober 2021.

<sup>116</sup> Bijlage 2: Transcriptie *witness seminar*, regel 181-184.

<sup>117</sup> Bijlage 2: Transcriptie, regel 257-260.

draaien van shagjes rust gaf.<sup>118</sup> Tijdens feestjes en partijen stonden de sigaretten en sigaren in glaasjes op tafel: 'Dat hoorde bij de gastvrijheid', aldus Bollen.<sup>119</sup> Ook hielp roken tegen de nervositeit. De stiefmoeder van Bollen was een nerveus type en kreeg van haar arts het advies om te roken.<sup>120</sup> De Jong had ervaren dat roken de eetlust verminderde en zag dit als positief. Ook had hij prettige herinneringen aan die kop koffie en sigaret na een druk spreekuur. Hij vond dat heerlijk (ontspannend).<sup>121</sup> Roken was volgens hem ook een manier om bij een groep te horen. Zeker als je jong was. Je was dan heel wat. Een oom van Van Duijn kreeg het advies van zijn huisarts om over te gaan op mentholsigaretten. Dat zou helpen tegen de astma!<sup>122</sup> Van Duijn herinnerde zich dat het roken van een shagje ook hielp bij het voeren van moeilijke gesprekken: 'Ik heb tijdens het spreekuur nooit gerookt. Wel daarna. [...] dus na vijven in die tijd dat je gesprekken had met patiënten. [...] Dat ging dan over het huwelijk of over God mag weten wat maar dan ging je zitten een halfuur en ik had een speciale la met een fles jenever en uiteraard mijn shaggies. En dan? De klant deed het dan ook buitengewoon gezellig. Hele effectieve gesprekken kan ik je vertellen.'<sup>123</sup>

De deelnemers hadden allemaal de ervaring dat roken maatschappelijk geaccepteerd was. Als voorbeelden werd het roken in treinen en vliegtuigen genoemd, maar ook roken na het sporten. Groot-Roessink rookte graag na een volleybalwedstrijd. Samen met een glas bier was dat gezellig met zijn teamgenoten. Hij herinnerde zich wel twee broers die al in de kleedkamer wilden roken. Die werden de kleedkamer uitgeschopt. Dat paste blijkbaar niet. Later bleek voor hem de sport wel de belangrijkste motivator te zijn om te stoppen met roken. De Jong had een soortgelijke ervaring. Samen met een paar collega's ging hij hardlopen om wat meer aan zijn eigen gezondheid te doen. Direct na zijn rondje stak hij een pijp op. Hij kwam uiteindelijk tot de conclusie dat het geen goede combinatie was en stopte met roken.<sup>124</sup> Van Duijn vertelde dat het roken geen enkele invloed had op zijn conditie. Zonder enige beperking kon hij de Pyreneeën op fietsen met een dikke sigaar in zijn mond.<sup>125</sup>

Volgens de deelnemers werd er tijdens de studie geen aandacht besteed aan de gevaren van roken. Alleen Smit kon zich herinneren dat tijdens haar coschappen de gevaren van roken bekend waren; met name voor hart- en bloedvaten en longen. De andere

---

<sup>118</sup> Ibidem, regel 187-188.

<sup>119</sup> Ibidem, regel 133-136.

<sup>120</sup> Ibidem, regel 133.

<sup>121</sup> Ibidem, regel 69-71.

<sup>122</sup> Ibidem, regel 557-559 en 434-435.

<sup>123</sup> Ibidem, regel 443-448.

<sup>124</sup> Ibidem, regel 1510-1513, 1472-1474 en 244-245, 1093-1100.

<sup>125</sup> Ibidem, regel 570-571.

deelnemers konden zich niet herinneren dat er iets over de negatieve effecten van roken werd verteld tijdens de studie.

Roken was onder artsen heel normaal. Niet alleen collega huisartsen, maar ook medisch specialisten rookten tijdens het spreekuur. Er werden herinneringen opgehaald over een longarts die rookte en later overleed aan longkanker. Ook beschikte de ziekenhuizen over zogenaamde 'rookholen' waar volop gerookt kon worden. Bollen herinnerde zich de 'flitsende oogjes' van een rokende collega als die op zoek was naar iets te roken. Ook herinnerde hij zich vergaderruimten die blauw stonden van de rook.

#### **2.4 Witness seminar: deel 2: Visie op roken en verslaving**

Tijdens dit onderdeel werd er met de deelnemers stilgestaan bij hun persoonlijke visie ten aanzien roken en verslaving. Ook werd gesproken in hoeverre de veranderde denkbeelden ten aanzien van de medische gevolgen van roken invloed had op hun eigen beroepsuitoefening. Vonden de deelnemers dat preventie een onderdeel moest uitmaken van het huisartstakenpakket? Waren er genderverschillen bij het denken over roken?

Smit nooit gerookt, maar vond het wel heel vies: 'Roken als verslaving ja dat heb ik meer in de praktijk geleerd van patiënten als je zei van dat roken kunnen we daar wat aan doen? Ja, dan zeiden mensen dat doe ik al vanaf m'n dertiende dus dat ga ik dat gaat niet meer lukken. Dan weet je al dat het verslaving is.'<sup>126</sup> Bollen gaf aan dat het meeroken hem persoonlijk veel schade heeft berokkend. Zelf had hij nooit gerookt, maar had toch veel longschade opgelopen. Hij was dan ook blij met de maatschappelijke ontwikkeling van rookvrije binnenruimtes.<sup>127</sup> Overigens rookte zijn echtgenote. Zij is 'gewoon' gestopt. Hij realiseerde zich wel dat roken een verslaving was en dat het voor veel mensen moeilijk was om te stoppen. Hij verbond rookverslaving aan het hebben van een 'verslavingsgen' net zoals mensen die verslaafd zijn aan alcohol of gokken.<sup>128</sup>

Net als Bollen gaven ook de andere deelnemers aan dat zij vroeger vooral de mening hadden dat stoppen met roken te maken had met wilskracht. Als je wilde stoppen dan stopte je toch gewoon en als het niet lukte dan was je een slappeling of slappe Janus.<sup>129</sup> De ex rokers De Jong en Groot-Roessink hadden zelf ervaring bij het stoppen met roken. Bij beiden was de sport aanleiding om te stoppen. De Jong ging hardlopen om zijn gezondheid te verbeteren. Hij

---

<sup>126</sup> Ibidem, regel 196-199

<sup>127</sup> Ibidem, regel 1214-1222.

<sup>128</sup> Ibidem, regel 103-107.

<sup>129</sup> Ibidem, regel 384, 1478, 1480.

constateerde dat pijp roken en hardlopen geen goede combinatie was en besloot te stoppen. De wil om te stoppen was voor de Jong cruciaal en deze gedachte nam hij ook mee in zijn praktijkvoering.<sup>130</sup>

Groot-Roessink was een matige roker. Om verder te komen in de sport stopte hij met roken.<sup>131</sup> Kampschöer gaf aan een gruwelijke hekel te hebben aan roken en rokers. Ze had moeite met mensen die verslaafd waren. Dat gold niet alleen voor rokers maar ook voor alcoholisten.<sup>132</sup> Dit heeft haar handelen wel gekleurd: 'dat mensen dan euh echt niet konden stoppen. Ja, ik denk dat ik te weinig oog heb gehad voor het verslavend effect daarvan.'<sup>133</sup> De ex-roker Van Duijn zei over zijn eigen rookverslaving: 'Ik ben zo verslaafd als wat [...] ik denk nog elke dag aan roken. Een paar keer per dag, elke dag. Dat is eigenlijk al 2 jaar zo dat ik met dat stoppen bezig ben.'<sup>134</sup> Vervolgens somde van Duijn nog een aantal familieleden op die heel oud geworden zijn ondanks hun rookgedrag. Dat stoppen met roken een worsteling is, is voor Van Duijn wel duidelijk. Hij gaf ook nooit advies om te stoppen. Hij vond dat leefstijlgedoe niet bij zijn vak horen.<sup>135</sup> Volgens Kampschöer had Van Duijn een vertekend beeld door zijn eigen verslaving. Dit gaf Van Duijn ook ten volle toe en sprak zelf van een blinde vlek.<sup>136</sup> Later in het gesprek bleek dat Van Duijn wel een stoppen met roken advies gaf aan patiënten met ernstige aan roken gerelateerde pathologie.<sup>137</sup>

Kortom, de niet rokers leken een grotere afkeer van roken te hebben dan de ex-rokers. Behalve dat ze het vies vonden kleurde het zelfs hun handelen en visie. De meest verstokte (ex)roker van het gezelschap Nico van Duijn had een duidelijk andere visie ten aanzien van het geven van stoppen met roken adviezen. Als geen ander was hij zich bewust van het verslavingscomponent en de moeite die het kostte om te stoppen met roken.

Alle deelnemers waren van mening dat vooral de veranderde maatschappelijke opvattingen van roken essentieel zijn geweest voor het verminderen van het rookgedrag. Van Duijn gaf aan dat 'individuele zeurkousen' (anti-rookactivisten), ook een bijdrage hadden geleverd. Kampschöer was een andere mening toegedaan. Als voorbeeld noemde zij de antirook dokter Lenze Meinsma. Volgens Kampschöer werd deze man in haar omgeving niet serieus genomen: 'Dat was toch een beetje een overdreven actievoerder met de manier

---

<sup>130</sup> Ibidem, regel 1093- 1108.

<sup>131</sup> Ibidem, regel 248-249.

<sup>132</sup> Ibidem, regel 1018-1021.

<sup>133</sup> Ibidem, regel 1074-1075.

<sup>134</sup> Ibidem, regel 459- 464.

<sup>135</sup> Ibidem, regel 487-489.

<sup>136</sup> Ibidem, regel 514-525.

<sup>137</sup> Ibidem, regel 539



waarop hij aandacht vroeg voor dat stoppen met roken. En is niet zo dat hij binnen de gezondheidszorg, tenminste wat ik me herinner, als een boegbeeld werd gezien, maar meer als iemand die overdreef of drammerig was.<sup>138</sup> Later tijdens het *witness seminar* gaf zij aan dat Individuele acties niet van significante waarde zijn geweest. Alleen het nog duurder maken van sigaretten en uiteindelijk het roken helemaal verbieden het enige is wat helpt, aldus Kampschöer.<sup>139</sup>

Verder gaven deelnemers aan dat de gevolgen voor meeroken, dus de schade die een roker een ander toe kon brengen, maatschappelijke meer impact heeft gehad dan alle waarschuwingen die op de pakjes stonden met waarschuwingen voor persoonlijke gezondheidsschade. Groot-Roessink: 'Het hele wettelijke verbod op roken is gebaseerd op dat je anderen schade aan doet en niet op dat jezelf schade aandoet. Nou dat betekent natuurlijk meteen ook wel de zwakte van het medische model met betrekking tot het interveniëren in het roken.'<sup>140</sup>

Op de vraag of preventie, en met name het onderdeel stoppen met roken, onderdeel zou moeten zijn van het takenpakket van de huisarts waren de meningen verdeeld of vonden deelnemers het moeilijk een uitspraak te doen. Zo deden alle huisartsen de controles op het consultatiebureau. Dit was een volledig een preventieve taak. Anderzijds hadden zij moeite met een preventief leefstijlspreekuur. Smit stipte hierbij het kostenaspect aan. Zij vond dat een huisarts hiervoor een te dure arbeidskracht was. Beter zou zijn om deze taak uit te besteden aan goedkopere krachten zoals doktersassistenten of verpleegkundigen. Zij ergerde zich aan een internist die een leefstijlpoli in het ziekenhuis had geïntroduceerd. Dit werd als makkelijk geld verdienen ervaren en het onnodig duurder maken van de zorg.<sup>141</sup>

Groot-Roessink noemde in de context van preventie Ivan Illich en de term medische iatrogenese. Anders dan de schadelijke invloed van de gezondheidszorg op patiënten noemde hij het dilemma van de schadelijke invloed van de samenleving op de gezondheid. Als voorbeeld noemde hij de formaldehydeplafonds die in de eerste Almeerse woningen waren geplaatst en voor gezondheidsproblemen zorgde. De vraag destijds was moet de huisarts daar een cruciale rol in spelen of niet? Hij vond van wel. De huisarts stond immers dicht bij de samenleving, veel dichterbij dan een specialist bijvoorbeeld. De huisarts was eigenlijk ook een 'hoeder van een kleine samenleving'. Dat was belangrijk idee in zijn denken.<sup>142</sup>

---

<sup>138</sup> Ibidem, regel 360-364.

<sup>139</sup> Ibidem, regel 937-939.

<sup>140</sup> Ibidem, regel 1188-1196.

<sup>141</sup> Ibidem, regel 814-818 en 834-838.

<sup>142</sup> Ibidem, regel 1172-1180.

De Jong gaf aan dat hij in de jaren tachtig van de vorige eeuw, tijdens een cursus, duidelijk op de schadelijke gevolgen van roken werd gewezen. Smit sloot daar bij aan en vertelde dat pas vele jaren later, na haar studie, duidelijk werd welke gevolgen roken had. Tijdens haar coschappen was ze bekend met de schadelijke gevolgen voor hart- en bloedvaten en longen maar pas nu wist ze dat roken invloed had op alle lichaamssystemen en dat alle medische vakgebieden daarbij betrokken waren.

Alle deelnemers vonden wel dat zij een rol hadden bij roken gerelateerde aandoeningen zoals een hartinfarct, hoesten of longklachten of aan de rokende ouders van een astmatisch kind. Die rol bestond dan vooral uit het advies om te stoppen met roken of niet te roken in de nabijheid van het astmatische kind. Kampschöer dacht er niet aan om actief een stoppen met rokencursus aan te bieden. Zij had ook niet de indruk dat het aantal rokers was gedaald omdat huisartsen adviezen hadden gegeven om te stoppen met roken. Smit meende dat het wel effectief was als patiënten van alle artsen dezelfde boodschap kregen om te stoppen met roken. Bij een deel van de rokende patiënten zou dat advies blijven hangen en een rol spelen bij het besluit om te stoppen.

De Jong gaf aan dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) het verrichten van preventieve activiteiten binnen de huisartsenzorg stimuleerde. Voor deze extra taak was geen extra betaling afgesproken. Voor veel huisartsen bleek dit een reden te zijn om die preventieve activiteiten te cancelen.<sup>143</sup>

Van Duijn meende dat het uitvoeren van preventieve activiteiten door de huisartsen niet *evidence based* waren: 'die hele preventiewereld, zelfs binnen de NHG hebben ze merkwaardig weinig belangstelling voor goede *evidence* die acties ondersteunt, dus bijvoorbeeld adviezen geven over leefstijl. Dat verwarren mensen. De onderzoekers, de *NHG* dokters, et cetera. Dat iets een risicofactor is van groot belang en dus moet je er wat van zeggen. Er wat van zeggen is een interventie. Het geweld waarmee je moet kunnen aantonen dat een medicijn voor prostaatproblemen of zo helpt, dat is werkelijk buiten proporties. Maar goed, wel een goeie ontwikkeling. Dat is nergens voor nodig als je bij de leefstijlprogramma komt. Helemaal niet nodig. Geen literatuur nodig, alleen maar zeggen dat het belangrijk is. Dus d'r zit daar er zit daar schevigheid in. Wat je zou willen hebben zijn doelgerichte studies.'<sup>144</sup> De niet bewezen effectiviteit van preventieve activiteiten waren voor Van Duijn een belangrijk issue en kwamen tijdens dit seminar diverse keren aan de orde.

---

<sup>143</sup> Ibidem, regel 1123-1126.

<sup>144</sup> Ibidem, regel 922-923.

Het denken over roken als verslaving kwam bij artsen pas later. Als je wilde stoppen met roken dan deed je dat gewoon, anders was je een slapjanus aldus De Jong. Vanaf 2000 kwam bij hem meer het besef dat roken ook echt een verslaving was en dat hij meer als ziekte ging zien. Hij noemde roken ook een volksverslaving. Iedereen deed het.<sup>145</sup> Als de hele maatschappij verslaafd is, is er eigenlijk sprake van normaal gedrag, aldus Kampschöer.<sup>146</sup> Ook bij Bollen kwam het besef dat roken een verslaving was pas later. Behalve de aanwezigheid van een verslavingsgen vond Bollen dat stoppen met roken wel een eigen (gedrags)keuze was.<sup>147</sup>

Volgens Smit is de benadering van rokers flink veranderd. Was de benadering van jaren geleden vooral gericht op het gedrag en de intrinsieke motivatie van de roker, tegenwoordig denkt men in termen van verslaving en welke rol van de verslavingszorg kan vervullen.<sup>148</sup> Groot-Roessink merkte op: '[...] de Jellinek of andere verslavingsklinieken wel programma's hadden voor drugs en alcohol, maar niet voor roken. Je kon er geen rokers naartoe verwijzen in mijn tijd. Misschien is het later, want ik ben tuurlijk al een tijd geleden gestopt met de praktijk. Maar volgens mij is er nooit van gekomen dat er echte verwijzingsindicaties waren om te verwijzen naar de Jellinek.'<sup>149</sup>

Op de vraag of er ook verschillen waren in het denken over roken bij mannen en vrouwen werd bijna verontwaardigd en verbaasd gereageerd. Van Duijn vond het een fout thema en vond dat het geschrapt moest worden. Toch kwamen er wel reacties. Kampschöer merkte op dat vrouwen een achterstand hadden met hun rookgedrag in vergelijking met mannen. In de tijd dat de deelnemers actief waren als huisarts was het fenomeen van rokende vrouwen toch heel gewoon geworden. Zij had wel het idee dat mannen moeilijker konden stoppen met roken dan vrouwen. Volgens Smit reageerden mannen en vrouwen anders op geboden therapie. Zo meende zij zich een onderzoek te herinneren dat mannen beter op face tot face contact reageerden en vrouwen meer baat hadden met internetbegeleiding. Van Duijn zei: 'Er zit wel verschil in soorten verslaving tussen mannen en vrouwen, dat wel, maar dat heeft het bij mij nooit invloed gehad op de manier waarop ik er naar kijk.'

### **2.5 Witness seminar: deel 3: Stoppen met roken en de rol van de huisarts**

In het laatste deel van het *witness seminar* stond het handelen van de huisarts centraal.

Namen huisartsen een meer proactieve houding als het ging om roken gerelateerde

---

<sup>145</sup> Ibidem, regel 1486.

<sup>146</sup> Ibidem, regel 1546-1547.

<sup>147</sup> Ibidem, regel 1228.

<sup>148</sup> Ibidem, regel 1423-1424 en 1715-1716.

<sup>149</sup> Ibidem, regel 1402.

aandoeningen en paste dit ook in het verwachtingspatroon van de patiënten? Gaven de deelnemers een actief rookstopadvies, ook als de klachten niet rook gerelateerd waren? Waren zij zich meer bewust van het verslavende aspect van roken? Veranderde de attitude van patiënten als het ging om het bespreekbaar maken van het rookgedrag?

Alle deelnemers gaven aan dat zij het roken bespreekbaar maakten bij roken gerelateerde aandoeningen. Toch was het niet altijd eenvoudig. Bollen herinnerde zich dat hij een keer op huisbezoek was gevraagd bij een kindje met astma. Hij kwam binnen en het kindje lag in een kamer waar zes volwassenen zaten te roken.: '[...] vond ik toch allemaal wel heel moeilijk, maar toch wel heel voorzichtig geduid dat ze het kindje ergens anders moesten neerleggen omdat het zo benauwd was.'

Groot-Roessink vertelde dat hij in zijn gezondheidscentrum een astmaspreekuur was gestart. Daar werd uitvoerig aandacht besteed aan roken en de gevolgen van roken voor kinderen met astma. Smit gebruikte scheurblokken van het Astmafonds waarin zij ouders informeerde over astma. Roken maakte ook onderdeel uit van de voorlichting.<sup>150</sup> Volgens Groot-Roessink waren de kinderen een soort voorbode van het beleid van stoppen met roken. Mensen stopte niet voor hun eigen gezondheid, maar stopten omdat hun kinderen er ziek van werden.<sup>151</sup> Kampschöer werd er treurig van dat zwangere vrouwen en ouders met kinderen maar niet konden stoppen met roken.<sup>152</sup>

Dat roken een belangrijk goed was voor mensen bleek wel uit een voorval wat Groot-Roessink had meegemaakt in het begin van zijn carrière als huisarts. Hij had een jonge vrouw met ernstige hartklachten geadviseerd te stoppen met roken. Haar echtgenoot kwam verhaal halen en keerde het bureau van Groot-Roessink om.<sup>153</sup> Groot-Roessink noteerde wel in het medisch dossier of iemand rookte of niet. Ook dat had effect. Soms vroegen mensen hem om de rookstatus te wijzigen als ze gestopt waren met roken.<sup>154</sup>

Kampschöer vertelde dat zij niet de juiste dokter was om mensen van het roken af te helpen (ze had een hekel aan rokers). Als iemand voor de zoveelste keer langs kwam had ze zoiets hier hoeft je niet meer voor langs te komen.<sup>155</sup> Van Duijn was normerend en moraliserend als dat nodig was. Hij had bijvoorbeeld geen enkele gêne om een zwangere vrouw of iemand met COPD te zeggen dat zij moesten stoppen met roken.<sup>156</sup> Een

---

<sup>150</sup> Ibidem, regel 658-666 en 632-633.

<sup>151</sup> Ibidem, regel 640-642.

<sup>152</sup> Ibidem, regel 1073-1075.

<sup>153</sup> Ibidem, regel 277-278.

<sup>154</sup> Ibidem, regel 612-621.

<sup>155</sup> Ibidem, regel 1066-1067.

<sup>156</sup> Ibidem, regel 1603-1604.

moraliserende houding paste niet bij Smit. Zij legde liever de risico's van het roken uit en liet mensen zelf een beslissing nemen. Zij bood daarbij haar ondersteuning aan.<sup>157</sup>

Bollen wees erop dat NHG standaarden uitgangspunten zijn geworden voor van denken en handelen van de huisarts. Hij vond dat hij mensen kon aanspreken op hun rookgedrag. Hij bood dan ondersteuning aan en daar liet hij het meestal bij. Later kreeg hij wat meer mogelijkheden zoals nicotinepleisters, nicotine- kauwgum en Champix®. Patiënten kwamen dan meestal voor een recept. Ook rekende hij wel eens de financiële besparing door.<sup>158</sup>

Er waren ook patiënten die geen stoppen met roken advies kregen. Bollen gaf aan dat hij patiënten die het moeilijk hadden geen stoppen met roken advies gaf. Als voorbeelden noemde hij mensen met een rectumcarcinoom en mensen die eenzaam waren of hoogbejaard: 'je moet een beetje maatwerk geven.'<sup>159</sup> Die mening was Van Duijn ook toegedaan: 'Hadden ze longkanker dan vond ik het onzin'.<sup>160</sup> Smit en Groot-Roessink waren van mening dat het geven van een stop roken advies *not done* was voor mensen in de schuldenproblematiek. Mensen met schulden hebben stress en kunnen niet meer logisch nadenken en hebben die sigaretten nodig, aldus Smit.<sup>161</sup>

De komst van nicotine vervangende middelen zoals pleisters en kauwgum en ondersteunende medicamenten heeft effect heeft gehad op de toestroom van patiënten. Het middel Champix® bijvoorbeeld was alleen op recept verkrijgbaar. Patiënten bezochten het spreekuur dan vooral om een recept te bemachtigen.

Bollen gaf aan dat de rookstopzorg gedelegeerd werd aan assistentes. Zij pasten de Minimale Interventie Strategie (MIS) toe.<sup>162</sup> Bij sommige patiënten hielp dit bij het stoppen met roken. Zelf adviseerde Bollen patiënten om het boek van Allen Carr te lezen.<sup>163, 164</sup> Smit had de ervaring dat kauwgom, pilletjes, pleisters en begeleiding van de praktijkondersteuner niet echt hielpen. Wat in haar optiek van belang was, was dat iedereen dezelfde stoppen met roken boodschap verkondigde. Niet alleen de medische professie, maar ook vanuit de

---

<sup>157</sup> Ibidem, regel 1649-1658.

<sup>158</sup> Ibidem, regel 2199-2209.

<sup>159</sup> Ibidem, regel 1252-1258.

<sup>160</sup> Ibidem, regel 543-544.

<sup>161</sup> Ibidem, regel 2255-2259.

<sup>162</sup> MIS: effectieve methode die huisartsen kunnen toepassen om rokers te helpen bij het stoppen met roken. Aan de orde komen rookgedrag en motivatie, stopadvies, voor- en nadelen van roken, barrières, stopdatum, hulpmiddelen en nazorg.

<sup>163</sup> Allen Carr: ontwikkelde een stoppen met rokenmethode en richtte zich vooral op het verlagen van de motivatie om te roken. In 1995 verscheen de eerste druk van *The only way to stop smoking*.

<sup>164</sup> Ibidem, regel 1225.

samenleving moet een soortgelijke boodschap uitdragen.<sup>165</sup> Van Duijn geloofde niet in hulpmiddelen of interventies, maar geloofde vooral in zijn eigen morele gezag.<sup>166</sup>

Wat betreft de attitude en mondigheid van patiënten is volgens van Duijn in veertig jaar niets veranderd. De andere deelnemers dachten daar anders over. Zij meenden dat de huisarts toch veelal werd (en wordt) gezien als de persoon die hulp kan bieden bij het stoppen met roken. Ook de media verkondigde deze boodschap. Kampschöer heeft geen herinnering aan consulten die alleen over stoppen met roken gingen. Dit wordt door de andere deelnemers beaamt.<sup>167</sup>

De laatste jaren is de stoppen met roken begeleiding gedelegeerd aan de praktijkondersteuners. Huisartsen zien deze patiënten niet meer.<sup>168</sup> Tot slot gaven de deelnemers aan dat de meeste mensen gestopt zijn met roken zonder tussenkomst van de huisarts.<sup>169</sup>

## **2.6 Interview deel 1: Omgeving, studie en start als huisarts**

Op 20 juli zijn Henk Kole en Michaël Brouwer gezamenlijk geïnterviewd. Zoals aangegeven in de inleiding was het doel van dit interview een completer beeld te krijgen van de ontwikkelingen met betrekking tot roken in het huisartsenvak. Ook deze huisartsen zijn werkzaam bij Zorggroep Almere en werken elk in een ander gezondheidscentrum. Zowel Kole als Brouwer hebben zich gespecialiseerd als kaderhuisarts. Kole als kaderhuisarts diabetes en Brouwer als kaderarts GGZ.

Kole startte in 1978 met zijn studie geneeskunde. Na zijn studie heeft hij nog een aantal jaren in de tropen gewerkt en is hij anderhalf jaar bij het Centraal Orgaan Asielzoekers actief geweest als arts. In 1998 begon Kole als huisarts in Almere. Brouwer kon, na een aantal keren uitgeloot te zijn, in 1989 aan zijn studie geneeskunde beginnen. In 2002 begon hij als huisarts in Almere.

Zowel Kole als Brouwer herinnerden zich dat binnen de studie geneeskunde de negatieve gevolgen van roken werden behandeld. Brouwer benadrukte dat dit wel zijdelings was. Met name bij roken gerelateerde ziektes werd roken behandeld als risicofactor. Roken als verslaving kwam niet aan de orde. De algemene tendens was toch nog dat roken moest

---

<sup>165</sup> Ibidem, regel 1703-1708.

<sup>166</sup> Ibidem, regel 1636.

<sup>167</sup> Ibidem, regel 2088.

<sup>168</sup> Ibidem, regel 2097.

<sup>169</sup> Ibidem, regel 2106.

mogen. Volgens Brouwer had het gevoel dat het liberalisme in Nederland hier grote invloed op had: 'zeg maar het liberalisme zo enorm hoog was dat iedereen gaat en staat waar ie wil en wie ben ik om daar iets in te veranderen? Terwijl ik daar nu iets anders naar kijk. Het is niet helemaal die vrije keuze die we toen dachten wat het was of die sommige mensen nog steeds denken dat het is.'<sup>170</sup>

Thuis rookte in het gezin van Kole alleen de vader. Deze stopte na een ziekenhuisopname. Bij Brouwer rookte zijn broers. Zijn ouders begonnen daar niet over. In hun denken speelden argumenten als vrije wil een belangrijke rol.<sup>171</sup> Als tiener associeerde Brouwer roken met stoerheid, ook door de mooie reclames van Caballero en Marlboro. Hijzelf moest alleen maar hoesten van sigaretten en het roken is hem nooit gelukt.<sup>172</sup> Kole heeft nooit gerookt. Onder studiegenoten was roken al op zijn retour, zeker in de groep waarin hij zich begaf. Dat gold ook voor rokende collega's, slechts een handjevol rookte nog. Beiden hadden herinneringen aan rokende longartsen en koffiekamers die blauw stonden van de rook.<sup>173</sup>

## **2.7 Interview deel 2: Visie op roken en verslaving**

Brouwer geeft aan dat zijn visie op roken drastisch is veranderd in de loop der jaren. Van de liberale opvatting dat roken een vrije keuze was en dat iedereen het zelf moest weten ontpopte Brouwer zich tot antirookdokter. Hij zag dat mensen hun leven aan gort rookten: '[...]werd het zat om achter de feiten aan te lopen en mensen in een COPD programma te stoppen of palliatieve longkankerzorg te geven. Hoe vaak ga ik meemaken dat patiënten ten ondergaan zonder dat het roken een onderwerp van gesprek is geweest. In het begin was ik te laks. Liberalisme zit best wel diep. Nu denk ik dat de huisarts het recht heeft om het daar over te hebben dan alleen maar rookschade op te knappen. Je moet het hebben over de oorzaak van het lijden.'

Kole verbaasde zich soms over de kennis van specialisten op het gebied van roken. Zo zagen medewerkers van een afdeling gynaecologie niet de relatie tussen roken en baarmoederhalskanker.<sup>174</sup> Brouwer stipt de waarschuwingen voor gezondheidsschade op de sigarettenpakjes nog even aan: 'De meest pakkende vergelijking vind ik hè als je het stickertje van een pakje roken op een willekeurig ander levensmiddel plakt. Dan koopt geen hond het. Want je wil niet meer de kans op ziekte en sterven en kanker en weet ik veel wat. Alleen bij

---

<sup>170</sup> Bijlage 3: Transcriptie interview, regel 152-155.

<sup>171</sup> Bijlage 3: Transcriptie, regel 169-174.

<sup>172</sup> Ibidem, regel 296.

<sup>173</sup> Ibidem, regel 100-109/ 137-138 en 600-601.

<sup>174</sup> Ibidem, regel 47-50.

dat pakje sigaretten werkt de waarschuwing niet omdat je verslaafd bent.’ Het mechanisme van verslaving is heel ingrijpend en doet veel met de manier waarop mensen de wereld om hun heen waarnemen. Dit inzicht is voor Brouwer van een veel recentere datum.

Op de vraag hoe Kole en Brouwer dachten over verslaving en in hoeverre het verslavingsaspect hun handelen beïnvloedde zei Brouwer: ‘het was niet diep ingeprent dat het een zware verslaving was. En bij mij is het echt iets wat eigenlijk in de loop van mijn huisartsuitoefening in de laatste tien jaar veel sterker is boven komen drijven. [...] het is niet een beetje verslaving, maar het is heel erg verslavend. En iemand heeft onze hulp nodig. Niet alleen om de boel achteraf nog maar een beetje op te lappen maar in primaire zin voorkomen dat het zo ver mis gaat hè. Dat is veel mooier hè en niet achter de feiten aan lopen, maar voorkomen dat die feiten überhaupt plaatsvinden.’

Kole geeft daarbij aan dat de term verslaving tijdens de studie niet werd gebruikt. Roken werd gepresenteerd als een hardnekkige gewoonte.<sup>175</sup> Alcohol en drugs werden veel eerder als verslaving gezien. Hij ziet nu wel dat het Trimbos ook roken als verslaving heeft opgepikt.<sup>176</sup> Bij Brouwer kwam het besef dat het om verslaving ging kwam vooral toen de waarschuwingen op de pakjes kwamen. Het viel hem op dat het aantal rokers niet direct naar beneden tuimelde. Voor Brouwer werd het toen duidelijk dat het om iets krachtigs ging en dat vieze plaatjes en dreigende woorden niet aankwamen. Aan dit inzicht hebben ook artikelen en persoonlijke verhalen van mensen bijgedragen. Ook de documentaire van Radar ‘Onder de rook van de tabaksindustrie’ was voor Brouwer van belang in het veranderde inzicht.<sup>177</sup>

Zowel Kole als Brouwer geven aan dat de ‘gewoonte’ roken is verschoven naar ziekte. Kole benadrukt hierbij dat het gaat om een gewenste medicalisering. Brouwer vult aan: ‘het is cruciaal het maakt een radicale andere aanpak. Want als je het hebt over een gewoonte [...] dan geeft het al veel minder het gevoel van ik kan hier of ik mag hier wat van zeggen. [...] er is niemand die zegt van weet je heroïnegebruik is een gewoonte, die mensen vinden het gewoon lekker, Nee, het is een verslaving.’<sup>178</sup>

Met name de overheid zou een rol moeten spelen bij de antirook maatregelen, aldus Brouwer en Kole. Alleen de overheid kan maatregelen nemen met betrekking tot het inrichten van de publieke ruimten en de accijnzen op de sigaretten. Om het roken nog onaantrekkelijker te maken moeten pakjes nog duurder worden gemaakt. Wat betreft Kole niet stukje bij beetje

---

<sup>175</sup> Ibidem, regel 43-44.

<sup>176</sup> Ibidem, regel 245-257.

<sup>177</sup> Ibidem, regel 553-568.

<sup>178</sup> Ibidem, regel 640-647.



maar gelijk €7,50 er bovenop.<sup>179</sup> Brouwer denkt dat rokers een paria gevoel moeten krijgen: '[...] ik moet uit het gebouw om te roken. Ik mag niet eens in de buurt van het gebouw staan, maar ik moet ergens in de regen bij een of andere lantaarnpaal {...} gaan oproken enne dan voel ik me toch wel een beetje een outcast.' Bepaalde publiekscampagnes hebben er wel voor gezorgd dat roken beter bespreekbaar werd. Als voorbeeld noemde Kole de campagne 'Niet roken waar de kleine bij is'. Waar voorheen patiënten vonden dat ze hun rookgedrag zelf bepaalde is merkt Kole op dat iedereen 'nee' beantwoord op de vraag of er binnenshuis gerookt wordt. De norm is daarin zeker veranderd.<sup>180</sup>

## 2.8 Interview deel 2: Handelen van de huisarts bij stoppen met roken

Kole geeft aan dat roken altijd een plek heeft gehad in zijn consultvoering, ook direct na zijn studie heeft hij het altijd als negatief benoemd en een rookstopadvies gegeven. De begeleiding was slecht. Vaak bleef het beperkt tot het adviseren van een *cold turkey*. Een begin in zijn handelen was in elk geval het registreren van rokende patiënten en het zo nu en dan aanstippen van het rookgedrag.<sup>181</sup>

Brouwer was daar later in en beschouwde het als een zijdelings ding. Hij had het er niet zo vaak over. Nu is de neiging om het te bespreken veel groter. Bij iedereen die een hoestje heeft vraagt Brouwer nu of zij roken. Ook bespreekt Brouwer het nu bij niet gerelateerde klachten. Zo wordt naar aanleiding van een Amsterdamse studie aan alle vrouwen die voor een bevolkingsonderzoek een uitstrijkje laten maken naar hun rookgedrag gevraagd. Roken en baarmoederhalskanker hebben immers een relatie. Brouwer vraagt niet het rookgedrag na als iemand met een zere teen komt. Het risico dat je krediet verspeeld bij de patiënt is dan aanwezig en je moet als huisarts ook de relatie voor ogen houden. Dus alleen het ijzer smeden als het heet is.<sup>182</sup> Kole is het hier mee eens. Het is lastig om het roken aan te stippen als de intuïtieve relatie niet aanwezig is zoals infertiliteit, kankers die ver weg van de longen liggen. Hier kun je de goodwill mee verspelen.<sup>183</sup>

Kole geeft aan dat de huisartsenpraktijk pas de laatste tien, vijftien jaar wat te bieden heeft op het gebied van stoppen met roken. Zo geven praktijkondersteuners begeleiding bij het stoppen met roken. De groep die nu nog rookt is wel een lastige en Kole ziet dat als een

---

<sup>179</sup> Ibidem, regel 807-808.

<sup>180</sup> Ibidem, regel 227-231.

<sup>181</sup> Ibidem, regel 210-213.

<sup>182</sup> Ibidem, regel 446-463.

<sup>183</sup> Ibidem, regel 466-470.

harde kern. Dat zijn vaak mensen die verslavingsgevoeliger zijn. Bovendien kun je niet een kwart van de bevolking behandelen, aldus Kole. Dat gaat vanuit praktisch oogpunt niet.<sup>184</sup>

Brouwer noemt het stellen van permissievragen als belangrijk middel om het roken bespreekbaar maken: Vind je het goed dat we het hebben over roken? Hij heeft zelden meegemaakt dat een patiënt die vraag met nee beantwoord.

Tot slot werd gesproken over de invloed van antirookdokters of anti-rookactivisten. Brouwer werd en wordt enorm geïnspireerd door de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker.<sup>185</sup>

Bij beide huisartsen was preventief denken en handelen geen issue. Beiden vonden dat ze als huisarts een rol hadden bij het stoppen met roken.

Op de vraag of zij als huisarts verschillend reageerde op basis van gender beantwoorde Kole aanvankelijk 'nee'. Dit antwoord lag toch iets genuanceerder. Zo vond hij dat hij er wel iets mee moest doen als de vrouw zwanger was. Niet alleen de vrouw moest dan stoppen met roken, maar ook de eventueel rokende man. Hij was van mening dat het bijna onmogelijk was voor een verslaafde om te stoppen met roken als haar omgeving nog door gebruikte.<sup>186</sup> Ook vond Kole dat hij de relatie *father en childcare* benadrukte. De rokende vader heeft inmiddels ook invloed op het ongeborn kind.<sup>187</sup>

Brouwer vond dat zwangerschap, maar ook het gebruik van anticonceptie een legitieme reden was om het roken te bespreken: 'Je bent bovendien ook huisarts van toekomstig wereldburger. Ouder dan 35 en anticonceptie is eigenlijk *not done* volgens NHG richtlijnen in verband met trombose-erisico. Ik ben streng tegen zwangere vrouwen die roken. Ik voel me een hoeder naar die ongeborn vrucht toe. In de fertiele levensfase heb je bij vrouwen meer argumenten om het indringender over te hebben.'

## 2.9 Reflectie op methodiek en inhoud

Het *witness seminar* heeft veel mooie en nieuwe gezichtspunten gegeven over de plek van roken in de persoonlijke en professionele leefsfeer van huisartsen. Van te voren hadden de deelnemers de thema's via de mail ontvangen zodat zij zich konden voorbereiden. Ook tijdens het *witness seminar* werd dit interviewschema gevolgd waardoor het een semigestructureerd karakter had.

---

<sup>184</sup> Ibidem, regel 784-794.

<sup>185</sup> De schrijfsters zijn longartsen en bekend geworden door hun felle strijd tegen het roken en hun boek '*Nederland stopt! Met roken*'. In het Rode Kruisziekenhuis zijn zij gestart met een zeer succesvolle stoppen met roken poli. Zorggroep Almere heeft grote delen van dit programma geadopteerd. Michael Brouwer en de schrijfster van deze scriptie zijn belangrijke trekkers bij de implementatie van dit programma geweest.

<sup>186</sup> Bijlage 3: Transcriptie interview, regel 481-486.

<sup>187</sup> Bijlage 3, regel 529-533.

Het *witness seminar* vond midden in de coronapandemie plaats. Dit is dan ook de reden geweest om het digitaal, via Microsoft Teams, te organiseren. Anders dan bij een *face to face* contact staat de gespreksleider voor andere uitdagingen. Zo is het digitaal lastiger om een band met de deelnemers op te bouwen, de stemming tussen de deelnemers te peilen en om non-verbale feedback te geven. Het grootste voordeel in deze periode is dat deelnemers, die door hun leeftijd binnen de risicogroep vallen, geen gezondheidsrisico lopen. Bovendien is het opnemen van de bijeenkomst in beeld en geluid bij Microsoft Teams eenvoudig en van relatief goede kwaliteit. De deelnemers, hadden allemaal ervaring met digitaal vergaderen via Microsoft Teams. Hierdoor was een extra oefensessie niet noodzakelijk.<sup>188</sup>

Alle deelnemers hadden vooraf een *informed consent* toegestuurd gekregen. Aan het einde van het *witness seminar* is nogmaals mondeling toestemming gevraagd over de vermelding van de volledige naam en plaatsing van de scriptie op het internet.

Anders dan tijdens een *face to face* contact bestond het risico dat er minder interactie zou plaatsvinden tussen de deelnemers. Dit was niet het geval. De deelnemers hadden ervaring met digitaal vergaderen en dit was goed merkbaar. De deelnemers lieten elkaar goed uitspreken en reageerden op elkaar. Ze leken zich veilig genoeg te voelen om hun herinneringen en meningen te ventileren. Ook was er veel non-verbale interactie; deelnemers knikten instemmend, lachten op anekdotes en keken bijvoorbeeld verbaasd of vragend. Soms dwaalden de deelnemers af van de gestelde vraag. Met kleine ingrepen keerden zij weer terug naar het onderwerp. Ook werden er dingen niet uitgesproken. Zo gaf Van Duijn na ruim een half uur aan of er nog over de positieve punten van roken gesproken gaat worden. Hij als verstokte roker wilde dat geluid klaarblijkelijk ook graag laten horen. Na vijftig minuten meende dezelfde Van Duijn dat thema één voldoende was besproken. Mogelijk ging het in zijn beleving niet snel genoeg.

Er ontstond ook een aantal interessante discussies. Zo had Van Duijn zijn twijfels uitgesproken over de verschillende methodes om te stoppen met roken. Bollen had andere ervaringen en vond sommige methodes effectief. De Groot-Roessink mengde zich in de discussie en gaf aan dat alleen al het noteren van de rookstatus effect had en dat sommige patiënten trots kwamen vertellen dat ze gestopt waren (en of de huisarts dat in het dossier wilde wijzigen). Soms werd het ook wel fel. In het tweede deel van het *witness seminar*

---

<sup>188</sup> Advice on remote oral history interviewing during the Covid-19 pandemic, *British Library*, 8 februari 2021. <https://www.ohs.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/Advice-on-remote-interviewing-during-the-Covid-19-Pandemic-v.70D0A-FINAL.pdf>, laatst geraadpleegd op 31-10-2021.

meende Van Duijn dat Bollen het werkingsmechanisme van verslaving niet begreep. Uiteindelijk belandde de discussie bij mensen met schuldproblematiek.<sup>189</sup> Van Duijn vond het thema *evidence* heel belangrijk. Tot drie keer toe is hij daar over begonnen. Hij meende dat de effectiviteit van de verschillende interventies bij het stoppen met roken flinterdun waren.<sup>190</sup> Ook vond hij dat het NHG weinig belangstelling had voor goede *evidence*. Hij pleitte vooral voor goede doelgerichte studies op dat vlak.<sup>191</sup> Kampschöer ging deels in deze mening mee.

Een bijzondere discussie was het vraagstuk gender. De vraag was of het wat uitmaakte of de huisarts een advies gaf aan een man of een vrouw. De verontwaardiging van de deelnemers kwam door het beeldscherm heen. Smit gaf aan, net als Groot-Roessink, verbaasd te zijn over deze vraag. Ook na uitleg van de vraag was de weerstand bij de deelnemers voelbaar. Het voorbeeld van zwangere vrouwen werd door Van Duijn getorpedeerd: 'Ja da's zwangerschap, da's wat anders'. Uiteindelijk ging Kampschoer verder op de vraag in. Zij schatte in dat vrouwen makkelijker stopten met roken dan mannen. Smit kon zich een onderzoek herinneren waar bij naar voren kwam dat vrouwen beter reageerden op internet therapie dan mannen.<sup>192</sup> Van Duijn meende dat er wel genderverschillen zaten in de verschillende typen verslaving, maar dat had geen invloed gehad op de manier waarop hij naar mannen en vrouwen keek.<sup>193</sup>

Helaas is niet boven water gekomen waarom de deelnemers zo fel reageerden op de vraag. De gespreksleider was zelf enigszins beduusd door de reactie en heeft niet verder doorgevraagd. Mogelijk dat de deelnemers het een sociaal onwenselijke vraag vonden. Dit had wellicht te maken had met de periode waarin de deelnemers jong waren. Veel jongeren en studenten protesteerden in de jaren zestig en zeventig tegen de gevestigde orde en de tweede feministische golf was volop gaande. Mannen en vrouwen waren gelijk. Kampschöer gaf aan dat er heel wat gerookt werd tijdens vergaderingen en actievoeren.<sup>194</sup>

Het interview met Kole en Brouwer verliep iets meer gestructureerd en liet wat minder interactie en discussie zien. Het was een ontspannen interview waar Kole en Brouwer in alle openheid hun herinneringen deelden. Het interview met Brouwer en Kole leverde weer andere gezichtspunten op. De digitale vorm was voor heb geen enkel probleem. Ook zij

---

<sup>189</sup> Bijlage 2: Transcriptie *witness seminar*, regel 2132.

<sup>190</sup> Bijlage 2: Transcriptie, regel 451.

<sup>191</sup> Ibidem, regel 880.

<sup>192</sup> Ibidem, regel 1270.

<sup>193</sup> Ibidem, regel , regel 1298-1303.

<sup>194</sup> Ibidem, regel 336.

hadden het *informed consent* ondertekend en toestemming gegeven de scriptie met hun namen te publiceren op het internet.

Brouwer vond dat het liberalisme grote invloed had gehad op de wijze waarop er met roken werd om gegaan in Nederland. Dit kwam een aantal keren terug in zijn antwoorden: 'Nederland is een liberaal land dus als je wil roken dan ga je roken.'<sup>195</sup> Als meest invloedrijkste antirooklobbyisten ziet hij de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker. Voor Brouwer de belangrijkste boegbeelden voor de stoppen met roken zorg in Nederland.<sup>196</sup>

Ook Kole gaf aan dat mensen vonden dat ze zelf mochten bepalen of ze rookten of niet. Hij refereerde aan de publiekscampagne , Niet roken waar de kleine bij is'. Door deze campagne werd het bespreekbaar maken van roken tijdens een consult makkelijker.<sup>197</sup> Ook zijn wetenschappelijke publicaties leidend voor Kole geweest.<sup>198</sup>

## Conclusie

Alle deelnemers herinnerden zich dat roken in de jaren zestig en een groot deel van de jaren zeventig een normaal verschijnsel was. Iedereen rookte, ook huisartsen en medisch specialisten en dit ging soms heel ver. De Jong verwoordde het als een 'volksverslaving'. Niet-rokers en kinderen hadden weinig invloed en dolven het onderspit. Het feit dat iedereen rookte heeft er wellicht voor gezorgd dat huisartsen het niet hun taak vonden om iets aan het roken te doen.

Ook het maatschappelijke klimaat en de wet- en regelgeving werkte er niet aan mee om roken te ontmoedigen. De liberale opvatting dat roken een vrije keuze was werd een aantal malen door de deelnemers van het *witness seminar* en interview genoemd. Het duurde lang voordat er niet meer in de treinen gerookt mocht worden en dat er waarschuwingen op de sigarettenpakjes kwamen te staan.

In de medische wereld kwam wel steeds meer het besef dat roken slecht was voor longen en hart- en bloedvaten, maar het geneeskundig onderwijs besteedde er weinig aandacht aan. Ook in de jaren tachtig werd het roken slechts zijdelings in de collegebanken besproken. Dit had ook invloed op de manier waarop het gesprek werd gevoerd met patiënten die rookten en de reacties van patiënten. Patiënten waren niet altijd gediend van goedbedoelde 'bemoeizorg'. De Groot-Roessink wist zich een voorval te herinneren waarbij

---

<sup>195</sup> Bijlage 3: Transcriptie interview, regel 148-149.

<sup>196</sup> Brouwer noemt Wanda de Kanter en Pauline Dekker in het interview als voorbeeld, namelijk op de regels 308, 568, 576, 803 en 958 van Bijlage 3.

<sup>197</sup> Bijlage 3: Transcriptie, regel 219-1222.

<sup>198</sup> Ibidem, regel 241-243.

zijn bureau werd omgekeerd toen hij het advies gaf om te stoppen met roken. De oud-huisartsen maakten het rookgedrag bespreekbaar als patiënten met rook gerelateerde klachten het spreekuur bezochten. Ook zwangerschap was een reden om de negatieve gevolgen van roken kenbaar te maken.

Dat roken een verslaving was, was voor de oud-huisartsen duidelijk. Ook gingen zij het meer zien als ziekte. Het ontbrak hen echter aan middelen om daar goede begeleiding in te geven (of te delegeren of te verwijzen). Geneesmiddelen (zoals Champix®) die konden ondersteunen bij het stoppen met roken zorgden ervoor dat patiënten het spreekuur bezochten voor het verkrijgen van een recept.<sup>199</sup> Verder bleek het ontbreken van *evidence based* onderzoek en een goede geldelijke beloning een belemmering om energie te steken in preventieve activiteiten in zijn algemeenheid en het stoppen met roken in het bijzonder. Volgens de deelnemers van het *witness seminar* had niet zozeer de inzet van artsen het landelijk rokerspeil naar beneden gebracht, maar vooral de veranderde maatschappelijk opinie en de maatregelen van de overheid.

Met betrekking tot boegbeelden in de strijd tegen het roken werd Lenze Meinsma genoemd, echter niet in positieve zin. Dit was wel opvallend want Meinsma is van grote betekenis geweest op het gebied van roken.<sup>200</sup> Verder was het interessant hoe Groot-Roessink de individuele schade van roken versus de sociale schade naar voren bracht. Volgens Groot-Roessink stopten rokers niet zo zeer voor zichzelf maar voor hun baby, kind of omdat het op bepaalde plekken niet was toegestaan. Hier is volgens Groot-Roessink ook het hele wettelijke verbod op roken gebaseerd.

Alle oud-huisartsen waren van mening dat roken als verslavingsziekte pas veel later werd erkend. Pas met de komst van een aantal hulpmiddelen zoals medicatie, nicotinepleisters en nicotine kauwgum had de huisarts iets in handen wat hij de patiënt kon bieden. Later, met de komst van de praktijkondersteuner somatiek (rond het jaar 2000) kon er ook begeleiding aangeboden worden door middel van individuele gesprekken. De oud-huisartsen waren echter van mening dat al deze inzet (mensen en middelen) tot weinig resultaat had geleid. Ook waren er geen verwijsmogelijkheden voor rokers naar de Jellinek of een verslavingskliniek. Dit was er wel voor mensen die verslaafd waren aan alcohol en drugs.

Voor de nog werkzame huisartsen stond de schadelijkheid van roken veel meer op hun netvlies. De sociale acceptatie van roken verminderde en in hun directe omgeving werd al

---

<sup>199</sup> Champix kwam pas in 2007 op de Nederlandse markt.

<sup>200</sup> Naast een belangrijke studie over de gezondheidsrisico's van roken is hij van 1953 tot 1978 directeur van de KWF Kankerbestrijding geweest. Hij kreeg in het begin weinig steun van zijn collega's. Zie verder hoofdstuk 1.

minder gerookt. In de studie kwamen de risicofactoren van roken zijdelings aan de orde. Ook bij Brouwer die in 1989 zijn studie geneeskunde startte. Binnen de medische discipline werd er nog flink gerookt. Net als bij de oud-huisartsen werd er nauwelijks aandacht besteed aan de verslaving.

De laatste tien, vijftien jaar heeft de huisartsendiscipline veel meer handvatten gekregen om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Ook vinden Kole en Brouwer dat de GGZ een duidelijke rol heeft bij de behandeling van rook- of nicotineverslaving. Dit begint nu een beetje te komen. De vraag of het om een preventieve activiteit ging en het wel bij het takenpakket van de huisarts hoorde leek bij de nog werkzame huisartsen geen vraag. Het was (en is) onderdeel van hun werk, wat grotendeels wordt gedelegeerd aan de praktijkondersteuner huisarts. Ook zij onderstrepen het belang van de invloed van de overheid op de regelgeving, waarschuwingen op pakjes en publiekscampagnes. Voor de werkzame huisartsen is het evident dat roken als een verslaving wordt beschouwd. Dit legitimeert de huisarts om het roken bespreekbaar te maken. Dit is volgens hen een gewenste medicalisering want tabakzorg is verslavingszorg.

Samenvattend kan gesteld worden dat het in de jaren zestig en zeventig moeilijk was voor huisartsen om patiënten te adviseren om te stoppen omdat het maatschappelijke klimaat er nog niet aan toe was. Bovendien werden huisartsen niet gesteund door de overheid met wet- en regelgeving, publieke campagnes en geld. Dit legitimeerde huisartsen wellicht ook om weinig tot geen aandacht te hebben voor de medische aspecten van roken. Dit veranderde in positieve zin in de decennia daarna.

### 3. De theorie in de praktijk

#### *Praktijkvoering van artsen met betrekking tot rookzorg*

##### 3.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is stilgestaan bij studies die de schadelijkheid van roken tot onderwerp hadden, de theorievorming over medicalisering en *public health* en de totstandkoming van het takenpakket van huisartsen. Daarnaast zijn huisartsen middels een *witness seminar* en een interview bevraagd naar hun ervaringen op het gebied van het denken, behandelen en begeleiden van patiënten c.q. nicotineverslaafden bij het stoppen met roken.

Dit hoofdstuk biedt een analyse van de verhouding tussen de geneeskundige theorievorming rond roken en nicotineverslaving enerzijds, en de praktijkervaringen van huisartsen met rokende patiënten anderzijds. Op basis van de verkregen informatie vanuit de geschreven bronnen, het *witness seminar* en aanvullende interviews wordt gekeken in hoeverre deze grootheden zich tot elkaar verhouden.

##### 3.2 Kennis en onderwijs

De sociaal-culturele geschiedenis van roken zoals beschreven door Schotanus en Walton liet zien hoe gewoon het roken in het dagelijks leven was. In alle lagen van de bevolking werd gerookt. In de jaren vijftig en zestig rookten ook artsen veel zij verschilden qua rookgewoonten niet van niet-artsen. Dit kwam ook duidelijk naar voren in het *witness seminar* en het interview. Alle deelnemers deelden de ervaring dat roken overal kon; binnenshuis, in de openbare ruimten, in het openbaar vervoer en in de klas. Binnenshuis roken was normaal, ook als huisgenoten er last van hadden. Zo was de universiteit een rokerswalhalla, niet alleen voor studenten maar ook medewerkers. Leni Smit gaf tijdens het *witness seminar* het voorbeeld van de hoogleraar die tijdens het practicum met een pijp in zijn mond aanwijzingen gaf.

Toch werd van artsen het 'goede' voorbeeld verwacht, blijkens de eindconclusie van een enquête die in 1960 uitgezet was onder 4000 scholieren. Veel jongeren rookten en zij constateerden dat ook veel artsen rookten. Hieraan koppelden ze de gedachte dat roken niet zo slecht was. De onderzoeker meende dan ook dat medici het goede voorbeeld moesten geven.<sup>201</sup>

---

<sup>201</sup> H. Doeleman, De ontwikkeling van rookgewoonte bij de jeugd. Door O. Fokkens, Academisch proefschrift, *Medisch Contact* 15 (1960) 528-529, aldaar 528.



Het 'goede' voorbeeld moest dan wel ergens op zijn gebaseerd. Na de Tweede Wereldoorlog werden veel onderzoeken verricht naar de schadelijkheid van roken. De uitkomsten werden vaak gepubliceerd in medische vakbladen. Volgens de deelnemers van het *witness seminar* werd hier tijdens de studie geen aandacht aan besteed en maakte het geen deel uit van het curriculum van de studie geneeskunde. De gepensioneerde huisartsen hadden geen herinneringen aan colleges waar de gevaren van roken en roken als verslaving aan de orde kwamen. De nog werkende huisartsen hadden dat wel, maar gaven aan dat er vooral aandacht was voor de risicofactoren van roken.

Het is opvallend te noemen omdat binnen de medische discipline al veel kennis aanwezig was over de schadelijkheid van roken. Een aantal grote (inter)nationale onderzoeken hadden dat immers al aangetoond. Ook werd meer en meer bekend dat roken een verslaving was. Waarom die onderzoeken niet expliciet aan de orde zijn gesteld in het geneeskundig onderwijs is niet helemaal duidelijk. Er zijn wel een aantal veronderstellingen. Zo is het denkbaar dat de rokende hoogleraren en universitair docenten niet geconfronteerd wilden worden met hun eigen rookverslaving. Een andere veronderstelling is dat studiemateriaal niet jaarlijks werd herzien. Medische boeken gingen vaak jaren mee waardoor de nieuwste inzichten mogelijk nog niet opgenomen waren in het studiemateriaal. Tot slot, roken was zo gewoon, iedereen deed het. Mensen en dus ook medewerkers van universiteiten en geneeskunde studenten vonden het lekker. Het hoorde bij de studentencultuur en bij de linkse protestbewegingen. Longkanker en andere ellende was ook voor geneeskunde studenten nog ver van hun bed.

Kennis werd niet alleen verkregen via onderwijs. Ook vanuit andere hoeken werden artsen geïnformeerd over wetenschappelijke studies. Denk aan medische beroepsverenigingen, congressen, antirook activisten zoals Meinsma, (inter)nationale vaktijdschriften en plaatselijke- en landelijke werkgroepen. Bovendien deden ook steeds meer patiëntenverenigingen onderzoek zoals het Astmafonds (nu Longfonds genaamd) en de Nederlandse Hartstichting. Niet alle huisartsen waren echter lid van een beroepsvereniging en sommige antirook activisten hadden een negatief imago. Vera Kampschöer herinnerde Lenze Meinsma als een overdreven, drammerige actievoerder die binnen de gezondheidszorg niet bepaald als boegbeeld werd gezien.<sup>202</sup>

---

<sup>202</sup> Bijlage 2: Transcriptie *witness seminar*, regel 338-349.

### 3.3 Professionalisering en denken over preventie

Dat preventie en in het bijzonder de rol van de huisarts bij het stoppen met roken lang op zich liet wachten had niet alleen met kennis te maken en het geneeskundig onderwijs, maar ook met het professionaliseren van het beroep huisarts. Huisartsgeneeskunde was begin jaren zeventig een nieuwe specialisme. Tot die tijd was het normaal dat basisartsen na hun studie geneeskunde zich konden gaan vestigen als huisarts. Een aparte specialisatie was niet vereist. Dat werd pas vanaf 1973 een verplichting. Zo is oud huisarts Theo de Jong, zonder specialisatie, in Haarlem begonnen als huisarts. Een andere deelnemer van het *witness seminar*, Nico van Duijn, had deelgenomen aan de eerste opleiding tot huisarts. Hij was met name enthousiast over het experimentele van de opleiding en het feit dat dat de opleiding veel ruimte bood aan de deelnemers wat betreft de inhoud.<sup>203</sup>

De specialisatie tot huisarts stond in de jaren zeventig nog in de kinderschoenen en professionals waren aan het worstelen met welke taken er nu wel en welke taken niet tot de huisartsgeneeskunde hoorde. Het *NHG* en de *LHV* hebben daar een belangrijke rol in gespeeld. Twee jaar na de oprichting van de *NHG*, in 1959, vond de Woudschotenconferentie plaats. Deze bijeenkomst is volgens de literatuur van ongekende waarde geweest voor de professionalisering van het huisartsenvak. Voor het eerst formuleerde de beroepsgroep zelf taken en speerpunten voor huisartsen. Ook voor preventie was een expliciete deeltaak weggelegd. Aangetekend moet worden dat tijdens de Woudschotenconferentie slechts 42 deelnemers aanwezig waren. Genodigden waren onder andere de bestuursleden en adviseurs en afgevaardigden van verschillende commissies.<sup>204</sup> Het is de vraag of de deelnemers aan de Woudschotenconferentie voldoende draagvlak en vertrouwen hadden van de huisartsen in den lande.

Ter illustratie een paar uitspraken over het *NHG* van oud huisartsen die hadden deelgenomen aan het *witness seminar*. Zo zei Nico van Duijn het volgende toen hem gevraagd werd of de universiteit aandacht besteedde aan gezonde leefstijl of stoppen met roken: 'Kan me niet herinneren. Nee, dat was pas in de *NHG* sferen. Toen gingen daar die dominees rond. Die hadden dan zo'n idee dat je daar je druk over moest maken.'<sup>205</sup> Zijn betiteling van *NHG* leden als dominees geeft niet gelijk een groot vertrouwen of draagvlak weer. Ook vond hij dat er binnen het *NHG* te weinig aandacht was voor *evidenced based medicine*. Dit maakte dat hij

---

<sup>203</sup> Bijlage 2: Transcriptie, regel 401-404.

<sup>204</sup> Ger van der Werf en Joost Zaat, 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde, *Huisarts & Wetenschap* 10 (2001) 429.

<sup>205</sup> Bijlage 2: Transcriptie *witness seminar*, regel 485-487.

ook sceptisch stond tegenover het inzetten van allerlei preventieve interventies bij het stoppen met roken.<sup>206</sup> Ook Theo de Jong uitte zich kritisch. Hij vertelde dat het *NHG* in eerste instantie huisartsen stimuleerde om preventieve taken op zich te nemen. Dit voornemen werd volgens De Jong weer snel geschrapt omdat er geen financiering voor was.<sup>207</sup> Ook hieruit blijkt dat het *NHG* erg zoekende was en mogelijk het draagvlak over preventie onvoldoende had onderzocht.

Al met al begonnen huisartsen zich meer te verenigen. De *Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)* was in 1946 opgericht en had zich ten doel gesteld om wet- en regelgeving te vertalen in een goede financiële basis.<sup>208</sup> Het *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)* hield zich vooral bezig met de inhoud van het vak. In het jaar van de oprichting was 14% van alle huisartsen lid.<sup>209</sup> Zo zal in de beginjaren het draagvlak klein geweest zijn. Bijna 25 jaar later was bijna 60% van alle huisartsen aangesloten bij het *NHG*.<sup>210</sup> Dit had voor- en nadelen. Meer leden impliceert een groter draagvlak bij genomen besluiten. Daarentegen is het soms moeilijk om bij grote groepen consensus te krijgen. Leden hadden immers stemrecht bij het nemen van grote besluiten en konden dus voor of tegen stemmen

Dit gebeurde tijdens het *NHG* congres in 1986. Drie jaar voor dit congres was het Basistakenpakket gelanceerd en was preventie als een huisartsentaak opgenomen. Tijdens het *NHG* congres bleek echter dat huisartsen er helemaal niet zo happig waren om een rol te spelen in preventie. Het op eigen initiatief systematisch benaderen van patiënten door de huisarts werd afgeketst. Tijdens de stemming was 56% van de huisartsen hierop tegen. De tegenargumenten waren het 'vrijbrief effect' (ik ben gezond en kan gewoon doorgaan met mijn ongezonde leefstijl), het onnodig ongerust maken van patiënten en het onterecht geruiststellen van patiënten.<sup>211</sup>

Deze uitkomst stond haaks op de eerder genoemde *Nivel* studies uit 1985 en 1987 uit hoofdstuk 1. In 1985 vonden de geënquêteerde huisartsen dat ze veel meer energie wilden stoppen in het systematisch opsporen van ernstige aandoeningen en riskante leefgewoonten. Ze vonden dat ook een huisartsentaak.<sup>212</sup> Het onderzoek van Nivel uit 1987 zoomde

---

<sup>206</sup> Ibidem, regel 871-872.

<sup>207</sup> Ibidem, regel 1075-1077.

<sup>208</sup> Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*, (Houten 2016) 15.

<sup>209</sup> 'Mijlpalen uit de geschiedenis van het Nederlands Huisartsen Genootschap', *NHG*, 2022. <http://nhgonline.nl/mijlpalen/in-stijgende-lijn/laatst-geraadpleegd-op-13-maart-2022>.

<sup>210</sup> J. Harmsen en L. Hingstman, 'Cijfers uit de registratie van huisartsen, *Nivel* (Utrecht 1996) 9.

<sup>211</sup> Esther van Osselen e.a., 'Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren' (2016) in: Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*, (Houten 2016) 107-115, aldaar 113.

<sup>212</sup> R.T. Hamersma, W.G.W. Boerma en P.P. Groenenwegen, *Het dienstenaanbod van huisartsen in de verschillende praktijkvormen* (Utrecht 1985) 105-107.

expliciet in op de ondersteuning van rokers. Huisartsen waren ook op individueel niveau bereid een preventieve rol te vervullen. Er was nog wel een slag te maken omdat van de meeste patiënten het rookgedrag onbekend was.

Dit was ook het geval bij de gepensioneerde huisartsen. Pas als iemand roken gerelateerde klachten kreeg zoals hoesten, bronchitis of COPD werd er naar het rookgedrag gevraagd. Alleen Bert Groot-Roessink registreerde begin jaren negentig het rookgedrag van zijn patiënten. Hij deed er verder niet veel mee, maar hij had wel het idee dat alleen het vragen al hielp bij de bewustwording van zijn patiënten.<sup>213</sup>

Bij de nog werkende huisartsen Henk Kole en Michael Brouwer was preventie al veel meer onderdeel van hun werk. Vanaf de jaren negentig maakten de preventieve screenings op baarmoederhalskanker en griepvaccinaties onderdeel uit van hun werk. De opkomst was beter als de huisarts risicogroepen opriep voor controle. Bovendien kregen huisartsen hier een financiële vergoeding voor. Eind jaren negentig, begin jaren 2000 kregen de meeste Nederlandse huisartsen ondersteuning van de praktijkondersteuner somatiek. Zij kregen op het gebied van secundaire preventie een grote rol binnen de huisartsendiscipline. Hieronder viel ook de begeleiding en behandeling bij het stoppen met roken, waarover later meer.

### 3.3 Medicaliseren van roken en het handelen van huisartsen

Uit het bovenstaande blijkt dat preventie niet makkelijk lag bij huisartsen. Diverse vooraanstaande hoogleraren waren in jaren zeventig en tachtig van mening dat preventie medicalisering in de hand zou werken. Preventie bracht het gevaar van bemoeizorg met zich mee en het geven van ongevraagd advies sloot niet aan bij de hulpvraag van de patiënt. Bovendien was het niet *evidence based*.<sup>214</sup>

Dit denken was deels ook terug te horen bij de gepensioneerde huisartsen. De meesten waren terughoudend om iets van rookgedrag te zeggen. Pas als mensen met roken gerelateerde klachten naar het spreekuur kwamen - of zoals in het voorbeeld van Frans Bollen een benauwd kindje in een kamer vol rook lag - werd het onderwerp roken aangestipt.<sup>215</sup> Bert Groot Roessink voelde heel erg dat hij de individuele levenssfeer van een patiënt betrad en was voorzichtig.<sup>216</sup> Nico van Duijn had er geen enkel probleem met bemoeizorg. Hij zei recht

---

<sup>213</sup> Bijlage 2: transcriptie *witness seminar*, regel 585-593.

<sup>214</sup> Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*, (Houten 2016) 111.

<sup>215</sup> Bijlage 2: *witness seminar*, regel 632-642.

<sup>216</sup> *Ibidem*, regel 1960-1961.

voor zijn raap wat hij van een situatie vond en was zoals hij het zelf verwoordde normerend en moraliserend als de situatie daar om vroeg.<sup>217</sup>

Henk Kole en Michaël Brouwer dachten daar anders over. Zij gaven aan dat preventie een onderdeel van het huisartsenvak was.<sup>218</sup> Zo gaven zij aan dat de bespreekbaarheid van roken de laatste jaren groter is geworden, mede door de invloed van de publiekscampagnes en de waarschuwingen op de pakjes. Het stellen van een permissievraag zoals: 'vind u het goed dat we het over roken hebben?' helpt om het roken bespreekbaar te maken. Zelden zeggen patiënten 'nee'.<sup>219</sup>

Op de vraag of roken gemedicaliseerd was reageerden de deelnemers van het *witness seminar* wisselend. Theo de Jong was van mening dat het verslavingsaspect er toe had bijgedragen dat artsen roken als een ziekte zijn gaan zien.<sup>220</sup> Vera Kampschöer vond dat lastig. Ze had wel de ervaring dat huisartsen invloed konden uitoefenen op het rookgedrag. Soms was een stopadvies net het duwtje wat mensen nodig hadden om te stoppen. Maar of dat nu *evidence based* was, daar zette zij vraagtekens bij.<sup>221</sup> Nico van Duijn merkte op dat het medicaliseren van gedrag alleen maar toenam, niet alleen het rookgedrag. Dit leidde volgens hem tot een toename van ziektes.<sup>222</sup>

Brouwer gaf aan dat het medicaliseren van roken hem meer handvatten gaf om als arts gelegitimeerd iets over het roken tegen de patiënt te zeggen. Hij zei: 'De verslaving maakt het mij ook mogelijk om mij sympathieker te verhouden met degene die rookt dan als je het alleen maar als een verkeerde keus beschouwd. Met verslaving kun je meer iemand naast staan. Je hebt een probleem dat heel hardnekkig is. Dan is moeilijk om daar alleen van af te komen, maar ik ga naast je staan we gaan het samen doen.'<sup>223</sup>

Zoals eerder aangegeven ging de praktijkondersteuner somatiek een belangrijke rol vervullen in de begeleiding van patiënten. Deze functionaris in de huisartsenpraktijken deed rond 2000 haar intrede. In minder dan vijftien jaar waren huisartsen anders gaan denken over het systematisch benaderen van patiënten. Werd tijdens het NHG congres van 1986 nog het systematisch benaderen van patiënten weggestemd. Eind jaren negentig kwam een convenant tot stand tussen het ministerie van VWS en de LHV om de kwaliteit van chronisch zieken te verbeteren. Patiënten met diabetes mellitus type 2 en later ook patiënten met COPD en hart-

---

<sup>217</sup> Ibidem, regel 1535.

<sup>218</sup> Bijlage 3: interview regel, 347-349.

<sup>219</sup> Bijlage 3: interview regel 951-960.

<sup>220</sup> Bijlage 2: *witness seminar* regel 1414-1415.

<sup>221</sup> Bijlage 2, regel 1662-1467.

<sup>222</sup> Ibidem, regel 1727-1730.

<sup>223</sup> Bijlage 3: interview, regel 720-726.

en vaatziekten werden systematisch door deze functionaris benaderd voor controle. Secundaire preventie maakte een groot deel uit van de werkzaamheden. Ook de begeleiding bij het stoppen met roken behoorde tot het taakgebied van de praktijkondersteuner. Zo kreeg preventie en stoppen met roken een duidelijke en gestructureerde plek binnen de huisartsendiscipline.

### 3.4 De mondig geworden patiënt

Preventie had direct invloed op de persoonlijke leefsfeer van patiënten. Paste het ongevraagd geven van advies of bemoeizorg wel in het takenpakket zoals huisartsen dat in de jaren zeventig en tachtig voor ogen hadden? Diverse vooraanstaande hoogleraren waren van mening dat preventie medicalisering in de hand zou werken. Bovendien sloot het geven van ongevraagd advies niet aan bij de hulpvraag van de patiënt en was het niet *evidence based*.<sup>224</sup> De stem van de patiënt ontbreekt in de meeste publicaties. In deze paragraaf staat de positie en mondigheid van de patiënt centraal. Wat was de mening van de patiënt ten aanzien van preventie en in het bijzonder bij het stoppen met roken en hoe reageerde de patiënt op stoppen met roken adviezen?

De historicus Stephen Snelders en Frans Meijman, hoogleraar medische publiekscommunicatie en de geschiedenis daarvan publiceerden in 2009 *De mondige patiënt*. Zij onderzochten vooral de beschikbaarheid van informatie voor leken over (het handhaven) van gezondheid en het behandelen van ziekten. Zij concludeerden dat er altijd informatie beschikbaar was voor leken. Niet altijd van huisartsen, maar ook via andere bronnen zoals moeders, alternatieve genezers en de media zoals kranten en tijdschriften werden leken geïnformeerd. Of de informatie nu als ware kennis te beschouwen was of niet, de leek kon kennis krijgen waaruit hij kon putten en waarop hij de omgang met zijn ziekte of gezondheid kon baseren. Snelders en Meijman meenden dat leken en patiënten geen willoze volgelingen waren die deden wat door de reguliere of alternatieve genezers werd opgedragen.

Zij ageren tegen het idee dat de patiënt zich pas aan het einde van de twintigste eeuw tot een mondige patiënt heeft getransformeerd. In hun onderzoek troffen zij gedurende de hele twintigste eeuw patiënten aan die zelf beslisten wat zij deden met de informatie die zij kregen. De leek en de patiënt zijn, aldus Snelders en Meijman, altijd veel meer autonoom geweest dan we aannamen. Deze autonomie was echter niet altijd zichtbaar. Deze mensen schreeuwden niet om aandacht en erkenning en sloten zich niet aan bij een collectieve

---

<sup>224</sup> Esther van Osselen e.a., *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde* (Houten 2016) 111.

organisaties. De autonome patiënt van vroeger deed wat hij kon en wilde binnen zijn eigen mogelijkheden en grenzen. Volgens de auteurs is de mondigheid van de patiënt tegenwoordig veel collectiever geworden en komt het meer in de openbaarheid. Daarmee is het minder een zaak van het individu.<sup>225</sup>

Behalve de toegang tot informatie is ook de relatie tussen arts en patiënt is in de loop van een halve eeuw veranderd. De meest gangbare opvatting is dat patiënten mondiger zijn geworden. Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar patiëntenperspectief beschrijft in het artikel *De huisarts vanuit patiëntenperspectief* in huisarts & wetenschap de ontwikkeling van de mondige patiënt. Zo karakteriseerden patiënten uit de jaren vijftig en zestig zich als gezeglijk en gingen in het algemeen af op het oordeel van de arts. De arts was paternalistisch en informeerde patiënten slecht over hun ziekte. Bovendien bestond er vaak een opleidingskloof.

Onder invloed van de democratiseringsbeweging begon de houding van artsen in de jaren zestig en zeventig te veranderen. Patiënten moesten betere voorlichting en informatie krijgen en zouden mee moeten denken over hun behandeling. Zo zagen diverse patiëntenorganisaties het levenslicht en steunden binnen de geestelijke gezondheidszorg psychiaters de antipsychiatriebewegingen. Huisartsen erkenden dat hun handelen medicalisering in de hand kon werken en mondigheid werd het therapeutische ideaal.<sup>226</sup>

In 2007 werd er door het NGH een NIPO enquête uitgezet om inzicht te krijgen in de arts-patiëntrelatie. Trappenburg concludeerde dat de patiënt anno 2007 een mengeling was van de patiënt uit de jaren vijftig en zestig en uit de jaren zeventig en tachtig. Een beetje paternalisme vonden patiënten niet erg. Ze gaven aan de huisarts in vertrouwen te nemen onder andere bij psychische problemen (86%), seksuele problemen (71%) en gok- en drankverslaving (66%). De huisarts mocht pro actief vragen stellen over overgewicht, mishandeling en roken (percentages tussen de 70-86%).<sup>227</sup>

De conclusie van Trappenburg was dat niet zozeer de patiënt was veranderd, maar de huisarts. Veel huisartsen werken parttime waardoor de continuïteit van zorg veranderde, ook 's avonds en 's nachts met de intrede van de huisartsenposten. Daarnaast kreeg de huisarts meer ondersteuning van andere professionals zoals praktijkondersteuners.

Een soortgelijke conclusie hadden J.M. Bensing e.a. in hun onderzoek naar de wijze van communiceren tussen huisarts en patiënt. Zij constateerden dat patiënten in vergelijking met

---

<sup>225</sup> Stephen Snelders en Frans j. Meijman, *De mondige patiënt. Historische kijk op een mythe* (Amsterdam 2009) 178-182.

<sup>226</sup> Margo Trappenburg, 'De huisarts vanuit patiëntenperspectief', *Huisarts & Wetenschap* 50 (februari 2007) 47-49, aldaar 47-48.

<sup>227</sup> Trappenburg, 'de huisarts vanuit patiëntenperspectief', 48.

decennia daarvoor een grotere informatiebehoefte hadden en actiever bij de behandeling betrokken wilden zijn. Patiënten hadden zich volgens de onderzoekers getransformeerd van passief en afhankelijk patiënten tot actief en autonoom. Niet langer was de arts alleswetend en werd diens advies zonder vragen te stellen opgevolgd. Maar was dat ook in de praktijk zo?

Volgens de auteurs van het artikel geeft de literatuur aan dat de autonome, participerende patiënt het preferente rolmodel is. In de praktijk is dit niet altijd zichtbaar. Niet alleen de patiënt is veranderd, ook de arts is anders gaan communiceren.<sup>228</sup> De computer deed zijn intrede en vaker kregen protocollen en richtlijnen een prominente plek in de behandeling. De onderzoekers vergeleken daarom de wijze van communiceren tijdens een routinecontrole van de bloeddruk. Ze voerden een secundaire analyse uit op bestaand videomateriaal uit 1986 en 2002. Wat bleek, de patiënten uit 2002 waren minder actief, vroegen minder en bespraken minder hun zorgen met de arts dan zestien jaar daarvoor. Ook artsen lieten een andere houding zien. Ze waren zakelijker geworden en zochten minder de dialoog.<sup>229</sup>

### 3.5 De mondige roker in de huisartsenpraktijk

Ook tijdens het *witness seminar* en het interview werd stilgestaan bij de mondigheid en de art-patiënt relatie op het gebied van roken. Zo kwam de acceptatie van patiënten aan bod als het ging om het geven van ongevraagde adviezen van de huisarts aangaande het roken, maar ook de autonomie van de patiënt en vrijheid van de patiënt om zelf keuzes te maken werd besproken.

Vera Kampschöer stipte de autonomie van de patiënt aan. Ze vroeg zich af of de huisarts wel het recht heeft om zich te bemoeien met de leefstijl van zijn of haar patiënt? Ze gaf daar zelf niet echt een antwoord op, maar de vraagstelling impliceerde dat zij het een dilemma vond. In de relatie met de patiënt gaf Kampschöer aan dat de huisarts affiniteit moest te hebben met verslavingsproblematiek. Zij had dat zelf niet en voelde zich daardoor als huisarts enigszins beperkt met te weinig oog voor de verslavingsproblematiek.<sup>230</sup> Tot slot merkte zij op dat de meeste rokers zelf stopten met roken, zonder interventie van de huisarts.<sup>231</sup>

---

<sup>228</sup> J.M. Bensing e.a., 'De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten'. *Huisarts & wetenschap*, 51 (2008) 6-12, aldaar 7.

<sup>229</sup> Bensing e.a., 'De zakelijke huisarts', 6-7.

<sup>230</sup> Bijlage 2 : Transcriptie *witness seminar*, regel 1029-1030.

<sup>231</sup> *Ibidem*, regel 2056.



Bert Groot-Roessink gaf aan dat patiënten niet altijd op advies van de huisarts zaten te wachten en zelfs agressief konden reageren.<sup>232</sup> Hij herinnerde zich wel dat het rookgedrag tijdens de astma spreekuren aan de orde kwam. Rokende ouders kregen dan wel (ongevraagd) voorlichting en advies.<sup>233</sup>

Leni Smit gaf aan dat het geven van een stopadvies effect kon hebben op de relatie met de patiënt. Patiënten trokken dan hun eigen plan, stopten niet met roken en bleven weg. Het gevoel helemaal niets meer te mogen was voor sommige patiënten te veel.<sup>234</sup> Ook voelde Smit zich soms een roepende in de woestijn als zij mensen na een hartinfarct een stop roken advies gaf. Dat advies hadden ze niet van de specialist gekregen dus bleven ze door roken. Pas toen specialisten ook adviezen gaven om te stoppen met roken werden huisartsen in hun adviezen ondersteund.<sup>235</sup>

Theo de Jong adviseerde aan het einde van de vorige eeuw met regelmaat om te stoppen met roken. Patiënten moesten dat dan wel zelf willen en niet stoppen omdat de dokter het zei. Soms vroegen patiënten dan om ondersteuning. Die ondersteuning was beperkt tot het adviseren van nicotinekauwgom of iets dergelijks, een echt stoppen met roken programma was er nog niet.

Frans Bollen gaf zelf altijd wel aandacht aan het roken, maar vond het vooral een keuze van de patiënt om te besluiten om te stoppen of niet. Rokers kwamen naar het spreekuur toen er meer middelen kwamen om te ondersteunen zoals Champix®. Mensen kwamen dan vooral voor het recept.<sup>236</sup> Dit werd door de andere deelnemers bevestigd.

Nico van Duijn, zelf een fervent roker geweest, gaf geen adviezen als mensen geen problemen ondervonden van het roken. Hij vond dat er te weinig wetenschappelijk bewijs was voor de effectiviteit van die adviezen. Als geen ander kende Van Duijn de worsteling om te stoppen met roken.<sup>237</sup> Samen roken kon de arts-patiënt relatie zelfs bevorderen, aldus Van Duijn. Aan het einde van dag kon hij na vijven onder het genot van een rokertje hele effectieve gesprekken voeren met patiënten.<sup>238</sup>

Volgens Van Duijn zijn patiënten de laatste veertig jaar hetzelfde gebleven qua attitude, mondigheid en het opvolgen van adviezen. Dit werd niet door de andere deelnemers herkend. Smit gaf aan dat patiënten toch steeds vaker de huisarts zien als de professional waar

---

<sup>232</sup> Ibidem, regel 265-266.

<sup>233</sup> Ibidem, regel 590-592.

<sup>234</sup> Ibidem, regel 1603.

<sup>235</sup> Ibidem, regel 647-649.

<sup>236</sup> Ibidem, regel 1173.

<sup>237</sup> Ibidem, regel 467.

<sup>238</sup> Ibidem, regel 425-430.

ze om hulp kunnen vragen bij het stoppen met roken. Ook de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van medicamenteuze ondersteuning zijn redenen voor patiënten om de huisarts te consulteren.<sup>239</sup>

Henk Kole heeft de afgelopen 20 jaar het roken regelmatig bij zijn rokende patiënten aangestipt. Een deel daarvan stopte uiteindelijk en kwam dat ook trots aan hem vertellen. Lang niet altijd met hulp van de huisarts(praktijk). Kole gaf ook aan dat informatie geven erg belangrijk is. Patiënten weten vaak niet dat roken ook invloed heeft op de genezing van botten of invloed heeft op het herstel na een operatie. Ook heeft hij wel eens woedende reacties gehad van patiënten omdat patiënten niet begrepen dat roken ook invloed kon hebben op bijvoorbeeld de fertiliteit.<sup>240</sup> Volgens Kole is het lastig om roken bespreekbaar te maken als de intuïtieve relatie niet aanwezig is. Mensen hebben dan extra uitleg nodig. De kans is anders groot dat het de arts-patiënt relatie negatief beïnvloed.<sup>241</sup>

Michael Brouwer geeft aan dat de bespreekbaarheid van roken meer en meer geaccepteerd is door patiënten. Mensen kijken er niet vreemd van op als de huisarts naar het rookgedrag vraagt. Huisartsenpraktijken hebben ook veel meer te bieden. Naast goede begeleiding door een praktijkondersteuning kunnen mensen medicamenteus ondersteund worden en is doorverwijzing naar de GGZ ook een mogelijkheid. Als rokers dit afwijzen dan is het hun eigen vrije keuze.

### 3.6 Conclusie

Na de Tweede Wereldoorlog zijn veel studies verricht naar de gevolgen van roken. De resultaten vonden geen plek in het curriculum van de studie geneeskunde en bereikten niet altijd de praktiserende huisartsen. Dit had enerzijds te maken met de plaats die roken in het maatschappelijk leven innam. Iedereen rookte, ook artsen. Anderzijds bevonden huisartsen zich te midden van een professionaliseringsproces. De huisartsendiscipline moest zichzelf als het ware nog 'uitvinden' en beslissen welke taak en rol de huisarts had op het gebied van preventie. De beroepsvereniging *NHG* heeft daar een belangrijke rol gespeeld, maar moest zich ontwikkelen en voldoende draagvlak onder de professionals krijgen.

In de jaren zeventig en tachtig waren er op het gebied van preventie tegengeluiden te horen. Preventie zou medicalisering en bemoeizorg in de hand werken. Bovendien was het niet *evidence based*. Deze argumenten kwamen ook terug bij de gepensioneerde huisartsen.

---

<sup>239</sup> Ibidem, regel 2062-2065.

<sup>240</sup> Bijlage 3: interview, regel 391.

<sup>241</sup> Bijlage 3, regel 466.

Het betreden van de individuele levenssfeer van de patiënt maakte dat de artsen wat terughoudend waren om iets van het rookgedrag te zeggen. Het werd bovendien lang niet altijd door de desbetreffende rokende patiënt geaccepteerd. De nog werkende artsen hadden geen moeite om iets te zeggen over het roken. Het stellen van een permissievraag was daarbij helpend.

Wat betreft het medicaliseren van roken waren wisselende geluiden te horen bij de deelnemers van het *witness seminar* en interview. Enerzijds gaven de deelnemers aan dat het medicaliseren van roken ervoor heeft gezorgd dat de huisartsen(discipline) de behandeling en begeleiding van roken als onderdeel van hun takenpakket zijn gaan zien. Het medicaliseren van roken is een gewenste ontwikkeling. Anderzijds gaf een van de gepensioneerde huisartsen aan dat het medicaliseren van gedrag aan het toenemen is en niet alleen op het gebied van roken. Dit leidt tot een toename van het aantal ziektes.

Centraal in het medicaliseringsproces van roken staat de rokende patiënt. In de publicaties van de vaktijdschriften is diens stem weinig te horen. Snelders en Meijman hebben de mondigheid van de patiënt in algemene zin onderzocht en concludeerden dat patiënten altijd al autonoom zijn geweest. Mensen maakten binnen hun eigen mogelijkheden hun eigen keuzes en deden wat zij wilden en konden. Dit is ook gedrag wat de (oud)huisartsen terug zagen. Sommige patiënten maakten hun eigen mening kenbaar middels agressief gedrag of verbaal geweld. Andere patiënten kwamen niet meer op het spreekuur en rookten gewoon door. Weer een andere categorie patiënten vonden informatie buiten de huisartsenpraktijk en wisten op eigen kracht te stoppen met roken.

Zowel de gepensioneerde huisartsen als de nog werkende artsen vonden het van groot belang om de arts-patiënt relatie zo goed mogelijk te houden. Ze toonden een grote betrokkenheid voor hun patiënten. Dit belemmerden hen soms om pro actief iets over het roken te zeggen. De zakelijkheid en het gebrek aan dialoog zoals beschreven door Bensing en Trappenburg worden aan de hand van de antwoorden van de (oud)huisartsen niet herkend. De bespreekbaarheid van roken is de laatste jaren wel toegenomen. Patiënten accepteren het als de arts pro actief over hun rookgedrag begint.

De transformatie van passieve en afhankelijke patiënten uit de jaren zeventig en tachtig naar actieve en autonome patiënten in de jaren daarna werden in het *witness seminar* en interview niet herkend. Dit is het preferente rolmodel en niet zichtbaar in de praktijk.

## 4. Tot slot

In deze scriptie is onderzocht welke factoren hebben bijgedragen aan veranderingen in het denken en handelen van huisartsen ten aanzien van tabaksverslaving in de naoorlogse periode. Hiervoor is een uitgebreid literatuur onderzoek verricht. Ter aanvulling is een *witness seminar* georganiseerd met gepensioneerde huisartsen en zijn twee nog werkzame huisartsen geïnterviewd. Deze combinatie van bronnen heeft een mooi en gevarieerd beeld gegeven van de theorie versus beleefde geschiedenis van de huisartsgeneeskunde ten aanzien van het medicaliseringsproces van roken.

Als eerste is onderzocht hoe de veranderende wetenschappelijke inzichten rond nicotineverslaving en de schadelijkheid van roken hebben bijgedragen aan een veranderde taakopvatting van huisartsen ten aanzien van het roken. Behalve het verkrijgen van kennis werd de houding van artsen ten aanzien van roken mede bepaald door het cultureel-maatschappelijk klimaat. De ervaringen van de deelnemers aan het *witness seminar* en interview kwamen volledig overeen met de sociaal –culturele geschiedenis zoals beschreven door Friso Schotanus en James Walton. Roken was een volksverslaving en volledig geïntegreerd in het dagelijks leven. Er werd binnen en buiten gerookt, tijdens vergaderingen en congressen, in het openbaar vervoer en in de nabijheid van kinderen.

In de jaren vijftig was er was geen verschil in rookgedrag tussen artsen en niet artsen. Artsen waren dus net zo goed verslaafd als niet artsen. Bovendien zagen artsen ook positieve effecten van roken. Het draaien van shagjes was rustgevend, roken hielp tegen nervositeit en roken was ontspannend na een drukke werkdag. Dat gaf mogelijk ook een vertekening in hoe zij om moesten gaan met de gevolgen van roken en rookverslaving. Nico van Duijn, zelf fervent roker (geweest) gaf dat ook tijdens het *witness seminar* aan. Bovendien legitimeerde het maatschappelijke klimaat de huisartsen min of meer om weinig tot geen aandacht te besteden aan de medische aspecten van roken en rookverslaving. Ook was het liberale denken volgens de geïnterviewde huisartsen een bepalende factor. De algemene maatschappelijke opvatting was dat mensen vrij waren in het maken van hun gezondheidskeuzes, of die keuzes nu juist of gezond waren of niet. Het geven van leefstijladviezen werd beleefd als bemoeizorg en paste niet in het vrijheidsdenken.

Aanvankelijk leken de nieuwste wetenschappelijke inzichten de beroepspraktijk maar slecht te bereiken. Er was sprake van een flinke lacune tussen de resultaten van de wetenschappelijke onderzoeken en het vorm geven van die resultaten in de praktijk. Dat is

opmerkelijk te noemen omdat de schadelijkheid van roken al voor de Tweede Wereldoorlog bekend was. Na de Tweede Wereldoorlog kwam het onderzoek naar de gevolgen van roken in een stroomversnelling terecht. Zowel op nationaal als op internationaal niveau werden de treurige resultaten gepresenteerd. Elk nieuw onderzoek bevestigde eerdere resultaten of stelden andere ziekten vast die door roken veroorzaakt waren. Ook werd steeds duidelijker dat roken een verslaving was. Volgens de deelnemers van het *witness seminar* en interview bereikten deze informatie niet of nauwelijks het geneeskundig onderwijs. Ook Michaël Brouwer die in 1995 afgestudeerd was, had geen expliciete herinneringen aan onderwijs over nicotineverslaving. Het onderwijs was vooral curatief gericht.

De meeste gepensioneerde huisartsen zagen in het begin van hun carrière roken als een schadelijke gewoonte. De insteek was dat mensen vooral de wil moesten hebben om te stoppen. Later werden zij zich meer bewust van het verslavingscomponent en beschouwden zij roken ook als een verslavingsziekte. Het ontbrak hen aan een juiste methodiek, middelen en menskracht om mensen pro actief te begeleiden bij het stoppen met roken. Ook was er volgens de deelnemers onvoldoende bewijs dat de inspanningen van de huisarts hielpen om mensen van het roken af te helpen. Bovendien was goed houden van de relatie met de patiënt belangrijk en had roken soms een functie bijvoorbeeld bij het voeren van een moeilijk gesprek. Ongevraagd praten over het rookgedrag kon echter ook die relatie verstoren.

Medicaliseren werd door de deelnemers niet zozeer beleefd als een vorm van macht zoals Irving Zola en Michel Foulcault dat in hun sociale theorieën hebben beschreven. Zowel de gepensioneerde huisartsen als de nog werkende huisartsen waren niet bezig met het vergroten van hun macht. Zij meenden dat hun invloed gering was geweest. Vooral het duurder maken van sigaretten, publiekscampagnes en allerlei verboden waren volgens hen belangrijke factoren geweest die het roken hadden ontmoedigd. De arts-patiënt relatie werd als belangrijk ervaren. Hiermee sloten de ervaringen van de (oud)huisartsen veel meer aan bij de conclusie van Liesbet Nys die concludeerde dat lang niet alle artsen bezig waren met het vergroten van hun macht, maar vooral een therapeutische relatie met hun patiënt voor ogen hadden.

De nog werkende artsen gaven tijdens het interview aan een pro actieve rol bij het stoppen met roken vanzelfsprekend te vinden. De medicalisering van roken was volgens hen een gewenste medicalisering en cruciaal voor de aanpak. Het legitimeerde de huisarts om roken bespreekbaar te maken. Tevens was het een erkenning voor de patiënt dat het veel meer was dan een slechte gewoonte alleen.

Henk Kole en Michaël Brouwer hadden geen moeite om het roken aan de orde te stellen tijdens een consult. Ook als de hulpvraag intuïtief geen relatie had met roken. Zij menen dat er de laatste jaren veel meer aandacht is gekomen voor het verslavende aspect van roken. De medicamenteuze ondersteuning, methodieken die helpen om nicotineverslaafden effectief te kunnen begeleiden en de inzet van de praktijkondersteuner somatiek heeft de behandeling en begeleiding van nicotineverslaafden een boost gegeven. Zeer recent is daar de inzet van de praktijkondersteuner GGZ bijgekomen.

Zowel de oud huisartsen als de nog werkende huisartsen deelnemers concludeerden dat de rol van de overheid het belangrijkste is geweest. Het duurder maken van sigaretten, de waarschuwingen op de pakjes en het verbieden van roken op openbare plaatsen en de publiekcampagnes hebben veel meer impact gehad dan alle interventies van huisartsen op het gebied van roken.

De tweede deelvraag had betrekking op de landelijke campagnes op het gebied van tabaksontmoediging en in hoeverre deze campagnes invloed hadden op de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van roken. De *Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro)* was vanaf de jaren zeventig verantwoordelijk voor de grote Nederlandse publiekscampagnes. Het is niet duidelijk in hoeverre deze campagnes hebben bijgedragen aan de prevalentie van roken en in hoeverre deze campagnes invloed hebben gehad op de taakopvatting van huisartsen. Er kan verondersteld worden dat de publiekcampagnes een positieve rol hebben gespeeld bij de bewustwording. Niet alleen op de doelgroepen waarop de campagnes zich richtten, maar ook op de taakopvatting van huisartsen. Henk Kole noemde tijdens het interview expliciet de campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is'. Kole had de campagne als zeer effectief beleefd. Volgens hem werd door deze campagne roken veel beter bespreekbaar.

Dat grote publiekscampagnes invloed hadden op het rookgedrag hadden de grote Britse *health education campaigns* uit de jaren zestig en zeventig bewezen. De *new public health* richtte zich op individueel gedrag en leefstijl. Risicofactoren, waaronder roken kwamen prominent op de voorgrond te staan en men was zich bewust van het belang van preventie. Door deze veranderde benadering, samen met de opkomst van epidemiologie als discipline, werd roken al in de jaren vijftig en zestig in Groot-Brittannië, maar ook in de Verenigde Staten als gezondheidsprobleem erkend. Nederland liep hier fors op achter.

Naast campagnes vanuit de overheid en patiëntenorganisaties zoals verenigd in *Stivoro* waren er ook particulieren die actie of campagnes voerden. Lenze Meinsma staat tegenwoordig bekend als een van de eerste belangrijke antirookdokters. In de jaren zestig en

zeventig was dat anders en ontving hij weinig steun voor zijn ideeën bij vakgenoten. Dit was ook de beleving van een van de gepensioneerde huisartsen Vera Kampschöer. Zij typeerde Meinsma als een drammerige man, die overdreef en die niet erg serieus werd genomen. Zij herinnerde zich niet dat hij als boegbeeld werd gezien. Vanuit deze beleving heeft Meinsma weinig invloed gehad op de taakopvatting van de huisartsen.

Anders was dat met de longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker die meermalen door Michaël Brouwer werden genoemd. Deze antirookdokters hebben directe invloed op de taakopvatting van huisartsen gehad. Zo heeft hun werkwijze en gedachtengoed in Almere geleid tot een transmuraal zorgpad tussen de Almeerse huisartsendiscipline en het Almeerse Flevoziekenhuis.

De ontwikkelingen binnen het huisartsenvak zelf hebben de grootste impact gehad op de veranderde taakopvatting van huisartsen ten aanzien van preventie en roken. Huisartsen waren zoekende welke taken en rollen bij de huisarts paste. De oprichting van het *NHG* heeft daar zeker aan bijgedragen alhoewel de mythische status van de Woudschotenconferentie uit 1959 enigszins bevreemd. Het is een feit dat de *NHG* toen voor het eerst de speerpunten en taken van de huisartsen formuleerde. Ook preventie maakte daar deel van uit. Toch kan niet uitgegaan worden dat het draagvlak van de genomen besluiten onder de huisartsen groot was. Slechts 14% van alle huisartsen was lid van het genootschap en had daarmee stemrecht bij de te nemen besluiten. Ook was het aantal aanwezigen op het congres erg klein.

Vijfentwintig jaar later was het draagvlak veel groter en was ruim 60% van de huisartsen lid van het *NHG*. Dit gaf ook een beter beeld hoe huisartsen dachten over zaken als preventie. Het *NHG* congres in 1986 bleek een eyeopener te zijn. Huisartsen stonden niet te springen om preventie als taak op zich te nemen. Het geven van ongeveerd advies en bemoeizorg waren in die jaren ongewenst. Ook het ontbreken van *evidence based* onderzoek bij preventie bleek een groot struikelblok en paste niet in de professionaliseringsgedachte van de discipline.

Vanaf de jaren negentig werden meer preventieve taken bij de huisarts belegd. Denk in dat kader aan het 'uitstrijkje' en de griepvaccinatie. Hier stond een goede betaaltitel tegenover en de taken konden deels gedelegeerd worden aan praktijkassistenten. De komst van de praktijkondersteuner somatiek zorgde ervoor dat bij chronisch zieken meer aandacht was voor secundaire en tertiaire preventie.<sup>242</sup> Anders dan in 1986 bleek het op eigen initiatief

---

<sup>242</sup> **Primaire preventie** heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. De doelgroep is de gezonde bevolking. Denk hierbij aan vaccinaties van zuigelingen en campagnes rondom stoppen met roken.

**Secundaire preventie** richt zich op mensen met een ziekte in een vroeg stadium, personen die ziek zijn, maar waarbij de

benaderen van patiënten benaderen geen enkel probleem meer. Dit zorgde ervoor dat er ook veel meer aandacht was voor het rookgedrag. Bovendien konden patiënten begeleiding krijgen bij het stoppen met roken. In diezelfde periode kwam het geneesmiddel Zyban® op de markt. De combinatie van begeleiding en de medicamenteuze ondersteuning zorgden ervoor dat het aantal succesvolle stoppogingen verdubbelden. Roken was hiermee definitief belegd in de huisartsendiscipline.

Tot slot de rokende patiënt zelf. In hoeverre hadden zij invloed op de taakopvatting van de huisarts? Deels werden patiënten vertegenwoordigd door de opkomende patiëntenverenigingen zoals *KWF kankerbestrijding*, *het Longfonds* (voorheen het *Astmafonds*), de *Nederlandse Hartstichting*. Maar in de spreekkamer vonden de een op een gesprekken plaats.

De gepensioneerde huisartsen bevestigden de conclusie van Snelders en Meijman dat patiënten altijd autonoom zijn geweest, maar worstelden tevens met de vraag in hoeverre de huisarts zich met de persoonlijke levenssfeer van de patiënt mocht bemoeien. Het aanklaarten van het rookgedrag was minder moeilijk als het roken schadelijk was voor iemand uit de directe omgeving van de roker zoals een (ongeboren) kind. Een normaliserende of moraliserende aanpak was volgens een van de gepensioneerde artsen dan het meest aangewezen. Patiënten gaven soms ongezoeten hun mening over wat ze wel of niet verwachtten van de huisarts. In andere gevallen bleven ze gewoon weg van het spreekuur. De meeste rokers stopten echter zonder interventie van de huisarts. Pas Met de komst van medicamenteuze ondersteuning (in 2000) wisten patiënten vaker de huisarts te vinden voor hulp bij het stoppen met roken. Vaak alleen voor het uitschrijven van een recept.

In de loop der jaren werd het gewone van roken steeds vaker ongewoon en werd het bespreken van roken steeds meer geaccepteerd. Patiënten kijken er niet vreemd meer van op als een huisarts het rookgedrag navraagt. Bijna alle rokende patiënten gaan akkoord om het roken met hun huisarts te bespreken. In zoverre is roken in de spreekkamer van de huisarts een legitiem gespreksonderwerp geworden.

In deze scriptie is een aantal factoren onderzocht die hebben bijgedragen aan een veranderde taakopvatting van huisartsen ten aanzien van het medicaliseringsproces van

---

ziekte nog niet is gediagnosticeerd. Het doel is om de ziekte vroegtijdig te behandelen, zodat deze geneest of niet verergert. Vroegtijdige opsporing gebeurt door bevolkingsonderzoeken, zoals bijvoorbeeld voor baarmoederhalskanker. **Tertiaire preventie** richt zich op mensen die al ziek zijn, op patiënten. Het doel is om verergering te voorkomen, mensen de helpende hand bieden om zo zorgafhankelijk mogelijk te worden of te blijven. Het gaat onder andere om het voorkomen van complicaties bij bedlegerigheid (decubitus) en revalidatie na een herseninfarct. Zie: 'Preventie', V&VN (z.d.). <https://www.venvn.nl/thema-s/preventie/>, laatst geraadpleegd op 7 mei 2022.



tabaksverslaving in de naoorlogse periode. Naast het uitgebreide literatuuronderzoek heeft de *oral history* een grote plaats ingenomen. De belevingen van de gepensioneerde en nog werkende huisartsen hebben de visie ten aanzien van de rol van de huisarts bij preventie en in het bijzonder de rol van de huisarts bij het stoppen met roken in een meer persoonlijk perspectief geplaatst. Zo leek de theorie soms ver van de praktijk af te staan en hadden de huisartsen veel meer tijd nodig om over zaken als preventie een gemeenschappelijke mening te vormen.

De ervaringen van deze huisartsen vormen een mooie, kleurrijke en persoonlijke aanvulling op de bestaande theorie in de medische geschiedenis. Het geeft vooral zicht op de dagelijkse praktijk van huisartsen en hun twijfels en ambivalentie waarmee zij worstelen omtrent medicaliseren en hun rol en taak bij het stoppen met roken.

## Summary

This thesis investigated which factors contributed to changes in the thinking and acting of general practitioners with regard to tobacco addiction in the post-war period. Extensive literature research has been carried out for this in various medical scientific publications and medical journals. In addition, a small-scale witness seminar was held with six retired GPs and an interview with two GPs still working.

It was important to include oral history in the study in order to record the perception of the general practitioners who had worked during this period. The perception of retired and still working GPs has placed the view on the GP's role in prevention and in particular the GP's role in smoking cessation in a more personal perspective. No new truth was pursued. Subjectivity and unreliability of the memory were therefore subordinate to the experience and personal involvement of the (former) general practitioners.

There were several factors influencing the changing job perception of general practitioners with regard to smoking. The social climate was thus a determining factor. In the post-war years, smoking was a popular addiction. In 1958 90% of Dutch men smoked! There was no difference in smoking behaviour between physicians and non-physicians. In a way, this legitimized doctors not to want to get involved in smoking too much. Scientific research brought up the dark side of smoking and showed the nicotine addiction. However, the participants of the witness seminar and interview indicated that this information had no place in medical education.

Another determining factor was the professionalization process of the general practitioners, which got off to a good start with the establishment of the *NHG*. The discipline itself was searching and was looking for a good interpretation of the duties of the GP. Prevention already seemed to be part of this when the *NHG* was founded in 1957. However, the support base of the new professional association was still too small and it took more than three decades before prevention was actually embedded in the GP's duties.

The role of the government was seen as the most important factor in tobacco discouragement by the participants of the witness seminar and interview. Making cigarettes more expensive, pack warnings, banning smoking in public places, and public campaigns, they said, would have had much more impact than any of the primary smoking interventions by GPs.

Finally, it was investigated whether the smoking patient also had an influence on the tasks of the GP. Patients were partly represented by emerging patient associations such as the Cancer Society, the Long Fund (formerly the Asthma Fund), the Dutch Heart Foundation. But in the consulting room, one-on-one conversations took place. The retired general practitioners confirmed Snelder and Meijman's conclusion that patients have always been autonomous, but they also struggled with the question of the extent to which the general practitioner was allowed to interfere with the patient's privacy. The still working doctors found that to be much less of a problem.

The experiences of these general practitioners form a beautiful, colourful and personal addition to the existing theory in medical history. Moreover, it makes a contribution to the oral history that is in full development in the Netherlands.

## Literatuur

### Primaire bronnen

- Adriaanse, H.P., J. van Reek en W.M. van Zutphen, Rookgewoonten artsen wereldwijd; een overzicht van 100 onderzoeken naar tabaksgebruik onder artsen in 31 landen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130 (1986) 2224-2229.
- Bonneux, L.G.A. , C.W.N. Looman en J.W. Coebergh, 'Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 147 (2003) 917-921.
- Cicco, Di, Maria Elisa, Vincenzo Ragazzo, Tiago Jacinto, Mortality in relation to smoking: the British doctors study, *Breathe*, 12 (2016) 275-276.
- Doll, Richard en A. Bradford Mill, 'The mortality of doctors in relation to their smoking Habits *British Medical Journal* 26 (1954) 1451-1455.
- Flier, H.A. van der, 'Het roken als oorzaak van het ontstaan van bronchuscarcinoom', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 94 (1950) 2551-2552.
- Hamersma, R.T., W.G.W., Boerma en P.P. Groenenwegen, 'Het dienstenaanbod van huisartsen in de verschillende praktijkvormen', *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg* 63 (1985) 967-968.
- Proosdij, C, van, Z. de Jong en E.G. van Proosdij-Hartzema, 'Een onderzoek naar rookgewoonten op 24 lagere scholen te Amsterdam', *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 102 (1958) 902-905.
- Sijes, B. A., *De razzia van Rotterdam. 10 en 11 november 1944* ('s Gravenhage 1951) 14-15.
- *Smoking and health, report of the advisory committee to the surgeon general of public health service*, U.S. department of health, education and welfare (Washington 1964).
- *The royal college of physicians of London*, 'Smoking and health. A report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases' (Londen 1962).
- Wassink, W.F., 'Ontstaansvoorwaarden voor longkanker', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 92 (1948) 3732-3747.

- J. Harmsen, J. en L. Hingstman, 'Cijfers uit de registratie van huisartsen, *Nivel* (Utrecht 1996).

## Secundaire bronnen

- Adriaanse, Hans en Jan van Reek, 'Waarom zouden artsen roken?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130 (1986) 2207-2208.
- 'Arts 1', *De Tijd*, 25 februari 1967.
- B., 'Roken' *Medisch Contact* 26 (1971) 653-654.
- Balsink, Astrid en Ina Eggink, 'Werkplek moet rookvrij zijn', *De Financiële Telegraaf*, 26 april 2000.
- Berridge, Virginia, Martin Gorsky en Alex Mold, *Public Health in history. Understanding public health* (Berkshire 2011).
- Blok, Gemma, *Ziek of zwak. De geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland* (Amsterdam 2011).
- Broer, J., B. Meyboom en T. van der Molen, Nieuwe mogelijkheden om te stoppen met roken, *Medisch Contact* 54 (1999) 1159 – 1162.
- Devisch, Ignaas ed., *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (Amsterdam 2018).
- Doeleman, H., 'De ontwikkeling van rookgewoonte bij de jeugd. Door O. Fokkens, Academisch proefschrift', *Medisch Contact* 15 (1960) afl. 36, 528-529.
- Wieteke, van en Gert P. Westert, 'Medicalisering. Had Ivan Illich gelijk?' *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 162 (2018) 1- 3.
- *Internationaal Instituut voor sociale geschiedenis.*
- 'Eerste succes voor Akkrumer arts. Dokter Terpstra leerde twaalfstal van het roken af', *Friese Koerier*, 23 februari 1967.
- Everaerd, W., Stoppen met roken, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134 (1990) 1484-1485
- Gerbrandy, J., 'De doodsver(w)achting van de roker, *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 102 (1958) 1105-1106.
- Grundmeijer, H.G.L.M. 'Preventie in de huisartsgeneeskunde: vroeger, nu en in de toekomst', *Huisarts & Wetenschap*, 45 (2002) 76-80.

- Harbers, Lorette, 'Roken moet uit de leefstijlhoek', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 165 (2021) 1-3.
- Hof, S.E., van 't, 'Artikelenreeks over de hoofdredacteurs van het Tijdschrift uit de afgelopen 150 jaar', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151 (2007) 653-655.
- Jacobs van der Bruggen, Monique, Gé Donker, Harry Verkleij en Caroline Baan, Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan? *Huisarts & Wetenschap* 50 (20 07) 198-202.
- Jambroes, Mariëlle et al., 'De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie', *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 157 (2013) 4.
- Kievits F. en M.T. Adriaanse, 'Waarom filmsterren een sigaret opstaken', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152 (2008) 2306.
- Leydesdorff, Selma, *De mensen en de woorden. Geschiedenis op basis van verhalen* (Amsterdam 2004).
- 'Lobuline', *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde* (1963)1984-1985.
- Mackenbach J.P. en P.J.. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (3<sup>e</sup> druk; Maarsen 2004).
- Meijer van Putten, Bart, 'Rokende artsen; op 70 jarige leeftijd is 80% van de niet rokers in leven en slechts 59% van de rokers', *NRC* (10 november 1994).
- Meinsma, L., *Roken en risico's* (Lochem 1963).
- 'Men overtuige de roker dat hij zenuwpatiënt is die behandeling behoeft', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 104 (1960) 841-842.
- Mol Annemarie en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989).
- Mulder W.J., 'Roken en artsen: van 'geneeskrachtig wondermiddel' tot 'individuele tabaksontmoediging', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 152 (2008)1485-1488.
- *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018).
- Nys, Liesbet e.a. ed., 'Een medisch object. Veranderingen in menswetenschap, cultuur en politiek', in: Liesbet Nys e.a., *De zieke natie* (Groningen 2002) 10-20.
- Osselen, Esther van, 'Preventie en huisartsgeneeskunde: over dromen en daden, en praktische bezwaren', *Huisarts & Wetenschap* 59 (2016) 456-461.

- Pearl, Raymond, 'Tobacco Smoking and Longevity', *Science*, 87 (1938) 216-217.
- Pieterse, M.E., J.H. Duistermaat en A.J.M. Drenthen, 'De rol van de medische sector bij het terugdringen van roken. Minimale interventiestrategie in de huisartspraktijk. Stoppen met roken als onderdeel van preventiebeleid', *Medisch Contact* 52 (1997) 791-792.
- Prakken, J.R., 'Spreekuur thuis', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 102 (1958) 2137-2138.
- Portelli, A., 'What makes oral history different' in: R. Perks en A. Thomson ed., *The oral history reader* (Londen en New York 2003).
- Proosdij, C, van, 'Roken en gezondheid', *Spreekuur thuis* (1962) 398-400.
- 'Publikaties van de Gezondheidsraad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 101 (1957) 459-464.
- Schotanus, Friso, *De beste sigaret voor uw gezondheid. Hoe roken de wereld veroverde* (Amersfoort 2014).
- Sluiter, E, 'Rookeren en afschaffen', *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 79 (1935) 83-84.
- Snelders Stephen en Frans j. Meijman, *De mondige patiënt. Historische kijk op een mythe* (Amsterdam 2009). Steen, Paul, van der, 'Déjà Vu: roken op televisie, *Trouw*, 4 augustus 2013.
- Stel, Jaap, van der, *Canon Verslavingszorg* (Amsterdam 2016).
- Stel, J. van der, *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland* (Hilversum 1995).
- 'Sterfte aan longkanker blijft stijgen', *Medisch contact*, 20 (1965) afl. 26, 530-531.
- 'Stoppen met roken begint met het afschaffen van de 'gewoontesigaret'', *Leeuwarder Courant*, 6 maart 1971, 7.
- Thomson, Alistair 'Four paradigms in oral history' in: *The Oral History Review*, 34 (Oxford 2007).
- Trappenberg, Margo, 'De huisarts vanuit patiëntenperspectief', *Huisarts & Wetenschap* 50 (februari 2007) 47-49.
- Walton, James, *The Faber book of smoking*, (Londen 2000).
- Willemsen, Marc, *De geschiedenis van tabaksontmoediging in Nederland* (Amsterdam 2018).

- V.t., Roken (II), *Medisch Contact* 26 (1971) 749-750.
- Vermaak, P.F.M. en P.J. de Vries, *Meningen over preventie. Ideeën en taakopvattingen gerelateerd aan hun gedrag* (Utrecht 1987).
- Vermeer W.R., 'Rokende specialisten' *Medisch Contact* 30 (1975) 691.
- Voorst Vader, P.J.A., van, 'Oorspronkelijke stukken. Roken, sterfte en invaliditeit in Nederland', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 107 (1963) 1893-1902.
- 'Vraag no 47', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 94 (1950) 2548.
- Werf, Ger, van der en Joost Zaat, 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde', *Huisarts & wetenschap* 10 (2001) 428-435.
- Zola, I., *De medische macht* (Meppel 1973).
- Zon, Lian, van der, *Levende geschiedenis. Een oral history handleiding* (z.p. 2016).

## Websites

- Advice on remote oral history interviewing during the Covid-19 pandemic, British Library, 8 februari 2021. <https://www.ohs.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/Advice-on-remote-interviewing-during-the-Covid-19-Pandemic-v.70D0A-FINAL.pdf>, laatst geraadpleegd op 31-10-2021.
- Berridge, V., D.A. Christie en E.M. Tansey ed., 'Public health in the 1980s and 1990s: Decline and rise?', *The history of modern biomedicine*, 2006. <http://www.histmodbiomed.org/sites/default/files/44849.pdf>, laatst geraadpleegd op 18 november 2020.
- Brawley Otis, W. et al, 'The first surgeon general's report on smoking and health: the 50th anniversary', *ACS journals*, 2013. [acsjournals-onlinelibrary-wiley-com.translate.googleusercontent.com/doi/full/10.3322/caac.21210?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=nl&\\_x\\_tr\\_hl=nl&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://acsjournals-onlinelibrary-wiley-com.translate.googleusercontent.com/doi/full/10.3322/caac.21210?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=nl&_x_tr_hl=nl&_x_tr_pto=sc), laatst geraadpleegd op 15 januari 2022.
- Duivenvoorden, Eric, van, 'Robert Jasper Grootveld. Een leven in vogelvlucht', *Internationaal Instituut voor sociale geschiedenis*, (z.d.). <http://www.iisg.nl/grootveld/biografie.php>, laatst geraadpleegd op 10 mei 2022.
- Hammond E.C. en D. Horn, 'Smoking and death rates: report on forty-four months of follow-up of 187.783 men. 2. Death rates by cause', *PubMed*, 15 maart 1958. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1963118930001a.pdf>, laatst geraadpleegd op 5 februari 2022.



- ‘Kerncijfers roken 2020. De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van de elektronische sigaret’, Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, mei 2021. <https://www.trimbos.nl/docs/fb5ba599-d9d5-4732-9b37-d8002cfe959d.pdf>, laatst geraadpleegd op 22 augustus 2021.
- ‘Knooppunt Oral History’, Spreekende geschiedenis (2022). <https://sprekendegeschiedenis.nl/aandeslag-overzicht/>, laatst geraadpleegd op 6 maart 2022.
- ‘Lenze Meinsma’, *Wikipedia. De vrije encyclopedie* 2021, 18 januari 2021. [https://nl.wikipedia.org/wiki/Lenze\\_Meinsma](https://nl.wikipedia.org/wiki/Lenze_Meinsma), laatst geraadpleegd op 5 februari 2022
- ‘Lichte daling aantal rokers onder volwassenen’, *CBS*, 19 maart 2019. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/12/lichte-daling-aantal-rokers-onder-volwassenen>, laatst geraadpleegd op 10 augustus 2020.
- Meulenbergh, Frans, ‘Swingende of dwingende metaforen’ *Medisch Contact*, september 2002 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/swingende-of-dwingende-metaforen.htm>, laatst geraadpleegd op 15 januari 2022.
- ‘More doctors smoke Camels than any other cigarette’, *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=gCMzJjuxQI>, laatst geraadpleegd op 10 augustus 2020.
- Morgan Charlie, ‘Advice on oral history interviewing during the Covid-19 pandemic’, Oral History Society, 15 mei 2020. <https://www.ohs.org.uk/advice/covid-19/>, laatst geraadpleegd op 18 november 2020.
- Nyst, Eva ‘Als dokter moet je ook alfa zijn’, *Arts in spe* (februari 2016) 6-8. <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/als-dokter-moet-je-ook-alfa-zijn.htm>, laatst geraadpleegd 15 januari 2022.
- ‘Old Dutch advertisement – North States cigarettes’ *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=ToGb3fSiXTE>, laatst geraadpleegd op 10 augustus 2020.
- ‘Over Nico’, *Nicovanduijn*, 27 januari 2022. <http://www.nicovanduijn.nl/> voor het laatst op geraadpleegd 5 februari 2022.
- ‘Stoppen met roken; feiten en cijfers’, *Trimbos Instituut*. <https://www.trimbos.nl/kennis/stoppen-met-roken/stoppen-met-roken-feiten-en-cijfers>, laatst geraadpleegd op 10 augustus 2020.

- ‘Stoppen met roken gesprek bij huisarts en andere zorgverleners’, *Trimbos*, 1 december 2016. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/stoppen-met-roken-gesprek-bij-huisarts-en-andere-zorgverleners/#:~:text=en%20andere%20zorgverleners.-,Positief%20effect,met%20roken%20van%20de%20pati%C3%ABnt,laatst> geraadpleegd 5 februari 2022.
- Swaen, Bas, ‘Focusgroep – wat is het precies?’ *Scribbr*, 12 november 2021. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/focusgroep/>,\_laatst geraadpleegd 4 januari 2022.
- ‘Wat is oral history’ *Huizinga Instituut. Onderzoeksschool voor cultuurgeschiedenis*. <https://www.huizingainstituut.nl/werkgroep-oral-history/wat-is-oral-history/>, laatst geraadpleegd op 12 augustus 2020.
- ‘Welcome witnesses volumes’, The history of modern biomedicine.
- <http://www.histmodbiomed.org/article/wellcome-witnesses-volumes.html>, laatst geraadpleegd op 4 januari 2022.
- Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019, *Partnership Stop met Roken*, maart 2019 <https://www.trimbos.nl/docs/f5608ff2-8b8d-445d-af20-094bbff2e64a.pdf>, laatst geraadpleegd op 22 augustus 2021.

### Illustratieverantwoording

- Afbeelding titelpagina: Rokende huisarts in zijn werkkamer rond 1955, fotograaf Evert de Vries, *Nationaal Archief, collectie Spaarnestad*, beeldnummer SFA003000120.
- Figuur 1: Buitenland. New-York. Onmatig rooken, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.60 (2016) 364.
- Figuur 2: foto Landelijke Specialisten Vergadering 3 mei 1975, *Medisch Contact* 30 (1975) 581.
- Figuur 3: Adriaanse, H, J van Beek en J.R. Rabier, ‘Rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1983-1988’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134 (1990) 1502-1505, aldaar 1503.
- Figuur 4: Lenze Meinsma 1975, fotograaf Rob Bogaerts, *Nationaal Archief*.
- Figuur 5: Provo Robert Jasper Grootveld beklad een reclamezuil in actie tegen rookartikelen, 27 januari 1962, fotograaf onbekend, Nationaal Archief.
- Figuur 6: Campagne Stivoro 1983/1984 Goed- Fout- Goedfout.
- Figuur 7: Campagne Stivoro 1999-2006. Roken? niet waar de kleine bij is.

## Bijlage 1: Programma en thema's *witness seminar* 2 juni 2021

Tijd	wat
14.00 – 14.10 uur	<b>Introductie door gespreksleider:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bespreekt het doel van het seminar.</li> <li>- Overlegt de communicatie tijdens de Teams-sessie (gebruik chat en 'handje').</li> <li>- Geeft toelichting op het programma.</li> </ul>
14.10 – 15.15 uur	<b>Vorstelrondje:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar en wanneer bent u begonnen met uw studie geneeskunde?</li> <li>- In hoeverre kwamen de negatieve gevolgen van roken aan bod tijdens de colleges? Werden ook positieve kanten van het roken besproken?</li> <li>- Werd de term verslaving gebezigd i.v.m. nicotine/roken?</li> <li>- Werd er tijdens de studie aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en was daar een taak voor de toekomstige dokter in weggelegd?</li> <li>- Rookte u en rookten uw studiegenoten?</li> <li>- Wanneer en waar bent u begonnen als huisarts?</li> </ul>
15.15 – 15.30 uur	<b>Korte pauze</b>
15.30 – 16.15 uur	<b>Thema 1: <u>Stoppen met roken – veranderende denkbeelden</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bent u in de loop van uw carrière anders gaan denken over de medische gevolgen van het roken?</li> <li>- In hoeverre vond u, als beginnend huisarts, dat preventie onderdeel moest uitmaken van het huisartstakenpakket?</li> <li>- Als u advies gaf om te stoppen met roken maakte het dan uit of het een man of een vrouw betrof. Wat was daarin doorslaggevend?</li> <li>- Bent u daar in de loop der jaren anders over gaan denken?</li> <li>- In de zeventiger jaren werd het concept anticiperende geneeskunde geïntroduceerd? Wat vond u daarvan?</li> <li>- Sinds wanneer werd roken door u gezien als verslaving?</li> <li>- Vond u in het begin van uw carrière dat de huisarts een rol had in het bevorderen van een gezonde leefstijl? Besprak u bijvoorbeeld het rookgedrag?</li> <li>- Is uw mening in de loop der jaren veranderd?</li> <li>- Gaf u actief het advies om te stoppen met roken, ook als een patiënt niet roken gerelateerde klachten had??</li> </ul>

16.15– 17.00 uur	<b>Thema 2: <u>Stoppen met roken – veranderend handelen</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bent u in de loop van uw carrière anders gaan handelen m.b.t. het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken?</li><li>- Welke concrete therapeutische middelen/interventies stonden u hierbij ter beschikking?</li><li>- In hoeverre had u verwijsmogelijkheden voorhanden? Denk bijvoorbeeld aan een psycholoog of verslavingskliniek.</li><li>- In hoeverre kwamen patiënten zelf vragen om hulp bij het stoppen met roken en wat is hierin veranderd in de loop der jaren?</li><li>- Zijn patiënten in de loop der tijd veranderd qua attitude (zoals mondigheid) en het opvolgen van adviezen?</li></ul>
---------------------	--

## Bijlage 2: Transcript *witness seminar*

1 **Inge (00:00:15 – 00:04:25)**

2 Nou eh, wat fijn dat jullie er allemaal zijn met dit prachtige weer. Helemaal geweldig! En ik heb  
3 jullie een uitgebreide mail gestuurd over het doel van deze bijeenkomst. En eh we gaan  
4 vanmiddag met elkaar praten over de plaats van roken in het denken en het handelen van de  
5 huisarts. En eigenlijk vanaf eh de Tweede Wereldoorlog tot het jaar 2000. Nou zo oud zijn jullie  
6 allemaal niet, maar jullie hebben wel een hele belangrijke periode meegemaakt qua  
7 ontwikkeling in preventiedenken, eh de NHG die tot stand kwam, uhm, nou het hele vak van  
8 huisartsen dus. Nou, daar zou ik heel graag met jullie over willen praten. Uh. Nou ja, ik ken  
9 jullie bijna allemaal. Ja, allemaal eigenlijk. De ene wat beter dan de ander. Ik denk niet dat ik  
10 nog een, een apart introductie rondje moet doen voor mezelf. Nee hè, dat was duidelijk. Uhm,  
11 ik wil wel even stilstaan bij Merlynn van Doren, dat is m'n pleegdochter. Die ondersteunt mij  
12 vandaag met de opname, maar ze houdt ook even de tijd in de gaten en de chats in de gaten  
13 dat ik me daar niet druk over hoeft te maken. En ze maakt ook een extra geluidsopname  
14 mocht het misgaan met deze opname, want het is natuurlijk hartstikke belangrijk voor mijn  
15 studie dat ik alles woord voor woord strakjes uit kan werken.

16 Uh, door de corona natuurlijk gekozen voor een Teams bijeenkomst. De onderlinge interactie  
17 zal daarom wat, wat anders zijn dan een live bijeenkomst. Uh, maar goed, als we elkaar  
18 gewoon uit laten praten, het handje af en toe gebruiken als iemand wat tussendoor wil zeggen  
19 euh, zo nu en dan de microfoon uitzetten als je last hebt van achtergrond geluiden, dan moet  
20 dat volgens mij allemaal goed komen.

21 Ik heb jullie allemaal een informed consent gestuurd. Van de meesten heb ik die  
22 teruggekregen. Uh, als je nog niet teruggestuurd hebt is wel belangrijk voor mij dat ik hem  
23 terugkrijg. Uhm even kijken. Na ja de scriptie, die wordt online euh geplaatst. Dat is  
24 tegenwoordig de gewoonte dat scripties online geplaatst worden. Euh, nou het doel. Ik had, ik  
25 had een uitgebreid programma gestuurd. Het doel is natuurlijk antwoord geven op mijn  
26 onderzoeksvraag en euh. naast allerlei theoretische beschouwingen vind ik juist de beleving  
27 van huisartsen hartstikke belangrijk. He, je kunt van alles erop loslaten, maar mensen die  
28 gewoon met hun voeten in de klei hebben gestaan, die hebben toch vaak een andere  
29 invalshoek of een andere ervaring?

30 Euh nog even mijn, mijn probleemstelling: Welke factoren hebben bijgedragen aan de  
31 veranderde taakopvatting van huisartsen ten aanzien van het medicalisering proces van  
32 nicotineverslaving in de naoorlogse periode? Dus dat is een hele mond vol. Ik heb eh, ik heb dit  
33 seminar dan ook ingedeeld in veranderde denkbeelden en veranderd handelen. Nou daar  
34 komen we, dat heb ik verdeeld in de middag. Ik wilde beginnen met een voorstelrondje en  
35 gewoon per persoon even horen van goh je naam uh, wanneer ben je begonnen met je studie  
36 geneeskunde? Euh in hoeverre kwam roken en de negatieve gevolgen van roken aan de orde?  
37 Werden er ook positieve euh kanten van het roken besproken? Hè want dat zie je wel in de  
38 literatuur terugkomen. Hadden jullie het over verslaving überhaupt al als je het over roken

39 had? Euh werd er tijdens de studie ook aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en je taak  
40 als toekomstige arts? Rookte je zelf? Rookte je studiegenoten? En wanneer ben je begonnen  
41 als huisarts? Dus een heleboel vragen in Uh, in eigenlijk een kort tijdsbestek. Want jullie  
42 hebben allemaal ongeveer 8 à 9 minuten spreektijd. Mag ik beginnen met Theo?

43

44 **Theo (00:04:26 – 00:06:00)**

45 Dat mag. Nou Theo de Jong, dat, dat weten jullie. Ik ben in 1964 gaan studeren in Nijmegen.  
46 Daar ben ik in 71 afgestudeerd. Anderhalf jaar in militaire dienst als districtpsychiater, zoals  
47 dat toen hoorde, heette en een 73 gestart in Haarlem met een solo praktijk. Ik rookte en ik kan  
48 mij niet herinneren dat we in die periode al spraken over dat roken zo slecht was. Ja, het was  
49 slecht omdat het huis stonk of dat je adem stonk. Maar de gezondheidsrisico's daarvan die  
50 zijn, kan ik me niet herinneren dat we daar nou erg veel over gesproken hebben. Ik heb ook  
51 nooit in die periode in de praktijk daar heel duidelijk over gesproken, behalve als mensen met  
52 longklachten kwamen of dat soort dingen. Dan had je vanzelfsprekend wel een gesprek over,  
53 over het roken. Verslaving als ziekte is in die periode eigenlijk nooit ook zover ik me kan  
54 herinneren niet aan de orde geweest, wel dat je het toch eens een beetje stevig in je schoenen  
55 moet staan als je wilde stoppen met roken. Dan hield je gewoon op. En als je daar niet mee  
56 ophield, ja, dan was je gewoon een beetje een zwakkeling. Nou, ik denk dat ik dan zo ineens  
57 even heel kort al jouw vragen gewoon ge beantwoord heb?

58

59 **Inge (00:06:03 – 00:06:08)**

60 Werden er ook positieve kanten over het roken besproken? (een paar woorden  
61 onverstaanbaar door het raspen van de keel door een van de deelnemers)

62

63 **Theo (00:06:09 – 00:06:35)**

64 Nou vanzelfsprekend. Je ervoer zelf al dat, dat plezierig was dat roken, want als je net weer  
65 even een druk spreekuur achter de rug had, of weet ik veel wat aan je hoofd waar je niet zo  
66 erg best meteen uitkwam, dan was het heerlijk om een kop koffie te drinken en een sigaretje,  
67 of later voor mij dan een pijp, aan te steken. Dat in die zin was dat roken best wel positief. En  
68 eigenlijk moet ik heel eerlijk zeggen nog steeds. Ook al rook ik niet meer echt.

69

70 **Inge (00:06:36 – 00:06:39)**

71 Eh, je rookt niet meer echt, maar af en toe nog eens.

72

73 **Theo (00:06:40 – 00:06:52 )**

74 Euh ja, tot vorig jaar zomer mocht ik in de zomertijd zo rond 5 uur, wanneer het borreltje op  
75 tafel stond, daar toch graag een klein sigaartje bij roken.

76

77 **Inge (00:06:53 – 00:07:08)**

78 Ja, ja en euh na zoals je zei van, van tijdens je studie in het programma kwam het ook niet echt  
79 aan de orde; stoppen met roken of gevaren van roken? Herken je dat euh Frans?

80

81 **Frans (00:07:09 – 00:09:54)**

82 Nou ja, (schrappen van de keel) ik ben ook in Nijmegen opgeleid, een jaar later begonnen in  
83 1965. Deed mijn eerstejaarsgroep was 250 mensen dus eh van de oudere jaren had je niet  
84 zoveel contacten dus vandaar dat ik nu hoor dat Theo daar ook gestudeerd heeft. Ik ben in 74  
85 afgestudeerd als arts. Dan was je alles, euh inclusief verloskundige, inclusief alles. In de  
86 toenmalige tijd was er nog geen huisartsenopleiding. Eh maar ja wat Theo verteld kan ik me  
87 niet herinneren dat er iets specifiek werd verteld over de gevaren van roken of rookverslaving.  
88 Er waren klinische vakken, poliklinische vakken en eh preklinische vakken en dan eh ja de co  
89 assistentschappen. We (kuchje) ikke privé heb ik eh, mijn vader rookte alles, op van roken  
90 thuis. Hij was leraar landbouwschool en daar rookte je ook. Dus ik heb heel mijn leven heel  
91 wat uh meegerookt. Dat was mijn ervaring in roken. Ik heb zelf nooit gerookt. Ook in de jaren  
92 daarna, tijdens vergaderingen stond het altijd blauw, dan rookte je dus mee. Enne in de  
93 thuissituatie, mijn echtgenote rookte ook tot een aantal jaren geleden. Die is er gewoon mee  
94 gestopt enneh, maar goed die realiseert zich ook wel, en dat heeft Theo net ook al gezegd, je  
95 blijft verslaafd aan roken als je eenmaal zover bent. Ik blij dat eh de trend in de samenleving en  
96 ook het huisgezin uiteindelijk was roken doe je buiten en niet binnen. Enneh ik realiseer mij  
97 wel dat mensen die altijd roken of gerookt hebben behoorlijk verslaafd zijn en dat is een  
98 moeilijk iets om daar vanaf te komen. Maar sommige mensen hebben een verslavingsgen of ze  
99 nou roken, alcohol drinken of gokken eh dat maakt niet zoveel uit ze zijn heel snel gebonden  
100 aan een prikkel die hun positief stimuleert. Enneh later is dat pas eh weer in de aandacht  
101 gekomen. Niet in mijn privéleven.

102 En ik ben eh in 1974 afgestudeerd en na voorbereiding in de tropen geweest . Ik ben niet in  
103 militaire dienst geweest, ik ben in de tropen geweest. Daar was roken ja, daar werd ook  
104 gewoon gerookt, maar ja dan was je veel buiten en daar was daar hield het dus op daar was  
105 absoluut geen enkele aandacht voor het foute van het roken. En daar was meer dat als je een  
106 roker bent je meer last hebt van longkanker, maar dat was in het begin alleen niet zo.

107 Ik heb niet het idee dat eh later in Almere ook, in 1980 ben in begonnen in Almere als huisarts,  
108 enneh daar was roken onzin. Wat ik wil zeggen daar stond de vergaderruimte blauw dus zo erg  
109 was dat nog niet in de picture. Later weer wel.

110

111 **Inge (00: 09:55 – 00:09:57)**

112 Ik zie dat Theo zijn handje opgestoken heeft.

113

114

115 **Theo (00:09:58 – 00:10:14)**

116 Ja, je vroeg aan over roken en het plezier ervan. Ik kan me nog herinneren dat in mijn jeugd als  
117 er een feestje was dat er altijd sigaretten, en als het een erg duur feestje was, sigaartjes op  
118 tafel stonden. Dat hoorde echt bij de gezelligheid.

119

120 **Inge (00:10:15 – 00:10:24)**

121 Ja, dat deden ze bij ons thuis ook hoor. Mijn moeder kocht eh sigaretten met filter, zonder  
122 filter, sigaartjes de hele meut. En ik maar benauwd zij ha, ha.

123

124 **Frans (00:10:25 – 00: 10:40)**

125 Dat hoorde bij de gastvrijheid. Ik weet in de jaren vijftig huisartsen, in de jaren vijftig hoorde ik  
126 later van eh een stiefmoeder van mij die waar mijn vader later mee getrouwd is. Dat zij kreeg  
127 in kreeg in de jaren vijftig, ze was nerveus, ze kreeg advies van de huisarts. Je moet s gaan  
128 roken daar word je rustig van.

129

130 **Inge (00:10:40 -00:10:41)**

131 Ja

132

133 **Frans (00:10:41 – 00:11:00)**

134 En die rookte tot aan haar dood en toen was ze 95. Dus eh is echt eh ja daar hebben heel wat  
135 eh hh veranderingen moeten plaatsvinden, ook in de huisartsenwereld om eh het roken te zien  
136 als een ander probleem dan alleen maar dat je er ook rustig van wordt en ook ziek van kan zijn.

137

138 **Inge (00:11:01 – 00:11:03)**

139 Leni herken je deze verhalen?



140

141 **Leni (00:11:04 – 00:11:14)**

142 Ja, ik ben alweer een paar jaar jonger en dat scheelt dan toch wel weer. In ieder geval in de  
143 beginjaren als huisarts. Ehm,

144

145 **Inge (00:11:15 – 00: 11:17)**

146 Want waar ben jij opgeleid?

147

148 **Leni (00:11:17 – 00:11:19)**

149 Nou, jij hebt een hele Nijmegenclub gevraagd

150

151 (Gelach door de deelnemers)

152

153 **Inge(00:11:20 – 00: 11:21)**

154 Oh, kijk een aan joh

155 (Alle deelnemers moeten lachen)

156

157 **Leni (00:11:21 – 00:11: 25)**

158 Dus alleen Nico is buitenbeentje

159

160 **Bert (00:11:26 -00:11:27)**

161 Alleen Nico

162

163 **Inge (00:11:27 – 00:11:28)**

164 (lachend) Allemaal uit Nijmegen

165

166 **Leni (00: 11:30 – 00:14:13)**

167 Dus allemaal Nijmegenaren. Ik ben in 71 begonnen eh met geneeskundige studie in Nijmegen.  
168 Ehm en eh ik heb toch even want ik moet tot mijn schande bekennen dat ik erg weinig college  
169 heb gelopen. Ik deed andere belangrijke dingen vond ik (lacht). Ik haalde m'n tentamens wel  
170 hoor, maar ik heb nog even bij Peter nagevraagd of er nou iets op college werd verteld over  
171 roken, nou dat was gewoon niet zo. Maar, ik kan het niet uit eigen ervaring echt vertellen.  
172 Euhm. Ik weet er werd gewoon gerookt. Als we practicum anatomie hadden dan stond de  
173 hoogleraar stond met de pijp naast om te kijken of het allemaal wel goed ging. Dus eh dat  
174 terwijl als je er de literatuur op na slaat was het wel toen al bekend. Dat er, dat eh het gevaar  
175 roken.

176 Maar dat werd toch tijdens de studie heel weinig aandacht aan geschonken. Ehm en eh maar  
177 toen ik geen, ik heb zelf nooit gerookt, ik vond het vies. Dus dat eh maar er werd wel onwijs  
178 veel gerookt. Eigenlijk iedereen rookte om je heen. Vooral shaggies draaien. Alleen al draaien  
179 dat gaf al rust had ik altijd het idee bij mensen. Maar eh, ik vond het zelf, ik heb het altijd heel  
180 vies gevonden. Ehm en toen ik begon als huisarts want toen ik viel al toen net in de generatie,  
181 die de huisartsenopleiding was begonnen he. Dat was toen één jaar. Nu is het drie jaar. Ehm  
182 toen was het wel al duidelijk dat, dat je longkanker kreeg van roken. En een vriend van me die  
183 eh specialiseerde zich als cardioloog en die was al aan het bloedvaten bekijken om te kijken of  
184 dat beter of de kwaliteit beter werd als mensen stopten met roken. Dus dat werd toen was  
185 toen al wel eh zeker bekend, maar alleen is er steeds meer bekend hoeveel andere afwijkingen  
186 het ook geeft hè. Roken als verslaving ja dat heb ik meer in de praktijk geleerd van patiënten  
187 als je zei van dat roken kunnen we daar wat aan doen? Ja, dan zeiden mensen dat doe ik al  
188 vanaf m'n dertiende dus dat ga ik dat gaat niet meer lukken. Dan weet je al dat het verslaving  
189 is.

190

191 **Inge (00:14:14 – 00:14:16)**

192 Want eh wanneer ben je begonnen als huisarts Leni?

193

194 **Leni (00:14:17 – 00:14:17)**

195 82

196

197 **Inge (00:14:18 – 00:14:26)**

198 82 ja, ja, en eh tijdens jouw studie kwam leefstijl eigenlijk ook nog niet echt aan de orde?

199

200 **Leni (00:14:27 – 00:14:55)**

201 Leefstijl zo wie zo niet he. Dus eh roken dat, dat wisten we toen van de coschappen wel dat,  
202 dat slecht voor ze was voor hart en bloedvaten en voor longen. Eh leefstijl gewoon ook ook  
203 meer bewegen en om gezonde voeding bijvoorbeeld. Voeding heb ik nooit van gehoord. Echt  
204 ook veel en veel later gekomen.

205

206 **Inge (00:14:56- 00:14:57)**

207 Ja. Ja

208

209 **Leni (00:14:58 – 00:15:06)**

210 Denk dat roken dat we nog eerder wisten dat roken heel slecht voor je was voor je  
211 kransslagaderen bijvoorbeeld dan je eh een cholesterolwaarde dus eh.

212

213 **Inge (00:15:08 – 00:15:12)**

214 Ja, Bert mag ik aan jou even het woord ge, dankjewel Leni

215

216 **Bert (00:15:13 – 00:15:14)**

217 Nou ja Ik kom dus ook uit Nijmegen.

218

219 **Inge (00:15:15 – 00:15: 16)**

220 (Lachend) Ja ik merk het

221

222 **Leni (00:15:17-00:15:18)**

223 Iedereen behalve Nico

224

225 **Bert (00: 15:19 – 00:15:34)**

226 72 tot 79 heb ik gestudeerd en samen met Leni de huisartsenopleiding gedaan, een jaar. Ik was  
227 toen ook wel een actieve sporter en daar is het eigenlijk het meest het gesprek over het roken.

228

229 **Inge (00:15:35- 00:15:36)**

230 Ja

231 **Bert (00:15:37 – 00:16:21)**

232 Ik weet nog wel dat ik in een volleybalteam speelde en daar hadden we twee broers die rookte  
233 al in de kleedkamer en die werden door ons de kleedkamer uit geschopt. Enneh dat doen we  
234 niet. Na de wedstrijd in de kroeg bij het bier werd er natuurlijk gewoon stevig gerookt. Ook  
235 door mij. Maar dat was dan ook wel de enige moment. Thuis eh m'n vader rookte nauwelijks  
236 en mijn moeder helemaal niet. En iedereen zei eh van als jij verder wil met sporten dan moet  
237 je niet roken. Maar goed ik rookte 5 sigaretten per dag of zo hoor. Enne tijdens de studie werd  
238 er eigenlijk geen, niet veel aandacht aan besteed. Hetzelfde verhaal als wat Leni net heeft  
239 gezegd.

240

241 **Inge (00:16:23 – 00:16:24)**

242 Ja dezelfde studie he?

243

244 **Bert (00:16: 25 – 00:16:42)**

245 Uit de situatie in Almere kan ik eigenlijk twee situaties nog goed herinneren. Een zeer  
246 verontwaardigde vrouwelijke patiënt die vertelde dat de gynaecoloog tijdens het inwendig  
247 onderzoek in het, in dat was toen nog het Medisch Centrum Almere, dat deed met een sigaar  
248 in zijn mond. En eh moet je je voorstellen.

249

250 **Inge (00:16:43 – 00:16: 48)**

251 Ik kan me nu niks bij voorstellen, nee

252

253 **Bert (00:16:49 – 00:17:58)**

254 Maar dat gebeurde waren ook nog. Waren ook, waren ook specialisten die gewoon tijdens het  
255 spreekuur rookten en ook huisartsen, ikzelf nooit maar ook wel huisartsen die tijdens, gewoon  
256 overdag in hun spreekkamer rookten en dat dat deed ik niet ben ook vrij snel gestopt met  
257 roken.

258 Maar eh ik, wij hadden natuurlijk met sport en hart en vaten die idee wel. Toen ik van de week  
259 even na moest denken over nou het gaat vanmiddag gebeuren kwamen er bij mij twee  
260 situaties naar voren die ik zelf was en als huisarts heb meegemaakt. De ene was dat ik nog in  
261 de in de Markerkant daar bij de warmtekrachtcentrale in de Portacabin zat en ik kreeg een

262 mevrouw op het spreekuur, een beetje zoals wat Leni ook zij die al heel lang rookte. Maar die  
263 mevrouw die had echt, die had echt, een jonge vrouw met een ernstige hartklachten. Ik zei ja  
264 ja, je moet dan echt stoppen met roken en zij weg. Aan het einde van de middag kwam haar  
265 man even verhaal halen en die keerde gewoon van woede. Mijn bureau om in mijn  
266 spreekkamer

267

268 **Inge (00:17:59 – 00:17:59)**

269 Oh my God

270

271

272 **Bert (00:18:00- 00-18:17)**

273 Ik naar achteren in de hoek en toen ging ie weg klootzak zei die enne zo heftig was dan. Want  
274 eh met m'n vrouw had de hele middag in de rats gezeten en die week daarop en die wist bij  
275 God niet wat ze moest doen. Ik had natuurlijk wel wat lomp aangepakt. Maar zo heftig was het  
276 wel.

277

278 **Inge (00:18:18 – 00: 18:19)**

279 Ja, ja ik zie een handje van Merlynn

280

281 **Bert (00:18:20 – 00:19:22)**

282 Ja en de andere en de andere situatie was een keer dat ik in de weekenddienst euh euh gebeld  
283 werd door een patiënt van naam dokter X, weet nog precies waar hij woonde en de die belde  
284 mij de chef piepte mij op met één en dat was Spoed en die er is iemand met, met pijn op de  
285 borst. Ik was daar eh in de buurt. Ik denk dan ga ik er maar meteen naar toe. En ik belde daar,  
286 Ik belde aan bij die mensen thuis, doet iemand open met een sigaret in zijn mond. Ik zeg bent  
287 u de, bent u de man die gebeld heeft? Dat ben ik. Weet je wat? Stop eerst met roken. Ben ik  
288 gegaan? (lacht) Heb ik met hem met angst en beven van wat is er gebeurd? Er is verder niks  
289 gebeurd. Een half jaar later kwam naam dokter X een keer bij mij en die zei Bert. Met die man  
290 kun je je nog herinneren zich. Jazeker, het hele weekend eh de kopzorgen geleverd van eh hoe  
291 zou het nou zijn gegaan. Nou zegt hij, hij is bij me geweest, die zie die Groot Roessink dat was  
292 een vervelende vent, maar ik ben wel gestopt met roken!

293

294 **Inge (00:19:26)**

295 Dus wel geslaagd. Missie geslaagd.

296

297 **Frans (00:19:27-00:19:28)**

298 Is wel goed afgelopen dat hoor ik.

299

300 **Leni (00:19:30 – 00:19:33)**

301 Niet helemaal motiverende gespreksvoering maar.

302

303 **Bert (00:19:33-00:19:35)**

304 Nee precies

305

306 **Inge 00:19:36- 00:19:37)**

307 Met de botte bijl dit. Merlynn ik zie jouw handje. Zeg het is.

308

309

310 **Merlynn (00:19:40 – 00:19:42)**

311 Ja, ik weet niet of het opgefallen of dat er iets is maar Theo is uit de chat.

312

313 **Inge (00:19:43 – 00:20:07)**

314 Ja, ik zag dat hij hier verdwenen was. Dat euh. Ja. Moeten we zo maar even kijken of we hem  
315 opnieuw te pakken kunnen krijgen? Misschien is. Ik weet het niet. Hij was plotseling weg. Dus  
316 ik zal hem straks even proberen te bereiken. Maar goed, dat zijn mooie anekdotes Bert. Vera  
317 mag ik aan jou het woord geven?

318

319 **Vera (00:20:08 – 00:20:10)**

320 Ja, ik ben de jongste van het stel. Dus eh (lacht).

321

322 **Inge (00:20:11- 00:20:12)**

323 Je bent net met pensioen hè?

324

325 **Vera (00:20:13 – 00:20:14)**

326 Nog niet, nog niet.

327

328 **Inge (00:20:14- 00:20:15)**

329 Oh niet eens

330

331 **Vera (00:20:16-00:21:17)**

332 Ik ben dus ook in Nijmegen opgeleid van de 73 tot 84. Dus euh en ja, ik kan me eigenlijk niet  
333 eens zoveel herinneren dat het over slechte eigenschappen van van roken ging. Wel de relatie  
334 met met longkanker. Maar de relatie met hart en vaatziekten of andere effecten, dat is echt  
335 pas veel later gekomen. Er werd heel veel gerookt. Ik heb zelf nooit gerookt, maar onder  
336 medestudenten. Na ja, onder vergaderingen, onder al dat actievoeren onder werd de ja, wat  
337 Leni al zei, het shagjes draaien en het roken. Ja, dat hoorde er gewoon bij. Ik vond het altijd  
338 vies, dus ik zag het vooral als een hele slechte gewoonte. Euh. en het. Uhm, je had toen in die  
339 tijd ook wel zo'n actievoerende dokter Meindersma heette die geloof ik.

340

341 **Leni (00:21:17-00:21:19)**

342 Ja, Meinsma (en de rest knikt instemmend)

343

344 **Vera (00:21:19 – 00:21:58)**

345 Maar nou ja, en dat werd het toch ook wel een beetje in het belachelijke getrokken vaak. Die  
346 man werd niet serieus genomen. Dat was toch een beetje een door, een door, een overdreven  
347 actievoerder met de manier waarop hij aandacht vroeg voor dat stoppen met roken. En is niet  
348 zo dat hij binnen de gezondheidszorg, tenminste wat ik me herinner, als een boegbeeld werd  
349 gezien, maar meer als iemand die euh ja overdreef of drammerig was of maar ja. Euh het  
350 verslavende aspect, Euh, ja, hebben vooral in de eigen. Zo je bent er weer Theo?

351

352 **Theo (00:21:58 - 00:22:01)**

353 De verbinding viel even weg, dus ik ben even verhuisd.

354

355 **Leni (00:22:02 - 00:22:05)**

356 Verplaatst, nou ja, je hebt een andere achtergrond.

357

358 **Theo (00:22:06 - 00:22:08)**

359 Ja, dat klopt

360

361 **Vera (00:22:11 - 00:23:09)**

362 Dus eh wat betreft dat euh, euh, verslavende aspect. Ja, dat dat me euh. kan ik me van de  
363 studie niet zoveel herinneren, maar vooral van de omgeving en mensen die probeerde te  
364 stoppen en dat niet euh, niet lukte. En eigenlijk euh, ben ik daar eigenlijk pas, pas tijdens het  
365 werk in Almere als huisarts echt mee aan de gang gegaan? Echt euh, euh gekeken van wat wat  
366 moet je er dan mee doen? Maar dat is niet iets van wat ik me herinner dat we daar in de studie  
367 ook met leefstijlprogramma's of verslavingsprogramma's of andere programma's iets mee  
368 deden eh. Het was toch iets van ja, als je wil stoppen met roken moet je stoppen. En als je het  
369 niet doet, ja dan ben je een slappeling of euh of ja naja dan ga je maar gewoon door. Euh ja zo.  
370 Het was niet iets waar je nou uhm erg populair mee werd als je daar de aandacht als je daar  
371 aandacht voor vroeg.

372

373 **Inge (00:23:10 - 00:23:12)**

374 Want wanneer ben je begonnen als huisarts?

375

376 **Vera (00:23:13 - 00:23:14)**

377 84

378 **Inge (00:23:16 - 00:23:20)**

379 84, ja, dank je wel. Dan hebben we Nico nog.

380

381 **Nico (00:23:21 - 00:23:22)**

382 Ja

383



384 **Inge**

385 Nico

386 **Nico (00:23:23 – 00:23:37)**

387 Bij mij thuis werd niet gerookt. Mijn ouders niet, dus ik ben op mijn 18de gaan roken. Eh de  
388 studie begon in 68 eh een plek in Nederland, waar wel gewoon gestudeerd werd in  
389 tegenstelling tot elders. Dat zou kunnen.

390

391 Deelnemers moeten lachen

392

393 **Inge (00:23:38 – 00:23:40)**

394 Want waar heb je gestudeerd Nico?

395

396 **Nico (00:23:41 – 00:25:42) :**

397 In Rotterdam, in Rotterdam. Dat was een nieuwe opleiding. Daar was nog helemaal geen  
398 faculteit, dus daar was je het gewoon. Om halfnegen ging je zitten en dat was college en  
399 werkgroepen tot vier uur half vijf. 's Avonds studeren. Was gewoon een 10 urige werkdag.  
400 Recht op neer. De hele jaargang, op tien na, allemaal in zes jaar plus een paar maanden  
401 afgestudeerd. Rond 74, Uhm de huisartsopleiding. Ook de eerste keer, eerste jaargang, was  
402 dat midden in Rotterdam. .Nou, dat was toen nog een jaar. Buitengewoon experimenteel, ze  
403 vroegen aan ons wat willen jullie van ons leren? Nou, dat is, dat vind ik, vond ik wel leuk.  
404 eigenlijk moet ik zeggen dat je dat zelf een beetje konden inrichten.

405 Jaartje een ziekenhuis gewerkt om flink wat zieke mensen te kunnen zien die had ik nog te  
406 weinig gezien. Zieke kinderen en doodgaan en dat soort dingen, want ik wilde toch al in de  
407 bush dokter worden en dan moest ik wel veel gedaan hebben. Extra bevellingen gedaan  
408 daartoe dus een coschap van een ander overgenomen. Eh allemaal rottigheid gezien dat was  
409 ook de bedoeling. Ik wilde naar de Wadden, dan wel naar een andere onbewoond gebied en  
410 dat is Almere geworden in zesenzeventig. En daar (lacht) zeg maar het vak in de volle breedte  
411 eh uitgeoefend. Verloskunde gauw losgelaten. Ik vond het doodeng. Kinderen die dood  
412 kunnen gaan halverwege zo'n baringskanaal. Ik vond het een vreselijk vak. Dus toen de  
413 vroedvrouw kwam, heb ik heel gauw de boel overgedragen aan haar.

414 Roken tijdens de studie weet ik niet meer. Volgens mij niet. Heeft geen indruk op me gemaakt  
415 dat het een onderwerp was. Behalve dan dat ik van mijn oom hoorde dat de jaren 50 nog nee  
416 daarvoor, voor de Wereldoorlog. Hij met zijn astma het advies kreeg om mentholsigaretten te  
417 roken. Dat hielp tegen de astma. (deelnemers lachen) Ach ja, ik heb dat zelf nooit geprobeerd,  
418 maar ik had ook geen astma. Dus dat mooie verhaal. De rest van die verhalen herken ik wel. Bij

419 vergaderingen weet ik eigenlijk niet eh of er euh dan veel gerookt werd. Het weet ik eigenlijk  
420 gewoon niet goed meer.

421

422 **Frans (00:25:43 – 00 25:44)**

423 In die jaren wel hoor.

424 **Nico (00:23:45 – 00:27:57)**

425 Ja, zou kunnen. Ik heb tijdens het spreekuur nooit gerookt. Wel daarna. Maar dat was in die  
426 tijd dus dus na vijven in die tijd dat je gesprekken had met patiënten. Dat is later gesleten,  
427 maar dan had je dus gesprekken. Dat ging dan over het huwelijk of over God mag weten wat  
428 maar dan ging je zitten een halfuur en ik had een speciale la met een fles jenever en uiteraard  
429 mijn shaggies. En dan? De klant deed het dan ook buitengewoon gezellig. Hele effectieve  
430 gesprekken kan ik je vertellen.

431 Dus dat euhm, dat het roken een probleem werd in de spreekkamer, in je dagelijkse werk. Euh,  
432 deed ik eigenlijk alleen als er een gezondheidsprobleem was. Niet van tevoren vond ik ook een  
433 beetje onzin. Ik had euh de literatuur goed bekeken op dat gebied. Een goede interventie  
434 studies, die waren er eigenlijk niet. Het was in mijn ogen een soort geloof. Geloof dat als je  
435 zegt het mag niet dat het dan ook helpt. Dat mensen dan stoppen. Dus rookstop acties,  
436 effectiviteit is buitengewoon dun. Ik heb het vorige week nog eens nagekeken? Uh, en de  
437 effectiviteit daarvan is extreem dun. Die zit onder de 10 procent. Als je het hebt over effectief  
438 gestopt met roken na een jaar, dus dan is het nog steeds zo. Dus ik heb al die 40 jaar dat ik me  
439 daar niet aan bezondigd heb groot gelijk gehad. Als je kijkt naar de naar de evidence.

440 Uhm, eh zelf roken. Ik ben zo verslaafd als wat, dat is Uh, achttiende. Twee jaar geleden ben ik  
441 voor het eerst gestopt omdat ik een vaatvernauwing mijn benen kreeg. Dacht nou wordt het  
442 toch wel tijd van Duijn. Dus een half jaar gestopt en weer begonnen, weer gestopt, weer een  
443 halfjaar, weer begonnen, weer gestopt en nou ben ik alweer, nou, wat is het 4 maanden  
444 gestopt. Ja, en ik denk nog elke dag aan roken. Een paar keer per dag, elke dag. Dat is eigenlijk  
445 al 2 jaar zo dat ik met dat stoppen bezig ben. Maar goed, het helpt wel voor het lopen. Hoewel  
446 kan ook de aspirine zijn of het fietsen? Ik weet niet precies wat het effect nou eigenlijk is, maar  
447 eh 50 jaar. Ik heb uitgerekend dat als ik over 10 jaar weer begin te roken, dat ik dan geen risico  
448 loop. Want tegen die tijd zit ik in de categorie van de ouderdomziektes en heeft het geen klap  
449 meer met roken te maken. Dus dat wou ik doen. Als ik 81 ben ga ik weer roken

450

451 **Leni (00:27:59 – 00:28:02)**

452 Dan maar doodgaan van aan het roken bedoel je.

453

454

455 **Nico (00:28:03 – 00:28:30)**

456 Nee, dan niet meer, nee, nee. nee. Dan ben je het kanker en het hart risico ben kwijt en dat  
457 kost een paar jaar voordat je het risico opbouwt. Nou, die paar jaar die, die red ik dan wel. Dat,  
458 dat is een beetje het plan. Net zo oud worden als mijn moeder en die is 93 geworden en d'r zus  
459 ook en nog een zus en nog een zus. Dus dat zou lastig zijn, want dan kan ik alsnog rookschade  
460 hebben op mijn negentigste. Dat zou dan weer vervelend zijn, dus ik moet niet ongerust gaan  
461 maken.

462 **Frans (00:28:31 – 00:28: 32)**

463 Dan moet je toch stoppen als je negentig bent

464

465 **Nico (00:28:33 – 00:29:25)**

466 Op m'n negentigste weer stoppen dat zou ook een (onverstaanbaar) zijn.

467 Maar het is een worsteling. Advies aan mensen heb ik nooit gedaan. Euh, euh, Ik heb wel  
468 steeds gekeken is er nou harde steun voor een effectief stop programma? Het is er dus niet.  
469 Dus deed ik het niet. Ik vond het ook niet bij het vak horen al dat leefstijlgedoe is ook een  
470 beetje flauwekul met kleine effecten. Je hebt gelezen laatst iedereen met een normale  
471 bloeddruk moet ook anti hypertensiva slikken. Dat is al zo met aspirine en is al heel lang zo  
472 met simvastatine tegen cholesterol. Dus ze zijn de hele wereld gezond en wel aan het  
473 behandelen. Dat geldt ook voor het rookstoppen ook. Roken heeft ook wel effect, dat is heel  
474 duidelijk. Longkanker COPD, astma is het slecht hart en vaten is het slecht, met name mijn  
475 beenvaten dus dat is verder wel duidelijk. Maar er wat aan doen heb ik nooit steun voor  
476 gevonden.

477

478 **Inge (00:29:26 - 00:29:47)**

479 Ja, dat is dus duidelijk dat is een helder verhaal van jou. Jij hebt wel gestudeerd aan een  
480 andere universiteit en ik was toch wel nieuwsgierig van eh Nijmegen of Rotterdam zal  
481 ongetwijfeld wel wat verschil in gezeten hebben. Werd het op de universiteit wel aandacht  
482 besteed aan een gezonde leefstijl of roken?

483

484 **Nico (00:29:48 – 00:30:02)**

485 Kan me niet herinneren. Nee, dat was pas in de NHG sferen toen gingen daar die dominees  
486 rond. Die hadden dan zo'n idee dat je daar je druk over moest maken. Nou daar ik ik nooit  
487 zoveel mee gehad, maar niet de op de universiteit.

488

489 **Inge (00:30:02 – 00:30:09)**

490 OK, dank je wel. Wil iemand nog reageren op Nico? Nog vragen aan Nico? Of aan elkaar?

491

492 **Vera (00:30:10 – 00:30:17)**

493 Nou Ja, ik heb toch ook wel een beetje de indruk dat je een beetje bias bent bij je door je  
494 verslaving. Maar goed dat is eh

495

496 **Nico (00:30:18 – 00:30:19)**

497 Vast ja vast.

498

499 **Vera (00:30:20 – 00:30:21)**

500 Het is je goed recht.

501 **Nico (00:30:22 – 00:30:26)**

502 Maar natuurlijk, natuurlijk is dat zo dat. Dat zo werkt dat en heb je toch een blinde vlek.

503

504 **Vera (00:30:27 – 00:30:27)**

505 Ja

506

507 **Nico (00:30:28 – 00:30:**

508 Maar ik heb serieus gezocht naar steun. Voor de andere opvatting heb ik niet gevonden

509

510 **Vera (00:30:31 – 00:30:43)**

511 Het is wel bekend dat de effectiviteit van het stoppen met roken heel laag is. Daar heb je gelijk  
512 in. Maar dat het effect van het stoppen met roken op de pathologie is natuurlijk wel groot he.

513

514 **Nico (00:30:44 – 00:31:19)**

515 Heel groot zeker. Ik had graag gezien dat mijn advies effectief was. Dat had graag gezien. maar  
516 daar was ik het gaan doen. Het is niet zo, dus deed ik het niet. Nou ja goed, bij ernstige dingen  
517 zei ik er tuurlijk wel wat van. Dus als iemand euh maar honderd meter kon lopen vanwege  
518 vaatvernauwing in zijn been, zei ik nou moet je stoppen met roken als gaat je poot er helemaal  
519 af. Dat hielp vaak wel. Dat is de harde aanpak, die Bert ook eens toegepast heeft. Dat deed ik  
520 dan wel. Hadden ze een keer longkanker? Dan vond ik het weer een onzin advies. Maar bij  
521 COPD deed ik dat weer wel en dan deed ik dat vrij grof. Dat, dat het wel heel duidelijk was.

522

523 **Inge (00:31:20 – 00:31:21)**

524 Ja

525

526 **Theo (00:31:22 – 00:31:25)**

527 Was natuurlijk ook een nadeel aan het stoppen met roken.

528

529 **Nico (00:31:26 – 00:31:27)**

530 Ja

531

532 **Theo (00:31:28 – 00:31:41)**

533 Ik, ik vond lekker eten en zo bestond niet toen ik nog rookte. Ik at omdat dat het nodig was.  
534 Toen ik gestopt was gingen de dingen ineens veel lekkerder worden en werden er we dus  
535 uitgebreider gekookt en bijzonder gegeten.

536

537 **Nico (00:31:41 – 00:31:43)**

538 Dat is heel vaak. Het nadeel daarvan is je reuk wordt dan beter he

539 **Vera (00:31:45 – 00:31:48)**

540 En je volume neemt toe, ha, ha.

541

542 **Theo (00:31:48 – 00:31:50)**

543 Daar had ik geen last van.

544

545 **Nico (00:31:51 – 00:32:11)**

546 Ik heb nooit een beperking gehad. Ik fietste op de racefiets met een dikke sigaar boven aan de  
547 top van de heuvel de Pyreneeën in. Dus daar heb ik dus nooit last van gehad. Nooit. Dat goed  
548 ruiken, ruiken Theo vond ik heel vervelend. Ik ben wel vaker gestopt. Dan rook ik dat mensen  
549 stonken in de spreekkamer. (gelach) Dat vond ik helemaal niet leuk.

550

551 **Frans (00:32:14 – 00:32:24)**

552 Nico, Nico daar jezelf zo'n verstokte roker bent? Heb je wel meer mogelijkheden om in te  
553 voelen? Hoe moeilijk het is voor mensen stoppen?

554

555 **Nico (00:32:25 – 00:32:30)**

556 Ja, het is gewoon een hele harde verslaving. Dat is heel duidelijk. Ja, dat is heel duidelijk, ja.

557

558 **Frans (00:32:31 – 00:32:51)**

559 Ja, maar het is wel zo dat ik toch door de jaren heen wel heel veel mensen hebt in mijn  
560 omgeving heb zien die zijn gestopt met roken. Ondanks alle twijfel die jij hebt over de  
561 effectiviteit van allerlei methodes. Maar er zijn heel veel mensen gestopt met roken. Ik weet  
562 niet hoeveel, maar uiteindelijk wel. Euh ja, die hebben er ook wel baat bij in mijn omgeving.

563

564 **Nico (00:32:52 – 00:32:57)**

565 Het zou kunnen. Bij mij is dat heeft dat niet gewerkt. Je weet bij verslaving werken  
566 argumenten niet.

567

568 **Frans (00:32:58 – 00:32:58)**

569 Nee klopt

570

571 **Bert (00:32:59 -00:32:59)**

572 Nee

573

574 **Nico (00:33:00 – 00:33:00)**

575 Daar moet je niet van hebben

576

577 **Bert (00:33:01 – 00:33:09)**

578 Ik weet nog wel dat ik bij de start van Filmwijk. Toen was ik in de gelegenheid om met alle  
579 nieuwe patiënten een kennismakingsgesprek te voeren.

580

581 **Nico (00:33:10 – 00:33:10)**

582 Ja

583

584 **Bert (00:33:11 – 00:34:05):**

585 En toen heb ik wel van iedereen consequent opgeschreven of ze rookte of niet. En dan verder  
586 heb ik daar ook geen oordeel aan gekoppeld van nou mensen die rookte. Die kregen gewoon  
587 een roken 'ja' in het in het archief. Maar kan me nu een keer nu schiet het me nu zo te binnen  
588 dat er ook wel eens mensen later op spreekuur kwamen en zeiden maar staat er nog in de in  
589 de annalen dat ik rook? Want ik ben ondertussen gestopt hoor, met enige trots. En dat, dat  
590 werkte dan dus wel. Wij hadden wel een astma spreekuur ingevoerd en daar werd natuurlijk  
591 vrij uitvoerig aandacht aan het aan het roken besteed. Ook aan het roken van de ouders voor  
592 de astma van de kinderen. En zo werd het wel steeds meer een een en een issue om euh toch  
593 dat het toch belangrijk was dateh je zou stoppen.

594

595 Deelnemers praten een seconde door elkaar heen

596

597 **Bert (00:34:08 – 00:34:14)**

598 We hadden er geen programma het was meer de voorlichting en dan kwamen mensen toch  
599 wel, trots vertellen dat ze gestopt waren.

600

601 **Leni (00:34:15 – 00:34:46)**

602 En we deden ook allemaal uitvoerig consultatiebureaus he, de eerste jaren

603 En eigenlijk is het toch ook gewoon een preventieve taak? Een voorlichter en eh en daar pikten  
604 je ook veel? Wij werkten ook met van die scheurblokken van het Astma Fonds. En gaf je elke

605 keer gaf je legde je wat uit aan ouders over de astma bij de kinderen en daar hoorde ook wel  
606 dat roken bij.

607

608 **Frans(00:34:46 – 00:34:48)**

609 Ja precies

610

611 **Bert (00:34:49 – 00:34:**

612 Kinderen, was eigenlijk een soort voorbode van het wonderlijke beleid van stoppen met roken.

613 Namelijk niet voor mensen zelf, maar omdat het sociale verkeer andere mensen dwingt

614

615 **Inge (00:35:00 – 00:35:01)**

616 Niet te roken

617

618 **Bert (00:35:02 – 00:35:04)**

619 De lucht in te ademen he

620

621 **Nico (00:35:04 – 00:35:24)**

622 Dat gold voor zwangeren ook he. Bij zwangeren zei je je laat je opa toch niet de sigarenwalm in

623 de wieg uit ademen elke keer. Nee zeg natuurlijk niets. Nou dat doe jij wel als je als zwangere

624 rookt. Dat is wat je doet. Dus daar moet je als de bliksem mee stoppen. Maar dan heb je dus

625 een probleem. En dan was ik wel duidelijk met mijn advies. Maar als je geen probleem hebt

626 waarom zou je erover zeuren?

627

628 **Frans (00:35:25 – 00:36:36)**

629 Maar het beeld van roken en niet roken en binnen of buiten roken zijn later. Op

630 consultatiebureaus waren de ouders die dan op hun balkon gingen roken. Maar ik herinner mij

631 Nico nog in de tijd dat ik in de Rozenwerf begin bij een astma kind moest komen en dat ik

632 eigenlijk de andere kant van de kamer niet kon zien. Zo'n dikke vette mist was er. De

633 Rozenwerf ik weet nog bijna het nummer. Maar dan was het kindje was benauwd. Daar zaten

634 een man of zes te roken en te drinken. En ze hadden. Ik denk van ik zie de andere kant van de

635 kamer niet. En het kindje lag daar middenin en vond ik toch allemaal wel heel moeilijk, maar



636 toch wel heel voorzichtig geduid dat ze het kindje ergens anders moesten neerleggen omdat  
637 het zo benauwd was. Dat dat is dan toch ehh ja 't is pas later denk ik meer item geworden ook  
638 maatschappelijk omdat roken meer en het is het beste als er een probleem is. Ik zeg je kunt  
639 doorroken, het is een keuze. Ik heb het altijd als een keuze gezegd. En als je het moeilijk hebt  
640 Allan Car en alles wat je doet het maakt helemaal niet uit. Als je stopt dan is moeilijk en daar  
641 moet je zelf mee aan de slag. En wat ze dan ook wel zelf soms deden probeerde ik toch wel te  
642 steunen. Vooral gerelateerd aan de problematiek die ze dan hadden.

643

644 **Leni (00:36:37 – 00:37:08)**

645 Kwam maar wat graag op het idee dat. Ik had de eerste jaren heel erg 't idee dat we toch eh  
646 als huisartsen euhm toch het eerste een beetje euhm preventief dachten. En dat we, ik voelde  
647 me soms ook wel een beetje roepende in de woestijn. Al hadden mensen een hartinfarct  
648 gehad en dan zei ik had ik een na-gesprek daarna dan zei ik he Ga je nou stoppen met roken?  
649 Nou nee, daar heeft de cardioloog niks van gezegd.

650

651 **Bert (00:37:09 – 00:37:10)**

652 Nee, precies

653 **Leni (00:37:11 – 00:37:28)**

654 Onze longarts die, die nou ja die zelf overleden aan longkanker. Eh die pafte ook als een gek.  
655 De eerste oncoloog, internist XX die stond ook stijf van de van de sigaretten.

656

657 **Bert (00:37:29 – 00:37:32)**

658 Op de longafdeling hadden we een rookhol.

659

660 **Leni (00:37:33 – 00:37:53)**

661 Ja dus ik heb wel het idee dat het makkelijker is geworden. Op een gegeven moment, dat toen  
662 er vanuit het ziekenhuis ook werd gezegd. Eh dus eh stop roken. De KNO arts, naam XX, was  
663 degene die ook meedeed, daar in.

664

665 **Nico (00:37:54 – 00:37:55)**

666 Die was heel fanatiek

667

668 **Leni (00:37:55 - 00:38:05)**

669 Die was heel fanatiek daarin. Het was natuurlijk fijn dat je dacht dat je iemand had die het met  
670 je eens was. Die dat steunde.

671

672 **Inge (00:38:06 – 00:39:04)**

673 Maar je ziet natuurlijk in, in de afgelopen decennia een enorme verschuiving heeft er  
674 plaatsgevonden over het denken en het handelen met betrekking tot roken. Als je toch kijkt in  
675 de jaren zestig rookte ongeveer negentig procent van de mannen rookte en in de jaren Nou,  
676 nu rookt nog totaal 23 procent van de bevolking rookt. Dus je ziet wel een enorme  
677 verschuiving optreden. En ook ik he ben zelf verpleegkundige geweest en in begin jaren tachtig  
678 rookte ik daar ook vrolijk op eh los. En als ik nu terugdenk, dan heb ik wel eens  
679 plaatsvervangende schaamte, want dan zat je in dat rook hol met z'n allen lekker te roken en  
680 dan ging je naar het pas geopereerde patiënt toe. Hè als ik dan terugdenk dan denk ik van dat  
681 zal niet fijn geweest zijn als die patiënten he als je daar gewoon aan terugdenkt. Dus je ziet wel  
682 dat die hele verschuiving in het denken niet alleen bij artsen, maar ook maatschappelijk gezien  
683 zie je die tendens natuurlijk enorm optreden.

684

685 **Nico (00:39:05 – 00:39:24)**

686 Dat is wat er werkt. Veranderde maatschappelijke opvattingen en op een indirecte manier zijn  
687 die individuele zeurkousen dus ook effectief als het hun lukt. Geleidelijk aan de publieke opinie  
688 daarover te beïnvloeden, dan zie je dat het wel degelijk zakt van 90 naar 20 procent. Roken

689

690

691 **Inge (00:39:24 – 00:39:26)**

692 Ja, ja dat zeker.

693

694 **Nico (00:39:27 – 00:39:29)**

695 Gaan we het nog over de positieve punten van roken hebben?

696

697 Even door elkaar heen gebabbel

698

699 **Inge (00:39:30 – 00:39:54)**

700 We gaan het, we gaan het over een heleboel. Ik stel voor dat we even wat te drinken pakken

701 En even eh, even euh, een hele korte pauze. En dan terugkomen. Dan starten we met thema

702 één. En dat gaat vooral over veranderde denkbeelden. Dat we daar even over hebben. He

703 want nu euh. Ik vond het een heerlijk opwarmertje zo.

704

705 Verschillende deelnemers zeggen ja, ja

706

707 **Inge (00:39:54 – 00:40:35)**

708 Ja, om even met elkaar zo euh ja te brainstormen en weer even herinneringen op te halen.

709 Want als je toch weer terugdenkt, tenminste, dat heb ik dan zelf. Dan komt weer van alles

710 bovendien dat je denkt van Goh Ja, dat hebben we meegemaakt. Dat hebben we

711 meegemaakt. In het ziekenhuis kon je gewoon sigaretten kopen. Ik weet dat ik heel vaak voor

712 patiënten sigaretten heb gekocht bij het winkeltje bij het ziekenhuis en dat dan in de hal. Ik

713 werkte op een gegeven ogenblik in het Boven IJ ziekenhuis. Dat het er daar ook inderdaad

714 blauw stond van de rook, want iedereen rookte.

715 Je reed de bedden heen in en nou ja en verplegend en ook artsen. Die gingen er gezellig bij

716 zitten om een sigaretje tijdens de pauze te roken. Dat is nu ondenkbaar. Als je daaraan

717 terugdenkt.

718

719 **Nico of Frans (00:40:38 – 00:40:39)**

720 Oké tot zo, twee minuten?

721

722 **Inge (00:40:40 – 00:40:44)**

723 Ja, even, even vijf minuten, tien minuten. Wat je wil, wat je nodig hebt. Tot zo!

724

725 **Pauze (00:40:44 – 00:49:40)**

726

727 **Inge (00:49:43 - 00:49:52)**

728 Iedereen is er weer volgens mij. Ik heb net even de glazenwasser moeten wegsturen. De  
729 glazenwasser. Nu even niet. Hij stond me verbaasd aan te kijken. Nu niet! (lacht)

730

731 **Nico (00:49:55 – 00:49:56)**

732 Thema één hebben we gehad.

733

734 **Inge (00:49:56 – 00:49:57)**

735 Wat zeg je nou ja,

736

737 **Nico (00:49:58 – 00:49:58)**

738 Thema een hebben we gehad

739

740 **Inge (00:49:59 – 00:50:01)**

741 Even gestructureerd voor mijzelf

742

743 **Nico (00:50:02 – 00:50:02)**

744 Oh oké

745

746 **Inge (00:50:03 – 00:50:27)**

747 Eh we hebben natuurlijk al wat delen besproken en euh. Even kijken of het helemaal loopt.

748 Euh ja, ben je in de loop van je carrière anders gaan denken over de medische gevolgen van

749 Uhm van roken? Nou, dat is natuurlijk al een beetje aan de orde gekomen, maar toch wil ik

750 iedereen eventjes nog even goed horen daarover. Mag ik bij jou beginnen Leni?

751

752 **Leni (00:50:28 – 00:51:23)**

753 Nou ja, wat wij wisten natuurlijk wel toen we begonnen dat roken eh voor je longen en je hart

754 en vaten slecht was, he, wat we zeiden. Maar dat is wel zo dat euh de afgelopen jaren dat er

755 steeds meer bewijs voor heel veel andere dingen ook komt he dus. Uhm. En. En dat ja eigenlijk

756 elk vakgebied ook betreft. Dus of je het nou of je nou over borstkanker hebt, over

757 baarmoederhalskanker, over coloncarcinoom. Hoe je, hoe het herstel na een operatie gaat.

758 Eigenlijk alle vakgebieden de keel kankers dus eigenlijk de alle vakgebieden hebben daar  
759 langzamerhand mee te maken. En dat wisten we niet toen we.

760

761 **Inge (00:51:24 – 00:51:30)**

762 Nee, toen je net begon en dat heeft denk ik jou denken over roken beïnvloed.

763

764

765 **Leni (00:51:31 – 00:51:33)**

766 Ja. Nog scherper. Maar ja. Ja ja.

767

768 **Inge (00:51:34 – 00:51:50)**

769 Ja dat denk ik ook. En heeft dat dan ook? Uhm uh. Vond je ook dat dat? Uh heel zeker toen je  
770 net begon als huisarts dat, dat preventie onderdeel dan ook echt onderdeel uit moest maken  
771 van je werkzaamheden van je takenpakket?

772

773 **Leni (00:51:51 – 00:52:50)**

774 Ik heb het altijd lastig gevonden. Zuiver omdat de hele consultatiebureau dat euhm dat was  
775 dus eigenlijk ook een volledige preventieve taak die we deden. Uhm, toch heb ik het altijd wat  
776 ingewikkeld gevonden. Aan de ene kant denk ik. Uhm dat als we allemaal toch ja Nico, jij zegt  
777 dat het weinig uitmaakt. Maar volgens mij maakt het wel uit als de. Als alle artsen aan de  
778 behandelend artsen zeggen dat je moet stoppen met roken, dat daar toch ergens wel iets lijkt  
779 te hangen bij mensen. Uhm, ik vond wel altijd dat wij als huisartsen en specialisten zelf  
780 eigenlijk te dure krachten zijn om echt heel intensief preventieve leefstijl spreekuren te gaan  
781 doen. Dat je daar echt gewoon andere mensen voor moet gaan inhuren. Uhm.

782

783 **Inge (00:52:51 – 00:52:52)**

784 En dat is ook gebeurd natuurlijk.

785

786 **Leni (00:52:53 -00:53:14)**

787 Ja, en dat stukje. En dat je het ook. Uhm, waar we het net over hadden over maatschappelijke  
788 euh, euh, interesse en belangstelling daar voor uhm dat je dat ook niet alleen als zorg moet  
789 doen. Als je daarover de GGD hebt dat ook de GGD daar een rol in moet, moet hebben dus.

790

791 **Inge (00:53:15 – 00:53:22)**

792 Dus eigenlijk zeg je een samenspel van wat snel maatschappelijke ontwikkelingen misschien  
793 ook wel publiekscampagnes euh

794

795 **Leni (00:53:23 – 00:53:49)**

796 Want ik vind het nog een beetje, beetje lastig, want ik denk dat het heel goed is dat we het  
797 allemaal aanstippen en aandacht ervoor hebben. Uhm. Maar ik heb hem bijvoorbeeld al wel  
798 weer geërgerd aan een dure internist die dan een leefstijl poli ging houden dat denk ik dat is  
799 makkelijk, makkelijk geld verdiend. Zo, zo maken we de zorg steeds duurder. Dat is. Ik denk dat  
800 daar een soort van balans in moet zitten.

801

802

803 **Inge (00:53:49 – 00:53:54)**

804 Maar wat je eigenlijk zegt is van vond dat dat stukje preventie wel steeds meer

805

806 **Leni (00:53:55 – 00:53:56)**

807 Het denken daarover

808

809 **Inge (00:53:57 – 00:54:02)**

810 Het denken daarover dat dat in ieder geval onderdeel uitmaakte van van je vak he en dat je  
811 toch voelt dat wat bij jou

812

813 **Vera (00:54:03 – 00:54:29)**

814 Preventie en preventie is twee he want euh het werkt natuurlijk. Uh over hadden. Wat dat net  
815 ook wel genoemd is, is dat je het toch heel erg gerelateerd is aan aan de schade die je  
816 toebrengt dus of aan de risico momenten dus. Heeft dat gesprek op momenten die iemand

817 een hartinfarct heeft of uh op een moment dat kinderen astma hebben of op het moment dat  
818 mensen beginnen te hoesten en longklachten hebben. Dan is het uh vanzelfsprekend.

819

820 Even door elkaar gepraat

821

822 **Leni (00:54:30 – 00:54:30)**

823 Als mensen schulden hebben. Dat is dan

824

825 **Vera (00:54:31 – 00:54:32)**

826 Wat als ze?

827

828 **Leni (00:54:32 – 00:54:37)**

829 Als mensen schulden hebben. Dan ga je, dat ook een item hè.

830

831 **Vera (00:54:38 – 00:55:02)**

832 Ja, terwijl als je het hebt over de GGD en de maatschappelijke opvattingen dat het de kennis  
833 over dat dat verslavende aspect en het de risico van de vroege leeftijd beginnen en de  
834 schoolomgevingen, dat soort dingen. Dat zijn de eh dat is kennis die pas pas veel later naar  
835 boven is gekomen en die ook niet zo aansluit bij hoe je als huisarts bezig bent Uh.

836

837 **Inge (00:55:02 – 00:55:43)**

838 Ja, want, want wat we hadden natuurlijk. In de jaren 70 had je een een euh een huisarts Dool.  
839 volgens mij heette die even kijken, Kees van den Dool. Ja, die heeft de anticiperende  
840 geneeskunde eigenlijk geïntroduceerd. Maar eigenlijk wat jij zegt Leni van vanaf Vera vanaf als  
841 iemand dan met klachten kwam. Dat je daar wel op insprong. En daar dan adviezen over gaf  
842 van om toch te stoppen met roken of op andere gebieden van de leefstijl. Hij heeft het heel  
843 ver ontwikkeld tot een heleboel items, maar. Maar, maar kennen jullie die opvattingen van  
844 Van Dool?

845

846 Frans en Leni schudden van nee,

847

848 **Leni (00:55:46 – 00:55:46)**

849 Niet vanuit de

850

851 **Vera (00:55:46 – 00:55:47)**

852 De naam zegt mij niets

853

854 **Leni (00:55:48 – 00:57:07):**

855 Euhm maar wel later he. Want Chris van Weel heeft dat natuurlijk ook heel veel ehm over  
856 gepubliceerd. En die is hoogleraar, ja na onze tijd, hoogleraar geworden in Nijmegen.

857 waar we dan natuurlijk altijd wel die contacten nog met, met Nijmegen. Euhm maar, maar euh  
858 je had natuurlijk ook nog wat. Wat euh, Bert zei. Wij deden in het begin ook nog wel fanatieker  
859 kennismakingsgesprekken. Later had je daar ook bijna geen tijd meer voor. En toen was wel  
860 het idee dat als je iets benoemde dat je er verder niks mee deed, maar dat mensen dat nou  
861 wisten van oké hier, hier is aandacht voor. Want dan dat paste in hetzelfde rijtje als. hebt u  
862 kennen, hebt u ooit, is er ooit seksueel geweld geweest? Dus dat (lacht) was ook was  
863 onderzoek naar gedaan. Want als je dat benoemd bij een kennismakingsgesprek, een soort  
864 vinkenlijstje. Dan hoeft je daar helemaal niet op door te gaan. Maar dan hebben mensen wel  
865 het idee van. Oh hè daar kan ik op terugkomen? Dat is een item blijkbaar. Maar, nou ja, dat  
866 zijn ook dingen waar, waar je mee je enthousiast mee start. Maar dan op een gegeven  
867 moment ook weer gewoon door de tijdsdruk. En ik denk nog steeds dat dat ook wel werkt. Een  
868 stukje.

869

870 **Nico (00:57:08 – 00:58:35)**

871 Daar snij je dus iets aan he. Ik denk dat dat werkt. De, die hele preventiewereld, zelfs binnen  
872 de NHG ze merkwaardig weinig belangstelling voor goede evidence die acties ondersteunt, dus  
873 bijvoorbeeld adviezen geven over leefstijl hè, euh, dat verwarren mensen. Euh, de de  
874 onderzoekers, de NHG dokters, et cetera. Dat iets een risicofactor is van groot belang met en  
875 dus moet je er wat van zeggen. Er wat van zeggen is een interventie. De eh het geweld  
876 waarmee je moet kunnen aantonen dat een medicijn voor prostaatproblemen ofzo helpt, dat  
877 is werkelijk buiten proporties. Maar goed, wel een goeie ontwikkeling. Dat is nergens voor  
878 nodig als je bij de leefstijlprogramma komt. Helemaal niet nodig. Geen literatuur nodig, alleen  
879 maar zeggen dat het belangrijk is. Dus d'r zit daar er zit daar schevigheid euh in. Euh wat je zou  
880 willen hebben is doelgerichte studies, namelijk veel inspanning bij rookstop bij jongelui.  
881 Vergeleken bij rookstop bij zestigers. Of rookstoppen bij mensen met klachten. Die studies zijn



882 er dus gewoon niet. Ze zijn er gewoon niet en ik zou dat heel graag weten, want dan kun je  
883 euh als vanouds bij klachten over roken beginnen als belangrijke risicofactor. Wat ik natuurlijk  
884 ook dee waar je je energie steken in eh de 10 jarige 15 jarige 20 jarige. En dan stoppen omdat  
885 aangetoond is dat bij 10 en 15 20 jarigen dat werkt. En dat onderzoek is niet gedaan. Gewoon,  
886 niet gedaan?

887

888 **Leni (00:58:35 – 00:58:36)**

889 Nee,

890

891 Even door elkaar gepraat en gelach

892

893 **Vera (00:58:41 – 00:58:52)**

894 Nee maar individuele maatregelen, individuele maatregelen zetten geen zoden aan de dijk he.  
895 Het enige wat helpt is het duurder maken en verbieden. Dat is eh, dat is wat helpt.

896

897 **Nico (00:58:53 – 00:58:54)**

898 Maar doe dat experiment dan. Doe, doe dat dan.

899

900 **Vera (00:58:55 – 00:59:04)**

901 Dat is gedaan, dat eh, dat zie je. Dat eh he, dat eh dat hoe, hoe, hoe is het percentage rokers  
902 gedaald? Niet omdat huisartsen anders adviezen hebben gegeven.

903

904 **Nico (00:59:05 – 00:59:14)**

905 Dat weet je niet. Het is erna gebeurd, maar niet er door. Hetzelfde geldt voor doodgaan aan  
906 vaccineren. Je gaat dood na vaccineren, maar niet door vaccineren. Die studies

907

908 **Vera (00:59:14 – 00:59:34)**

909 Volgens mij is er wel vanuit epidemiologisch oogpunt zijn er wel onderzoeken gedaan ook wel  
910 tussen landen vergeleken hoe het beleid is, zij vergeleken met accijnsverhoging, euh

911 beschikbaarheid euh. Nou, ik heb daar geen, geen onderzoek naar gedaan, maar volgens mij is  
912 daar wel studies over of die goed zijn weet ik niet.

913

914 **Inge (00:59:35 – 00:59:54)**

915 En ja, d'r is over effecten van preventie een deelrapport van Uh Volks, volksgezondheid  
916 toekomstverkenning. En die doet inderdaad vergelijkend onderzoek met landen om ons heen.  
917 En dat euh vergelijkt dan landen op het gebied van wetgeving, euh prijzen, accijnzen, euh  
918 landelijke campagnes et cetera.

919

920 **Vera (00:59:54 – 01:00:01)**

921 Niet meer mogen roken op je werk is volgens mij een hele effectieve maatregel ja uhm.

922 Dat euh

923

924 **Nico (01:00:02 – 01:00:05)**

925 Dat moet je me dan eens toesturen, ben benieuwd. Dat zou de eerste studie zijn die effect laat  
926 zien.

927

928 **Inge (01:00:06 -01:00:07)**

929 Ja, ik, ik het is wel een hee ra

930

931 **Nico (01:00:07 – 01:00:11)**

932 Eén mens redden. Dat zouden we niet meer doen.

933

934 **Inge (01:00:12 – 01:00:15)**

935 Ja, want euh. Dat is een rapport uit 2010 al.

936

937 **Nico (01:00:16 – 01:00:17)**

938 Stuur, stuur de link maar.

939

940 **Inge (01:00:17 – 01:00:18)**

941 Zal ik je toesturen he want euh

942

943 **Nico (01:00:19 – 01:00:49)**

944 **Onverstaanbaar** Je screent niet op longkanker, je screent niet op blaaskanker je screent ook  
945 niet op een licht verhoogd suiker. Die drie studies zijn gedaan en het werkt niet en als het  
946 werkt, dan kost het heel veel geld per gewonnen leven. Je screent wel op coloncarcinoom.  
947 Kosten iets van vijftigduizend per gewonnen leven en je screent op borstkanker ook iets  
948 dergelijks. Dat zijn fraaie studies eh zo wil je massaal miljoenen investeren in preventieve  
949 activiteit. Die bodem ontbreekt, maar misschien is jouw studie iets wat ik gemist heb. Dat zou  
950 kunnen.

951

952 **Inge (01:00:50 – 01:01:14)**

953 Ik zal het je toesturen Nico. Het is wel een interessante om te lezen. Maar Vera, want we  
954 waren toch eigenlijk bezig met jou. Ben jij in de loop van je van je carrière ook daadwerkelijk  
955 anders gaan denken over eh de medische gevolgen van roken en eh en vond je ook dat  
956 preventie onderdeel moest uitmaken van je vak?

957

958 **Vera (01:01:15 – 01:01:20)**

959 Ja, maar er is alleen een de op de manier zoals we het er net over hadden bij mensen met met  
960 klachten dat je dan

961

962 **Inge (01:01:20 – 01:01:20)**

963 Ja

964

965 **Vera (01:01:21 – 01:**

966 dan ging uitleggen

967

968 **Inge (01:01:23 - 01:01:23)**

969 Anticiperend

970

971 **Vera (01:01:23 – 01:02:16)**

972 ging kijken hoe je ze kon stimuleren om te stoppen. Euh niet om zelf actief stoppen met roken  
973 cursussen of publiciteit of wat dan ook aan te bieden. En ja, in de loop der jaren, ik heb echt,  
974 echt een godsgruwelijke hekel aan roken, dus ik vind het zo vies en ik vind het zo. Dus ik heb Ik  
975 heb ook krijgt ook een hekel aan mensen die roken. Nou dat is ook euh, das niet altijd  
976 makkelijk als ook in je eigen omgeving gerookt wordt. Maar euh, euh dat kleurt wel natuurlijk  
977 ook je handelen. Dat is gewoon zo uh dat, dat ook je opmerkingen die je naar mensen maakt  
978 dus dat euhm ja uhm vond ik altijd wel lastig hè van wat is nou uhm. Ik, ik heb ook moeite met  
979 mensen die verslaafd zijn. Ik vind het een alcoholist vind ik ook vreselijk.

980

981 **Inge (01:02:17 – 01:02:17)**

982 Ja

983

984 **Vera ( 01:02:18 – 01:02:22)**

985 Uhm dat, daar ben ik geen goede dokter voor eh. Lacht.

986

987 **Leni (01:02:24 – 01:02:25)**

988 Dat gaat moeilijk

989

990 **Nico (01:02:26 – 01:02:27)**

991 Daar verschillen dokters erg in.

992

993 **Vera (01:01:27 – 01:01:27)**

994 Um??

995

996 **Nico (01:02:29 – 01:02:30)**

997 Daar verschillen dokters erg in.

998

999 **Vera (01:02:30 – 01:02:31)**

1000 Ja

1001

1002 **Nico (01:02:31 – 01:02:52)**

1003 Ik vond het leuk van duowerk. De klanten waar (noemt nu naam collega) uitslag van kreeg  
1004 vond het leuk. En andersom. Dus die die klagende hangers, die temers. De passieve  
1005 afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Sorry, zo moet ik het noemen. Nou (naam collega) die  
1006 kon er mee lezen en schrijven. Die had er een pret zeg. En ik vond de cocaïne verslaafde en de  
1007 drinkers vond ik prachtig volk. Gaf die maar aan mij. En dat selecteerde zich dus uit in onze  
1008 duopraktijk.

1009

1010 **Inge (01:02:53 – 01:02:54)**

1011 In je populatie

1012

1013 **Vera (01:02:58 – 01:03:03)**

1014 Ja ja, maar het maakt wel dat je dus de ja ook wel beperkt bent dan in je steun wat je geeft aan  
1015 mensen die willen stoppen.

1016

1017 **Nico (01:03:04 – 01:03:04)**

1018 Ja, ja

1019

1020 **Vera (01:03:05 – 01:03:09)**

1021 Dat is dat je dan toch zoiets hebt van nou ja na de zoveelste keer hoef je niet meer langs te  
1022 komen, ha, ha

1023

1024 **Inge (01:03:10 – 01:03:11)**

1025 Daar heb je er weer een, dat ha, ha

1026

1027 **Vera (01:03:14 – 01:03:28)**

1028 En euh ja en dat ik er ook wat treurig van werd he zijn met name bij ouders met kinderen of bij  
1029 zwangeren. Dat, dat mensen dan euh echt niet konden stoppen. Ja, ik denk dat ik te weinig  
1030 oog heb gehad voor het verslavend effect daarvan

1031

1032 **Inge (01:03:29 – 01:03:39)**

1033 En Theo, hoe zijn jouw ervaringen, eigenlijk dezelfde vragen? Ben je anders gaan denken en  
1034 vond je dat het een onderdeel van je vak moest zijn?

1035

1036 **Theo (01:03:40 – 01:06:47)**

1037 Nou, ik realiseerde me net dat wij dat ik eind tachtiger jaren 89 ofzo deden wij in Haarlem een  
1038 nascholingscursus cardiologie. Dat was een kleine groep huisarts onder leiding met een  
1039 programma . georganiseerd of gemaakt door een huisarts en een cardioloog. Onze eigen  
1040 cardioloog in het ziekenhuis waar ik meestal mee samenwerkte. En dus dat was een klein  
1041 groepje waar we intensief bezig waren. En daar kwam wel, daar kwamen wel de gevolgen van  
1042 roken naar voren. En in die periode, in die tijd rookte ik nog. En toen vanwege of liever gezegd  
1043 tijdens die nascholingsbijeenkomsten hebben wij toen een aantal huisartsen tegen elkaar  
1044 gezegd. God, we moeten toch eigenlijk ook eens wat aan onze gezondheid gaan doen. En toen  
1045 zijn we met een groepje gaan hardlopen. En als ik dan dat hardlopen was op het traject vlakbij  
1046 mijn huis en praktijk. En als ik dan terugkwam van het hardlopen, stak ik een pijp op. En toen  
1047 dacht ik ja, als je nou gaat hardlopen voor je gezondheid en je gaat dan meteen daarna een  
1048 pijp roken. Dat lijkt me niet de goeie volgorde. En toen pas was ik er van overtuigd dat stoppen  
1049 met roken wel zou lukken. Ik had al een paar keer een poging gedaan en tot groot genoegen  
1050 van mijn eega en kinderen was ik daarna weer gaan roken, want ik was kennelijk niet te  
1051 genieten tijdens de periode dat ik stopte. Maar die vierde keer, toen was ik zelf ervan  
1052 overtuigd dat het nodig was om te stoppen met roken voor ja mijn gezondheid. Toen is het  
1053 gelukt. En dat heb ik weer meegenomen in de praktijk. Ik ben overigens vrij kort daarna een  
1054 periode uit het huisartsenvak gegaan. En in een verpleeghuis gewerkt in een  
1055 managementfunctie en nou daar werd gerookt door de dames verzorgenden. Toen eigenlijk  
1056 allemaal dames. Die kamers kon je niet inkomen als ze daar de pauze hadden. Dat was echt  
1057 nou mist. Frans zei het daar ergens van een kamer. Maar toen ik daarna weer terugkwam in  
1058 het huisartsenvak hier in Almere. Toen was stoppen met roken voor mij wel een item. En wat  
1059 ik wel adviseerde, waarbij ik nog ook altijd aangaf dat, aangaf dat ze niet moesten stoppen  
1060 omdat ik het zei, maar omdat ze zelf wilde stoppen. Want ik ben ervan overtuigd dat dat enige  
1061 mogelijkheid is om te stoppen. Dat jezelf echt wil stoppen, niet omdat weet ik veel wie tegen  
1062 je gezegd heeft dat je moet stoppen. En ik denk dat het inderdaad helpt als de behandelend  
1063 specialist. Want ook dat heb ik vaak gehoord.

1064 Ja, maar de dokter in het ziekenhuis. Die zei d'r niks van. Als ik dan weer riep van nou het is  
1065 misschien wel verstandig om te stoppen met roken. Dat helpt wel als de artsen zeggen het is  
1066 verstandig als u stopt met roken wat betreft of dat nou een programma moet worden. Ik kan  
1067 me nog herinneren dat we op een gegeven moment werd preventie een taak voor de huisarts.  
1068 Gestimuleerd door de NHG of LHV leden dat weet ik niet meer.

1069

1070

1071 **Inge (01:06:47 – 01:06:47)**

1072 NHG

1073

1074 **Theo (01:06:48 – 01:07:05)**

1075 Kort daarna werd ook dat weer geschrapt, want wij mochten dat wel gaan doen. Een extra  
1076 taak preventie. Maar het betekende niet dat er een extra betaling aan gekoppeld was. En dat  
1077 was als ik me goed herinner toen de reden dat de NHG of LHV dat gecanceld heeft.

1078

1079 **Versillende deelnemers (01:07:06 -01:07:08)**

1080 Ja, ja, klopt

1081

1082 **Theo (01:07:08 – 01:07:12)**

1083 Ja dus in die zin is mijn gedachten over roken veranderd. Dat is helder.

1084

1085 **Inge (01:07:13 – 01:07:24)**

1086 Ja, ja en ook jou en je vond ook echt wil dat het een onderdeel van je huisartsenvak was om  
1087 dan zo nu en dan tegen patiënten dat het beter was om te stoppen.

1088

1089 **Theo (01:07:23 – 01:07:23)**

1090 Ja, ja

1091

1092 **Theo (01:07:24 – 01:**

1093 Bij die patiënten waarvan je dacht nou, dat gaat niet goed, longen, hart of wat dies meer zij. Ja,  
1094 dan maakte je daar ook wel opmerkingen over. En als iemand vroeg van kan je me daarbij  
1095 helpen, dan wilde ik in die eerste tijd nog wel eens wat van dat kauwgumachtige spul eh  
1096 adviseren of voorschrijven. Alhoewel ik zelf altijd de indruk had gehad dat dat geen fluit helpt.  
1097 Maar goed, dat is uh, maar er waren niet echt programma's om te stoppen met roken.

1098

1099 **Inge (01:07:51 – 01:07:51)**

1100 Nee, dat was er nog niet

1101

1102 **Theo (01:07:53 – 01:07:56)**

1103 Dat is gekomen toen de praktijkondersteuners en zo zich daarmee bezig ging houden.

1104

1105 **Inge (01:07:57 – 01:07:58)**

1106 Ja, en Bert?

1107

1108

1109 **Bert (01:07:59 – 01:08:44)**

1110 Ikke, ik zei even op het laatste dat een gewone kauwgum net zo effectief was als die je  
1111 Nicotinell kauwgumpjes. Omdat een deel van de verslaving was een een soort armoede in  
1112 bewegen en iets in je mond stoppen te doorbreken. En dat dat, dat dat stimulans was om euh,  
1113 te te roken en dat, dat werkte wel vaak. Zelf was ik, ik heb eerst sociologie gestudeerd voordat  
1114 ik medicijnen ging studeren. en ik was een adept van Ivan Illich. En die had het over een  
1115 medische iatrogenese en dus over de schadelijke werking van de gezondheidszorg op de  
1116 gezondheid van eh van mensen.

1117

1118 **Inge (01:08:45 – 01:08:46)**

1119 Ja

1120

1121 **Bert (01:08:47 – 01:11:10)**

1122 En dat was ook wel een een dilemma als het om preventie ging. Want waar heb je het over?

1123 Maar een ander verhaal was de schadelijke invloed van de ja, de, de samenleving waarin je



1124 leeft. Het werk wat je doet en de mensen met wie je omgaat en komt. Kinderen gaan met  
1125 rokende ouders om, mensen werken bij de hoogovens. Nico en ik hebben er in het begin van  
1126 Almere. Mensen wonen in huizen met formaldehydeplafonds en moet nou de huisarts dan  
1127 daar een cruciale rol in spelen? Aan de ene kant vond ik het van wel. Ik vond de  
1128 jeugdgezondheidszorg heb ik ook heel lang uhm en met, met heel veel enthousiasme gedaan.  
1129 Want vanuit de medische sector stond de huisarts natuurlijk het dichtst bij de samenleving,  
1130 veel dichterbij dan medisch specialisten. Dat begon met het micro milieu, de kinderen he. Dat  
1131 de, dat de specialist aan iemands vroeg hoe het met zijn partner of zo was, dat was natuurlijk  
1132 echt een zeldzaamheid. Maar als huisarts was je vooral ook nog gezinsarts. He en pas ja in  
1133 Filmwijk kregen kreeg ik voor het eerst eigenlijk te maken met de splitsing van het idee van  
1134 een gezinsarts. omdat vrouwen wilden een vrouwelijke huisarts. Nou ja, dan heeft het gezin  
1135 twee huisartsen. Een vrouwelijke voor de vrouw en de anderen die blijven dan maar gewoon,  
1136 die man wilde gewoon bij mij blijven weet je niet. En daarmee was het idee van die van, van  
1137 een ook een hoeder van een soort kleine samenleving. Was uhm was wel een belangrijke idee  
1138 in mijn in mijn denken. En je ziet bij roken ook dat de het appel op de schade die rokers andere  
1139 mensen aandoen eigenlijk een veel groter maatschappelijk effect heeft gehad dan het feit dat  
1140 je als roker jezelf schade aandoet. De hele wettelijke het het hele wettelijke verbod op roken is  
1141 gebaseerd op dat je anderen schade aan doet en niet op dat je zelf schade aandoet. Nou dat  
1142 betekent. natuurlijk meteen ook wel de de zwakte van het medische model met betrekking tot  
1143 het euh, het, het het interveniëren in het roken. En wat dat betreft is het natuurlijk wat Nico  
1144 ook zegt. Dat klopt, want die interventie, die interventies die zijn gewoon heel zwak, ja.

1145

1146

1147 **Inge (01:11:12 – 01:11:12)**

1148 Ja

1149

1150 **Bert (01:11:13 – 01:11:34)**

1151 Maar ja het is niet, als de huisarts die plek in de samenleving in dat, dat, dat, dat heb ik zelf  
1152 daarom ben ik ook naar Almere gekomen omdat ik dacht dat wij daar iets meer invulling aan  
1153 zouden gaan geven dan dat dat in de in de praktijk zoals die tot dan toe euh in de solistische  
1154 euhm vorm tot uitvoering kwamen.

1155

1156 **Inge (01:11:36 – 01:11:39)**

1157 Ja, dank je. Frans?

1158

1159 **Frans (01:11:40 – 01:15:19)**

1160 Ja, nou aansluitend op Bert zegt heb ik ik ben wel erg trots, ik ben nooit echt nooit gerookt.  
1161 Maar in de loop van elk jaar deed ik nieuwe cursussen dan oefenen bij nou spirometrie in het  
1162 kader van het astma-COPD spreekuur die je wilde opzetten. Er werd mij verteld door de  
1163 longarts van meneer u heeft erg veel longschade door roken. Zeg heb nooit gerookt. Ik heb me  
1164 wel gerealiseerd dat mijn omgeving mij dus wel degelijk veel schade heeft berokkend en  
1165 daarom ben ik blij dat de samenleving ja rookvrije ruimtes (een woord onverstaaanbaar). roken.  
1166 Dat ik denk dat daar ook waarschijnlijk de meeste drive is geweest om roken en vanuit een  
1167 ander perspectief te zeggen; Je kan een ander beschadigen en je moet het dus niet doen in  
1168 vergaderruimten, niet in klaslokalen en je moet het vooral buiten doen. Later zie je ook dat  
1169 gezinnen langzaam maar zeker steeds meer zijn buiten gaan roken. En dat is denk ik ja. Verder  
1170 als huisarts zijnde ja geef ik aandacht aan roken en euh. Nou ik weet heel goed uit mijn  
1171 omgeving als je verslaafd bent is het verschrikkelijk moeilijk, want ik heb altijd gezegd er is er  
1172 een die kan stoppen en dat ben jezelf. En als je er hulp bij nodig hebt kan je erover praten.  
1173 Allan Carr, nicotine, Champix. Als een patiënt tegen mij zegt, dokter dit laatste Champix dat is  
1174 het geweest, dan zeg ik prima compliment, maakt niet uit wat. Ja, het gaat erom dat die, naar  
1175 mijn gevoel als je als verslaafd persoon die keuze maakt op momenten in je leven dat iets  
1176 gebeurt, dat het dus kan. Maar je blijft verslaafd. Dat is de essentie. Als je eenmaal verslaafd  
1177 bent al ben je tien jaar gestopt met roken dan kun je nog dromen van een kopje koffie en een  
1178 sigaretje. En het, en het is ook naar mijn gevoel en dat heb ik ook altijd dikwijls gezegd het is  
1179 een gedragsprobleem en dit gedrag moet veranderen. Je moet stoppen met roken maar als je  
1180 je gedrag niet verandert en dan dan dan. Dan zit je nog steeds met je verslaving en zit ze tegen  
1181 druk om dat die sigaret er wel moet komen. En die komt er ook. Want als je 's avonds niks  
1182 meer hebt dan loop je stad en land af om aan sigaretten te kopen. Er moet toegegeven mijn  
1183 collega XXX is heel vaak gestopt en is ook helemaal gestopt. Toen wij later zijn bureau  
1184 opruimde, toen had je van die hangmappen en achter de laatste hangmap lag nog de laatste  
1185 pak shag.

1186

1187 Deelnemers lachen

1188

1189 (onverstaaanbaar) en ik herinner mij wij hadden dan wel bijeenkomsten en een euh ja, huisarts  
1190 XX en huisarts XY als die binnenkwamen en dan keken die met flitsende ogen. Links, rechts  
1191 waar huisarts ZZ zat. Die had shag. Ja ligt thuis zegt ie, ik stop met roken, maar dan willen ze  
1192 toch even. Zeg ja vreselijk. Vreselijk. Maar daar moet ik aan, dat herinner ik mij dan die  
1193 flitsende oogjes. Kijk, hier is nog shag. En huisarts XX in zij la achterin dat daar de laatste shag  
1194 lag. Ja.

1195

1196 Deelnemers lachen

1197

1198 Het is verschrikkelijk moeilijk en daarom is de plek als huisarts zijnde is aansluitend op wat de  
1199 samenleving doet, aansluiten wat ziektebeelden doen en uitleggen en ook wat Leni zegt dat er  
1200 steeds meer duidelijk is dat alle ziektes gerelateerd roken. En ja, en iemand die euh, euh een  
1201 moeilijke tijd heeft met een rectumcarcinoom en eenzaam is en verschrikkelijk moe. Moeite  
1202 heeft met het stoppen met roken en hoogbejaard is dan zeg, zegt internist meneer u moet  
1203 maar gaan roken. Dat is toch het beste? Dus je moet, je moet wel een beetje maatwerk geven.

1204

1205 **Bert (01:15:20 – 01:15:20)**

1206 Hmm, hmmm

1207

1208 **Inge (01:15:20 – 01:15:36)**

1209 Ja ja, mooi. Euhmm als je dan op een gegeven ogenblik toch advies gaf he om te stoppen met  
1210 roken, maakte dat dan uit of je dat aan een vrouw deed of een man. Daar ben ik ook wel  
1211 nieuwsgierig naar van van

1212

1213 **Bert ( 01:15:36 – 01:15:38)**

1214 Nou bij mij niet hoor.

1215

1216 **Inge (01:15:38 – 01:15: 38)**

1217 Bij jou niet

1218

1219 **Nico (01:15:39 – 01:15:40)**

1220 Waar heb je dat idee vandaan?

1221

1222 **Inge (01:15:42 – 01:15**

1223 Nou Euh. Bijvoorbeeld in het buitenland euh werden wel eens vrouwen ontslagen als ze  
1224 rookten bijvoorbeeld. Hè dus, dus dat, dat varieert wel. En vrouwen die kunnen zwanger raken  
1225 natuurlijk. Dus dan kun je als huisarts daar op een andere manier naar kijken.

1226

1227 Wat door elkaar gepraat

1228

1229 **Inge (01:16:09 – 01:16:10)**

1230 Wacht even hoor, Leni ik eh ik versta je niet.

1231

1232 **Leni (01:16:11 – 01:16:15)**

1233 Ik, zei ik ik had net zo'n verbaasd gevoel bij die vraag als Bert en Nico.

1234

1235 **Inge (01:16:15 – 01:16:40)**

1236 Noi ik las nou echt een aantal artikelen dat dat euh in Amerika werden vrouwen na de Tweede

1237 Wereldoorlog weliswaar, maar die werden werden ontslagen omdat ze rookten. Euh, nou ja,

1238 vrouwen kunnen wat ik zeg zwanger raken of zwangere vrouwen. Ik kan me voorstellen dat je

1239 daar. Dat hebben jullie al enigszins aangegeven. Euh dat je dan toch wel moeite hebt als

1240 iemand gewoon door blijft roken.

1241

1242 **Nico (01:16:41 – 01:16:43)**

1243 Ja, maar da's zwangerschap, da's wat anders.

1244

1245 **Inge (01:16:43 – 01:16:43)**

1246 Ja maar ja, dat gebeurt

1247

1248 **Nico (01:16:44 – 01:16:47)**

1249 Fout thema van je gewoon schrappen. Nee, antwoord is nee.

1250

1251 **Inge (01:16:48 – 01:16:48)**

1252 Nee ok!

1253

1254 **Nico (01:16:49 – 01:16:50)**

1255 Volgend onderwerp

1256

1257 **Inge (01:16:51 – 01:16:51)**

1258 Lacht

1259 **Vera (01:16:53 – 01:17:31)**

1260 Ik kan me niet voorstellen. Maar ik weet het, ik weet niet of het een verschil uitmaakt. Maar  
1261 als je het zo vraagt, zou dat je ook wel toch inschat dat mannen toch wat moeilijker stoppen  
1262 dan vrouwen. Maar dat weet niet of dat waar is, maar dat dat soort beelden wel een rol  
1263 spelen. En euh om dat vrouwen ook vaak later begonnen zijn. Maar ik weet niet of dat bij mij  
1264 zo echt euh. Het is meer daarover nadenkend hè of het euh, dat je wel wat verschillen hebt.  
1265 Maar uhm ja, je hebt ook stock verslaafde vrouwen en euh en het euh is dat ze die ook  
1266 gewoon niet konden stoppen en.

1267

1268 **Leni (01:17:32 – 01:18:00)**

1269 En jawel, er is wel onderzoek gedaan naar verslaving naar alcoholverslaving bijvoorbeeld dat  
1270 euh vrouwen dan euh. beter reageren op, op euh internet therapie bijvoorbeeld. En mannen  
1271 beter op face to face therapie dus. En daar is wel echt onderzoek naar gedaan. Maar over  
1272 roken?

1273

1274 **Inge (01:18:01 – 01:18:15)**

1275 Nee, nee en ik vraag het ook omdat ik me, ik herinner mezelf dat dat vroeger euh, een rokende  
1276 vrouw op straat als ordinair werd beschouwd en als een man op straat rookte. Was het euh.

1277

1278 **Bert (01:18:16 – 01:18:16)**

1279 Normaal

1280

1281 **Inge (01:18:16 – 01:18:16)**

1282 Normaal

1283

1284 **Vera (01:18:18 – 01:18:24)**

1285 Vrouwen hadden natuurlijk wel een achterstand in te roken, maar ik denk in onze tijd was het  
1286 toch al wel heel gewoon.

1287

1288 **Nico (01:18:25 – 01:18:35)**

1289 Voor onze tijd andere cultuur. Er zit wel verschil in soorten verslaving tussen mannen en  
1290 vrouwen, dat wel, maar dat heeft het bij mij nooit invloed gehad op de manier waarop ik er  
1291 naar kijk.

1292

1293 **Vera (01:18:36 – 01:18:38)**

1294 Maar hoe bedoel je dat Nico, een soort verslaving?

1295

1296

1297 **Nico (01:18:41 – 01:19:03)**

1298 Nou euh, gokken bijvoorbeeld, dat zie je heel veel bij vrouwen, ook al bij mannen, maar heel  
1299 veel bij vrouwen. Bij alcohol zijn de cijfers verschillend, maar de verslaving is exact hetzelfde.  
1300 En roken? Ik heb daar weinig verschil voor gezien. Helemaal het begin natuurlijk wel, maar  
1301 later eigenlijk hetzelfde. Hetzelfde beeld. Die verslaving zijn hetzelfde. Koopziek, dat zijn meer  
1302 vrouwen dan weer mannen. Dus die cijfers verschillen wat. Maar de aard verslaving? Exact  
1303 hetzelfde.

1304

1305 **Leni (01:19:03 – 01:19:10)**

1306 Ja, maar de aan of de aanpak dan ook anders moet zijn.

1307 Nou ik heb het in ieder geval nooit bedacht dat ik dat anders zou moeten aanpakken

1308

1309 **Inge (01:19:11 – 01:19:53)**

1310 Oké, nee, nee maar goed om en dan heb ik dat even helder. Dat is ook belangrijk. Over die  
1311 anticiperend geneeskunde hebben we het al gehad. Uhm, vanaf welke periode euh hadden  
1312 jullie als dokter meer de indruk van van euh nou, roken is echt een verslaving? We moeten  
1313 echt wat meer naar het verslavingsaspect kijken. Wat, wat Nico eigenlijk daarnet ook een  
1314 beetje aanstipte. Want wat voorheen hè je zag al die jaren 60-70 was er toch meer een  
1315 gewoonte werd, werd het meer gezien. En pas later werd het wat als een euh meer als een  
1316 verslaving bestempeld dat is eigenlijk veel later gekomen.

1317

1318 **Nico (01:19:53 – 01:19:54)**

1319 Jaren 80, jaren 90. Zoiets?

1320

1321 **Inge (01:19:55 – 01:20:01)**

1322 Ja, zoiets. Dat, dat het wat meer het, het etiketje verslaving kreeg.

1323

1324 **Frans (01.20.04 – 01:20:18)**

1325 Als het eerst een gewoonte is en je gaat dan proberen mensen te overtuigen dat het beter is  
1326 om te stoppen en denk je dat ze verslaafd zijn. Als niemand wordt aangesproken over het feit  
1327 dat het zou best eens goed zijn om te stoppen met roken ja, dan is er geen probleem. Dan rook  
1328 je of je rookt niet.

1329

1330 **Inge (01:20:19 – 01:20:19)**

1331 Ja

1332 **Frans (01:20:20- 01:20:43)**

1333 En later is het duidelijk zeg euh, ja, wacht even je kan niet zo makkelijk stoppen, want je bent  
1334 verslaafd. Er zijn mensen die makkelijk stoppen, die bijvoorbeeld alleen bij wijze van spreken  
1335 met Kerstmis een glaasje wijn drinken en anderen die beginnen met een glaasje wijn na na  
1336 weken aan een fles jenever zitten. Dat verslavingsaspect is gewoon soms onafhankelijk van het  
1337 gebruik.

1338

1339 **Bert (01:20:45 – 01:21:19)**

1340 Na wat mij wel, wat mij wel nu zo voor de geest staat, is dat bijvoorbeeld de Jellinek of andere  
1341 euh verslavingsklinieken wel programma's hadden voor euh drugs en alcohol, maar niet voor  
1342 roken. Je kon er geen rokers naartoe verwijzen in mijn tijd. Misschien is het later, want ik ben  
1343 tuurlijk al een tijd geleden gestopt met, met de praktijk. Maar volgens mij is er nooit van  
1344 gekomen dat er echte uhm verwijzingsindicaties waren, roken. Om te verwijzen naar de  
1345 Jellinek.

1346

1347 **Leni (01:21:19 – 01:21:22)**

1348 Nu ja, dat is echt pas van de laatste twee, drie jaar he.

1349

1350 **Bert (01:21:23 – 00:21:24)**

1351 Ja, ja precies.

1352

1353 **Inge (01:21:24 – 01:21:37)**

1354 En dat is natuurlijk ook in het nieuwe zorgprogramma wat we net hebben ontwikkeld. De nu  
1355 pas heeft de GGZ eigenlijk een rol bij het begeleiden bij het stoppen met roken. Dat was  
1356 voorheen, hadden die daar geen rol bij?

1357

1358 **Leni (01:21:38 – 01:22:20)**

1359 Nee, nee, nee, want jij had het er net Frans over verandering van gedrag daar, daar eh was je  
1360 meer op gericht, want we hebben natuurlijk eindeloos. Euh, de euh praktijkondersteuners en  
1361 vroeger de assistentes toen ze diabetes spreekuur deden. Want daar moesten de mensen ook  
1362 stoppen met roken en dan deden we een bijscholing over motiverende gespreksvoering. Dat  
1363 ging echt over uhm mensen moesten intrinsiek gemotiveerd zijn en dan konden ze hun gedrag  
1364 wel veranderen. Da's is toch een andere benadering dan de laatste paar jaar dat je een echte  
1365 verslaafde, dat je dat echt door de GGZ laat begeleiden. Dat is uhm

1366

1367 **Frans (01:22:21 – 01:22:31)**

1368 Ik heb wel nog meegemaakt via de assistentes dat ze opgeleid werden, in de minimale  
1369 interventiestrategie. Dat dat dan, werd gezegd, dat dat voor sommige mensen ook werkte. Euh

1370

1371 **Leni (01:22:31 – 01:22:47)**

1372 Maar dat is inderdaad het benoemen en eh dat even dat dat het kwartje valt, maar echt voor  
1373 het als een verslaving zien dat wisten we wel, maar dat het ook echt door verslavings de zorg  
1374 laten behandelen?

1375

1376 **Bert (01:22:48 – 01:22:48)**

1377 Nee, nee

1378



1379 **Inge (01:22:48 – 01:22:50)**

1380 Dat was gewoon later he

1381

1382 **Leni (01:22:51 – 01:22:52)**

1383 Ja, heel erg kort nog maar

1384

1385 **Frans (01:22:53 – 01:23:21)**

1386 Wel waarom, waarom ik het ook als gedrag zie euh een probleem, want kijk euh voordat de  
1387 GGZ die een rookverslaving is gaan branden hadden ze ook al internetverslaving als euh mogen  
1388 behandelen euh doen. Omdat dat, dat ook heel verslavend is blijktbaar. D'r zijn dus allemaal  
1389 andere dingen waar je verslaafd aan kunt zijn. Niet alleen met alcohol, roken, drugs, ook  
1390 gewoon ja een bepaald eh soort gedrag, wat zeer storend is in iemands leven.

1391

1392 **Bert (01:23:22 – 01:23:48)**

1393 En waarbij de bij de bij de drugsverslaving was natuurlijk de consequentie van de verslaving,  
1394 namelijk eh financiële problemen, criminaliteit. Dat was een veel grotere, maatschappelijke  
1395 druk.

1396

1397 **Andere deelnemers**

1398 Ja

1399

1400 om daar ook aan op te interveniëren en de bij alcoholisme, het uitval in de in de

1401 In werksituatie dan euh dan wat roken voor consequentie had in het maatschappelijk verkeer

1402

1403 **Leni (01:23:48 – 01:23:49)**

1404 En sterker dan zorg

1405

1406 **Bert (01:23:50 – 01:23:52)**

1407 Als je hele industrieën draaide daarop he

1408

1409

1410 **Inge (01:23:53 – 01:23:58)**

1411 Ja, maar dat is zo. Uh Theo heb jij hier wat aan toe te voegen nog?

1412

1413 **Theo (01:24:00 – 01:25:42)**

1414 Nee, niet echt, ik denk dat het ze in dat verslavingsaspect, vooral een rol speelt dat artsen dat  
1415 langzaam als verslaving zijn gaan zien als ze als een soort ziekte. Het was toch vanuit nou ja,  
1416 waar ik het verhaal mij begon. Vroeger was je gewoon een slappe janus als je niet kon stoppen  
1417 met roken en dat had niks met verslaving of ziekte te maken. Je was gewoon een slappe dingetjes  
1418 en dat aspect is veranderd in de afgelopen jaren. En naja, ik denk dat dat voor mij eh zo ergens  
1419 eh in de periode is begonnen toen ik hier in Almere kwam werken. Dus zeg maar in 2000 dat,  
1420 dat je meer het besef kreeg van ja, ik kan dat wel zeggen van dan moet je even mee stoppen,  
1421 maar dat werkt niet zo bij een verslaving. En dat je daar dus meer energie in of zou meer  
1422 energie in gestopt moeten worden om daar van af te kunnen komen. Maar dat is dat is pas  
1423 later gekomen. Dit was wel euh, het was natuurlijk ook een, dit was wel een, een en een  
1424 volksverslaving hè? Van, van na de Tweede Wereldoorlog rookte, naja je hebt net zelf al  
1425 gezegd geloof ik, een zeer groot percentage mensen is in die tijd gaan roken. En als je als kind  
1426 eh met je dertiende, veertiende, vijftiende jaar je eerste sigaretje ergens kon, stiekem kon  
1427 roken, nou dan was je een hele knaap geworden. Dat was hartstikke fantastisch. En met je  
1428 18de dan mocht je zeker roken, want dan was je volwassen. Nou dan hoorde je d'r pas bij en  
1429 om. Om zo'n gedrag, ja, maar is dat nog gedrag? Dat dat is helemaal geïnstitutionaliseerd in  
1430 het lijf, in het leven om daarmee.

1431

1432 **Bert (01:25:42)**

1433 Ik, ik herinner me nog heel goed. Ik was spoorstudent toen ik medicijnen ging studeren, want  
1434 ik woonde, woonde gewoon nog in Tilburg. En dan s morgens om 7 uur in de trein van Tilburg  
1435 naar Nijmegen. En dan was gewoon negentien, waren zes plaatsen waar je waar je niet mocht  
1436 roken en 100 waar je wel gerookt werd. Enne ja, euh die die die trein die stond echt blauw van  
1437 de rook. Helemaal, helemaal.

1438 **Inge (01:26:08 – 01:26:09)**

1439 Ja rookcoupés he had je dan gewoon ha, ha.

1440

1441 **Bert (01:26:10 – 01:26:21)**

1442 Rookcoupes, de hele trein was rook. Je had twee, je had twee niet rokencoupes. Je had aparte  
1443 zespersoons euh coupes. Dat was niet roken, en de rest was allemaal roken.

1444

1445 **Theo (01:26:22 – 01:26:38)**

1446 Ach, hoelang, hoelang geleden is het dat als je in als je ging vliegen dat je toch erg moest  
1447 zorgen dat je voor in het vliegtuig zat? Want als jij eenmaal vloog dan mocht er gerookt  
1448 worden. En die rook, die ging naar achterin dat vliegveld vliegtuig. Dat was niet om uit te  
1449 houden als je niet zelf rookte.

1450

1451 **Inge (01:26:39 – 01:26:39)**

1452 Ja

1453

1454 **Bert (01:26:40 – 01:26:40)**

1455 Ja, euh ongelooflijk

1456

1457 **Inge (01:26: 41 – 01:27:54)**

1458 Ja en en wat jij zegt eigenlijk Theo van van op een gegeven ogenblik werd of is roken  
1459 gemedicaliseerd he tot tot een soort ziekte. Zijn jullie het daar mee eens? Dat het, dat het

1460

1461 **Vera (01:26:55 – 01:28:07)**

1462 Euh, ik weet niet of het gemedicaliseerd is. Het euh kijk het, het, Theo gaf net het verschil wel  
1463 aan tussen die euh Frans euh, die minimale interventie strategie he. Dat is dat was eigenlijk  
1464 gebaseerd op het gegeven dat de huisarts invloed heeft en dat hij, als je tien keren iets zegt  
1465 dat het euh euh, toch bij sommige mensen net helpt om het duwtje te geven om aan die aan  
1466 dat ze stoppen te beginnen eh zonder dat dat je nou kan zeggen dat het een eh erg evidence  
1467 based effectieve interventie was. Maar het was meer zoiets van nou ja met alle pogingen is  
1468 daar heeft daar is de huisarts iemand die een beetje invloed uitoefenen. En daar was volgens  
1469 mij de minimale interventie strategie op gebaseerd en niet op het concept verslaving. Dat dat  
1470 vraagt natuurlijk een hele andere euh aanpak, aanpak. Want het, het euh benoemen van roken  
1471 als aan als rookverslaving is echt iets van de laatste jaren. Dat zei Leni ook al. Ja, ik weet niet of  
1472 je dat medicalisering moet noemen. Je kunt het ook een laat inzicht noemen?

1473 Euh, het is het als ja, als de hele maatschappij verslaafd is. Ja, dan is dat het euh, het het  
1474 normale gedrag, ha, ha.

1475

1476 **Inge? (01:28:07 – 01:28:09)**

1477 Ja, nee, dat is zo.

1478

1479 **Vera (01:28:10 – 01:28:37)**

1480 En, en nu vinden we het niet meer normaal euh of tenminste, nu is hè de meerderheid rookt  
1481 niet meer. En er is veel meer bekend over de kwalijke effecten euh op op nou ja op alle  
1482 lichamelijke processen. En ook veel meer bekend over de invloed die het heeft om zo vroeg in  
1483 de jeugd te beginnen. En en met ouders die je dus, we weten veel meer en, en daardoor ga je  
1484 het ook als als ziekte euh zien.

1485

1486 **Inge (01:28:38 – 01:28:39)**

1487 Ja, veel meer ja.

1488

1489 **Vera (01:28:39 – 01:28:45)**

1490 Dat medicalisering moet nu, nu ook gewoon. Ja, nieuwe kennis en inzicht ja.

1491

1492 **Frans (01:28:46 – 01:29:24)**

1493 De tabaksindustrie is een hele sterke industrie en die heeft er ook wel voor gezorgd dat via  
1494 reclame. Dat mag nu niet meer. De pakjes zien er steeds moeilijker uit en gevaarlijker dus. De  
1495 verstokte roker zal, euh de pakjes al in goud papier of weet ik wat verpakt worden, ze zullen  
1496 altijd blijven roken. En dat de prijs verhindert de rookverslaafde niet om te gaan roken. Die  
1497 blijft, blijkbaar is die verkoop van sigaretten is is nog steeds heel hoog. En met de verdenking  
1498 dat er stofjes in zitten die de rookverslaving misschien nog sterker maken.

1499

1500 **Inge (01:29:25 – 01:29:36)**

1501 Ja, ja, dat is zo. Nou, ik denk dat we wel, we, we vliegen er doorheen he. Want ik had veel  
1502 meer tijd uit euh gerekend.

1503

1504 **Leni (01:29:37 – 01:29:38)**

1505 Je moet het ook allemaal uittypen he Inge ha, ha

1506

1507 **Inge (01:29:39 – 01:29:42)**

1508 Nou weet je, Merlynn gaat me daarbij helpen. Dus dat vind ik wel heel fijn.

1509

1510 **Leni (01:29:43 – 01:29:46)**

1511 Het is wel heel veel, heel veel werk.

1512

1513 **Inge (01:29:47 – 01:29:55)**

1514 En, en tegenwoordig heb je ook eh tools die gesproken tekst om kunnen zitten naar  
1515 geschreven tekst. Dus daar gaan we wel gebruik van maken natuurlijk.

1516

1517 **Vera (01:29:56 – 01:30:18)**

1518 En misschien heb je het nog niet gehad. Ik één van die vragen was euh van hoe stel je het als  
1519 huisarts aan de orde is euh van? Wordt het ook geaccepteerd dat je daar als huisarts over  
1520 begint? Of wie? Heb je her recht als huisarts om het om de leefstijl van je van je patiënten aan  
1521 de orde te stellen he? Of,of is het op de autonomie van de patiënt om om nou ja zijn eigen  
1522 keuzes euh te maken?

1523

1524 **Inge (01:30:21 – 01:30:**

1525 Ja, dat is eigenlijk ons volgend thema hè van, van het handelen van van van. In hoeverre  
1526 hebben al die veranderde inzichten geleid tot toch andere acties? Inderdaad, wat je zegt van  
1527 van hoe moeilijk vond je dat ook? Hè, want het is ook wel inmenging hè kan ik me voorstellen.  
1528 Dat je een beetje bemoeit met iemand anders leven, leefstijl. Nico, hoe keek jij daar tegenaan?

1529

1530 **Nico (01:30:44 – 01:31:49)**

1531 Ik heb dat nooit een probleem gevonden, dat thema. Je bemoeit je met andere mensen. Het is  
1532 een beetje beeld wat Bert schetste. Je bent eh gezinsdokter en dus zeg ik wat ik er van vind.  
1533 Euh en dan die je je partner niet slaan en je kinderen netjes op te voeden. Stoppen met roken  
1534 als je vrouw zwanger is. Nou ja dat soort zaken. Dus ik heb daar nooit enige gêne in gehad om  
1535 hoe moet je dat zeggen, normerend, moraliserend uhm, wat van euh wat van te zeggen.

1536 Dat is in brede zin. Bedoel euh het ging niet alleen maar om de vraag die op tafel lag, maar ook  
1537 hoe het met oma was en ik wist dat daar een probleem was. Nou, dan zeurde ik daarover door.  
1538 En dat deed ik dan tijdens het luisteren naar het hoessie. Dat is euh twintig seconden werk.  
1539 Een andere tien minuten heb ik aan het andere problemen besteed. Moraliserend, normerend  
1540 en er wat van zeggen. Je moet je wel zin in hebben. En het moet een onderwerp zijn waar  
1541 waar je ook wat mee hebt. Je gaat niet overal over zeuren en het moet geen mevrouw of  
1542 meneer zijn waar je allergisch voor bent. Dus die die hangers en zo deed ik dat niet. Maar dat  
1543 deed XX (naam collega waar Nico duopraktijk mee had) dan wel.

1544 Andere deelnemers lachen

1545

1546 **Nico (01:31:49 – 01:31:49)**

1547 Vera, die heeft dat, ja

1548

1549 **Inge (01:31:50 – 01:31:52)**

1550 Ha, ha, ja dat deed XX (naam collega waarmee Nico een duopraktijk had)

1551

1552 **Nico (01:31:53 – 01:32:13)**

1553 ook met verslaafden en ik weer niet. Dus daar ging ik echt over euh, daar ging ik echt over effe  
1554 voor zitten. En ze bleven dus terugkomen. Ook de verslaafden, de gokkers, de drugstypetjes  
1555 euh, de alcoholisten allemaal. Dus blijkbaar had ik een een manier gevonden. Ik weet niet  
1556 waarin dat zat. Misschien omdat oprecht was. Ik weet niet precies wat het is. Euh, waardoor ze  
1557 daar vrede mee hadden.

1558

1559 **Inge (01:32:14 – 01:32:27)**

1560 Ja, want, want we hadden het daarnet al een beetje over eh therapeutische middelen of  
1561 interventies. En toen gaf je al aan, maar je had niet zoveel in handen om, om mensen te  
1562 ondersteunen bij het eh stoppen met roken. Want er was in die tijd nog niet zoveel, volgens  
1563 mij.

1564

1565 **Nico (01:32:28 – 01:32:31)**

1566 Daar geloofde ik inderdaad niet in. Nee, maar mijn eigen morele gezag, daar geloofde ik wel in.

1567

1568 **Inge (01:32:32 – 01:32:32)**

1569 Ja

1570

1571 **Nico (01:32:33 – 01:32:35)**

1572 De stroom gaat zwakjes. Je moet even de snoertje pakken.

1573

1574 **Inge (01:32:36 – 01:32:37)**

1575 Ja, pak jij even een snoertje.

1576

1577 **Leni (01:32:40 – 01:33:42)**

1578 Maar het hangt er, het hangt er ook een beetje van af welke iedereen elke arts heeft zijn eigen  
1579 modus en zijn eigen manier van omgaan met zijn met patiënten. Wat mensen ook verwachten  
1580 van ze. Ik bedoel patiënten van mij euh hadden nooit geaccepteerd als ik het deed op de Nico  
1581 manier. Dus dat van Nico accepteerde ze het wel omdat zij zijn patiënt waren. Dus je, je, je  
1582 hebt ook een soort van modus met elkaar. Uhm ik heb altijd van ja van ik vind niet dat ik mag  
1583 moraliseren. Van iets is goe dan vind ik. Dan vind je iets goed of slecht of euh ik geef advies  
1584 euhm ik probeer uit te leggen wat de risico's zijn. En mensen moeten daar zelf hun beslissing  
1585 over nemen. En daar kan ik ze bij helpen. Uhm maar dat was mijn manier. En dat en dat wisten  
1586 mensen van mij dat dat mijn manier was.

1587

1588 **Inge (01:33:42 – 01:33:44)**

1589 Dus dat was ook een verwachting van de patiënt echt?

1590

1591 **Leni (01:33:45 – 01:33:54)**

1592 Verwachting van de patiënten? Ik had nooit zo tegen mensen tekeer moeten gaan. Dus dat, ha  
1593 ha, dus ja.

1594

1595 **Inge (01:33:55 – 01:33:55)**

1596 Ja, dat is gewoon je eigen

1597

1598 **Leni (01:33:56 – 01:34:29)**

1599 Ook wat jezelf wat goed bij jezelf past. Wat je goed voelt denk ik. Dat, dat is ook de manier  
1600 waarop je met je met je omgeving omgaat, met je vrienden omgaat, om je familie omgaat euh  
1601 dus dat, dat. Maar ik weet wel, daar zijn natuurlijk wel mensen die weg blijven bij vooral, dat  
1602 zal jij ook meegemaakt hebben Inge als praktijkondersteuner, want echt mensen niet gingen  
1603 omdat ze het gevoel hebben hè dan mag ik helemaal niks meer.

1604

1605 **Inge (01:34:29 – 01:34:31)**

1606 Ja, dat is het enige dat ik heb hè?

1607

1608 **Vera (01:34:32 – 01:34:33)**

1609 Begint ze weer over dat roken ha, ha.

1610

1611 **Bert (01:34:34 – 01:34:41)**

1612 Bij het diabetes spreekuur was het de diëtiste die altijd de volle laag kreeg. Want er deugde  
1613 natuurlijk helemaal niks van.

1614

1615 Diverse deelnemers zeggen instemmend ja

1616

1617 **Leni (01:34:43 – 01:34:57)**

1618 Dus dat is dan toch een gevolg van ik mag niks meer. Ja, uhm, het is vaak lastig om dan door te  
1619 dringen van ja, nee, het mag wel, maar het is niet handig ha ha.

1620

1621 **Inge (01:34:57 – 01:35:25)**

1622 Want dan had je wel het gevoel euh in de loop der tijd he. In het begin had je helemaal niks he  
1623 euh later kwamen er inderdaad wat nicotinevervangende middelen kwamen d'r op de markt  
1624 eh de praktijkondersteuner kwam toch op een gegeven ogenblik in de praktijk. Had je toen wel  
1625 het gevoel dat je wat meer ondersteuning ook kon krijgen en wat meer uhm ja middelen had  
1626 om om mensen ook beter te begeleiden bij het stoppen met roken?

1627



1628 **Leni (01:35:26 – 01:36:02)**

1629 Nee, ik vind niet dat, ik vind nog steeds dat er niet echt hele goeie al die kauwgompjes en  
1630 pilletjes en plak, plakkertjes en uhm het, het, het helpt om het met elkaar te delen he, waar we  
1631 het net ook over hadden. Dat de specialist het zegt, de huisarts het zegt de  
1632 praktijkondersteuner het zegt he van dat dat en dat de maatschappij het zegt. Dus dat zijn  
1633 allemaal, het gaat allemaal wel helpen om mensen te overtuigen. Maar het dat het  
1634 behandelen dan?

1635

1636

1637 **Inge (01:36:02 – 01:36:03)**

1638 Ja

1639

1640 **Leni (01:36:04 – 01:36:15)**

1641 Ja ik, ik hoop dat de nieuwe eh manier van denken over verslavingszorg met verslavingszorg,  
1642 die kennis dat dat een beetje wat gaat doen. Maar ja

1643

1644 **Inge (01:36:15 – 01:36:16)**

1645 Ja, tot nu toe

1646

1647 **Leni (01:36:16 – 01:36:17)**

1648 ja, tot nu toe, nee toch?

1649

1650 **Inge (01:36:18 – 01:36:54)**

1651 Tot, tot voor een aantal jaren geleden was dat 20 procent effectief hè. Alle inspanningen om  
1652 iemand te begeleiden bij het stoppen met roken. Euh de laatste jaren zijn er wel verbeteringen

1653 in aangebracht hè. Ook in in de methodiek die meer patiënten aanspreken op zijn eigen  
1654 motivatie. Euh met de GGZ inzet, de groepsconsulten et cetera, maar dat was in de periode  
1655 voor het jaar 2000 had je dat helemaal niet voor handen. Dus dan zat je inderdaad toch tegen  
1656 ja een laag slagingspercentage eigenlijk aan te kijken.

1657

1658 Verschillende deelnemers zeggen instemmend ja, ja

1659

1660 **Nico (01:36:54 – 01:37:03)**

1661 Ja, ik, ik zelf doe het met Champix. Bevalt me erg goed. Je ging een half jaar goed. Ik stop met

1662 Champix een paar weken later euh sta ik weer bij de benzinepomp.

1663

1664 **Leni en Inge (01:37:04 – 01:37:04)**

1665 Ja,

1666

1667 **Nico (01:37:05 – 01:37:20)**

1668 Uhm en ik. Als ik me goed kan herinneren is die effectiviteit van Champix en dat soort pilletjes

1669 euh is veel hoger dan euh de klassieke poh rookstop euh, dingetjes die blijven hangen op 10

1670 procent? Hebben ze effectiviteit, na een jaar bedoel ik dan?

1671

1672 **Inge (01:37:21 – 01:37:23)**

1673 Ja ik had het net over twintig procent inderdaad

1674

1675 **Vera (01:37:25 – 01:37:26)**

1676 In combinatie met Champix hè.

1677

1678 **Inge (01:37:26 – 01:37:26)**

1679 Ja

1680

1681 **Vera (01:37:27 – 01:37:31)**

1682 Da's in combinatie met ja ja. Pillen en praten.

1683

1684 **Inge (01:37:32 – 01:37:45)**

1685 Pillen en praten en nu is de tendens ook een stuk GGZ en verslavingszorg daarbij te geven. En  
1686 de eerste euh uitkomsten lijken bemoedigend, laat ik het zo zeggen.

1687

1688 **Leni (01:37:46 – 01:38:01)**

1689 Uhm, ik denk vooral het uhm dat mensen ook eh het gevoel hebben dat ze niet veroordeeld  
1690 worden, uhm maar dat uhm ja dat dat er ook begrip is voor de verslavingskant. Ik denk dat dat  
1691 wel helpt.

1692

1693 **Nico (01:38:02 – 01:38:05)**

1694 Denk dat ook. Ja in Vera's praktijk niet, maar mijn praktijk wel.

1695

1696 **Vera (01:38:05 – 01:38:08)**

1697 Ha, ha

1698

1699 **Vera en Inge (01:38:09 – 01:38:10)**

1700 Ja ja,

1701

1702 **Theo (01:38:11 – 01:38:25)**

1703 Wat ik wat ik me nou eigenlijk afvraag of net zit te bedenken al die er die zorg die we nu  
1704 kunnen geven aan aan dit soort ziekten. Dat kan natuurlijk alleen maar omdat veel meer  
1705 mensen in de gezondheidszorg werken.

1706

1707 **Lenie (01:38:25 – 01:38:26)**

1708 Ja

1709

1710 **Theo (01:38:27 – 01:39:20)**

1711 Toen ik startte in '73. was ik de enige in de praktijk. We hadden toen zelfs nog niet de  
1712 beschikking over een laboratorium. Je moest zelf je, je HB-tje prikken en bezinking prikken. Euh  
1713 d'r was verder geen enkel hulpmiddel. We hadden in Haarlem één psychiater die was, daar  
1714 kon je eigenlijk geen patiënt aan kwijt. En wat er nog aan psychiatrische zorg werd gedaan was

1715 één broeder euh euh psychiatrie. En die belde je eigenlijk alleen maar als iemand op de rand  
1716 van het dak stond en dreigde naar beneden te springen en dat soort dingen. En verder was er  
1717 geen geen psychiatrie. Als je ziet hoe die ontwikkelingen zich nu hebben doorgezet naar  
1718 hoeveel mensen zich bezig houden met iedereen, dan kan je dus ook dit soort dingen gaan  
1719 doen.

1720 Maar dat dat was er vroeger allemaal gewoon niet.

1721

1722 **Inge (01:39:21 – 01:39:23)**

1723 Nee, nee, dat dat is zo.

1724

1725 **Nico (01:39:24 – 01:39:53)**

1726 Het aardige Theo is dat we het in die tussentijd in veertig jaar lang niet drukker hebben  
1727 gekregen, integendeel. Dus er zijn meer problemen bijgekomen, er zijn meer dingen  
1728 abnormaal geworden, er zijn meer dingen een gezondheidsprobleem euh geworden. Euh, het  
1729 barst van het personeel langzamerhand. Euh en dan is er voor je het weet komen de ziektes  
1730 bij, zoals de goede hypotensie die ze recent bijgekomen, de goede bloeddruk die moet  
1731 behandeld worden. Maar ik was altijd om zes uur thuis.

1732

1733 **Bert (01:39:53 – 01:39:55)**

1734 Dat is het verdienmodel van de internist

1735

1736 **Nico (01:39:56 – 01:39:57)**

1737 Ja

1738

1739 **Theo (01:39:58 – 01:40:59)**

1740 Ja, dat is al die jaren

1741

1742 **Inge (01:40:00 – 01:40:00)**

1743 Wat zeg je Bert?

1744

1745 **Bert (01:40:01 – 01:40:05)**

1746 Dat is inderdaad gewoon het probleem van het verdien verdienmodel. De goede hypotensie,  
1747 hypertensie.

1748

1749 **Inge en Nico (01:40:05 – 01:40:05)**

1750 Ja, ja

1751

1752 **Nico (01:40:07 – 01:40:10)**

1753 De long COVID heeft ie er hier nou bij gekregen he. Dat scheelt, ja goeie handel

1754

1755 **Theo (01:40:11 – 01:40:13)**

1756 Je moet er wel bij zeggen dat toen ik startte zag ik twee patiënten in een kwartier.

1757

1758 **Nico (01:40:15 – 01:40:15)**

1759 Ja

1760

1761 **Theo (01:40:16 – 01:40:32)**

1762 Dat is geëvolueerd na naar een patiënt per tien minuten en één van mijn collega's die kort  
1763 geleden afscheid heeft genomen uit het vak. Die zei van nou ik doe alleen maar verlengde  
1764 consulten. Dus die trok 20 minuten per patiënt uit. Dus in die zin heb je het nog net zo druk,  
1765 maar zien je minder patiënten.

1766

1767 **Nico (01:40:32 – 01:40:33)**

1768 Nou ik niet hoor

1769

1770 **Leni (01:40:34 – 01:40:42)**

1771 Moeten jullie, moeten we wel toegeven dat de gezondheidszorg in Nederland toch echt wel  
1772 ontzettend veel verbeterd is? Vergelijken het met vroeger.

1773

1774 **Theo (01:40:42 – 01:40:**

1775 Tuurlijk, ik zeg ook niet dat het niet goed is, maar ik geef wel het verschil aan tussen de jaren  
1776 toen en nu.

1777

1778 **Leni (01:40:48 – 01:41:11)**

1779 Toen in co schappen interne liep toen lag zo'n hele zaal vol met ouwe mensen. Die gingen  
1780 gewoon allemaal dood. Ik bedoel. Uhm en dat was makkelijk verdiend door de internist. Ze  
1781 bleven gewoon liggen totdat ze dood gingen. En ze deden d'r verder, ze sloegen ze af en toe.  
1782 een schouderklopje gaven ze hun ge. Want het komt wel goed mevrouw, dus dat is echt wel  
1783 echt ongelooflijk veel verbeterd.

1784

1785 **Theo (01:41:11 – 01:41:12)**

1786 Ja

1787 **Inge (01:41:13 – 01:14:13)**

1788 Ja dat denk ik ook

1789

1790 **Leni (01:41:14 – 01:41:15)**

1791 Dus ja, dan heb je meer mensen voor nodig. Ja dat is zo.

1792

1793 **Inge (01:41:17 – 01:41:28)**

1794 Zeg Bert ook voor jou nog even dezelfde vraag. Ben je anders gaan doen? Euh met betrekking  
1795 tot het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken, in de loop der jaren?

1796

1797 **Bert (01:41:28 – 01:41:41)**

1798 Ik ben in 2000 al gestopt met de praktijk. Daarvoor was er niet zoveel ontwikkeling in die euh,  
1799 die euh aanpak. Ik heb niet zo heel veel veranderd in mijn praktijk in mijn praktijkvoering.

1800

1801 **Inge (01:41:42 – 01:41:52)**

1802 Nee, nee, hè je hebt wel eens euh, stop roken adviezen gegeven en heb je ook wel eens  
1803 mensen doorgestuurd naar anderen?

1804

1805 **Bert (01:41:53 – 01:41:53)**

1806 Nee

1807

1808 **Bert (01:41:56 – 01:41:56)**

1809 in die tijd niet.

1810

1811 **Inge (01:41:57 – 01:41:58)**

1812 Was toen ook niet voor handen hè?

1813

1814 **Bert (01:41:59 – 01:41:59)**

1815 Nee

1816

1817 **Inge (01:42:00 – 01:42:03)**

1818 Nee, dat was helemaal niet voor handen.

1819 En jij euh Frans?

1820

1821 **Frans (01.42.04 – 01:43:18)**

1822 Nou kijk ik het enige ik heb dus dingen zien ontstaan in de huisartsgeneeskunde en alle  
1823 cursussen die ik gevolgd heb. NHG standaarden zijn gekomen en wat gezegd het zijn een  
1824 beetje uitgangspunten geworden van denken en handelen. Of het stoppen met roken, vooral  
1825 mensen aanspreken op hun rookgedrag, ik vond dat ik mij kon permitteren om tenminste als ik  
1826 het nodig vond om mensen ook te wijzen dat het roken een probleem is alleen dat het niet  
1827 mijn probleem is. En als ze de ene keer willen dan, dan kunnen ze er hulp bij krijgen en daar  
1828 liet ik het meestal bij. En later is die minimale internetstrategie als mogelijkheid bij iets, maar  
1829 ik zei altijd je moet het niet doen. Alleen als je denkt dat we gaan het proberen dan gaan we  
1830 proberen. Maar het blijft moeilijk en je blijft waarschijnlijk verslaafd. En daar heb ik heb het  
1831 ook nooit moeilijk van om mensen ook in voorkomende gevallen later noemde dat roken is al  
1832 niet goed. Dan euh vond ik dat ik dan op dat moment terecht zei, maar ik hield bij mezelf. Hij

1833 moet er mee stoppen niet ik. En als ie niet kan dan heb je, dan is dat een heel probleem? Maar  
1834 misschien dat er later nog wat kan? Ik heb niet zo nadrukkelijk neergelegd en ik heb, ja  
1835 daarmee kon je er altijd wel over blijven praten.

1836

1837 **Inge (01:43:19 – 01:43:20)**

1838 Ja, ja, want eigenlijk

1839

1840 **Bert (01:43:22 – 01:43:39)**

1841 Ik kan me nog effe. Want nu je dat zo vraagt komt me in een keer op dat na 2000 ik in de rol bij  
1842 bij het management van Zorggroep ongelooflijk veel conflicten heb gehad over het rookvrij  
1843 maken van de van het hoofdkantoor en de organisatie.

1844

1845 Verschillende deelnemers zeggen ja

1846

1847 **Bert (01:43:40 – 01:43:43)**

1848 Ook de gezondheidscentra en de en de zorgcentra

1849

1850 **Vera (01:43:43 – 01:43:45)**

1851 Nog steeds tot op heden.

1852

1853 **Inge (01:43:45 – 01:43:47)**

1854 Ha, ik ben er druk mee bezig

1855

1856 **Bert (01:43:47 – 01:44:02)**

1857 Ja euh,euh toestanden mee gehad hoor dat mensen niet meer dat dat ja dat dat ze wisten van  
1858 je moet, je moet uitkijken dat Groot Roessink naar de wc gaat op het hoofdkantoor, want dan  
1859 ontdekt ie dat er op de wc gerookt is.

1860

1861 **Inge (01:44:02: - 01:44:07)**



1862 Ja nou, volgens mij die technische ruimte boven werd ook wel eens gebruikt voor

1863

1864 **Frans (01:44:08 – 01:44:34)**

1865 Wat belangrijk is dat er in dat in het rookvrij maken van de gezondheidscentra dat de  
1866 tussenfase een tussenstap is van nou euh tijdens de vergadering roken we niet, maar in de  
1867 pauze dan mogen we even wel. Dus die mensen hadden stapjes nodig om 't uiteindelijk dan  
1868 maar buiten te gaan roken. En wat belangrijk was dat het fietsenhok wat later gezet werd. Ja,  
1869 dat was eh een belangrijke plek.

1870 **Vera (01:44:35 – 01:44:37)**

1871 Bezaaid met peuken ha, ha, ha.

1872

1873 **Bert (01:44:38 – 01:45:06)**

1874 Want in de Filmwijk had ik, had ik het roken in de teamruimte verboden. Als centrummanager  
1875 en gingen mensen in de pauze terwijl ik vond dat je in de pauze met elkaar moest overleggen,  
1876 ging er een heel klein clubje die ging buiten staan roken. Toen had ik een keer met Sinterklaas.  
1877 Had ik een gedicht gemaakt, dan had ik die mensen. Had ik allemaal snoepsigaretjes ge  
1878 gegeven. Nou die hebben me twee maanden niet meer aangekeken. Die waren zo ongelooflijk  
1879 boos dat ik dat gedaan had.

1880

1881 **Frans (01:45:08- 01:45:09)**

1882 Ja, er was altijd

1883

1884 **Bert (01:45:09 – 01:45:11)**

1885 Dat soort dat, soort taferelen had je wel in die tijd.

1886

1887 **Frans (01:45:13 – 01:45:26)**

1888 Maar wat wel leeft, dat was een harde kern in 't gezondheidscentrum euh  
1889 gezinsverzorgenden, tandartsen en assistenten een paar die bleef roken en die zaten allen net  
1890 buiten of in het fietsenhok. En dat was euh ja dat is dan het laatste wat nog was en

1891

1892 **Vera (01:45:26 – 01:45:28)**

1893 Maar het is nog steeds hoor. Dat is nog niet weg.

1894

1895 **Leni (01:45:29 – 01:45:30)**

1896 Dat is nog niet weg

1897

1898 **Vera (01:45:30 – 01:45:31)**

1899 Nee!

1900

1901 **Frans (01:45:31 – 01:45:32)**

1902 Nee? Op het hoofdkantoor.

1903

1904 **Vera(01:45:32 – 01:45:36)**

1905 Ook op de gezondheidscentra, ook op gezondheidscentra is dat nog niet weg.

1906

1907 **Leni (01:45:38 – 01:45:55)**

1908 De Zorggroep heeft wel in principe afgesproken dat ze rookvrij willen proberen te zijn. Kijk, als,  
1909 als je vorig jaar hebben we natuurlijk op de compagnonsdagen naam manager Flevoziekenhuis  
1910 die zegt ja dat ga ik niet doen voor het Flevoziekenhuis want dan krijg ik geen medewerkers  
1911 meer.

1912

1913 **Vera (01:45:55 - 01:45:55)**

1914 Nee, nee

1915

1916 **Inge (01:45:58 – 01:46:14)**

1917 Ja, het blijft heel ingewikkeld. We gaan nu in ieder geval stoeptegels plaatsen op alle locaties  
1918 en bij het hoofdkantoor en kijken of ook stoppen tijdens Stoptober daar wat extra aandacht  
1919 aan kunnen besteden. Maar ook anno 2021 is nog steeds heel ingewikkeld om rookvrije  
1920 ruimtes.

1921

1922 **Vera (01:46:15 – 01:46:24)**

1923 Nico, wat is het nou, dat maakt dat mensen daar zo boos of verontwaardigd op reageren als je  
1924 dit soort maatregelen neemt.

1925

1926 **Inge (01:46:25 – 01:46:28)**

1927 Nou, ik denk dat dat me ja dat. Dat is ook heel ingewikkeld.

1928

1929 **Vera (01:46:29 – 01:46:30)**

1930 Ik vraag het even aan Nico Inge.

1931

1932 **Inge (01:46:30 – 01:46:30)**

1933 Oh, oh

1934

1935 **Nico (01:46:31 – 01:47:17)**

1936 Ik weet het niet. Ik heb dat zelf nooit gehad. Ik vond die verwijten altijd euh, altijd terecht.  
1937 Uhm, Ja misschien is wat, wat Nederlands. Als je zeurt over, over andere mensen gaat het vaak  
1938 op een wat narrige euh manier. Kijk maar naar die rare vaccinatie discussie als je die euh een  
1939 beetje volgt op Facebook en dan moet je dus nooit mens, mensen ontfrienden. Dan gebeuren  
1940 hele bijzondere, bijzondere dingen. Das ook zo narrig, ook kwaaig; ik heb het recht op en en  
1941 dat soort zaken. Ik, ik weet niet precies wat dat is. Ja misschien dat Bert daar meer, ja,  
1942 wanneer worden mensen nou narrig? Als jij wat zei als leidinggevende, wat had je dan een  
1943 verkeerde toon of de verkeerde pet op ofzo?

1944

1945 **Bert (01:47:18 – 01:47:29)**

1946 Nou dat laatste zat nog dat eerste zal zeker, maar er was bijvoorbeeld een tijd dat je door een  
1947 rookgordijn moest als je het hoofd het hoofdgebouw binnen wilde, want dan gingen ze  
1948 allemaal onder die overkapping staan roken.

1949

1950 **Nico (01:47:29 – 01:47:32)**

1951 Nee, maar ik bedoel wat anders wat Vera zei

1952

1953 **Bert (01:47:33 – 01:47:10)**

1954 Er was natuurlijk geen wettelijke basis voor om dat te verbieden. En dat, dat moest dan maar  
1955 meteen met de ondernemingsraad besproken worden. Maar het was toch wel altijd het, je  
1956 komt in mijn individuele levenssfeer

1957

1958 Diverse deelnemers beamen dat door ja te zeggen

1959

1960 en daar heb jij het zeggen niet toe. Dat was wel altijd het, zei maar jij rookt en je treedt in de  
1961 individuele levenssfeer van iemand anders. En we weten nu dat dat een ongezonde euh  
1962 beïnvloeding is van de levenssfeer van die ander. En dat wil ik gewoon niet als, als ze euh op  
1963 werk hebben dat mensen elkaar euh, euh op die manier beïnvloeden. Ja maar geeft wel vaak  
1964 wat discussies.

1965

1966 **Nico (01:48:11 – 01:48:24)**

1967 De niet vaccineerders kun je verwijten ja meneer je loopt nou de kans dat je je buurjongetje  
1968 met leukemie doodgaat aan euh aan jouw, jouw virus dus. Het, het is dus wel goed met  
1969 individuele keus en daar worden ze kwaaiig om, worden ze gewoon boos om.

1970

1971 **Inge (01:48:24 – 01:28:24)**

1972 Uhm, hmm

1973

1974 **Bert (01:28:25 – 01:28:30)**

1975 Nou ja we hadden een vaccinatiediscussie al op de jeugdgezondheidszorg, op het  
1976 consultatiebureau natuurlijk wel gehad euh

1977

1978 **Nico (01:48:31 – 01:48:31)**

1979 Ja

1980

1981 **Bert (01:48:32 – 01:48:52)**

- 1982 Een discussie ja die, ik weet niet of dat in andere landen zo is, maar in Nederland is het niveau  
1983 heel, heel uhm duidelijk dat men het het recht, het schildrecht he van euh ik bepaal wat er met  
1984 mijn lijf gebeurt, dat dat wel heel erg sterk euh aanwezig is ja.
- 1985
- 1986 **Nico (01:48:53 – 01:48 54)**
- 1987 Bij heel veel dingen
- 1988
- 1989 **Bert (01:48:55 – 01:49:00)**
- 1990 Sterker Uhm, geïnternaliseerd is bij mensen dan het vermogen om anderen te helpen.
- 1991
- 1992 **Leni (01:49:01 – 01:49:11)**
- 1993 Dat wordt dan natuurlijk ook wel in heel veel landen wordt het individuele euh recht om wat  
1994 te vinden de kop ingedrukt, dus maar, ha, ha.
- 1995
- 1996 **Nico (01:49:12 – 01:49:38)**
- 1997 Ja he daar heb ik onze West westerse cultuur ontwikkeling is de laatste 20 jaar denk ik 80 90  
1998 samengegaan met de opkomst van het liberalisme en het vermarkten van publieke taken zeg  
1999 dezelfde ontwikkeling. Dat is dan individualisering geworden waar de mensen zich op het  
2000 pikkie getrapt voelen. Als je daar dus wat van zei omdat je vond dat er een maatschappelijk  
2001 kant aan zat. Ja, het is niet alleen Vera wat uhm wat gaat niet alleen over roken het is veel  
2002 breder.
- 2003
- 2004 **Vera (01:49:39 – 01:49:50)**
- 2005 Nee, nee euh ik moet, dat herken ik ook wel hoor, dat het inderdaad uit de autonomie en hè  
2006 kom niet aan mij, dat dat blijkbaar sterker is dan de verantwoordelijkheid voor elkaar of zo eh.
- 2007
- 2008 **Nico (01:49:51 – 01:50:17)**
- 2009 Ja ja, die verhouding. Ja ja, maar vele bestuurskundigen hebben daar zich druk over gemaakt.  
2010 Tjeenk Willink is daar een mooi voorbeeld van, die ook steeds naar dat evenwicht eh zoekt. De  
2011 autobiografie van euh dokter Van Leeuwen. Precies hetzelfde thema dus, de de van eh nog

2012 eentje. De echte kankers op dat gebied in ons land. Euh die bespreken dat. Die hebben het  
2013 daarover over en tobben daar over. Hebben geen oplossing overigens.

2014 **Inge (01:50:20 – 01:51:10)**

2015 Ja, ja, da's ook ontzettend ingewikkeld denk ik. Uhm we komen eigenlijk automatisch zo eh bij  
2016 onze patiënten terecht. Daar had ik ook een uh wat vragen over. Van Uhm, nou ja, jullie zijn  
2017 veranderd qua denken, qua handelen. Uhm we komen eigenlijk zo zoetjesaan bij de patiënt  
2018 terecht die ook verandert, ook in zijn denken en handelen. Uhm, hoe heb je dat zelf ervaren,  
2019 vooral in je huisartsenpraktijk? Heb je bijvoorbeeld gemerkt dat euh, patiënten ook veel vaker  
2020 kwamen voor hulp bij het stoppen met roken. Bijvoorbeeld in de jaren 70, 80 dat je eigenlijk  
2021 nooit iemand tegenkwam en dat je aan het einde van je carrière dat toch wat vaker zag? Leni,  
2022 heb jij daar veranderingen in gezien?

2023

2024 **Leni (01:51:13 – 01:51:24)**

2025 Ja, maar ik denk dat dat ook kwam omdat uhm omdat de publieke discussie de  
2026 maatschappelijke discussie natuurlijk veel meer daar over ging.

2027

2028 **Vera (01:51:24 – 01:51:29)**

2029 Middelen, middelen beschikbaar waren. Ze kwamen vooral voor recepten.

2030

2031 **Leni (01:51:30 – 01:51:31)**

2032 Voor de pillen ja

2033

2034 **Inge (01:51:32 – 01:51:35)**

2035 Ja, ja, ja, dat hoor ik ook vaak he, dat dat patiënten dan alleen voor een receptje Champix  
2036 kwam.

2037

2038 **Leni (01:51:36 – 01:51:54)**

2039 Dat ze Champix zelf weer moesten betalen. Dus dat nou dan dropen 'n heleboel mensen wel  
2040 weer af, maar nou uhm. Maar ja, d'r werd wordt natuurlijk meer op televisie en krant en ja  
2041 media. Mensen horen daar dus toch meer een een

2042

2043 **Inge (01:51:55 – 01:51:55)**

2044 samenspel

2045

2046 **Leni (01:51:56 – 01:51:57)**

2047 discussie

2048

2049

2050

2051 **Inge (01:51:58 – 01:52:04)**

2052 Ja en, en waarbij je ook gewoon veranderingen in gedrag en misschien vraagstelling ziet bij je  
2053 patiënten?

2054

2055 **Vera (01:52:05 – 01:52:13)**

2056 Ja, maar ik denk zelf dat er meer mensen zijn die stoppen met roken zonder dat het in de  
2057 gaten hebben dan dat ze op het spreekuur komen om hulp te vragen hoor.

2058

2059 Verschillende deelnemers zeggen ja

2060

2061 **Nico (01:52:15 – 01:52:34)**

2062 Ja ja, ik denk de laatste twee vragen beide. Wat mij betreft duidelijk nee. Dus in hoeverre  
2063 komen patiënten nou anders of meer vragen om hulp? Nee, das een beetje hetzelfde gebleven  
2064 in die decennia. Qua attitude? Nee. Qua mondigheid? Nee. Opvolgen van adviezen. Nee, dat is  
2065 al veertig jaar hetzelfde gebleven.

2066

2067 **Inge (01:52: 36 – 01:52:38)**

2068 Ja, dat herkennen jullie allemaal?

2069

2070 **Leni (01:52:39 – 01:52:41)**

2071 Nee ha, ha, nee

2072

2073 **Vera (01:52:42 – 01:52:53)**

2074 Nou ik denk dat een aantal patiënten wel eh door de maatschappelijke verandering toch wel  
2075 de huisarts ziet als een mogelijkheid die misschien eh hulp kan bieden.

2076

2077 **Leni (01:52:54 – 01:53:02)**

2078 En dat wordt ook steeds euh genoemd, benoemd he van als als u daar hulp bij nodig hebt, dan  
2079 ga naar uw huisarts dus ja

2080

2081 **Inge (01:53:04 – 01:53:23)**

2082 Ja ja, je ziet toch vaak wel, wel wat meer toeloop in de praktijken rond 1 januari hè. Als  
2083 mensen weer goede voornemens hebben om te stoppen met roken, dan zie je wel een piek in  
2084 in het aantal consulten. Hetzelfde zie je nu vaak met Stoptober. We hebben het de laatste  
2085 jaren toch? Euh ja, opmars gemaakt.

2086

2087 **Vera (01:53:23 – 01:53:28)**

2088 Echt een herinnering aan consulten die alleen gingen over stoppen met roken heb ik niet veel  
2089 hoor.

2090

2091 Alle deelnemers zeggen nee, nee en nee.

2092

2093 **Vera (01:53:31 – 01:53:33)**

2094 Dat euh, nee.

2095

2096 **Nico (01:53:36 – 01:53:42)**

2097 Ja ik denk dat het ook afgevangen werd door de door de assistenten oh roken POH. Ik zal nu  
2098 een afspraak geven, dus dat kwam het helemaal niet meer bij ons.

2099



2100 **Inge (01:53:42 – 01:53:43)**

2101 Ja

2102

2103 **Leni (01:53:44 – 01:54:02)**

2104 Dat dan, denk ik huisartsen en dat is wel de huisartsenzorg hè, dus ik denk dat eh in het team  
2105 dat daar wel meer eh meer mensen voor kwamen, van help me nou. Maar het is wat Vera zegt  
2106 het, het gros dat zien wij niet eens hè, mensen die zelf zijn gestopt.

2107

2108 **Inge en Nico (01:54:02 – 01:54:02)**

2109 Ja

2110

2111 **Leni (01:54:04 -**

2112 Die zijn er natuurlijk ook heel veel.

2113

2114 **Frans (01:54:08 – 01:54:56)**

2115 Ik heb wel gemerkt dat er bepaalde mogelijkheden als nicotinepleisters, nicotinekauwgom en  
2116 Champix, dan kwamen de mensen wel voor recepten, daar kwamen ze voor. De aanbod  
2117 bepaalt dan de vraag en als het gaat omdat ze dan zelf moeten betalen. Nou dan hadden ze,  
2118 dan zei ik wel even van reken is voor mij uit wat je in die dat half jaar tijd verdient aan het niet  
2119 kopen van sigaretten en wat die Champix kost? Volgens mij kan je daar aan verdienen. En, dat  
2120 schiet me nou te binnen als ik daar dan toch een gesprek over had dan zei ik hoeveel rook je  
2121 dan? En toen heb ik uitgerekend en toen zie ik nou, als je nou een jaar stopt dan moet je jezelf  
2122 belonen en moet je het geld in een potje stoppen. Voor sommige mensen was het een paar  
2123 honderd gulden. Een aantal mensen hadden, die hadden met z'n tweeën een zes weekse  
2124 vakantie in Indonesië

2125 **Inge (01:54:56 – 01:54:56)**

2126 Ja

2127

2128 **Frans (01:54:58 – 01:54:59)**

2129 Voor 300 gulden per

2130

2131 **Nico (01:54:59 – 01:55:03)**

2132 Maar Frans dan snap je verslaving niet? Frans dan snap je er helemaal niks van?

2133

2134 **Frans (01:55:06 – 01:55:27)**

2135 Maar het gaat, het ging er mij om dat ik dus in de discussie over dat geld uiteindelijk zei van ze  
2136 stopt dat in een potje, dan zie je wat je eraan verspijkerd. Dat wisten ze wel precies hoor, want  
2137 ik heb ze weten beter van hoeveel geld dat het kost. Mij verbazen ze met schuldsanering met  
2138 een bijstandsuitkering. Een kratje bier en sigaretten zaten in het mandje en de rest van het  
2139 eten was het goedkoopste wat er was. Want daar hadden ze geen geld meer voor.

2140

2141 **Nico (01:55:28 – 01:55:33)**

2142 Precies, dus die beloning over een jaar. Dat is niet de manier Frans, dan heb je er al die tijd  
2143 naast gezeten.

2144

2145 **Frans (01:55:36 – 01:55:47)**

2146 Nee, maar ik moet wel zeggen

2147

2148 er wordt gelachen

2149

2150 dat bij dat was mijn idee en sommigen die kwamen al vertellen wat ze verdiend hadden. In dat  
2151 jaar hadden ze een minimaal succes. Maar ja, ik vond het altijd prettig te horen dat hoe groot

2152

2153 **Vera (01:55:48 – 01:55:51)**

2154 Ja, dan werd jij bevestigd maar dat had verder niks met hun behandeling te maken

2155

2156 **Frans (01:55:51 – 01:55:58)**

2157 Nee absoluut niet. Was een onderdeel van praat niet over de centen, want die sigaretten zijn  
2158 gewoon hartstikke duur.

2159

2160 **Bert (01:55:58 – 01:56:19)**

2161 Wat het niveau volstrekt not done was, was mensen met een schuldproblematiek. En ook nu  
2162 nog bijvoorbeeld mensen die bij de voedselbank komen. Ik kom daar nog wel eens de laatste  
2163 tijd. Om het met die mensen over de besparing te hebben die stoppen met roken euh  
2164 oplevert. En dat ze dat ze de financiële (onverstaanbaar) dus absoluut een not done.

2165

2166 **Leni (01:56:20 – 01:56:50)**

2167 Ja maar het werkt het het uhm werkt toch niet dat die die vinden die al die schulden dat geeft  
2168 natuurlijk zoveel stress dat mensen dan gewoon niet meer logisch kunnen nadenken. Dus dan  
2169 hebben ze die sigaretten ook nodig. Dus dat dat is het het het het wordt wel meegenomen bij  
2170 de schuldhulpverlening om te laten zien van ja, maar wat geef je nou uit en hoe kunnen we  
2171 daar nou verbeteren. Maar, maar niet als de dok, ja.

2172

2173 **Bert (01:56:51 – 01:56:55)**

2174 De meest effectieve hulpverleners daarvoor waren de gespecialiseerde gezinsverzorgsters.

2175

2176 Alle deelnemers beamen dat en zeggen ja

2177

2178 **Leni (01:56:56 – 01:56:56)**

2179 Klopt.

2180

2181 **Bert (01:56:56 – 01:57:06)**

2182 Die gingen het zelf bespreken met een sigaretje en een en een bakje koffie, 's gaan zitten.

2183

2184 Diverse deelnemers zeggen ja

2185

2186 effect

2187

2188 **Nico (01:57:07 – 01:57:08)**

2189 Bestaan die nog of zijn die ook al opgeblazen.

2190

2191 **Leni (01:57:09 – 01:57:09)**

2192 Nee, die zijn er nog.

2193

2194 **Bert (01:57:10 – 01:57:10)**

2195 Die zijn allang al opgeblazen joh dat is.

2196 **Vera (01:57:10 – 01:57:13)**

2197 Nee, nee, nee die zijn er nog wel, die zijn er nog wel.

2198

2199 **Leni (01:57: 14 – 01:57:14)**

2200 Die zijn er nog

2201

2202 **Nico (01:57:16 – 01:57:19)**

2203 Nou, de laatste, de laatste van een goede voorziening ja.

2204

2205 **Inge (01:57:20 – 01:57:21)**

2206 Ja, nou gelukkig bestaat het nog.

2207

2208 **Nico (01:57:21 – 01:57:22)**

2209 Ja

2210

2211 **Inge (01:57:22 – 01:57:36)**

2212 Zeg mensen. Euh, ik denk dat we zo'n beetje aan het einde van de van dit webinar gekomen

2213 zijn. We zijn er doorheen gevlogen. Ik denk dat ik al mijn vragen wel beantwoord heb gezien.

2214 Dat hoe vonden jullie het?

2215

2216 **Vera (01:57:36 – 01:57:38)**

2217 We hebben het nog niet gehad over verwijzersmogelijkheden?

2218

2219 **Inge (01:57:38 – 01:57:39)**

2220 Ja, dat wel

2221

2222 **Vera (01:57:39: – 01:57:41)**

2223 Dat hadden we niet volgens mij. Ha, ha, ha

2224

2225 **Inge (01:57:43 – 01:57:49)**

2226 Nee er waren geen verwijsmogelijkheden, dus euh daar ben ik ook verder niet op ingegaan.

2227 Hoe vonden jullie het?

2228

2229 **Nico (01:57:50 – 01:57:51)**

2230 Nou wel gezellig.

2231

2232 **Vera (01:57:52 – 01:57:52)**

2233 Ja, ha, ha, ha

2234

2235 Even door elkaar gepraat

2236

2237 **Bert (01:57:57 – 01:58:03)**

2238 In deze tijd dat de pensionado's die bij elkaar mogen komen en wij nog even een soort

2239 privilege gehad vandaag.

2240

2241 **Inge (01:58:03 – 01:58:04)**

2242 (lachend) Zo is het he zo is het.

2243

2244 **Nico (01:58:05 – 01:58:05)**

2245 Ja

2246

2247 **Inge (01:58:05 – 01:58:34)**

2248 Ik, ik vond het na, ik vond het gewoon geweldig dat jullie toch zo eventjes met mij daarover  
2249 wilden spreken. Ik ga een euh een scriptie schrijven natuurlijk. Die zal ik jullie toesturen als  
2250 jullie dat leuk vinden.

2251

2252 Verschillende deelnemers zeggen ja

2253

2254 Uhm en ik heb een aardigheidje voor jullie. Euh dat kom ik een dezer dagen even langs rijden.  
2255 Dat is wat makkelijker. Enkel voor Leni is het wat lastig want die zit in Callantsoog.

2256

2257 **Leni (01:58:34 – 01:58:34)**

2258 Een beetje lastig in Callantsoog

2259

2260 **Bert 01:58:35 – 01:58:37**

2261 Zegt iets lachend, niet goed verstaanbaar

2262

2263 **Inge (01:58:37 – 01:58:42)**

2264 Stuur je adres maar even door waar ik het naartoe kan sturen Leni

2265

2266 **Leni (01:58:43 – 01:58:47)**

2267 Maar anders mag je het bij mijn dochter afgeven dus eh.

2268

2269 **Inge (01:58:47 – 01:58:49)**

2270 Oh, dat is ook handig misschien? Die woont in Almere.

2271

2272 **Leni (01:58:50 – 01:58:53)**

2273 Ja, die woont gewoon in ons oude huis.

2274

2275 **Inge (01:58:53 – 01:58:54)**

2276 Ja, oké, hartstikke goed.

2277

2278 **Bert (01:58:54 – 01:58:55)**

2279 Ben je al verhuisd Leni?

2280

2281 **Leni (01:58:55 – 01:58:58)**

2282 Officieel wel. Martje heeft ons huis gekocht.

2283

2284 **Bert (01:59:00 – 01:59:02)**

2285 Ja, ja, nee dat hoor ik maar je woont nu in Callantssoog euh?

2286

2287 **Leni (01:59:03 – 01:59:04)**

2288 Ja, alleen moet het allemaal nog

2289

2290 **Bert (01:59:05 – 01:58:05)**

2291 Ben je daar nu ook?

2292

2293 **Leni (01:59:05 – 01:59:05)**

2294 Uhm?

2295

2296 **Bert (01:59:05 – 01:58:07)**

2297 Ben je nu ook op Callantsoog? Ja, ja, ja

2298

2299 **Leni (01:59:07 – 01:59:08)**

2300 Ja, ja

2301

2302 **Inge (01:59:10 – 01:59:25)**

2303 Na ja, hartstikke goed dus. Nou ja, daar was ik heel erg mee geholpen. In ieder geval. Uhm,  
2304 nou ja, dank nogmaals. En wie weet kom ik nog af en toe even bij iemand terug als ik nog een  
2305 korte verdieping nodig heb als dat mag

2306

2307 **Leni (01:59:26 – 01:59:26)**

2308 Zeker

2309

2310 **Vera (01:59:26 – 01:59:26)**

2311 Ja hoor

2312

2313 **Bert en Frans (01:59:26 – 01:59:26)**

2314 Ja

2315

2316 **Inge (01:59:27 – 01:59:27)**

2317 Als dat mag

2318

2319 **Nico (01:59:27 – 01:59:27)**

2320 Ik hoor het wel over de positieve effecten van roken bijvoorbeeld, ha, ha.

2321

2322 **Inge (01:59:35 – 01:59:36)**

2323 Bijvoorbeeld, dat mag je nu ook nog wel even kwijt hoor, dat eh.



2324

2325 **Nico (01:59:36 – 01:59:37)**

2326 Nee, nee het is klaar

2327

2328 **Inge (01:59:39 – 01:59:50)**

2329 Ik, ik had jullie een informed consent gestuurd. Van Frans en Bert wil ik nog even weten of  
2330 jullie anoniem willen blijven of niet? Dat hadden jullie (knikken van nee), mag met naam en  
2331 toenaam?

2332

2333 **Bert (01:59:51 – 01:59:51)**

2334 Ja hoor

2335

2336 **Inge (01:59:52 – 01:59:52)**

2337 En Frans?

2338

2339 **Frans (01:59:53 – 01:59:54)**

2340 Ja, oké

2341

2342 **Inge (01:59:54 – 01:59:54)**

2343 Wil jij anoniem blijven? Of.

2344 **Frans (01:59:54 – 01:59:54)**

2345 Nee? Jij maakt niet uit.

2346

2347 **Inge (01:59:59 – 02:00:01)**

2348 En van Theo en Nico moet ik nog even terug hebben.

2349

2350 **Nico (02:00:02 – 02:00:03)**

2351 Ik dacht dat ik het gestuurd had.

2352

2353 **Theo (02:00:03 – 02:00:04)**

2354 Nou, dat dacht ik ook.

2355

2356 **Nico (02:00:05 – 02:00:08)**

2357 Nou, ik heb het getekend en gestuurd moet ik het nog een keer.

2358

2359 **Inge (02:00:08 – 02:00:10)**

2360 Dan zit ie misschien in mijn spam. Dat kan ook.

2361

2362 **Leni (02:00:10 – 02:00:11)**

2363 Dat kan ook hè.

2364

2365 **Inge (02:00:11 – 02:00:17)**

2366 Dat kan ook. Dus ik kijk het nog eventjes na. Maar jullie willen jullie anoniem blijven of niet?

2367

2368 **Theo (02:00:17 – 02:00:20)**

2369 Nee hoor.

2370

2371 **Inge (02:00:20 – 02:00:21)**

2372 Nee en Nico?

2373

2374 **Nico (02:00:21 – 02:00:23)**

2375 Nee Nico. Nee, nee, nee, nee.

2376

2377 **Inge (02:00:23 – 02:00:31)**

2378 Nee, goed dan hoef ik daar geen rekening mee te houden. Dan kunnen, nou dan zijn we drie  
2379 kwartier eerder klaar. Jullie kunnen nog even genieten van het zonnetje.

2380

2381 **Vera (02:00:32 – 02:00:32)**

2382 Ja heerlijk ja

2383

2384 **Inge (02:00:32 – 02:00:36)**

2385 En nou heel erg bedankt. En tot de volgende keer.

2386

2387 **Leni (02:00:36 – 02:00:39)**

2388 en succes met het uitwerken he

2389

2390 Diverse deelnemers wensen succes

2391

2392 **Inge (02:00:41 – 02:00:43)**

2393 Ja, dank je wel eindelijk. Het heeft wel lang geduurd hoor.

2394

2395 **Vera (02:00:43 – 02:00:44)**

2396 Maakt er iets fatsoenlijks van he, ha, ha.

2397

2398 **Inge (02:00:45 – 02:53:54)**

2399 Ik maak er iets fatsoenlijk. Dat is wel de bedoeling Vera. Maar ik ben geloof ik al 13 jaar bezig,  
2400 dus het wordt dan eens tijd dat ik het afrond.

2401

2402 **Leni (02:00:54 – 02:00:55)**

2403 Dat is wel fijn.

2404

2405 **Inge (02:00:55 – 02:01:00)**

2406 Zeg bedankt en tot ziens!

2407

2408 Deelnemers zeggen tot ziens (allemaal).

## 1 Bijlage 3: Interview Henk Kole en Michaël Brouwer 20 juli 2021

2

### 3 **Inge 00:28 – 0:33**

4 Goedemiddag, daar is Michael ook

5

### 6 **Michael 0:33 – 00:34**

7 Hoi, hoi.

8

### 9 **Inge 0:34 – 01:18**

10 Daar zijn jullie er allebei. Hartstikke fijn dat jullie eventjes tijd willen vrijmaken voor mijn  
11 studie Kunst – en Cultuurwetenschappen en ik doe mijn scriptie dan over  
12 cultuurgeschiedenis. Ik heb jullie het programmaatje gestuurd wat ik een poosje  
13 geleden heb gehouden wat betreft mijn *witness seminar* met een aantal oud  
14 huisartsen. En euh wat ik nu eigenlijk ook zo graag wil, is dat ik ook van wat jongere  
15 huisartsen gewoon wat geluiden hoor.

16

17 (Henk maakt blije bewegingen op het feit dat ik hen jongere huisartsen noem. Michael  
18 moet lachen).

19

20 Fijn hè Henk dat je toch onder de jongere huisartsen, laat ik het zo zeggen werkzame  
21 huisartsen.

22

### 23 **Henk 01:18**

24 Ik ben het zelden zo met je eens.

25

### 26 **Inge 01:21 – 02:20**

27 Toch nog even een mening hoor. Uhm, ik ken jullie allebei goed, maar voor de studie  
28 doe ik toch eventjes een voorstelrondje. En ik zou heel graag uh van jullie willen weten  
29 van, natuurlijk je naam en waar je werkt, en wanneer je begonnen bent met je studie  
30 geneeskunde? Uhm of er tijdens die studie ook euh de negatieve gevolgen van roken  
31 aan bod kwamen of hadden ze het ook over positieve, over de positieve impact van  
32 roken? Euhm werd de term verslaving al gebezigd? Uhm werd er aandacht besteed  
33 aan een gezonde leefstijl? En vonden ze ook dat daar een taak als toekomstig dokter  
34 in weggelegd was? Uh, rookte jezelf, rookten je studiegenoten? En waar en wanneer  
35 ben je begonnen als huisarts. Dat is dus een hele mond vol. Mag ik met jou beginnen  
36 Henk?

37

### 38 **Henk 02:21 – 04:05**

39 Even kijken, ik ben Henk Kole. Ik ben nu huisarts in Almere. Euhm, ik ben in 1978  
40 begonnen met de studie geneeskunde. Uhm toen werd er wel aandacht gegeven aan  
41 de negatieve gevolgen. Dat was dan met name de longkanker, toch ook wel de hart-  
42 en vaatziektes. Dat werd toen ook duidelijk. Euh andere aandoeningen werd minder  
43 duidelijk. Euhm leefstijl was wel iets van stop ermee en iedereen wist wel dat het  
44 moeilijk was. Ja, ik denk dat de term verslaving werd niet zo gebruikt het was meer een  
45 gewoonte die hardnekkig was. Ja, dat is natuurlijk ook een verslaving. Euhm, en ik, wat

46 ik wel merkte gewoon ook in de overleggen, met name specialisten, dat je hele gekke  
47 dingen zag. Toen op een gegeven moment was er een onderzoek gepubliceerd dat  
48 ook baarmoederhalskanker euh ook gerelateerd is aan roken. Toen werkte bij de  
49 gynaecologie, en die, nou we zeggen hadden een bepaalde blik op de mensheid. Die  
50 hadden zoiets je denkt toch niet dat onze vrouwen met die sigaret in hun zitten. Terwijl  
51 zoiets van, maar het zijn toch gewoon doorbloede organen waar toch ook gewoon hè  
52 die rommel uit de rook in terecht komt? Dus dat, dat begrip dat, dat was er nog lang  
53 niet bij iedereen. Euhm, 's even kijken, ja dus, dus de aandacht voor, voor preventie, ja  
54 ik denk dat het er wel was, ja in wat simpele vorm. Maar goed zo groeien die dingen  
55 natuurlijk. Dus dat, even kijken heb ik het lijstje zo afgehandeld?

56

57 **Inge 04:06 – 04:08**

58 Nou, hadden ze het ook over positieve effecten van roken?

59

60 **Henk 04:09 – 04:39**

61 Nee, nee eigenlijk niet meer. Dus ik me dat, ik rook zelf ook niet, ik kom, mijn vader is  
62 gestopt met roken en het is ja eigenlijk. Nee, het was, was ik kan me niet herinneren  
63 een positief iets meer. Ja van de algemene bevolking meer die gezelligheid van het  
64 roken; het moest toch mogen en, maar nee het was eigenlijk van oudsher al een  
65 gewoonte iets wat je beter niet kon doen.

66

67 **Inge 04:40 – 04:42**

68 Ja, en studiegenoten, rookten veel studiegenoten van jou?

69

70 **Henk 04:44 – 04:48**

71 Ook al minder. Het was, was, zeg maar de groep waarin ik me begaf echt al op zijn  
72 retour.

73

74 **Inge 04:49; 04:54**

75 Je zei dat je in 1978 begonnen was met je studie geneeskunde en wanneer begon je  
76 als huisarts?

77

78 **Henk 04:55 – 04:58**

79 Euhm, 1998.

80

81 **Inge 04:59 – 05:03**

82 1998 en daarvoor heb je ook nog andere dingen gedaan?

83

84 **Henk 05:04 – 05:19**

85 Dus de, euh hoe heet 't, assistentschap chirurgie/gynaecologie, dus vandaar dat daar  
86 de anekdote over. Toen ging ik naar de tropen, euh anderhalve jaar COA en toen de  
87 huisartsenopleiding en toen begonnen als huisarts.

88

89 **Inge 05:20 – 05:21**

90 Wat is COA

91

92 **Henk 05:20 – 05:21**

93 Centraal Orgaan Asielzoekers

94

95 **Inge 05:24 – 05:31**

96 Oké, ja dus je hebt best nog wel van alles voor die tijd gedaan voordat je als huisarts  
97 ging werken.

98

99 **Henk 05:33 – 05:44**

100 Nee, maar het was, ik heb wel die tijd meegemaakt dat van die verpleeg, hoe heet het  
101 die, die koffiekamers in het ziekenhuis die echt stijf stonden van de rook.

102

103 **Inge 05:45 – 05:46**

104 Ja, ja daar komen we strakjes denk ik nog wel heel even op.

105

106 **Henk 05:48 – 05:58**

107 Dat heb ik dan wel nog meegemaakt, maar mijn collega's rookten, nou een handjevol  
108 misschien. Dat was al aardig op z'n retour hoor. Iedereen had donders goed door dit  
109 kun je beter niet doen.

110

111 **Inge 05:59 – 06:06**

112 Ja en euh en een even kijken ben je ook gelijk in Almere begonnen als huisarts of heb  
113 je ook nog ergens anders als huisarts?

114

115 **Henk 06:07 – 06:12**

116 Waargenomen her en der dus, een klein jaar in Hilversum waargenomen.

117

118 **Inge 06:13 – 06:16**

119 Oké, dankjewel. Ga ik nu over naar Michaël. Eigenlijk voor jou dezelfde vragen  
120 Michaël.

121

122 **Michaël 06:17- 10:08**

123 Ja ik ga hopen dat ik ze allemaal eh onthouden heb. Tot je verbazing heet ik dus  
124 Michaël Brouwer. Euh, ik ben huisarts in Waterwijk Almere. Ik ben geneeskunde gaan  
125 studeren, na een aantal keren uitloten, in 1989. En toen vrij vlot het helemaal  
126 doorlopen dus eind 1995 was ik klaar. En daarna heb ik een paar jaar waargenomen  
127 en in 1997 ben ik met de huisartsenopleiding begonnen. In 2000 was ik afgestudeerd  
128 als huisarts en in 2002 ben ik begonnen in Almere met een waarneming die uiteindelijk  
129 leidde tot een vast dienstverband.

130 Uhm, in mijn opleiding herinner ik mij wel dat uh zeker bij bepaalde ziektes roken ter  
131 sprake kwam als een risicofactor. Uhh als ik daar naar terugkijk dan vind ik dat toch  
132 wel behoorlijk zijdelings euh, euh werd gebracht. Dan van naja dat je college over  
133 longkanker, eigenlijk de ins en outs hoe die celletjes eruit zagen en waar naar uit kon  
134 zaaien en weet ik veel wat. Oh ja, risicofactor is roken. Euh maar het heeft eigenlijk niet  
135 superveel aandacht gehad. Uhm, in de tijd dat ik geneeskunde deed was, waren ook  
136 nog wel wat artsen die her en der rookten. Ik kan mij herinneren van euh coschappen  
137 dat er euh rokende longartsen zelfs waren in het ziekenhuis waar ik de coschappen

138 deed. Euh rokende longartsen die aan longkanker overleden, ha, ha. Dus, dus het was  
139 wel, het besef was euhm ja groeiende dat roken niet zo'n beste zaak was. Maar je kon  
140 niet zeggen dat het heel stevig geland was en dat iedereen zich zeer bewust was dat  
141 het toch beter anders moest worden. En, en ik heb eigenlijk, in ieder geval in mijn  
142 herinnering, nooit zo goed gehoord dat het een euh iets was waar je als arts heel erg  
143 op insprong zo van jongens let er nou op, vraag er niet alleen naar, maar realiseer je  
144 dat een verslaving is en bied daar begeleiding in, in die verslaving. En voor zover ik me  
145 kan herinneren was dat nauwelijks een issue. Het was gewoon die risicofactor en die  
146 implicatie van het op die manier aangeboden krijgen was eigenlijk dat je er naar vroeg  
147 hè dat hoorde je te vragen, rook je, gebruik je drugs, gebruik je alcohol? Uhm, en dat  
148 had je dat gevraagd en dan deed je er eigenlijk niet zoveel mee. Nederland is een  
149 liberaal land dus als je wil roken dan ga je toch roken. Ik kan me ook herinneren dat in  
150 mijn omgeving niet zoveel mensen rookten. Maar ik had een hele goede vriend die  
151 rookte wel en het kwam helemaal niet in me op om dat met hem te bespreken van goh  
152 zou je dat nou wel doen. En zeg maar het liberalisme zo enorm hoog was dat  
153 iedereen gaat en staat waar ie wil en wie ben ik om daar iets in te veranderen? Euh,  
154 terwijl ik daar nu iets anders naar kijk. Het is niet helemaal die vrije keuze die we toen  
155 dachten wat het was of die sommige mensen nog steeds denken dat het is. Het is  
156 natuurlijk een. De meest pakkende vergelijking vind ik hè als je het stickertje van een  
157 pakje roken op een willekeurig ander levensmiddel plakt dan koopt geen hond het.  
158 Want je wil niet meer de kans op ziekte en sterven en kanker en weet ik veel wat.  
159 Alleen bij dat pakje sigaretten werkt de waarschuwing niet omdat je verslaafd bent. Euh  
160 dus dat het een heel ingrijpend mechanisme is wat heel veel doet met de manier  
161 waarop je de wereld waarneemt. Ja, dat is pas van veel recenter datum wat ik zo  
162 realiseer zeg maar.

163

164 **Inge 10:09 – 10:21**

165 En euh, naja je gaf zelf al aan zelf rookte je niet en in je omgeving werd nauwelijks  
166 gerookt. Dus misschien wel wat studiegenoten dat weet ik eigenlijk niet.

167

168 **Michaël 10:22 - 10:50**

169 Hmm, ja ik groeide op in een gezin mijn vader had ooit gerookt. Mijn broers hebben wel  
170 gerookt en dat was toen nog voor ik geneeskunde studeerde. Euh, en toen kwam het  
171 natuurlijk niet in mij op daar iets over te beginnen. Dat was natuurlijk niet aan mij als  
172 broer, broertje, het zouden dan mijn ouders moeten zijn. Maar ook daar speelde zoiets  
173 van naja de jeugd moet blijkbaar zijn gang gaan en het was niet een big item van als je  
174 niet rookt dan euh krijg je meer weet ik veel wat; een of andere beloning of straf.

175

176 **Inge 10:51 – 10:52**

177 Ja. Caballero

178

179

180 **Michaël 10:52 – 10:59**

181 Respect voor de vrije wil en dan tussen aanhalingstekens vrij hè, want zo vrij is het  
182 natuurlijk niet.

183



184 **Inge 11:00 – 11:40**

185 Ja, ja, nee zo is het. Dank jullie wel dat was even de introductie. Euh, ik had jullie dus  
186 dat programma gestuurd en daar had ik een onderverdeling in twee thema's gemaakt  
187 hè, van veranderde denkbeelden en veranderd handelen. En euh, nou ja daar wil ik nu  
188 even kort op ingaan. Kort of lang hè van wat jullie daarover weten te vertellen. Euh  
189 want soms komt het al in je verhaal een beetje terug hè want euh ben je in de loop van  
190 je carrière anders gaan denken over de medische gevolgen van het roken? Daar hoor  
191 ik jullie allebei wat over zeggen eigenlijk. Henk kun je daar nog iets dieper op ingaan?

192

193 **Henk 11:41 – 11:45**

194 Nou ja goed ik, ik

195

196 **Inge 11:46 – 11:55**

197 Als je nu gewoon vergelijkt van toen je net begon hè als huisarts of als arts en ja nu en  
198 de afgelopen, afgelopen tien, vijftien jaar?

199

200 **Henk 11:56 – 13:41**

201 Na ja je kunt het nog eerder zien vanuit je eigen kan ik me herinneren op de  
202 basisschool werd al gezegd dat het geen slimme gewoonte was. En dat, nou ja mijn  
203 ouders hadden eigenlijk hetzelfde. Mijn vader was gestopt, maar ook een aardige  
204 anekdote weer, die had een blindedarmontsteking en het ziekenhuis had net ingevoerd  
205 dat je op de afdeling niet mocht roken. Dan praat je over de jaren zestig en toen lag je  
206 nog twee weken voor een blindedarmontsteking in het ziekenhuis. Dus je mocht twee  
207 weken niet roken en die kwam thuis en die had zoiets ja ik heb er eigenlijk geen  
208 behoefte aan. Die is daardoor gestopt en dat geeft al aan dat, dat ja dat is heel  
209 langzaam gaan groeien, maar dat was er toen ook al hoor.

210 Nou goed de studie inderdaad ja het werd redelijk zijdelings benoemd, maar ook  
211 eigenlijk altijd negatief. En in je eigen, zeg maar toen ik klaar was, toen heb ik het altijd  
212 als negatief benoemd van stop er mee, maar er was inderdaad de mogelijkheid van  
213 begeleiding was slecht dus het was echt ja moet je nou minderen, moet je cold turkey  
214 doen dat was het.

215 Euh zeg maar onder het publiek vond ik dat de aandacht was minder, ik bedoel dat, dat  
216 bepaal ik zelf wel. Ik kan me herinneren dat toen ook bijvoorbeeld net bekend was dat  
217 het meeroken niet zo'n gezonde gewoonte was omdat bijvoorbeeld euh voor kinderen  
218 met, met astma dat echt negatief was. Dat je aanvankelijk kreeg de reactie ik bepaal  
219 zelf wel wat ik thuis doe. En ik zoiets had van nou goed de stand van de wetenschap is  
220 dat het ook voor je kroost het niet zo handig is. En het grappige is door die hele  
221 campagne niet roken waar de kleine bij is van, van Jan, Jan Kruis dat, dat heel  
222 bespreekbaar werd.

223

224 **Inge 13:41 – 13:42**

225 Ja, ja

226

227 **Henk 13:42 – 14:01**

228 Dat die aanvankelijke reactie van dat bepaal ik toch wel werd zoiets van is dat ook wel  
229 zo?

230 En nu zie je dat op de vraag of mensen binnenshuis roken antwoord iedereen nee. Of  
231 dat in werkelijkheid zo is, is een tweede, maar het geeft wel aan dat de norm daarin  
232 duidelijk is veranderd.

233

234 **Inge 14:02 – 14:03**

235 Ja, ja

236

237 **Henk 14:03 – 14:05**

238 Dat, dat

239

240 **Inge 14:06 – 14:19**

241 Ja en werd je daarin ook een beetje geleid door euh artikelen van, van medische  
242 tijdschriften, NHG, LHV? Dat soort organisaties die toch steeds weer meer met  
243 wetenschappelijke publicaties kwamen.

244

245 **Henk 14:20 – 15:27**

246 Trimbos heeft natuurlijk ook het ook behoorlijk opgepakt. Ik bedoel ja gewoon er was  
247 niet echt ja het werd minder gezien als een verslaving hè. Kijk alcohol, drugs dat euh  
248 daarvan is iedereen heel duidelijk ja goed dat, dat kan finaal uit de hand lopen en  
249 tabak was dat minder. Waarbij natuurlijk ook wel altijd met verslavingen lang niet  
250 iedereen die cocaïne of heroïne gebruikt is verslaafd hè dat, dat er zijn ook mensen die  
251 gewoon een lijntje snuiven en voor de rest prima functioneren. En dat, ja dat is  
252 natuurlijk het opvallende aan tabak. Het is eigenlijk altijd schadelijk en van je kunt je  
253 afvragen dat een paar glazen wijn per week zo schadelijk is, is net zo goed een vraag.  
254 Maar bij tabak kun je zeggen het is gewoon een al rook je een halve sigaret in de  
255 maand is dat gewoon schadelijk. Dat, dat, ja goed dat en daarin heeft de  
256 verslavingszorg altijd wat, wat ja gebalanceerd. Je bent nu echt weer gewoon op de  
257 fase van weer helemaal niet, maar ik weet van tijden dat je zoiets had van een beetje  
258 cocaïnegebruik who cares, bedoel.

259

260 **Inge 15:28 – 15:36**

261 Ik doe mijn deur even dicht. Mijn burens zijn bezig in hun tuin en ik wordt daar  
262 ontzettend afgeleid door de graafwerkzaamheden.

263

264 **Henk 15:38 – 15:40**

265 Ik wist niet dat je zo hoog nog burens had? (doelend op mijn achtergrond in Teams).ha,  
266 ha.

267

268 **Inge 15:42 - 15:43**

269 Wat zeg jij Henk?

270

271 **Henk 15:44 – 15:48**

272 Ik wist niet dat je zo hoog nog burens had? Als ik naar je achtergrond kijk maar.

273

274 **Inge 15:49 – 15:55**

275 Ha, ha nou, wij hebben net de tuin gedaan en de burens zijn nu ook hun tuin volledig  
276 aan het doen dus dat geeft herrie.

277

278 **Henk 15:56 – 16:26**

279 Hè die verslavingszorg schommelt natuurlijk in van wat is nog getolereerd gebruik, dat  
280 en dat zie je voor van alles gaat het naar beneden. Van alcohol was dat van voor  
281 mannen twee glazen per dag, toen twee glazen per dag en twee alcoholvrije dagen en  
282 nu en toen was het een tijdje één en nu is het liever niet. Zo, zo zie je dat schuiven,  
283 maar ja tabak is daar denk ik er ook gewoon in meegegaan en ja gewoon en denk ik  
284 helemaal het scherpste gewoon helemaal niet. En gewoon rook niet.

285

286 **Inge 16:27 – 16:29**

287 Ja en, en Michaël?

288

289 **Michaël 16:30 – 19:23**

290 Euh ja dus, dus een beetje de beeldvorming in de loop van de jaren heen hè. Euh na ja  
291 eigenlijk van, van mijn jeugd als student ga je ook bijvoorbeeld ook vaak naar de film.  
292 En ik weet dat nog heel erg goed die, die Caballero en Marlboro reclames dat waren  
293 eigenlijk de mooiste reclames. En het was eigenlijk, is nog een fase geweest dat ik het  
294 dat ik mijzelf eigenlijk een slapjanus vond van, van die kijk dan die, die stoere mannen  
295 in die kano's zitten, en mijn broers die roken tenminste wel. En ik, ik ben niet heel erg  
296 stoer want het lukt me gewoon niet. Ik begin meteen te hoesten als ik zo'n ding krijg.  
297 Hè d'r, d'r is een fase geweest van ongeveer mijn vier- vijftiengste dat het feit dat  
298 het een probleem was werd helemaal ondergesneeuwd door het gegeven van dat het  
299 best wel stoer was. En ik was dan wel wat minder stoer in mijn eigen perceptie.  
300 Euh ja dat is natuurlijk gaan kantelen met het feit dat je arts bent en euh, maar euh het,  
301 het, het maar het zijdelingse wat het was is veel meer pontificaal geworden. Euh ik  
302 denk dat als huisarts moet je een soort levensloop geneeskunde doet, dat je mensen  
303 goed leert kennen en op een gegeven moment euh met enige regelmaat van de klok  
304 euh ziet dan mensen toch hun eigen leven toch een beetje aan gort roken hè. Dat je  
305 dus gewoon op een gegeven moment ziet dat ik op een gegeven dacht ik van hé ik  
306 krijg nu teveel het idee dat ik een soort waarzegger ben van ik, ik, ik zie gewoon aan  
307 mensen die die roken die zijn wat te zwaar. Dit gaat binnenkort een keer fout en het  
308 ging binnenkort fout. En dan krijg ik ook zo'n beetje een Wanda de Kanter effect van op  
309 een gegeven moment ben je het zat om alsmaar achter de feiten aan te lopen om  
310 mensen in een COPD programma te stoppen of nog een beetje palliatieve  
311 longkankerzorg te verrichten. Ik denk van ja de wereld op zijn kop. Je moet het bij de  
312 basis natuurlijk aanpakken. Enne, enne en dat ik dacht van ja hoe vaak ga ik dat nog  
313 meemaken dat een van mijn patiënten euhm zonder dat het überhaupt veel een  
314 onderwerp geweest is euh toch aan het roken ten onder gaat. Euh, ik denk dat ik daar  
315 zelf vroeger ook nog wel een beetje te laks in was. Dat liberalisme zit in Nederland best  
316 wel diep hè van ja wat iemand zijn gewoonte is dat bepaalt ie lekker zelf wel. En wie  
317 ben ik om me mee te bemoeien? Terwijl ik nu denk van ja gewoonte, gewoonte tis  
318 gewoon een verslaving en euh waar we als arts best wel het recht hebben om het daar  
319 over te hebben want eh euh tis ja, het is gewoon je bent voortdurend bezig met allerlei  
320 rookschade op te lappen. En het is natuurlijk te zot voor woorden om dat te doen

321 zonder het te hebben over de hele oorzaak van al dat lijden. En dat is dan in veel  
322 gevallen roken wel van heel aantal ziektes dat, dat de kernoorzaak is.

323

324 **Inge 19:23 – 19:23**

325 Ja

326

327 **Henk 19:24 – 19:51**

328 De .... waar ik zat was toch ook wel duidelijk dat het een verslaving was. En dan  
329 tuurlijk een soort, soort ja een kip die gouden eieren legt is. En van mensen willen het  
330 graag hebben. Ze willen er graag voor betalen. Ze willen niet stoppen. Je gooit er ieder  
331 jaar een kwartje accijns bij en vangen maar. Dus ook de overheid die extreem laks was  
332 in, in euh antirook maatregelen. Ook wel de overheid als drugsdealer hoor.

333

334 **Inge 19:52 – 20:04**

335 Er zijn natuurlijk wel grote publiekscampagnes geweest volgens mij. En euh Stivoro  
336 was natuurlijk ook vanuit de overheid. Euh.

337

338 **Henk 20:05 – 20:06**

339 En ook weer weg bezuinigd.

340

341 **Inge 20:06 – 20:22**

342 Ja, ja, jazeker. Uhm in hoeverre vonden jullie toen je net begon als huisarts, maar dat  
343 mag ook tijdens je studie dat preventie echt onderdeel is ook van je huisartsenvak? In  
344 hoeverre vond je dat eh Henk?

345

346 **Henk 20:23 – 20:42**

347 Ja, dat is het nog steeds (onverstaanbaar). Euh preventie is natuurlijk een gigantisch  
348 breed onderwerp. Dat gaat van leuning op steigers en autogordels ja tot en met  
349 inderdaad euh zeg maar de dekenboog om spitsvoeten te voorkomen.

350

351 **Inge 20:43 – 20:43**

352 Ja.

353

354 **Henk 20:44 – 21:33**

355 Zeg maar dat eerste stuk die, die maatschappelijke kant ja daar, daar kun je niet veel  
356 mee. Want dat is ja dat hangt af hoe je stemt en wat je vindt en misschien een keer  
357 boze brief ingezonden brief of iets dergelijks. Maar ja, het is heel lastig om veel mee te  
358 doen. Terwijl als je het wat verderop komt naar, naar richting patiënt ja dat je het toch  
359 wel aanstipt. Dat je het in ieder geval bij iedereen registreert. Hè dat je daar eens mee  
360 begint. En dat zorgt dat er ook registratiesystemen zijn. En dat soort dingen dat kun je  
361 natuurlijk wel doen. En natuurlijk ja er zijn toch nog, zeg ik na 20 jaar huisarts, zijn er  
362 toch nog mensen die trots komen vertellen dat ze toch uiteindelijk gestopt zijn. Nadat ik  
363 het inderdaad twintig jaar toch elke keer permanent heb aangestipt, en het roken nog  
364 even aangestipt.

365

366 **Inge 21:34 – 21:44**

367 Dus, dus dat zeg je eigenlijk wel hè. Je registreert het, tenminste dat begrijp ik van je,  
368 en als een patiënt op spreekuur komt dan heb je het er ook regelmatig over. Klopt het  
369 wat ik begrijp?

370

371

372 **Henk 21:45 – 22:07**

373 Ja, maar ook van die dingen die mensen soms niet zien hè bijvoorbeeld iemand die  
374 euh waarvan je weet dat ie rookt moet een orthopedische operatie ondergaan dat ook  
375 zegt stop in ieder geval twee weken dan pakken gewoon die doorgezaagde botten  
376 beter aan elkaar. Dat, dat je dat zijn natuurlijk relaties die mensen niet leggen. Dat  
377 gewoon operaties makkelijker mislukken als mensen roken.

378

379 **Inge 22:08 – 22:22**

380 Ja en, en heb je het er ook wel over als iemand met een niet roken gerelateerde klacht  
381 bij je komt? Bijvoorbeeld hij heeft zijn teen gestoten en je ziet in het dossier van dat die  
382 patiënt rookt euh stip jij het dan ook aan?

383

384 **Henk 22:23 – 22:24**

385 Het houdt een keer op, maar

386

387 **Michaël 22:25 – 22:25**

388 Ha, ha

389

390 **Henk 22:26 – 22:31**

391 Dat, nee maar ik heb ook wel eens een woedende reactie gehad van ook een aardige  
392 weer van infertiliteit.

393

394 **Inge 22:32 – 22:32**

395 Ja

396

397 **Henk 22:33 – 22:37**

398 Dat ze ook weer zoiets hadden wat heeft dat in godsnaam met roken van doen. Want  
399 ik rook toch niet met m'n, ik rook toch met mijn mond toch?

400

401 **Inge 22:38 – 22:39**

402 Ja, ja

403

404 **Henk 22:38 – 22:55**

405 Na zeg, dat werkt toch door en, en zoiets iets na ja dat je dat permanent aanstipt van  
406 joh het heeft toch op alle orgaansystemen heeft het invloed maar ja na ja je moet  
407 natuurlijk niet helemaal een, een, een euh

408

409 **Inge 22:56 – 22:57**

410 Helemaal doordraaien daarin

411

412 **Henk 22:58 – 23:03**

413 Ja niet doordraaien als iets echt er niet mee van doen heeft, maar dat is het al relatief  
414 snel hoor.

415

416 **Inge 23:04 – 23:11**

417 Ja want dat begrijp ik wel en is, is dat iets van echt de laatste jaren of deed je dat aan  
418 het begin van je carrière ook al?

419

420 **Henk 23:12 – 23:24**

421 Ja, ik ben altijd antirook geweest. Dat nee inderdaad die verhalen van van dat was dat  
422 verhaal van die die boze meneer die thuis wilde roken met zijn astmatische kind

423 **Inge 23:24 – 23:24**

424 Ja

425

426 **Henk 23:24 – 23:27**

427 Dat was twee- drieënnegentig moet het zijn geweest.

428

429 **Inge 23:28 – 23:30**

430 Ja, dat is dus echt wel een poos geleden. En jij Michaël?

431

432 **Michaël 23:32 – 26:20**

433 Euh ik, ik hoor euh met euh respect euh en bewondering aan dat Henk dat eigenlijk  
434 van begin af aan gedaan heeft. Euh ik, ik bij mij is het echt veel meer een revolutie  
435 geweest dat, dat vroeger echt een zijdelings ding was. Het, het kwam uh af en toe  
436 eens ter sprake maar ik, ik had veel respect voor wat iemand dan wilde. Euh had het er  
437 niet zo vaak over. Euh het was niet diep ingeprent dat het een zware verslaving was.  
438 En bij mij is het echt iets wat eigenlijk in de loop van mijn huisartsuitoefening in de  
439 laatste tien jaar veel sterker is boven komen drijven. Van dit is niet een beetje impact  
440 maar dit is heel veel impact. En het is niet een beetje verslaving, maar het is heel erg  
441 verslavend. En euh iemand heeft onze hulp nodig. Niet alleen om de boel achteraf nog  
442 maar een beetje op te lappen maar in primaire zin èuh voorkomen dat het zo ver mis  
443 gaat hè. Dat is veel mooier hè en niet achter de feiten aan lopen, maar voorkomen dat  
444 die feiten überhaupt plaatsvinden. Euhm dus dat betekent dat nu de neiging om het ter  
445 sprake te brengen ook veel groter is. Euhm een paar simpele voorbeelden iemand die,  
446 je ziet natuurlijk als huisarts heel veel mensen met een hoestje komen. Ja eigenlijk  
447 iedereen die met een hoestje komt daar hoort de vraag bij rook je? Hè, als iemand ja  
448 zegt dat je toch zegt van nou dat heeft met elkaar te maken. Euh ook met dingen die  
449 soms weinig met elkaar te maken lijkt, Henk noemde het ook al hè, dat  
450 baarmoederhalskanker is ook gerelateerd aan roken. Nou is een tijdje geleden een  
451 Amsterdamse studie geweest om de doktersassistente bij elk baarmoederhalsuitstrijkje  
452 te laten vragen naar haar rookgedrag en aan te geven dat er rookstopzorg is. En dat  
453 lijkt heel vreemd maar het is helemaal niet vreemd want een baarmoederhals  
454 onderzoek heeft als doel om baarmoederhalskanker te voorkomen. En rookgedrag in  
455 kaart brengen en roken bespreekbaar maken om het te stoppen dat heeft ook te  
456 maken met baarmoederhalskanker gewoon. Het zijn dus eigenlijk twee dingen die  
457 volstrekt in elkaars verlengde liggen. Euh de teen daar geef ik wel een duidelijk  
458 antwoord op. Je wil namelijk mensen hun goodwill niet verspelen. En ik denk als

459 mensen heel hard hun teen stoten en ik begin als een gek over dat roken. Dat ik denk  
460 hallo dokter ik kom hier met een bloedende teen en jij gaat met haar over doorzagen.  
461 Euh dan verlies je een beetje krediet hè want je moet ook altijd het relatie voor ogen  
462 hebben. Euhm je moet dus wel weten wanneer je het ijzer kan smeden. Als het heet is  
463 en niet op het moment dat het er niet zoveel toe doet met die gestoten teen.

464

465 **Henk 26:21- 27:02**

466 Nou ja goed het lastige is soms bij zeg maar waar de intuïtieve relatie er niet zo is. Het  
467 is inderdaad het voorbeeld met mij die infertiliteit, kankers in organen die ver van de  
468 longen af liggen euh daar, daar heb je zoiets van het is wel handig om dat toch te  
469 melden. Zeker bij uitstrijkjes zou dat slim zijn. Euh, maar je het is inderdaad vandaar  
470 heb je weleens de goodwill verspeeld. Ja terwijl dat toch wel zeker bij, bij dingen als  
471 infertiliteit, ja bedoel je wil toch vlot zwanger worden in zo'n situatie. Zeg maar een van  
472 de verbeterpunten die heb je waarschijnlijk in je broekzak zitten.

473

474

475 **Inge 27:03 – 27:22**

476 Ja, zeg en euhm maakte het dan ook uit of je euh over rookstop begon bij mannen of  
477 bij vrouwen hè. Je hebt het nu over zwangerschap en zwanger raken. Na ja dat is toch  
478 iets wat vrouwen overkomt vooral. Dus, dus had je dat vooral over ro

479

480 **Henk 27:22 – 28:00**

481 Nee, ik zie er niet opvallende, zwangerschap wel ja. Nou ja daar heb ik wel iets van  
482 zeker toen het duidelijk werd dat het meeroken zo belangrijk was. Heb je zoiets van  
483 oké. één ook als je zwanger bent en je zou stoppen en je partner rookt door euh dan  
484 heb je in ieder geval nog het meeroken en twee als het kind er eenmaal is Dus, en het  
485 derde is van het lijkt mij als verslaafde heel lastig om te stoppen als je omgeving door  
486 gebruikt. Even Ongeacht welk middel je het over hebt dus.

487

488 **Inge 28:01 – 28:03**

489 Ja, en welk geslacht je hebt hè? Dat euh

490

491 **Henk 28:04 – 28:19**

492 Ja, dat is gewoon dat staat los van geslachtsverschillen. Als jij in een omgeving zit  
493 waar massaal gebruikt wordt dan gebruik je mee. Dan is het vrijwel niet mogelijk om te  
494 stoppen.

495

496 **Inge 28:19 – 28:21**

497 Ja, dan is het lastig, ja.

498

499 **Henk 28:21 – 28:21**

500 (Mompelt wat), ja

501

502 **Inge 28:23 -28:25**

503 Sluit je daar bij aan Michaël?

504

505 **Michaël 28:26 – 30:19**

506 Nou ja, man-vrouw verschil het, zeg maar het voordeel bij vrouwen een rol, bij wie  
507 zwangerschap vroeg of laat een thema is euh is dat je, je meer gelegitimeerd voelt,  
508 tenminste ik, om het ter sprake te brengen. Want je hebt het niet alleen over het welzijn  
509 van degene die tegenover je zit, maar ook over het welzijn van wat in die buik zit of  
510 komt. Hè en dan ben ik ook de huisarts van die toekomstige wereldburger. En dat geeft  
511 mij ook wat meer euh legitimaat om euh, dat is geen goed Nederlands geloof ik maar,  
512 het recht om het daar over te hebben vind ik. Euh dus en en hetzelfde geldt voor  
513 vrouwen met anticonceptie. Ja, veel gebruikt boven de 35 en roken dat is eigenlijk al  
514 not done via de NHG richtlijnen. Dus je hebt het bij vrouwen eigenlijk wat vaker een  
515 aanleiding om het toch wel indringender over te hebben. Want de kans op  
516 zwangerschap vermindert, de kans op problemen met de anticonceptie neemt toe;  
517 tromboserisico. De kans op allerlei problemen in de zwangerschap speelt een rol en ik  
518 heb over het algemeen bij vrouwen die rokend zwanger worden eh wel echt een soort  
519 beschermrol naar die ongeboren vrucht toe. Van die moet echt behoed worden. Dus  
520 dan durf ik ook strenger te zijn. Want weet je, je mag uiteindelijk bepalen hoe je zelf  
521 leeft maar nu gaat het ook over die kleine. En die willen we allemaal, zo goed mogelijk  
522 op de wereld zetten. Dat is een gezamenlijk belang en daarmee moet ik ook wat  
523 duidelijker worden in mijn euh. Dus zeg maar in de fertiele levensfase heb je als arts  
524 wat meer argumenten om het bij vrouwen wat indringender er over te hebben merk ik.

525

526 **Inge 30:20 - 30:20**

527 Ja

528

529 **Henk 30:21 – 30:47**

530 Ja, ja ik zou zeggen die je hebt natuurlijk ook een *father and child healthcare* hè. Ik  
531 bedoel het is niet alleen maar *mother and child*. En die na, die relatie benadruk ik ook  
532 wel hoor. Dat je als rokende vader natuurlijk ook een invloed hebt op je kind. Ook al is  
533 dat nog ongeboren. En het tweede is ja nogmaals in de relatie denk ik lijkt me echt heel  
534 lastig als je verslaafd bent om te stoppen in een gebruikende omgeving.

535

536 **Inge 30:50 – 32:20**

537 Ja, dat hoor je ook vaak hè van mensen dan doen ze een poging ja, als partner door  
538 blijft roken dan euh dan is het euh driedubbel zo moeilijk. Goed, we vliegen, we vliegen  
539 er ook weer doorheen hè. Want jullie hadden dat lijstje van mij gekregen, maar alles  
540 komt zo zoetjes aan echt wel aan bod. Euh, nog even terugkomend op dat  
541 verslavingsaspect hè want Henk je weet dat ik natuurlijk samen met Michaël dat hele  
542 stoppen met roken programma, dat we daar super actief mee zijn. En dat daar ook het  
543 verslavingsaspect gewoon veel duidelijker in wordt beschreven. Maar wat ik me wel  
544 afvroeg van, van hè euh voor ons is het nou eigenlijk helder dat, dat roken echt een  
545 verslavingsding is, een verslavingsziekte misschien. Euh, maar wanneer is dat  
546 bewustzijn nou gekomen? Kunnen jullie je dat nog herinneren? Hé we hadden het er  
547 eerst over roken is gedrag euh maar nu hebben we het over rookverslaving. En zo als  
548 met de meeste verslavingen heeft de GGZ vaak een rol. Bij verslaving aan nicotine  
549 begint dat nu een klein beetje te komen maar. Misschien dat Michaël, Michaël weet jij  
550 heb jij daar enig over wanneer dat nou eigenlijk ook, ook in de literatuur misschien?



551

552 **Michaël 32:21 – 34:00**

553 Euhm nou ja, eh je hebt het over literatuur en je hebt het over je persoonlijke ervaring.  
554 Uhm laat ik zo zeggen in mijn persoonlijke ervaring en misschien loop ik daar een  
555 beetje achter op Henk hoor, want die heeft het vanaf het begin af aan blijkbaar ook  
556 over de verslaving heel duidelijk het gevoel er bij gehad van die verslaving speelt een  
557 grote rol. Maar eh bij mij eh eh bestond eigenlijk dat vooral ging het ontstaan toen de  
558 waarschuwingen op de sigarettenpakjes er kwamen. Toen dacht ik nou ja euh gore  
559 plaatjes euh onheilspellende teksten. Als je die op welk ander product in de supermarkt  
560 plakt die worden never nooit niet meer verkocht. En bij sigaretten lijkt het bijna geen  
561 impact lijkt wel. Nog steeds mondjesmaat kalft het aantal rokers af, maar dat is echt  
562 niet in een keer naar beneden getuimeld toen die vieze plaatjes en die teksten erop  
563 kwamen. Dat heeft mij ervan doordrongen van er is dus blijkbaar iets heel krachtigs  
564 waardoor die vieze plaatsjes en ie dreigende woorden helemaal niet aankomen. En dat  
565 iets heel krachtigs is dat is verslaving en daar euh hebben bepaalde artikelen aan  
566 meegedragen maar zeker ook alle persoonlijke verhalen van mensen hè. Bijvoorbeeld  
567 na ja een jaar of wat geleden was die documentaire van euh radar Onder de rook van  
568 de tabaksindustrie waarbij zij ook, de Kanter interviewen die een goeie rookactivist is,  
569 maar die ook jarenlang gerookt heeft. Tot haar 47<sup>ste</sup> geloof ik.

570

571 **Henk 34:00 – 34:00**

572 Ja bizar

573

574 **Michaël 34:00 – 35:20**

575 En en de haar voor te vragen gesteld, hele terechte vragen. De (slecht verstaanbaar)  
576 vraagt aan Wanda de Kanter van hoe kan dat nou dat iemand die dagelijks  
577 geconfronteerd wordt met ellende van roken nog doorrookt. Haar antwoord was heel  
578 eerlijk en ontwapenend van ja ik was verslaafd en verslaving maakt de waarheid een  
579 beetje zoek. Ik dacht dat is de spijker op z'n kop Hè je weet het de waarheid maar het  
580 gaat ergens in een cognitief laatje wat dicht geschoven wordt en overvleugeld wordt  
581 door dat veel sterkere gevoel van ja maar ik moet het hebben. Belangrijk is wat rokers  
582 zeggen ja ik kan bijvoorbeeld in de zorggroep ook iemand bedenken van die rookt en  
583 die zegt ook van ik blijf doorroken dat past bij mij. Ik vind het gewoon lekker. Als jij  
584 appeltaart heel lekker vind dan ga je nog niet 20 keer per dag appeltaart eten. En dan  
585 ga je zeker al helemaal niet door met appeltaart eten als op die appeltaart komt te  
586 staan bevat 15 stoffen die kanker kunnen veroorzaken of verkort je leven of  
587 veroorzaakt dit of veroorzaakt dat. Je gaat radicaal stoppen met die appeltaart. Dus er  
588 is iets heel mafs aan de hand en dat maffe is dus verslaving die al die jaren eigenlijk  
589 onbesproken is gebleven, maar die een enorm zwaar gewicht heeft.

590

591 **Henk 35:21 – 35:22**

592 Ja, ik weet

593

594 **Michaël 35:22 – 35:23**

595 Tabakszorg is verslavingszorg, ja.

596

597 **Inge 35:24 – 35:25**

598 Ja

599

600 **Henk 35:27 – 35:46**

601 Ik was al heel lang hè ik bedoel in het ziekenhuis waar ik werkte bij de chirurgie daar  
602 waren inderdaad ook rokende longartsen. Dertig jaar geleden inmiddels al. Het sprak  
603 wel tot de verbeelding je gaat toch ook niet bij een vegetarische slager kopen, ha, ha  
604 dat soort was onder het sluiten van een buik werd gewoon de staf even doorgenomen  
605 ha, ha.

606

607 **Michaël 35:47 – 35:47**

608 Ja, ja, ja

609

610 **Henk 35:48-35:59**

611 Dan had je dat soort opmerkingen. Dus het, maar het is inderdaad die maar ik denk  
612 echt het dat het gewoon massaal werd gezegd dit is gewoon een verslaving dat is pas  
613 een jaar of tien vijftien hoor.

614

615 **Inge 36:00-36:06**

616 Dat is dus eigenlijk heel recent hè wat jullie eigenlijk allebei aangeven. Ja.

617

618 **Henk 36:07-36:12**

619 Nou ja of ook het is denk ik wel van gewoonte naar euh ziekte verschoven.

620

621 **Michaël 36:13-36:13**

622 Ja

623

624 **Henk 36:14- 36:23**

625 Want tuurlijk gek genoeg bij een heleboel andere dingen noemen we dat  
626 medicalisering, maar hierbij is het toch denk ik toch een gewenste medicalisering.

627

628 **Michaël 36:24 – 36:24**

629 Ja

630

631

632 **Inge 36:24 – 36:56**

633 Ja, want dat is natuurlijk ook een beetje mijn onderzoeksvraag hè van in hoeverre heeft  
634 het denken en handelen van huisartsen invloed gehad op het medicaliseren van euh  
635 een nicotineverslaafde hè, nicotineverslaving?`Maar ik zeg hem nu uit m'n hoofd, het  
636 komt er wat stuntelig uit, maar het is wel hetgeen wa, wat ik reuze interessant vind hè`.  
637 Sinds wanneer plakken we daar nu eigenlijk een etiketje op van euh nou het is een  
638 nico een nicotineverslaving is een ziekte.

639

640 **Michaël 36:57 – 37:35**

641 Ja en het is cruciaal is dat het maakt een, maakt een radicale andere aanpak. Want als  
642 je het hebt over een gewoonte hè dan, dan, dan is het zoiets van dat is haar gewoonte

643 euh ik vreet wel eens een zak drop leeg, iemand anders, ieder wat hè. De een neemt  
644 een wijntje net iets te vaak en de ander die rookt en als je dat dan als een gewoonte  
645 ziet dan geeft het al veel minder het gevoel van ik kan hier of ik mag hier wat van  
646 zeggen. Euhm als je het als een ziekte ziet en bijvoorbeeld er is niemand die zegt van  
647 weet je euh heroïnegebruik is een gewoonte euh die mensen vinden het gewoon  
648 lekker, Nee, het is een verslaving.

649

650 **Henk 37:35 – 37:37**

651 Dus wel hè.

652

653 **Michaël 37:38 – 37:40**

654 Het bestaat dus wel ha, ha maar goed

655

656 **Henk 37:41 – 37:43**

657 Het is gekielhaald worden als je dat hardop zegt.

658

659 **Michaël 37:44 – 38:47**

660 Wij, wij als artsen zijn denk ik als eerst van onze carrière er bewust van. Je gaat niet  
661 tegen iemand die heroïne verslaafd is zeggen nou ik geef je twee gesprekken van tien  
662 minuten en ik geef je methadonnetjes en dan komt het helemaal goed Hè want die  
663 verkeerde gewoonte gaan we wel even uitslijten. Nee, het is verslaving ja als iemand  
664 van de heroïne af moet dan denken wij onmiddellijk aan de SGGZ. We doen er zelf al  
665 helemaal niks aan want we vinden het veel te ingewikkeld. En bij roken is het helemaal  
666 het andere uiterste: oh dat doen we wel even. Want mensen vinden het lekker en het is  
667 een beetje verkeerde gewoonte. Nee, het is hetzelfde probleem als bij heroïne. Alleen,  
668 je zou bijna zeggen het nadeel van de tabaksverslaving is dat mensen er relatief  
669 normaal onder blijven. Mensen hebben allerlei maatschappelijke posities die zijn  
670 directeur, noem het maar op. Hè die vallen niet uit als sociale outcast zoals een  
671 heroïnegebruiker dat doet. Een heroïnegebruiker is een zombie. Hè die kan niet meer  
672 functioneren en een roker functioneert. Minder goed dan een niet roker, maar hij  
673 functioneert. Dat maakt een soort valkuil dat je het minder goed ziet.

674

675 **Henk 38:48 – 38:55**

676 Nee, maar goed het gaat er natuurlijk om verslaving in combinatie met sociale  
677 teloorgang. De Zuidas die lijntjes snuiven die gaan ook niet sociaal teloor.

678

679 **Michaël 38:55 – 38:55**

680 Nee

681

682 **Henk 38:57 – 39:35**

683 Hoogstens onze bankrekening, maar goed. Je hebt dat en euh naar ook inderdaad het  
684 komt dus gewoon voor dat mensen die toegang hebben tot steriele naalden enzovoort  
685 en die spuiten ook heroïne. Bedoel en dat en doen dat in weekends, die suffen lekker  
686 wat uit en die staan maandag weer fit bij hun werk. Dus al die verslavingen hebben een  
687 extreem alleen het lastige van roken is er is vrijwel geen sociale teloorgang. Terwijl de,  
688 de lichamelijke desintegratie is natuurlijk dramatisch. Ook weer op termijn. En dat

689 terwijl iemand een paar uur geleden, 5 minuten geleden een sigaret gerookt heeft,  
690 maar gewoon naar zijn werk en doet daar verstandige dingen.

691

692 **Michaël en Inge 39:36 – 39:37**

693 Ja

694

695 **Inge 39:37 – 40:15**

696 Want wat ik eigenlijk een beetje hoor euh Michaël is wat jij zegt, je moet me anders  
697 maar corrigeren als ik je verkeerd begrijp. is dat je zegt door het medicaliseren, door  
698 een etiket van ziekte op te plakken dat geeft mij als huisarts wat meer handvatten om  
699 daar wat van te zeggen. Wat meer power, wat meer macht zeg maar. Ja, het is  
700 misschien groots gezegd, maar als je in termen van medicalisering spreekt zou je dat  
701 misschien kunnen zeggen. Euhm het geeft echt meer handvatten om daar  
702 gelegitimeerd ja iets over te zeggen.

703

704 **Michaël 40:16 – 42:01**

705 Ja, en, en, en, misschien wel ook nog wel sympathieker naar de patiënt toe hè. Want  
706 euh als je het als een verkeerde gewoonte zegt dan zeggen ze van dan zeg ik het voor  
707 de tiende keer roken is niet goed voor je man. Doe er nou eens wat aan. Die, die wordt  
708 niet echt sympathiek gevonden als je dat zegt. Maar als je zegt weet je ja hoe dan ook  
709 het is zo gekomen je bent gaan roken. Eigenlijk net zo hardnekkig als heroïne. En dat  
710 betekent, en dat wil niet zeggen dat het zwak van je is dat je er niet van af komt, maar  
711 die verslaving is heel hardnekkig. En het blijkt dat je er veel beter vanaf kunt komen als  
712 je de hulpverleners maximaal inzet. Zowel de ondersteuner van die als de ondersteuner  
713 die en eventueel een pil of een pleister. Euh dan als je daar maar in je eentje loopt te  
714 purren. Want, daar kom ik ook weer met mijn vergelijking een heroïneverslaafde lukt  
715 het ook niet met twee gesprekjes en tien methadonnetjes. Daar heb je meer voor nodig  
716 hè Dus je kunt meer naast iemand staan van je bent helemaal, maar je hebt gewoon te  
717 maken met een verslaving die heel hardnekkig is. Het is logisch dat je dat in je eentje  
718 niet in een keer lukt, maar we gaan naast elkaar staan en we gaan samen de  
719 schouders er onder zetten en dan gaat het best wel lukken. Dan hebben we veel meer  
720 kans dat het gaat lukken. Dus ik, ik euhm laat ik het zo zeggen de verslaving maakt het  
721 mij ook mogelijk om mij sympathieker te verhouden met degene die rookt dan als je  
722 het alleen maar als een verkeerde keus beschouwd. Want dan ben je iemand aan het  
723 bestraffen euh dan ben je iemand aan het euh na ja hè attenderen dat ie het verkeerde  
724 doet. Maar verslaving kun je meer iemand naast staan. Je hebt een probleem dat heel  
725 hardnekkig is. Dan is moeilijk om daar alleen van af te komen, maar ik ga naast je  
726 staan we gaan het samen doen.

727

728 **Inge 42:01 – 42:41**

729 Want dan komen we eigenlijk al heel geleidelijk aan op dat, hè want we hebben  
730 daarnet I even over veranderde denkbeelden gehad en we komen nu eigenlijk ook  
731 tegelijkertijd of nu zo zoetjesaan bij het handelen hè. Dat je euh, euh hè concrete  
732 hulpmiddelen bijvoorbeeld die jou ter beschikking staan om mensen te ondersteunen  
733 bij het stoppen met roken. Want voor het jaar 2000, dan kijk ik ook even naar Henk,

734 want die was toen al huisarts, euh had je natuurlijk niet zo heel veel middelen hè want,  
735 want gaf jij dan enigszins begeleiding of besteedde je dat uit Henk?

736

737 **Henk 42:43 – 43:14**

738 Dat was er niet. Na ja zo wie zo moet je wel bedenken euh het roken neemt heel  
739 langzaam af hè. Ik bedoel als je 1950 ziet toen was het zoiets van 90 of 95% van de  
740 mannen rookte. Dat is afgezwakt naar iets van 25. Dus het kan best maar het gaat  
741 tergend langzaam en het gaat ook echt om het inrichten van de publieke ruimte, de  
742 mate waarin het verkocht wordt, dus echt gewoon de politiek en het bestuur is aan zet  
743 hoor, ik bedoel.

744

745 **Inge 43:15- 43:17**

746 Ja, het is een samenspel hè, wat jij zegt

747

748 **Henk 43:17 – 43:17**

749 Ja

750

751 **Inge 43:17 – 43:37**

752 Het zijn verschillende factoren die bijdragen dat mensen minder zijn gaan roken. En  
753 mijn concrete vraag is eigenlijk van wat hè in negentienvij, bijvoorbeeld in  
754 negentienvijfennegentig zei je tegen een patiënt goh het is niet zo goed dat u rookt,  
755 maar wat had je dan die patiënt te bieden?

756

757 **Henk 43:38: 43:39**

758 Niet veel meer dan dat.

759

760 **Inge 43:39 : 43:39**

761 Nee

762

763 **Henk 43:41 – 43:42**

764 Dus toch

765

766 **Inge 43:42 – 43:53**

767 Ze kwamen niet terug voor een gesprek, je kon ze niet naar een assistente doorsturen  
768 die daar wat mee deed? Dat is allemaal van latere datum?

769

770 **Henk 43:54: 44:30**

771 Dat is echt van nou ja ik denk een jaar of tien dat echt die ik weet bij ons in de Schakel,  
772 dat is wel aardig, d'r was een assistente die had zich er helemaal op gestort en dat, die  
773 maakte echt werk van met lange gesprekken en echt ook die toch die psychiatrische co  
774 morbiditeit navragen. Want daar is inderdaad een motor om daar mee door te gaan. En  
775 hoe dat is uiteindelijk ook weer gestopt door capaciteitsproblemen en ook euh ja veel  
776 mensen zagen ook het belang er ook niet van in. Je hebt natuurlijk niet al la minute  
777 gezondere mensen dat duurt gewoon tien jaar.

778

779 **Inge 44:31 – 44:41**

780 Ja, nou maar we hebben natuurlijk al zo'n 18 jaar praktijkondersteuners somatiek in  
781 Almere en die hadden het volgens mij wel in hun pakket zitten of zit ik verkeerd?

782

783 **Henk 44:42 – 45:53**

784 Nee, ik denk een jaar of 15 vrij snel er in gekomen hoor. Maar goed toen had je ze wat  
785 meer te bieden, maar in het begin was het zoiets van stop er alsjeblieft mee En goed  
786 persoonlijk denk ik dat de mensen die niet zo verslavingsgevoelig zijn en geen  
787 psychiatrische co morbiditeit hebben die lukt het wel. Ja, nu blijven wij met een soort  
788 harde kern zitten. Mensen, de een is toch verslavingsgevoeliger dan de ander. Euh en  
789 ja ook bij hu, ik vind zelf psychiatrische co morbiditeit bij roken wordt onderbelicht dus  
790 bij alle andere verslavingen is het eigenlijk altijd dat mensen schizofreen zijn,  
791 depressief nou wat ze al niet zijn. Dat bij roken ja is roken en het tweede is je kunt het  
792 vanuit de gezondheidszorg niet een aandoening die bij de kwart van de mensen  
793 voorkomt kun je gaan behandelen. We kunnen ook niet alle blondharigen van hun  
794 blondharigheid afhelpen, als je dat zou willen. Dat gaat gewoon niet. Dus daar, daar zal  
795 een maatschappelijke verandering in moeten komen en door de beschikbaarheid, de  
796 beprijzing euh dat soort dingen daar zal je echt van moeten hebben hoor

797

798 **Inge 45:53 – 45:57**

799 Ja, heb jij daar wat aan toe te voegen of aan te vullen Michaël?

800

801 **Michaël 45:58 – 46:18**

802 Ja, ik ben het natuurlijk met Henk eens hè wij doen als artsen wat om verslaving aan te  
803 pakken euhm, maar eh dat zeggen bijvoorbeeld Wanda de Kanter en Pauline Dekker  
804 natuurlijk ook van euh, euh preventie is belangrijk. Die pakjes moeten elk jaar duurder  
805 worden. Het moet uit de supermarkten.

806

807 **Henk 46:18 – 46:29**

808 Nee, nee een keer in de vijf jaar 7 euro 7,50 duurder (Michaël lacht). Nee maar echt  
809 wat er nu gedaan wordt dat is elk jaar komt er een beetje bij

810

811 **Michaël 46:29 – 46:31**

812 Dan zeggen mensen ja het kan nog wel

813

814 **Henk 46:31 – 46:37**

815 Dan is het januari geweest en dan ram 7,50 oplakt, ha, ha

816

817 **Michaël 46:38 – 47:31**

818 Wat je dan gaat krijgen is dat iedereen naar België en zo gaat hè. Maar goed eh, eh,  
819 maar ieder geval het wat je nu een beetje krijgt en dat, dat speelt ons in de kaart als we  
820 roken willen terugbrengen is dat mensen toch een beetje een paria gevoel krijgen: ik  
821 moet uit het gebouw om te roken. Ik mag niet eens in de buurt van het gebouw staan,  
822 maar ik moet ergens in de regen bij een of andere lantaarnpaal moet ik dat gaan  
823 oproken enne dan voel ik me toch wel een beetje een outcast. En dat gevoel is toch  
824 wel gunstig hè want we hadden het net over het roken in tegenstelling tot een zware  
825 alcoholist of een heroïnegebruiker niet een zombie is maar hij voelt zich al wel een

826 beetje, een beetje een outcast als ie daar zo in een verdomhoekje om het zo maar te  
827 noemen moet gaan paffen. Hè dat, dat is gunstig. Het is niet meer stoer het is meer  
828 een beetje zielig.

829

830 **Henk 47:32 – 48:03**

831 Pas daar mee op hoor. Want je, kijk als mensen zich, op een gegeven moment wordt  
832 een pariastatus ook weer een cult. Bedoel dat, dat slaat zo in elkaar over. Nee, het valt  
833 mij nu op gewoon ja van die laagopgeleide, kansarme mensen ja die, die staan op het  
834 roken. Kijk eens wat ik nog kan. Euh en die zoeken mekaar op. Die eh dus als je  
835 inderdaad er een soort pariastatus d'r van maakt euh dat kan ook weer omslaan in een  
836 cultstatus.

837

838 **Inge 48:04 – 48:38**

839 Ja, dat is zo. En euhm wat ik eigenlijk van jullie beiden begriip is dat er eigenlijk de  
840 afgelopen vijftien jaar dat we wat meer ja mogelijkheden kregen om mensen te  
841 begeleiden met het stoppen met roken. Ik stipte daarnet de praktijkondersteuner aan  
842 die deed heel voorzichtig in het begin deed ie wat. En van wanneer kun je dan zeggen  
843 euh nou we hebben gewoon echt een zorgpad. We hebben echt wat mensen te  
844 bieden? Hoelang is dat dan?

845

846 **Henk 48:39 – 49:41**

847 Een jaar of tien zoiets denk ik. Ik heb het niet precies in mijn hoofd hoor. Maar de  
848 afgelopen tien jaar is het duidelijk verbeterd en dat neemt ook wel een vlucht. En ja ik  
849 ja (niet goed verstaanbaar )maatschappelijk is het gelukkig nu ook iets beter dat  
850 inderdaad die plane packaging komt en ik ja en de volgende stap zal dan toch zijn en  
851 het aantal verkooppunten verminderen. En er zijn nu al supermarkten die vrijwillig  
852 stoppen. Eigenlijk zou het een beetje ja gewoon moeten zijn dat je dat grote  
853 supermarkten eigenlijk supermarkten geen tabak meer verkopen en dat dat gewoon  
854 naar speciaalzaken moet. En dat je dat een beetje euh na ja kijk als een winkel om zes  
855 uur dicht gaat dan wordt het al lastiger en ook geen tabak meer in benzinstations. Dat  
856 je dat zo geleidelijk afknijpt dat je dus inderdaad ja je zult hoogstwaarschijnlijk mensen  
857 overhouden die roken. Bedoel leuker is het niet, maar dat je het op die manier een  
858 voorziening afknijpt.

859

860 **Inge 49:42 – 50:15**

861 Ja, ja heb ik nog twee kleine vragen want dan zijn we er doorheen. Ik wilde het ook nog  
862 even hebben over de patiënten zelf. In hoeverre krijg je nou patiënten op je spreekuur  
863 die zeggen dokter ik heb een probleem en ik wil stoppen met roken. En zie je daar ook  
864 een verschil in met 20 jaar geleden of langer? Hè Michaël krijg je mensen op je  
865 spreekuur die met die vraag komen?

866

867 **Michaël 50:16 – 51:32**

868 Euh ja ik denk dat er meer zeg maar doorverwijzingen uit voortvloeien dat ik het ter  
869 sprake breng en die motivatie peil en die motivatie stimuleer en dat ik uiteindelijk: ik  
870 had vandaag nog iemand die had etalagebenen, net aan het licht gekomen, ja dat is  
871 100% roken. Had die man niet gerookt dan had ie ook geen etalagebenen. Rook hij

872 door dan wordt het steeds ernstiger etalagebenen. Stopt hij met roken dan zijn de  
873 vooruitzichten zonnig. Dus het is zo cruciaal dat ie stopt met roken dan. Euh dus euh  
874 dus de route, de indicatie naar de rookstopzorg is een groter deel dan het smaldeel dat  
875 aan komt zetten ik wil stoppen met roken. Maar het is wel zo euh vraag creëert ook  
876 aanbod. Zal je een goed stoppen met rokenplein neerzetten en mensen weten dat, ja  
877 het komt tuurlijk het meest voor dat mensen zeggen mijn buurvrouw kreeg Champix,  
878 het is haar gelukt, doe mij dat ook maar. En dan zeg je dat is zeker iets wat kan  
879 bijdragen tot, maar willen we de succesansen echt omhoog gooien dan moeten we  
880 het zeker niet alleen bij Champix houden. Euh dat komt nogal eens voor; dus doe maar  
881 Champix want dat helpt mijn buurman ook.

882

883 **Inge 51:32 – 52:47**

884 Ja en, en zie je daar in de afgelopen jaren dan een verschil dat men, mensen euh  
885 mensen die komen op het spreekuur of op andere wijze het roken ter sprake komt  
886 tijdens een consult. Zie je daar een verschil in?

887

888 **Michaël 51:48 – 52:38**

889 Ik denk door het feit dat wij wat te bieden hebben hè in het oogpunt van veel mensen is  
890 wat wij te bieden hebben eh een pilletje. Hè dat kunnen ze natuurlijk niet bij de drogist  
891 kopen. Euhm dat maakt al dat er in principe wat meer aanloop is hè. Artsen, huisartsen  
892 kunnen hoe dan ook een roker te hulp schieten. Euh veel breder dan zij denken in  
893 zulke gevallen maar eh ja ik denk vroeger ging je niet naar een arts toe want wat kon ie  
894 doen. Dat zei Henk net ook van als je voor 2000 iemand kreeg een roker dan kon je  
895 advies geven en dat was het dan. Terwijl nu heb je echt iets te bieden. Euh dus ja dat  
896 betekent dat, dat ook euh een bepaalde euh meer patiënten geeft die naar jou toe  
897 komen.

898

899 **Inge 52:38 – 52:46**

900 Ja mooi, Henk geldt dat ook voor jou, in jouw gezondheidscentrum? Wat uh Michaël  
901 zegt.

902

903 **Henk 52:49 – 53:03**

904 Sinds die corona heb ik weinig mensen gehad die echt gewoon als, als ingangsvraag  
905 stoppen met roken hebben. Euhm ja ik merk wel dat je misschien dat ik er nogal op  
906 hamer en dat mensen ook weglopen. Dat zou kunnen dat ik een redelijke niet rokende  
907 praktijk heb.

908

909 **Michael en Inge 53:03 - 53:03**

910 Ha, ha

911

912 **Henk 53:05 – 54:03**

913 Nou ja mensen gaan nog wel eens weg hoor dat hè dan begint ie er weer over. En, en  
914 je hebt een aantal hardnekkige die, die volhouden, maar ik heb wel het idee dat het  
915 gewoon afneemt of dat het een deel ook gewoon zeg maar laagopgeleide jonge  
916 mannen zijn die, die roken en die komen tuurlijk zelden. Bedoel die hebben geen  
917 anticonceptie nodig, althans voelen zich er niet zo bij betrokken, euhm ja dat, dat



918 beetje mensen die zich aan het zicht onttrekken hoor. Dat, dat, euh ik heb het idee de  
919 vraag neemt af en euh, ja, de, de, de mensen met rook gerelateerde aandoeningen die  
920 stoppen ook nog wel redelijk vaak. Ja een deel is gewoon onbehandelbaar dat, dat euh  
921 en een deel komt gewoon niet. Met name die rokende jonge mannen.

922

923 **Inge 54:03 – 54:47**

924 En euh, ik wil ook nog een vraag kwijt over de attitude en mondigheid van de patiënten.  
925 Is dat heel erg veranderd de laatste jaren? Dus ook in het opvolgen van adviezen op  
926 het gebied van stoppen met roken? Toen roken wat meer geaccepteerd was hè en nog  
927 meer als een gewoonte werd gezien kon je misschien wel eens een opmerking  
928 misschien krijgen van waar bemoei je, je mee. Hè jij stipte dat aan het begin al even  
929 aan Henk wat ik thuis doe dat moet ik toch zelf weten. En is die attitude nu wel, is dat  
930 veranderd of is dat hetzelfde gebleven.

931

932 **Henk 54:47 – 55:54**

933 Nee, ik denk dat, dat wel veranderd is hoor. Met name door die publiekscampagnes. Ik  
934 bedoel het zou best kunnen zijn dat daardoor geen mens minder is gaan roken, maar  
935 de bespreekbaarheid wordt wel groter. En dus dat daar heb je dus minder reacties op.  
936 Ik heb ook het idee dat het besef dat het gewoon meer organen kwaad doet dan enkel  
937 longen en hart en vaten is ook wel toegenomen. En, en en maar je ziet ook wel allerlei  
938 sociaal wenselijk gedrag. Mensen die onder afzuigkappen gaan roken. Bedoel ja het  
939 heeft ook allemaal met verslavend het inderdaad is. Je ziet al een mens gaat een glas  
940 wijn onder een afzuigkap drinken, ha, ha een kopje thee met een stukje chocola dat  
941 gaat ook, ha, ha. En dat geeft wel aan, maar het geeft, ik kan me voorstellen dat er nog  
942 steeds binnen stevig gepaft wordt. Maar dat het minder gezegd wordt. Maar dat is op  
943 zich al een verbetering want het geeft gewoon aan dat het not done is. Wat, wat bedoel  
944 net zo als geen zinnig mens zijn kind nog een flink pak slaag geeft om het op te  
945 voeden. Toch het gebeurt heus wel, maar het wordt niet gezegd.

946

947 **Inge 55:55 – 55:58**

948 Ja, Michaël heb jij dat, heb jij die indruk ook?

949

950 **Michael 55:59 - 57:17**

951 Dus, dus de bespreekbaarheid dat, dat is toegenomen. Ja, ja, ik denk het wel hè dus  
952 nu, nu ook inderdaad dat het op dit pakje nu heel duidelijk staat. Het is dus, dus men  
953 zal niet vreemd opkijken dat een dokter daar af en toe naar vraagt en euh. Ik heb wel  
954 heel erg geleerd van de afgelopen jaren van, probeer toch op de een of andere manier  
955 toch naast iemand te staan en niet tegen iemand te staan hè. Dat, dat zei ik net ook al  
956 dat een verslaving heel hardnekkig is in plaats dat iemand zo zwak is. Dan ga je veel  
957 meer naast iemand staan. En ook euh, euhm, als je bijvoorbeeld naar het luisterboek  
958 van de Kanter en Pauline Dekker luistert is dat, wordt het duidelijk uitgelegd en  
959 permissievragen hè: vind je het goed dat we het over roken hebben? Ja, dat is zo'n  
960 aardige, beleefde vraag dat ie natuurlijk zelden met nee wordt beantwoord. En zo luis  
961 je iemand in, want eigenlijk willen ze het natuurlijk niet over hebben, maar het is  
962 gevraagd en je hebt ja gezegd. Dus ja, ha, ha je mag niet meer klagen. Dus dat zijn  
963 wel van die goeie trucen. En er zullen misschien mensen zeggen nee, en dan is het

964 ook maar goed dat je bij die persoon niet verder gaat, want het heeft geen zin, die wil  
965 het er niet over hebben. Die weet allang dat het niet goed is. Die zegt er bewust voor te  
966 kiezen. Nou ja oké dan hebben wij er op dit moment geen rol in. Hè het is wel een ter  
967 zake doende vraag. Hè, wil iemand het er over hebben?

968

969 **Inge 57:18 – 57:18**

970 Ja

971

972 **Henk 57:18 – 57:24**

973 Het is, we kunnen wel een kat nageven: de sigaretten zijn hun vrienden. Het zijn wel  
974 dure vrienden ha, ha.

975

976 **Michaël 57:24 – 57:27**

977 Ha, ha, ja het zijn hele foute vrienden natuurlijk.

978

979 **Henk 57:27 - 57:31**

980 Bedoel euh maar effe een trapje na hè

981

982 **Michaël 57:33 – 58:11**

983 Precies, precies, ik denk ook weer als je naast mensen gaat staan hè van mensen  
984 zeggen van nou ja roken, m'n sigaret is mijn vriendje. Is altijd aanwezig als troost hè.  
985 Dat, dat metafoor van een vriendje eigenlijk wel goed is maar dat het echt een heel fout  
986 vriendje is. Dat heb je natuurlijk in relaties ook wel eens dat je, dat mensen relaties  
987 hebben met iemand waarmee je beter geen relatie mee kan hebben hè. En toch vinden  
988 ze het moeilijk om er afstand van te doen. Maar dat eh, ja dat is een goede metafoor  
989 om dat mensen duidelijk te maken. Nou ja, hè biedt je wat, maar je biedt je vooral een  
990 heleboel nadelen en we gaan samen kijken wat we er aan kunnen doen ja.

991

992 **Inge 58:13 – 58:20**

993 Zeg mannen heel erg bedankt voor jullie input. Euhm ik ga dit natuurlijk woord voor  
994 woord uitschrijven.

995

996 **Henk 58:20 – 58:20**

997 Succes

998

999 **Inge 58:21 – 58:43**

1000 Dat is weer even een klusje. Euh het is leuk want ik heb natuurlijk ook de  
1001 gepensioneerde huisartsen geïnterviewd en er komen toch echt andere dingen in mijn  
1002 beleving uit. Dus dat is ook nog mooi om dat een beetje te vergelijken. Euhm vinden  
1003 jullie het goed dat ik jullie namen euh publiceer in mijn scriptie? Die scriptie komt .

1004

1005 Henk en Michaël knikken van ja

1006

1007 **Henk 58:44 – 58:45**

1008 De tabaksindustrie

1009

1010 **Michaël 58:45 – 58: 46**

1011 Ha, ha, ha

1012

1013 **Inge 58:47 – 59:06**

1014 Nee, ik vraag het jullie nog even expliciet. Ik stuur jullie nog even de consent euh, de  
1015 informed consent toe. Maar euh scripties, masterscripties worden tegenwoordig online  
1016 gepubliceerd. En het is ja, goed het is natuurlijk fijn als ik dat gewoon met jullie namen  
1017 mag doen. Dat jullie dat oké vinden.

1018

1019 **Henk en Michaël 59:06 – 59:06**

1020 Ja

1021

1022 **Inge 59:07 – 59:20**

1023 Dat, dat formulier krijgen jullie nog even toegestuurd want we hadden dit natuurlijk heel  
1024 kort van te voren met elkaar afgesproken. Maar helemaal super dat jullie, dat jullie  
1025 hebben meegewerkt. En Henk ik bel jou straks nog even voor een kort werkoverleg.

1026

1027 **Henk 59:21 – 59:35**

1028 Want ik zit nog even, ik zie in mijn agenda, dat is mijn telefoon, dat we nog een  
1029 huisartsenoverleg hadden maar wegens vakantie gaat er ook een hoop niet door, maar  
1030 wij moeten wel even met elkaar overleggen. Wacht even.

1031

1032 **Inge 59:35 – 59:38**

1033 Ik bel je straks wel even. Dit wordt nog allemaal opgenomen.

1034

1035 **Henk 59:39 – 59: 39**

1036 Na tweeën.

1037

1038 **Inge 59:40 – 59:40**

1039 Is goed. Ik bel jou even

1040

1041 **Henk 59:41 – 59:41**

1042 Joe

1043

1044 Inge 59:42 – 59:46

1045 Oké, heel erg bedankt en tot de volgende keer.