
Hoofdstuk 2

De geschiedenis van het gezondheidsbeleid

Het gezondheidsbeleid heeft niet altijd die hoeveelheid aandacht gehad die het nu heeft. Doel van dit hoofdstuk is een overzicht te geven van wat zich in een periode vanaf 1970 op dit terrein heeft afgespeeld. Na vraagstelling, opzet en methode komt, voorafgaand aan het gezondheidsbeleid in deze periode, hieronder eerst een korte schets van het gezondheidsconcept en het gezondheidsbeleid bij Hippocrates, Galenus en Avicenna (2.2). Daarna volgt een zeer beknopte beschrijving van het denken over gezondheid in West-Europa vanaf de Middeleeuwen tot de periode rond 1945 (2.3). Vervolgens wordt ingegaan op een kentering in het denken over gezondheid, eerst bij de wetenschap en later bij het beleid, eerst nationaal en vervolgens internationaal (2.4). Vanuit het internationale niveau van de WHO vindt in enkele landen een vertaling plaats naar het nationale niveau, terwijl tegelijkertijd een vertaling van het internationale niveau naar het (groot-)stedelijke niveau, de Healthy Cities-beweging, plaats vond. Aan het slot van het hoofdstuk zal de situatie in Nederland worden geschetst (2.5).

2.1 Vraagstelling, opzet en methode

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is geweest. Meer precies: was er binnen het gehanteerde gezondheidsconcept ruimte voor collectief-preventieve maatregelen, en zo ja, vonden zij ook daadwerkelijk plaats. Met betrekking tot deze vraag is gekozen voor een aantal beperkingen. Vanwege het doel van dit hoofdstuk - het geven van een overzicht - zal hier niet een uitvoerige geschiedschrijving plaats vinden, maar zal een beperking plaats vinden tot de hoofdzaken. Slechts daar waar dat relevant is voor de hoofdvraagstelling - de situatie met betrekking tot het gezondheidsbeleid op het gemeentelijke niveau in Nederland - zal, voor zover mogelijk, een enigszins uitgebreidere beschrijving van de ontwikkeling worden gedaan. Het accent in dit hoofdstuk ligt, zoals ook blijkt uit de opbouw, op de periode vanaf 1970.

Dit hoofdstuk is opgezet als een verslag van een literatuuronderzoek. Daar waar het gaat om beschrijving van de ontwikkeling in meer landen of meer steden is geput uit bestaande overzichtsliteratuur, daar waar het gaat om de beschrijving van enkele mijlpalen in de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is te rade gegaan bij de oorspronkelijke bronnen.

2.2 Griekse, Romeinse en Arabische geneeskunst

De ruimte voor een gezondheidsbeleid wordt voor een aanzienlijk deel bepaald door het beeld dat men in een gegeven tijdsgewricht heeft van ziekte en gezondheid. Ziet een bepaalde bevolking het optreden van een specifieke ziekte slechts als een gevolg van een bepaalde stand der sterren, dan is duidelijk dat binnen een dergelijk gezondheidsconcept niet veel ruimte is voor een gezondheidsbeleid. Met dit in gedachten zullen in deze paragraaf de gezondheidsconcepten van Grieken, Romeinen en Arabieren worden beschouwd. Daarbij moet men bij twee zaken stilstaan. 'Het' gezondheidsconcept van 'de' Grieken bestaat niet: er zijn van elkaar verschillende concepten, van verschillende wetenschappelijke scholen, die bovendien in de tijd verschilden. Spreken over één concept van één volk is derhalve slechts dan toegestaan als het gaat om globale hoofdlijnen.

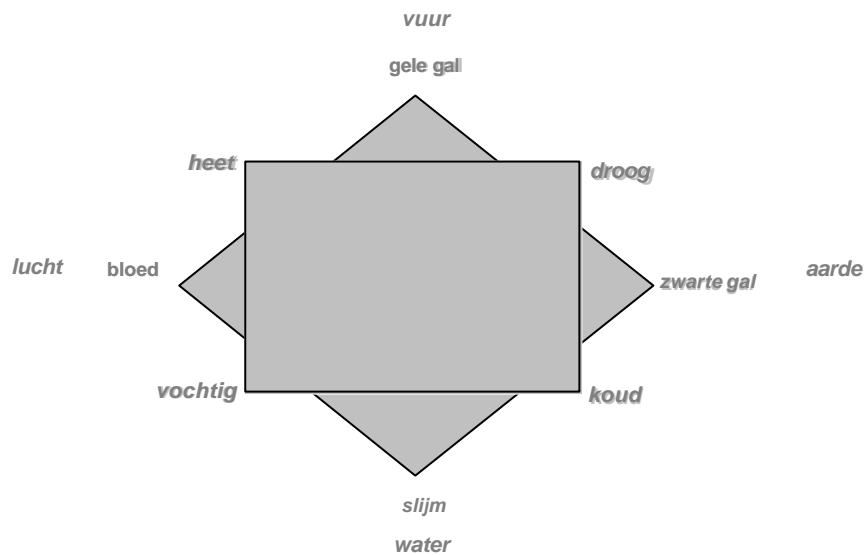
Nog los daarvan is spreken over ziekte in een bepaalde samenleving op een bepaald tijdstip nog steeds niet zonder gevaar: ziekte is een meerzinnig begrip, dat op twee manieren ingevuld wordt. Rothsuh wijst daarop in zijn bijdrage in een boek over het ziektebegrip: allereerst is het concept dat de spreker aanhangt van belang, en in de tweede plaats is de relatie waarin de ziekte ter sprake komt, belangrijk (Rothschuh 1975, 397-420). Zo betekent ziekte voor de zieke iets anders dan voor de arts of de maatschappij. De inhoud van deze relaties wisselt met de tijd, hetgeen te maken heeft met veranderingen in de stand van de wetenschap en wat de medische professie vermag, alsmede met veranderingen die een samenleving ondergaat met betrekking tot de omvang van het aantal subjecten dat met een veranderbare intensiteit zorg van die samenleving krijgt.

2.2.1 Hippocrates

Het Griekse gezondheidsconcept heeft zeer lang het denken in de medische wereld beheerst, ook in West-Europa, tot 1800. Het is van belang om er wat langer bij stil te staan, omdat het in de volgende paragrafen ook steeds een rol speelt. In de tijd van Hippocrates (460-377 v. Chr.) komt men op het eiland Kos na een uitvoerige discussie tot de overtuiging dat gezondheid een zaak is van het in evenwicht zijn van vier in het lichaam voorkomende lichaamssappen (humores). Deze sappen zijn bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Evenwicht is gezondheid, verstoring van het evenwicht is ziekte, zo luidt versimpeld dit concept. In zijn geschrift 'Nature of Man' beschrijft Hippocrates (Hippocrates 1931, 1-41), dan wel iemand uit zijn school, dit denken met betrekking tot de sappenleer op de volgende manier.

"The body of man has in itself blood, phlegm, yellow bile and black bile; these make up the nature of his body, and through these he feels pain or enjoys health. Now he enjoys the most perfect health when these elements are duly proportioned to one another in respect of compounding, power and bulk, and when they are perfectly mingled. Pain is felt when one of these elements is in defect or excess, or is isolated in the body without being compounded with all the others. For when an element is isolated and stands by itself, not only must the place which it left become diseased, but the place where it stands in a flood must, because of the excess, cause pain and distress. In fact when more of an element flows out of the body than is necessary to get rid of superfluity, the emptying causes pain. If, on the other hand, it be to an inward part that there takes place the emptying, the shifting and the separation from other elements, the man certainly must, according to what has been said, suffer from a double pain, one in the place left, and another in the place flooded."

Deze vier lichaamssappen worden vervolgens verbonden met de vier kwaliteiten warm, koud, droog, vochtig en met de vier basiselementen uit het denken, vuur, water, lucht en aarde. Men krijgt bij de combinatie van deze twaalf zaken een figuur die er als volgt uitziet (Rothschuh 1978: 185-192; Sigerist 1961: 317-335; Koelbing 1985: 12-38).



Figuur 2.1 Schema met de ordening van lichaamssappen, kwaliteiten en elementen

De winst van deze voorstelling van zaken is tamelijk groot: in vergelijking met de voorafgaande periode ontstaat er zoiets als een rationalisering van gezondheid en ziekte. Ziekte wordt gezien als een reactie van het lichaam en men tracht door inductie de wetmatigheden die daarachter schuil gaan op te sporen. Uitdrukkelijk komen individueel of collectief vermijdbare oorzaken aan de orde (Newman 1932). De drie partijen die hierbij een rol spelen, de (potentieel) zieke, de arts en de samenleving hebben altijd belang gehad bij een zo goed mogelijk concept van gezondheid en ziekte. Immers, de zieke wendt zich met zijn dierbaarste bezit tot de arts, die volgens professionele maatstaven te werk wil gaan. De samenleving heeft er baat bij dat een en ander zo goed mogelijk gebeurt.

Men kan aan de hand van figuur 2.1 constateren, dat het gezondheidsconcept zoals dat bij de Grieken in gebruik was, tenminste ruimte liet voor andere dan individuele zaken. Die individuele kant van het concept krijgt in allerlei geschiedkundige overzichten steeds de meeste aandacht, en heeft ook grote invloed gehad. Maar het is Hippocrates zelf, die in zijn *Over Lucht, Water en Bodem* juist met nadruk wijst op het belang van de - in dit geval - medisch-geografische achtergrond van ziekte en gezondheid. De mens is geconditioneerd door zijn omgeving, fysiek en mentaal. De omgeving bepaalt voor een belangrijk deel zijn gezondheid en de ziekten waaraan hij ten prooi kan vallen (Hippocrates 1931a). In het eerste deel van *Over Lucht, Water en Bodem* waarschuwt Hippocrates een arts die in een streek komt waar hij nog nooit geweest is. Vóórdat hij een patiënt gaat behandelen, dient de arts zich eerst af te vragen welk seizoen het is, uit welke hoek de wind waait, welk water de mensen gebruiken en de geografische situatie van de stad. Daarnaast dient de arts zich te verdiepen in de leefwijzen van de mensen: drinken ze wijn, eten ze veel of weinig, rusten ze goed, werken ze misschien te hard of eten ze te veel? Dergelijke vragen zijn ook van belang voor de toepassing van het model op het individu. Vragen naar evenwicht en vragen naar veronderstelde externe ziekte-oorzaken komen in iedere anamnese voor, aldus *Over Besmettelijke Ziekten* (I, xxiii)(Hippocrates 1931b):

“The following were the circumstances attending to the diseases, from which I framed my judgments, learning from the common nature of all and the particular nature of the individual, from the disease, the patient, the regimen prescribed and the prescriber – for these make a diagnosis more favourable or less; from the constitution, both as a whole and with respect to the parts, of the weather and of each region; from the custom, mode of life, practices and ages of each patient; (...)”

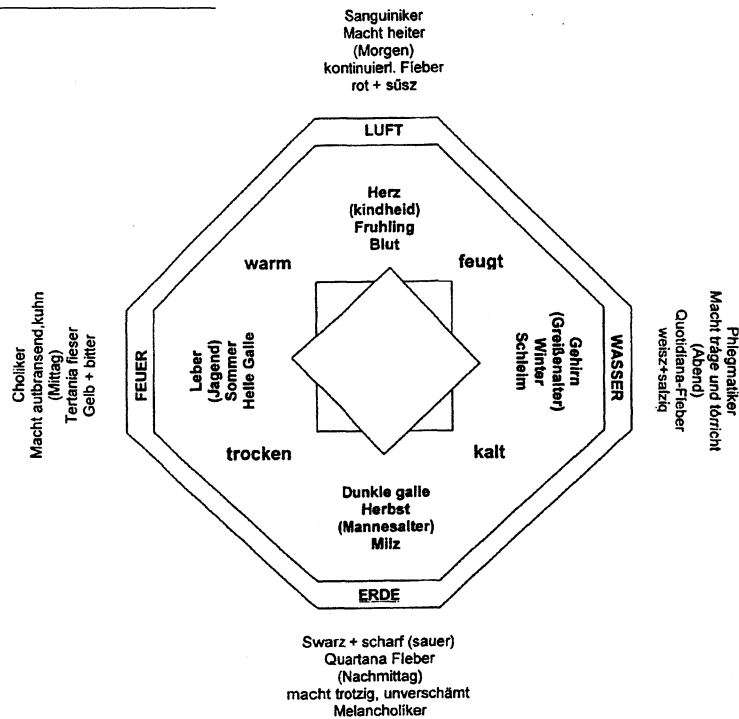
Evenwicht, daar gaat het om. Te veel drinken, te hard werken etcetera, verstoort het evenwicht van de mens. Een dergelijk evenwicht kan weer bereikt worden, meestal door middel van een dieet. De beide andere therapeutische gebieden zijn de kruidentherapie en de heilkundige therapie. Op basis van Hippocrates' *Over Lucht, Water en Bodem* heeft later een Romeins architect, Vitruvius, het beroemd geworden boek *On Architecture* (Vitruvius 1970) geschreven. Daarin komt onder andere de publieke hygiëne en de watervoorziening aan de orde.

Men kan op basis van het voorgaande concluderen dat er binnen het denken over gezondheid en ziekte bij de Grieken ruimte was voor het beïnvloeden van

gezondheid anders dan door op het individu gerichte, therapeutische maatregelen. Dergelijke collectieve maatregelen - een gezondheidsbeleid - bestaan voor een groot deel uit op het individu gerichte adviezen met betrekking tot het in stand houden van het evenwicht. Daarnaast komen ook andere maatregelen voor waarvan hier worden genoemd openbare hygiëne en riolering, en verplichte isolatie van infectieus geachte patiënten. Ook vond gereguleerde stadsuitbreiding plaats en werd de zonlichtinval in en de watertoevoer naar woningen en de vuilnisafvoer bestudeerd en gereguleerd (Newman 1932).

2.2.2 Galenus

De Romeinen hadden geen eigen gezondheidsconcept; ze hebben dat van de Grieken overgenomen en aangevuld, voornamelijk door het aantrekken van Griekse artsen en andere geleerden. De bekendste onder hen, Galenus van Pergamon (± 130-201 na Chr.), is een vertegenwoordiger van de Alexandrijnse school. Hij woonde als patriciër in Rome en was arts van de keizer. Hij schreef zeer veel, en heeft daarbij het denken van Hippocrates en de ideeën die heersten in de perioden daarna, min of meer geïntegreerd. Herrlinger (1964) heeft één en ander in een schema gevat dat er als volgt uit ziet (Herrlinger 1964).



Figuur 2.2 Schema met daarin de sappen, kwaliteiten, elementen etc. ontworpen door Herrlinger. De binnenste ring geeft de kennis ten tijde van Hippocrates weer, de toevoegingen daarbuiten zijn van Galenus en diens navolgers (Herrlinger 1964).

In de kennis met betrekking tot de gezondheid ten tijde van Galenus is er niet alleen meer sprake van een koppeling tussen sappen, kwaliteiten en elementen zoals ten tijde van Hippocrates. Allerlei zaken, zoals stemmingswisselingen, de tijd van de dag, kleuren en smaken worden er, naast koortstypen aan toegevoegd. In het niet afgedrukte deel van de figuur wordt tenslotte nog een verband gelegd met de tekens van de dierenriem, hemellichamen, toonladders en apostelen.

Over gezondheid en gezondheidsgedrag op individueel niveau schreef Galenus zijn Hygiene (Green 1951). Het doel van hygiëne is het handhaven van het normale evenwicht van de sappen en andere kwaliteiten door het voorschrijven van een juiste hoeveelheid voedsel, drinken, slaap, waken, inspanning, massage enzovoorts. Het kon niet anders, dan dat men om gezond te blijven zijn eigen tijd

moest kunnen indelen. De werken van Galenus richten zich wat dit betreft op de bovenlaag van de bevolking. Met betrekking tot het gezondheidsbeleid kan men hetzelfde opmerken als wat reeds in paragraaf 2.2.1 inzake het Griekse gezondheidsbeleid is opgemerkt: het concept als zodanig staat collectieve maatregelen wel toe.

Over het feitelijke gezondheidsbeleid is eveneens een en ander bekend. De Romeinen bouwden waterleidingen, legden rioleringsystemen aan en bouwden badinrichtingen. Er bestond wetgeving met sociaal-hygiënische strekking: de verkoop van levensmiddelen was gereguleerd en lijken moesten binnen een bepaalde termijn buiten de stadswallen worden verbrand. Overal in Rome waren baden van grote afmetingen; in elke wijk waren openbare toiletten. Bepaalde activiteiten mochten alleen buiten de stadswallen plaatsvinden (Uffelman 1880, 759-88; Newman 1932; Elaut 1952). Vitruvius kwam tot de hypothese dat malaria door kleine diertjes of insecten uit moerassen werd overgebracht (Vitruvius 1970). Door hiermee bij het bouwen rekening te houden, is vanuit de hoek van de architectuur een bijdrage geleverd aan de verbetering van de volksgezondheid (Ackerknecht 1979).

2.2.3 De Arabische geneeskunst

Vlak na de dood van Mohammed in 632 worden grote delen van het Oost-Romeinse Rijk veroverd door de volgelingen van Mohammed, evenals delen van het Perzische rijk. Dit rijk is drager van het Grieks-Romeinse culturele erfgoed, waaronder de medische kennis. De Arabische medische kennis bestond tot op dat moment voornamelijk uit volksgeneeskunde. Ullmann en Elgood geven daar een kort overzicht van (Ullmann 1978; Elgood 1951). De praktijk is, dat onder de geneesmiddelen honing een zeer belangrijke plaats inneemt, terwijl ook allerlei andere substanties als geneesmiddel worden aangewend, bijvoorbeeld papyrus, henna, senna, kamelenmelk en kamelenurine. Daarnaast worden incisies verricht en vindt cauterisatie plaats. Ullmann besluit met de opmerking dat over de periode onder Mohammed en de erop volgende Umayyaden-periode (tot 750) eigenlijk weinig over de islamitische geneeskunst bekend is. Spreken over Arabische of Islamitische medische kennis in de periode na 750 zegt iets over de plaats - het Arabische of Islamitische Rijk - waar die medische kennis zich bevond, maar niets

over de herkomst ervan: die wordt in toenemende mate Grieks, en in veel mindere mate Perzisch en Indiaas. Het Arabisch is de lingua franca van het gebied.

Na de val in 750 van de kaliefen uit de Umayyaden familie, die in Damascus hun zetel hadden, weet de familie der Abbasiden het Oosterse kalifaat te bemachtigen. De zetel van het kalifaat komt nu in Bagdad en de heerschappij van deze kaliefen duurt tot 1258, als het kalifaat wordt ingenomen door de Mongolen. Van dat laatste heeft de Arabische cultuur zich nooit helemaal hersteld. De periode van 750 tot 1050 is er één van grote bloei. In deze periode worden verschillende takken van buitenlandse - zoals Griekse of Perzische - wetenschap - filosofie, astronomie, recht - geïncorporeerd in de Arabisch-islamitische wereld. Voor de geneeskunde betekent dit dat na 800 de eeuwen van vertalingen aanbreken van Hippocratisch-Galenische werken in het Arabisch, soms vanuit het Grieks, maar bijna altijd via het Syrisch of het Perzisch, meestal niet door Arabieren of Mohammedanen, maar door Syriërs, Joden, Perzen of Christenen. Deze periode strekt zich uit tot ongeveer 1050. Het vertalen van een concept naar een taal waar voor dat concept geen woorden zijn levert in eerste instantie het probleem op dat de vertaler woorden moet zien te vinden die een en ander juist weergeven en bovendien voor collega's begrijpelijk en slechts op één wijze te interpreteren zijn. Daarbij komt in tweede instantie de omstandigheid dat in de hellenistische geneeskunde zaken voorkomen die volstrekt strijdig zijn met de nieuwe religieuze omgeving, zoals bijvoorbeeld het drinken van wijn als dieetvoorschrift, of wellicht nog evidentier, het hellenistische veelgodendom in een wereld waar slechts één god is.

De belangrijkste vertalers in deze periode zijn achtereenvolgens Muhammed ibn Zakarriyya ar Razi (Rhazes, 865-932), Ali ibn al Abbas al Majusi (Haly Abbas, ? - 994) en Ali ibn Sina (Avicenna, 980 - 1037). Hun bekendste, en in het Latijn vertaalde werken zijn respectievelijk de 'Continens', het 'Liber Regius' en de 'Canon Medicinae'. De grootste invloed van de denkers en vertalers heeft ongetwijfeld Ali ibn Sina gehad. Avicenna is afkomstig uit de buurt van Bucharra, een plaats die nu in Oezbekistan ligt en destijds in het Perzische Rijk. Avicenna heeft het werk van Galenus, dat tot dit tijdstip verspreid voorkwam, bijeengebracht, geordend en vertaald in de kitab al-Qanun. Op zijn beurt is dit Arabische werk later in het Latijn vertaald als Canon Medicinae. De Canon bevat enerzijds een streng geordend deductief theoretisch deel, met anderzijds daaruit consequent voortvloeiend de

therapie (Rothschuh 1978). Zeker tot halverwege de zeventiende eeuw is dit boek het leerboek van alle daarop volgende generaties artsen geweest. Op een aantal punten verschilt Avicenna van Galenus. Zo onderscheidt hij, evenals een aantal andere Arabische schrijvers, naast de vier bekende sappen nog vier andere.

Een en ander leidt er toe dat de plaats voor collectieve maatregelen bij Avicenna, of andere Arabische schrijvers zoals Rhazes of Haly Abbas, niet veel verschilt van die in het Grieks-Romeinse geneeskunst. In de praktijk komt het vaak neer op omvangrijke, op het individu toegesneden, dieet- leefregels ter preventie van ziekten. In sommige Arabische tekstboeken, zoals bijvoorbeeld in *Paradise of Wisdom*, komt een hoofdstuk voor over de invloeden van klimaat, water en seizoenen op de gezondheid (Browne 1921), terwijl Ullmann wijst op het concept van de besmettelijkheid van ziekten zoals dat voorkomt in al-Majusi's *Liber Regius* (Ullmann 1978: 86 ev). Zo zijn lepra en elefantiasis, schurft, tuberculose, hersenontsteking, pokken, en trachoom besmettelijk. Anderen voegen daar mazelen en een slechtriëkende adem aan toe. De wijze van de overdracht is onduidelijk. Artsen maken geen conceptueel onderscheid tussen infectieuze overdracht (directe transmissie van bacterieën) en contagieuze overdracht (transmissie via parasieten en dergelijke). Zodoende komt men niet tot afdoende preventieve maatregelen voor besmettelijke ziekten.

Over openbare hygiëne in de praktijk merkt Elgood op, dat er een uitgebreide hoeveelheid verordeningen op dit terrein is, ver voor de omverwerping van het Kalifaat in 1258 (Elgood 1951: 274). Er is een toezicht - zij het zwak ontwikkeld - op het kennisniveau van de artsen; kwakzalverij kwam veelvuldig voor. Strenger is het toezicht op de grondstoffen, de methoden en instrumenten om te bereiden en de afgeleverde waren van drogisterijen en apotheken. Uniformering op dat terrein wordt gedeeltelijk bereikt door invoering van de Grote Pharmacopee, vervaardigd door Sabur bin Sahl († 869). Zulk toezicht was niet in handen van artsen, maar van de muhtasib, een soort inspecteur. Deze functionaris is voorts belast met het toezicht op eten en drinken. Dieren mogen alleen geslacht worden in officiële slachthuizen: vlees van zieke dieren mocht niet in het slachthuis bewaard worden en niet aan openbare eetgelegenheden geleverd worden. Het hakblok moest aan het eind van iedere dag door de slager met zout ingewreven worden en bedekt met

palmtakken. Dergelijke regels golden ook voor de verkopers van vis, die hun manden dagelijks moesten schoonmaken en met zout inwrijven. Ook de overgebleven vis moest worden gezouten; wat niet meer goed was moest naar een bestemde plaats buiten de stad gebracht. Het schoonmaken van vis mocht maar op één, daarvoor aangewezen plaats in de stad gebeuren.

De muhtasib bezocht met een zekere regelmaat ook de openbare eetgelegenheden. Hij kon bepaald kookgerei afkeuren en dergelijke. In ieder geval moesten potten en pannen worden bewaard in een ruimte waar vliegen en insecten geen toegang hadden. Ook de bakker ontkwam niet aan de controle door de muhtasib: hier werd vooral gelet op giftig graan. Water en melk zijn in warme streken zonder waterleiding van vitaal belang voor de gezondheid van de bevolking, en vaak een oorzaak van veel ziekten. Bij melk gaat het vooral om de strijd tegen verdunningen en vervalsingen; daarnaast was een voortdurend probleem de reinheid van alle vaten waarin melk bewaard kon worden. Met betrekking tot het water was het onderscheid tussen rivierwater en bronwater van belang. Bronwater werd op bepaalde punten in de stad verkocht; het werd bewaard in grote vaten, die bedekt werden met een deksel of met palmladeren. Het aanlengen van dit water met het mindere rivierwater was streng verboden, evenals het direct uit het vat drinken. Het was de plicht van de muhtasib erop toe te zien, dat de kleine drinkpotten iedere dag werden uitgeschuurd en ontsmet. Rivierwater werd in open emmers of in een leren waterzak, die niet meer nieuw mocht zijn en ook voor andere doeleinden gebruikt mocht worden, aangeboden. De straffen bij niet-nakomen van de voorschriften waren zeer streng. Zo kon bijvoorbeeld de muhtasib iemand stokslagen onder de voetzolen laten geven, zijn winkel (bakkerij, apotheek, waterverkooppunt) laten sluiten tot zelfs de doodstraf aan hem laten voltrekken.

2.3 West-Europa

Na de val van Rome in 476 komt er een eind aan het West-Romeinse Keizerrijk en de beschaving die het tot op zekere hoogte bij sommige lagen van de bevolking had teweeg gebracht. Over de periode die hierop volgt is niet veel bekend, maar wel dat de Griekse-Romeinse geneeskunde gedurende lange tijd nagenoeg

verdwenen is. Deze geneeskunde leeft min of meer geïsoleerd in kloosters in West-Europa voort, vermengd met elementen uit de volksgeneeskunde en vormt, met bijbelse invloeden in de sfeer van de goede werken, de monnikeneeskunde (Elaut 1952). De humoraal-pathologie keert pas weer terug, als in West-Europa na 1100 universiteiten worden opgericht, meestal eerst met alleen faculteiten die zich bezighouden met de theologie, de filosofie en het wereldlijke en canonieke recht. Het wetenschappelijk forum uit die tijd bestaat uit priesters, en de ontwikkeling van de geneeskunde krijgt dan ook een tegenslag als de Rooms Katholieke kerk als hoogtepunt van haar bemoeienissen met de geneeskunde op het Concilie van Tours in 1163 uitspreekt dat de Kerk 'gruwt van bloed' (ecclesia abhoret a sanguine) waardoor de geestelijkheid met zoveel woorden wordt verboden zich met de geneeskunde in te laten (Garrison 1929).

Ondanks dit verbod komen er aan de universiteiten toch medische faculteiten, die hun kennis voor een groot deel halen uit naar het Latijn vertaalde Arabische werken, zoals de Canon Medicinæ van Avicenna. Deze vertaalpraktijk vindt met name plaats rond het kalifaat van Cordoba, dat bestond van 655 tot 1236. De belangrijkste artsen uit deze periode zijn Avenzoar († 1162), Averroës (1126-1198) en Maimonides (1135-1204). De laatste vervaardigde een werk - bedoeld voor de kalief Saladin, wiens lijfarts hij was - over persoonlijke hygiëne (Tractatus de Regimine Sanitatis). De invloed van de vertalingen die hier plaatsvinden loopt via de universiteit van Montpellier.

Met betrekking tot de receptie van de Grieks-Romeins-Arabische geneeskunst in West-Europa dient voorts de School van Salerno in dit kader genoemd te worden. Deze plaats in Zuid-Italië wordt in de meeste literatuur aangeduid als een soort ontmoetingsplaats van de Griekse, Joodse, Arabische en Christelijke cultuur. Vertalingen vinden in of rond deze school plaats door Constantinus Africanus (1015-1087) en deze worden vooral geacht via de universiteit van Bologna hun weg verder te hebben gevonden.

De in deze nieuwe leer geschoolde artsen kunnen echter - zoveel is wel duidelijk - hun patiënten nauwelijks beter geholpen hebben dan de aanhangers van de iatrotheologie, die ziekte en gezondheid zien als onderdelen van God's plan met de wereld. De rond 1200 heersende algemene filosofische stroming is die der

scholastiek; deze dogmatische stroming is sterk naar binnen gericht en houdt zich niet bezig met de experimentele toetsing van de nieuw verworven Galenische voorstelling van zaken. Een en ander leidt op een breed front tot stilstand in de verdere ontwikkeling van de curatieve geneeskunst. Wel bood het humoraal-pathologische concept meer ruimte aan op het collectief gericht handelen, dan de eerdere stromingen.

In de late Middeleeuwen kan men aan de hand van enkele besmettelijke en niet-besmettelijke ziekten duidelijk maken welke collectieve maatregelen met betrekking tot gezondheid werden getroffen. De pest veroorzaakte zeer veel doden en leidde in Venetië tot het benoemen van inspecteurs voor de volksgezondheid, tot het buitensluiten van geïnfekteerde en verdachte schepen en uiteindelijk tot quarantaine. Daarnaast werden pesthuizen gesticht (Garrison 1929). Dergelijke maatregelen komen in Engeland ook voor (Newman 1932). Ook lepra leidt tot maatregelen: is bij iemand lepra vastgesteld dan verliest hij zijn burgerrechten - en derhalve zijn vermogen - en dient de stad te verlaten. Een lepralijder is verplicht in een bepaalde kledij te lopen en met behulp van een ratel anderen op de besmettelijkheid van zijn ziek-zijn opmerzaam te maken. Hij mag niet uit een openbare bron drinken, noch zich in een herberg vertonen (Neuburger 1911; Newman 1932). Met betrekking tot de syphilis worden de badhuizen voor het gebruik van twee sexen verboden. Een niet-besmettelijke, maar wel epidemisch voorkomende ziekte is het Sint Antoniusvuur, het ergotisme. Dat ontstaat nadat graan geïnfecteerd is met een schimmel, *claviceps purpurea*; deze ziekte verdween - zonder dat men zich de oorzaak duidelijk bewust was - nadat landbouwmethoden waren verbeterd (Newman 1932). Bij de meeste infectieziekten - er zijn er veel meer dan hierboven genoemd - is er volgens Newman sprake van een combinatie van hygiëne, van toezicht op de zieke en van quarantaine (Newman 1932).

2.3.1 Paracelsus

Het zal echter nog tot de zestiende eeuw, tot de Renaissance, duren voor er een serieuze aanval op het concept van de humoraalpathologie zelf wordt ondernomen. Theophrastus von Hohenheim (1493-1541, Paracelsus) heeft als eerste het hele concept van de humoraalpathologie openlijk in twijfel getrokken (Rothschuh 1978:

261-273; Ackerknecht 1979: 93-96; Koelbing 1985: 77-87). Op dit terrein komt hij met een andere evenwichtsleer, die hieronder zeer kort wordt weergegeven. Paracelsus is van mening dat een mens en de gehele levende en dode natuur bestaat uit chemische elementen. Die noemt hij 'Sulphur', 'Sal' en 'Mercurius'. Met 'Sulphur' wordt alles bedoeld dat wil branden, met 'Sal' het vaste, het duurzame en grijpbare en met 'Mercurius' dat wat niet brandt, maar toch kan wisselen in verschijningsvorm, wat wil sublimeren. Zwavel, zout en kwik worden derhalve hieronder in deze betekenis gebruikt.

Een mens is gezond als in hem een bepaald evenwicht van deze drie elementen is. Is dat niet het geval dan dient hij chemische middelen, zoals ijzer, koper, zwavel en arsenicum, te gebruiken die dat evenwicht helpen herstellen. Paracelsus is daarmee de eerste die chemische middelen voor inwendig gebruik voorschrijft. Deze dienen gezuiverd te zijn en voor de therapeutische keuze van de middelen is het 'simila' principe van belang. Zo bestrijdt men koorts met een hitte veroorzakend middel. Van Paracelsus is de spreuk die in verkorte vorm nog altijd aan medische en farmaceutische studenten over de gehele wereld wordt geleerd (Koelbing 1985):79).

"Alle Ding sind Gift und nichts ohn'Gift, allein die Dosis macht, dasz ein Ding kein Gift ist."

Deze fundamentele aanval op het concept van de humoraal-pathologie heeft niet meteen succes, maar het is toch tekenend voor de fase van de ontwikkeling in de medische-wetenschappelijke wereld dat er überhaupt een begin van een concurrerend paradigma kan ontstaan. Wil een nieuw paradigma in het algemeen succes hebben, dan zal het echter tenminste een antwoord moeten hebben op alle vragen waar het oude paradigma een antwoord op had en tevens een aantal vragen kunnen beantwoorden waar oude paradigma geen raad mee wist. Daarnaast moet het zelf nieuwe vragen kunnen genereren. Of een paradigmawisseling plaatst vindt hangt voorts af van het maatschappelijk belang van de onopgeloste vragen en van de gepercipieerde kansen van het nieuwe paradigma (Koningsveld 1982).

Vlak na Paracelsus' dood bewijst Vesalius in 1543 dat in de wand tussen de beide kamers van het hart zich geen gaatjes bevinden, daarmee de Galenische voorstelling van zaken, die ten grondslag ligt aan de bloedsomloop en aan het

humoraal-pathologische concept, een zware slag toebrengend. De ontdekking van de bloedsomloop door Harvey in 1628 en het bewijs van het bestaan van capillaire vaten tussen de slagaderlijke kant en de aderlijke kant van de bloedsomloop in 1661 door Malpighi vormden het sluitstuk van een geheel andere redenering met betrekking tot de bloedsomloop dan die van Galenus. Daarmee werd tevens de ondergang van de onfeilbaarheid en superioriteit van de Galenische geneeskunde ingeluid; maar een volstrekt nieuwe visie bleef vooralsnog uit (Temkin 1973). Om iets te kunnen zeggen over de mogelijkheden van een gezondheidsbeleid in de periode van Paracelsus dient nog ingegaan te worden op de voorstelling die Paracelsus en zijn tijdgenoten hadden van het ontstaan van ziekten. Daarin neemt de astrologie een bijzonder voorname plaats in. Ziekten kunnen worden veroorzaakt door vijf soorten invloeden: astrale invloeden, invloeden van diverse vergiften, invloeden van de natuur, invloeden vanuit de geest, en goddelijke invloeden. Voortbordurend op het galenisch concept zoals dat in 2.2.2 is weergegeven, heeft de laat-middeleeuwse mens allerlei sterrenbeelden in allerlei varianten gekoppeld aan dat schema. Er bestond de vaste overtuiging dat er een verband was tussen enerzijds de mikrokosmos, de mens en de makrokosmos, de planeten, de sterrenbeelden enzovoorts. En het is juist die overtuiging die meer ruimte biedt voor algemene maatregelen dan voor individuele. Ook Paracelsus blijft vurig aanhanger van dit Mikrokosmos-Makrokosmos-concept.

Tijdgenoot van Paracelsus is Georg Bauer (Agricola, 1494 - 1555), die met zijn twaalfdelige 'De re metallica' liet zien, hoe een arts aanzetten tot een gezondheidsbeleid trachtte te formuleren, met name waar het gaat om het bestrijden van de gevaren van de ontginning van metalen door middel van mijnbouw. Ook Paracelsus was op dit terrein actief. Van zijn hand verscheen 'Von den Bergsucht und anderen Bergkrankheiten' (Buess 1961, 2335-40). In dit werk stelt Paracelsus het mechanisme dat kwik een schadelijke werking kan geven als volgt voor (Sudhoff 1925: Vol IX, 520).

"Nun ists also vom mercurio auch, der gibt im selber ein dunst durch craft des obern firmaments wie ein Wasser, das vom selben ausgetröcknet wird. also diser dunst des mercurii kompt in den luft und mit demselben in den menschen".

In het binnenste van de aarde vindt dus de sublimatie van het 'mercurius' plaats, waar het in "bergen, kluften und gengen" ligt. Aan de hand van deze paar zinnen

wordt voldoende duidelijk hoe Paracelsus de werkende mens - de mikrokosmos - had gedacht in het grotere geheel van de makrokosmos.

2.3.2 De achttiende eeuw

In de achttiende eeuw is er een aantal belangwekkende ontdekkingen gedaan, die gevolgen hadden voor het terrein van de collectieve preventie. Newman beschrijft hoe de meeste van die ontdekkingen in hun werk gingen (Newman 1932). De onderzoekers onderzochten de omstandigheden waaronder epidemieën zich afspeelden. Ze probeerden bepaalde omstandigheden te koppelen aan bepaalde ziekten. Een van de mooiste voorbeelden is natuurlijk de ontdekking van de relatie tussen citrusvruchten en het optreden van scheurbuik door Lind (1753). Hoe die relatie precies in elkaar stak heeft men lange tijd niet geheel begrepen, maar dat was geen bezwaar om de preventieve maatregel te nemen dat schepen citroenen aan boord moesten hebben.

Naast het onderzoek naar omstandigheden waaronder ziekten optraden, werden bij sommige ziekten zieke personen geïsoleerd; soms kreeg ook de zorg aandacht. In Engeland vond bijvoorbeeld een reorganisatie van de verloskundige zorg plaats en werd de hoge zuigelingen- en kindersterfte systematisch aangepakt. Ook maatregelen op het terrein van de voeding, bestaande uit het stimuleren van gezonde voeding en het bemoeilijken van ongezonde voeding, zoals bijvoorbeeld de consumptie van jenever door hoge belastingen, vonden plaats. Voorts wordt de gezondheidszorg uitgebreid en ligt in deze eeuw het begin van de vaccinatie zoals die nu bekend is (Jenner, 1749-1823).

In deze eeuw leeft in de Oostenrijk-Hongaarse monarchie Johann Peter Frank (1745-1821). Op twee manieren toont hij de beperktheid van het humorale concept aan. In verschillende functies treft hij maatregelen die de kwaliteit van de gezondheidszorg moeten bevorderen. Zo toont hij aan dat de kindersterfte, nadat hij vroedvrouwen theoretisch en praktisch heeft getraind, daalt van 1 op 85 naar een niveau van 1 op 125. In al zijn functies – lijfarts van de keizer, hoogleraar, directeur-generaal voor de volksgezondheid - is hij steeds bezig met het bevorderen van de kwaliteit van zorg.

Tijdens zijn hoogleraarschap te Padua houdt Frank in 1790 een rede, waaruit overduidelijk blijkt, dat hij naast de kwaliteit van zorg nog een andere determinant

van gezondheid ziet. De titel van de rede 'Vom Elend des Volkes als dem Nährboden des Krankheiten' is veelzeggend. Niet alleen onevenwichtigheden van sappen zijn ziekte-oorzaak, maar zoveel meer maatschappelijke omstandigheden. In Frank's hoofdwerk, 'System einer vollständigen medicinischen Polizey', komt ook dit onderwerp steeds terug. In het derde deel komen ook voeding, voedselcontrole, kleding en de woonomstandigheden aan de orde (Frank 1779). Frank bepleit in toenemende mate economische hervormingen, waar de verlichte keizer Joseph II zeer van gecharmeerd is. Maar na diens dood in 1790 gaat de politieke wind steeds meer tegen zitten en na het Weens Congres in 1815 worden voor lange tijd de reactionaire structuren van voor de Franse Revolutie weer in het leven geroepen. Samenvattend vinden in deze eeuw de eerste belangrijke afwijkingen van het strikt humorale concept plaats. De gezondheidszorg zelf wordt verbeterd, er is aandacht voor maatschappelijke omstandigheden, en leefwijzen worden beïnvloed.

2.3.3 De negentiende eeuw

In de negentiende eeuw vindt geleidelijk een overgang plaats van het humoraal-pathologisch concept met zijn varianten en een aantal nieuwere concepten die uiteindelijk ook de toets der kritiek niet konden doorstaan naar het huidige concept; dat concept wordt door Rothschild iatrotechnisch genoemd (Rothschild 1978). Deze overgang duurt ongeveer een hele eeuw; sommigen presenteren deze overgang als een min of meer scherpe omslag en halen daarbij vaak het citaat van Du Bois-Reymond uit 1842 (Du Bois-Reymond 1918: 108) aan.

"Brücke und ich wir haben uns geschworen, die Wahrheit geltend zu machen, daß im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalisch-chemischen; (...)."

De beweging, die stelt dat in het menselijk lichaam geen bijzondere krachten aanwezig zijn behalve fysisch-chemische, vindt zijn oorsprong in het begin van de negentiende eeuw en is met name gestimuleerd door ontdekkingen in de natuur- en scheikunde buiten de geneeskunde. Maar het zal nog tot het eind van die eeuw duren voordat deze beweging, die steeds machtiger wordt waar het gaat om de basisvakken, ook vaste grond onder de voet krijgt waar het gaat om de klinische toepassing. De diffusie van kennis verloopt traag, met name daar niet steeds duidelijk is wat de betekenis van de in de basiswetenschappen gevonden resultaten voor de kliniek is. Deze basiswetenschappen ontwikkelen zich met name vanuit de

anatomie enerzijds en de interne geneeskunde anderzijds. Vanuit de anatomie komt men tot de ontdekking dat de cel de kleinste eenheid is waar het lichaam uit is opgebouwd. Cellen vormen weefsels, en aan zieke weefsels zijn veranderingen te zien. De pathologische anatomie neemt een hoge vlucht, zij het dat het een tijd duurt voordat men bij een bepaald ziektebeeld een bepaald anatomisch substraat vindt. Vanuit de kant van de (interne) geneeskunde worden de fysiologie en de farmacologie ontwikkeld en met deze vakken doet het experimentele onderzoek zijn intrede.

Het is verleidelijk op deze plaats in te gaan op alle ontdekkingen die deze sterk experimenteel en derhalve reductionistische medische wetenschap met zich heeft gebracht, alsmede op de therapeutische successen die mede daaraan te danken zijn. Hiervan bestaan goede overzichten, onder andere in Ackerknecht (1979) en Garrison (1929); daarnaast draagt het geven van een dergelijk overzicht niet bij tot het doel van dit hoofdstuk.

Wat wel relevant is, is de ruimte die er overblijft na al deze ontdekkingen voor een breder gezondheidsbeleid. Tot de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak is er bij sommige wetenschappers sprake van onverholven scepticisme waar het gaat om de rol die sociale omstandigheden hebben op het ontstaan van ziekte, bij anderen, niet minder experimenteel of reductionistisch ingesteld, spelen die omstandigheden een belangrijke, zo niet een doorslaggevende rol.

Als, zo stelt Henle in 1844, van een ziekte de oorzaak niet bekend is, volgt steeds hetzelfde rijtje van schadeverwekkers, zoals een slechte woning, slechte kleding, alcohol, honger en ellende. Een dergelijke 'oorzaak' laat zich vergelijken met de 'wetenschappelijkheid' van de redenering dat een steen naar beneden valt omdat het touw waaraan hij hing is doorgeknipt (naar Rothsuh 1978: 422). Virchow, als representant van de andere stroming is minstens even streng in de leer van de causaliteit als Henle. Maar tegelijkertijd is van hem de zin: "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen" (Rosen 1977, 283-354: 286).

In dit verband is het zinvol om te kijken naar de wijze waarop men zich in de periode voor de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak het ontstaan van ziektes dacht. Daarover bestonden twee opvattingen, die vereenvoudigd als volgt

weergegeven kunnen worden. Ziekte is een proces dat ontstaat als een persoon is blootgesteld geweest aan (bijvoorbeeld) lucht die verontreinigd is met (een overmaat aan) anorganische stoffen, 'miasmata' genaamd. De andere opvatting, contagionisme, luidt, dat er sprake is van levende, organische stoffen in lucht of water, die voor besmetting zorg dragen en derhalve ziekte veroorzaken. Los van de discussie over de oorzaak van een ziekte, ontstaat er in toenemende mate aandacht voor de gevolgen ervan. Op een moment dat nog niet duidelijk is dat de bacterie de ziekte-oorzaak kan zijn, bepleiten artsen zoals in Duitsland Virchow en in Engeland de advocaat Chadwick onder meer voor een financiële compensatie in geval van ziekte, zodat de spiraal van ziekte-armoede-nog meer ziekte wordt doorbroken. In dit denken gaan ziektebestrijding en het ijveren voor de totstandkoming van een verzorgingsstaat hand in hand en is onafhankelijk van één van de hierboven genoemde theorieën.

Anders is dat met de sociaal-hygiënische beweging in het midden van de negentiende eeuw, waar die riolering en een betere afvalverwerking bepleit. Uit afval zou, volgens de theorie, een miasmatische nevel ontstaan, die de oorzaak is van allerlei epidemieën. De op 'vuilnis en stank' gerichte hygiënische beweging uit het pre-bacteriologische tijdperk heeft, hoewel op grond van een onjuiste theorie, veel bijgedragen aan de verbetering van de volksgezondheid in met name de achterbuurten, door haar niet aflatende strijd tegen te volle woningen, slecht drinkwater, een gebrekkige vuilafvoer en vervalste levensmiddelen (Ackerknecht 1979: 185). Een voorbeeld uit Engeland moge dit verduidelijken. In 1869 brengt de Royal Commission een rapport uit waarin het 'nationaal hygiënisch minimum van wat noodzakelijk is voor een geciviliseerd sociaal leven' tenminste betrekking heeft op de aanwezigheid van de volgende punten:

- * het aanbod van gezond en voldoende water om te drinken en te wassen
- * de preventie van waterverontreiniging
- * de aanwezigheid van riolering en het gebruik ervan
- * het bestaan van regels met betrekking tot straten, wegen en nieuwe gebouwen
- * de gezondheid van woningen
- * het verwijderen van afval en vuilnis, en het tegengaan van het inademen van rook

-
- * een inspectie voor voeding
 - * het onderdrukken van ziekteverwekkers en het voorhanden zijn van regels in het geval een epidemie uitbreekt
 - * het maken van een voorziening voor het begraven van de doden zodanig dat er geen gevaar is voor de levenden
 - * het bestaan van regels met betrekking tot markten en verlichting van de steden
 - * het registreren van dood en ziekte

Een groot aantal van deze maatregelen was in de negentiende eeuw actueel, en is dat nog steeds. De situatie in Nederland in deze eeuw wordt onder andere besproken door Verdoorn en Houwaart (Verdoorn 1981; Houwaart 1991) .

Eén van de allerbelangrijkste ontdekkingen van deze eeuw is de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak geweest. In veel gevallen kon nu de link gelegd worden tussen wat bekend was als pathologisch-anatomisch substraat en het klinisch beeld. Eén van de gevolgen van het ontdekken van de bacteriële oorzaak van ruim twintig ziekten in een periode van twintig jaar heeft begrijpelijkerwijs als gevolg dat dan ook alle aandacht zich verlegt in die richting en de sociale hygiëne werd verwaarloosd. Men kan stellen, dat vanaf het moment dat het iatrotechnische concept succes krijgt, de aandacht voor de buiten de grenzen van dat concept vallende factoren sterk afneemt, en die factoren als minder belangrijk worden gezien. Zo stelt bijvoorbeeld Behring in 1893 (Rosen 1947, 674-733), dat hoewel de sociale hygiëne haar nut had, men na de ontdekking van bacteriën infectieziekten causaal kan bestrijden, zonder te hoeven nadenken over zaken als sociaal beleid. Men kan de zaak ook omkeren. Hoe meer bekend is van de oorzaken van ziekteprocessen, hoe gericht men te werk kan gaan met preventieve maatregelen, en hoe meer succes preventie kan hebben. Dat toch de waardering voor collectieve maatregelen is verminderd ligt er mogelijk aan dat die maatregelen als 'gewoon', als 'er bijhorend' worden ervaren, en bovendien niet meer als maatregelen die iets met gezondheid te maken hebben.

2.3.4 De periode tot 1945

De periode van de eeuwwisseling tot 1945 is er één, als men zich beperkt tot het gebied van de geneeskunde, van grote vooruitgang op diverse gebieden. De mens

begint in toenemende mate ziekteprocessen tot hun oorsprong te doorgronden, hetgeen soms, maar niet altijd, gepaard gaat met ontdekkingen op therapeutisch terrein.

Een kleine, in het geheel niet complete, opsomming kan hier een indruk van geven. Ontdekt wordt de bloedgroepserologie, die transfusies mogelijk maakt. Op het gebied van de endocriene ziekten worden vorderingen gemaakt, die leiden tot therapeutische toepassingen, van bijvoorbeeld het insuline. Hoewel op het terrein van de vitamines al eerder ontdekkingen zijn gedaan, ligt het zwaartepunt voor waar het gaat om het begrip van de werking van deze stoffen op deze periode. Met betrekking tot psychische ziekten wordt het paraldehyde ontdekt, dat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis menselijke trekken geeft.

De wetenschappelijke inspanning was voor een groot deel op het ontdekken van de veronderstelde microbiologische oorzaak van een aantal ziektebeelden gericht, waarvan het ontstaan niet duidelijk was. Die veronderstelde microbiologische oorzaak is vaak onjuist, en soms juist, maar dan betreft het meestal de virale oorsprong van een ziekte, hetgeen pas na de Tweede Wereldoorlog blijkt. In deze periode vallen wel de ontdekking van de eerste antibiotica, het salvarsan (1910), de sulfonamiden (1935) en de penicillines (1929). Deze laatste worden pas in de Tweede Wereldoorlog op grote schaal gefabriceerd. Met deze middelen kreeg de arts voor het eerst een wapen in handen tegen manifeste infectieziekten van bacteriële oorsprong.

De sociale hygiëne uit de negentiende eeuw veranderde langzaam maar zeker in de sociale geneeskunde van de twintigste eeuw. Men ziet dat bijvoorbeeld, als men een aantal leerboeken naast elkaar opslaat (Reich 1871; Weyl 1896; Grotjahn 1915; Ickert and Weickel 1932). Het boek van Reich berust op een vierdeling, aan de hand waarvan men de inhoud kan afleiden. Het eerste hoofdstuk gaat over de morele hygiëne, het tweede over de sociale hygiëne, het derde over de gezondheidsleer en het vierde hoofdstuk gaat over de rol van de overheid. Het tiendelige werk van Weyl (samen ongeveer 8000 pagina's) is niet alleen veel uitgebreider, maar kent ook heel andere onderwerpen en een andere indeling. Ter illustratie worden de titels van de verschillende delen hier weergegeven. Deel één begint met een algemeen deel, waarna het drinkwater en de drinkwatervoorziening worden besproken; deel twee gaat over de stadsreiniging en deel drie over de

voedingsmiddelen. Deel vier gaat over algemene bouwhygiëne, voornamelijk op het terrein van de woning, terwijl de delen vijf en zes over de speciële bouwhygiëne op het terrein van ziekenhuizen en andere publieke gebouwen gaat. Deel zeven is gericht op kinderen en scholen, en deel acht concentreert zich op werknemers en fabrieken. Deel negen is het deel over infectieziekten en het tiende deel is bedoeld als register. Een dergelijke indeling vindt men ook in het overzicht van Gottstein over de geschiedenis van de hygiëne in de negentiende eeuw (Gottstein 1901, 227-328).

Op het internationale publiekrechtelijke niveau - dat van de Volkenbond - is er aandacht voor de gezondheid van de inwoners van de Lidstaten. De Volkenbond heeft een Comité d'Hygiëne, dat zich met die gezondheidsaspecten bemoeit. Een groot deel van de aandacht wordt opgeëist door het eenmaal per tien jaar vernieuwen en steeds beter vergelijkbaar maken van de ICD (Van Dijk 1981; Van Poppel and Van Dijk 1997, 265-87), maar er is ook sprake van bemoeienissen met de gezondheid van de levende inwoners van de Lidstaten, zoals het ontwikkelen van andere gezondheidsindicatoren (Stouman and Falk 1936, 990-1098).

2.4 De periode na 1945

De periode na 1945 wordt gekenmerkt door enerzijds een sterke toename van de successen van de curatieve geneeskunde en anderzijds in bijna geheel Noord-West Europa de vestiging en uitbouw van de verzorgingsstaat. Het zou in het kader van het doel van dit hoofdstuk te ver voeren om in te gaan op de successen van de op het iatrotechnische concept berustende curatieve geneeskunde. Feit is, dat de mens nog nooit zo veel begrepen heeft van het functioneren van het menselijk lichaam en nog nooit zoveel instrumenten in handen heeft gehad om dat functioneren mee te beïnvloeden. Die kennis heeft een tijdlang diezelfde mens ook min of meer de ogen doen sluiten voor de negatieve gevolgen van de toepassing van die kennis. Ook zijn er nog steeds veel ziekten waarvan de herkomst niet is begrepen, of waarvoor geen therapie voorhanden is. De snelle, elkaar opvolgende successen vestigen de aandacht op zichzelf, en leiden de aandacht af van wat niet

lukt. Ook voor de bijdrage van andere factoren dan die binnen het succesrijke somatische concept komt steeds minder aandacht.

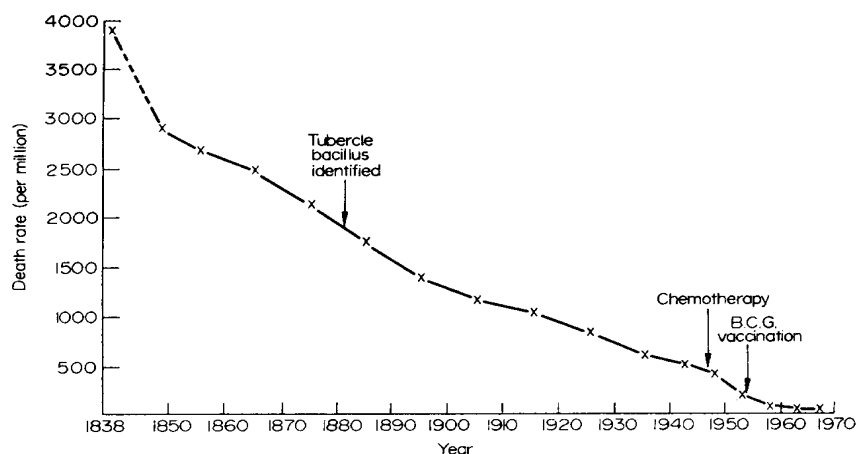
Een andere in dit kader relevante ontwikkeling is de snelle uitgroei van de verzorgingsstaat in de landen van Noord-West Europa. Voor de financiële gevolgen van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ouderdom en een aantal andere zaken komen wettelijke regelingen, alsmede voor de toegang tot de gezondheidszorg. Deze regelingen verschillen van land tot land, maar de grondgedachte, namelijk dat de financiële gevolgen van risico's in een mensenleven niet een zaak van het individu is, die het toevallige slachtoffer van dat risico is, is overal dezelfde.

Beide ontwikkelingen zijn op hun eigen manier van invloed op de plaats van en de aandacht voor de gebieden als de sociale hygiëne, de preventie, en het gezondheidsbeleid. Op deze terreinen worden geen duidelijke successen geboekt, en de sociale geneeskunde verlaat zijn oorspronkelijke terrein - dat van de volksgezondheid - en gaat zich in toenemende mate met de organisatie en financiering en de gezondheidszorg bezighouden. Deze stap wordt mogelijk mede ingegeven, nu op het eerste gezicht lijkt, dat door de vestiging van de verzorgingsstaat veel zaken waarvoor de sociale geneeskunde zich had ingespannen nu voorgoed zijn geregeld. Als er toch voor iedereen een gelijke toegang tot de gezondheidszorg bestaat, zal ook de gezondheid gelijk over de bevolking verdeeld zijn, zo moet de gedachte geluid hebben.

Deze visie, als zou gezondheid uitsluitend de resultante zijn van gezondheidszorginspanningen vindt aan het eind van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig zijn eerste bestrijders. Namen die in dit kader relevant zijn, zijn die van McKeown, Laframboise, Blum en Lalonde. Aan de laatste zal, vanwege het politieke karakter van zijn werk, in paragraaf 2.4.2 aandacht worden besteed. Hieronder volgt eerst een summier overzicht van de eerste wetenschappers die zich tegen de opvatting keerden dat gezondheid het product van gezondheidszorginspanningen is.

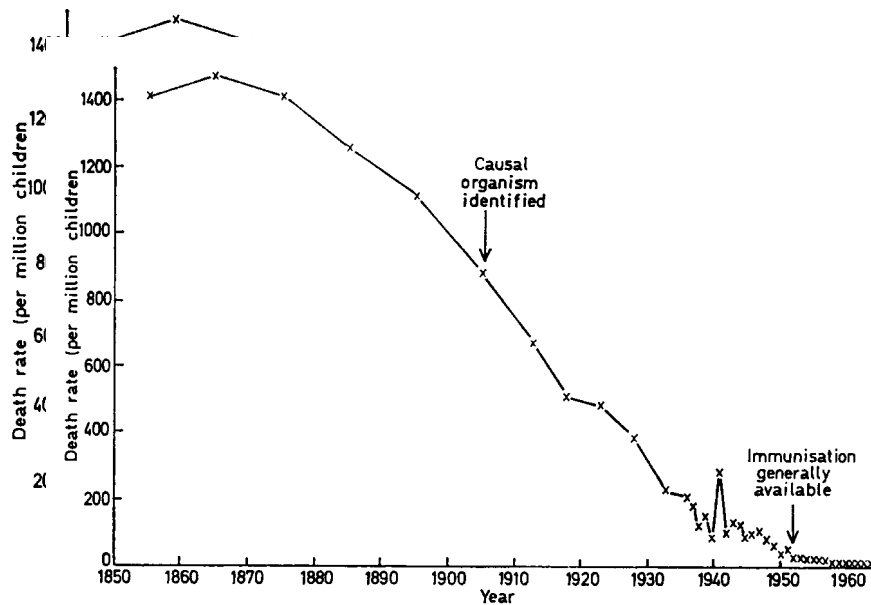
2.4.1 De wetenschap: McKeown, Laframboise en Blum

Allereerst McKeown. In diens in 1966 verschenen *Introduction to Social Medicine* (McKeown and Lowe 1966) is duidelijk sprake van het relativeren van het belang van de gezondheidszorg, ook waar het gaat om de maatregelen die vanuit de sociale geneeskunde worden ondernomen. Voor de volledigheid volgt hieronder het verloop van tuberculose in Engeland in Wales. Duidelijk blijkt, dat het grootste deel van de gezondheidswinst die in dit kader geboekt is, niet op het conto is te schrijven van de anti-microbiële, individuele curatieve therapie.



Figuur 2.3 Verloop van tuberculose in Engeland en Wales – gemiddelde mortaliteit (McKeown en Lowe 1966):8

Maar ook waar het gaat om collectieve maatregelen zijn er vraagtekens te plaatsen bij de veronderstelde unicausaliteit tussen maatregel en gezondheidswinst. Het voorbeeld dat hier is afgedrukt, is eveneens afkomstig uit McKeown & Lowe (McKeown and Lowe 1966: 92).



Figuur 2.4 Kinkhoest. Gemiddelde jaarlijkse mortaliteit bij kinderen jonger dan 15 jaar in Engeland en Wales (McKeown en Lowe 1966:97)

Invloeden op gezondheid worden door McKeown & Love in drie groepen onderverdeeld, die verrassend dicht in de buurt komen van wat nog steeds wordt onderscheiden. Control of Inheritance, Personal Measurement, and Control of Environment, zijn de door hun onderscheiden gebieden, die naast de gezondheidszorg van betekenis zijn voor de gezondheid van mensen. In een eerder artikel hadden McKeown and Record al gewezen op de rol van de verbetering van de voeding in relatie tot de daling van de sterfte (McKeown and Record 1962, 94-122). In een bijdrage aan een congres wijst McKeown (1971) wederom op het belang van omgevingsfactoren voor de gezondheid (McKeown et al. 1971). Een min of meer uitgebreide bewijsvoering voor het belang van een verbeterde voeding

voor de daling van de sterfte gedurende de negentiende eeuw in een aantal Europese landen volgt bij McKeown, Brown en Record in 1972. Daarbij wordt eveneens uitvoerig stilgestaan bij de oorzaken van dat verbeterde aanbod van voedsel (McKeown et al. 1972, 345-82).

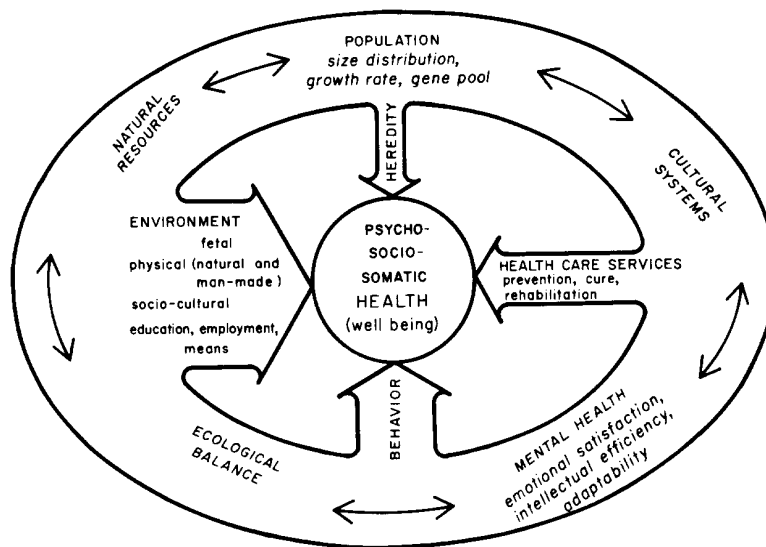
In 1973 ziet het artikel van Laframboise het licht, dat men als startpunt kan zien voor een bepaald denkmodel op dit terrein (Laframboise 1973, 388-93). In deze bijdrage worden vier gebieden onderscheiden die gezondheid beïnvloeden, te weten Lifestyle, Environment, Health care organization en Basic human biology/clinical application. Onder Lifestyle wordt verstaan 'door individuen genomen beslissingen die een significante betekenis op hun gezondheid hebben'. Laframboise staat op het standpunt, dat het hier de meest verwaarloosde determinant van gezondheid betreft, die bovendien de grootste schade aanricht. Met Environment wordt in dit artikel nog bedoeld de omstandigheden waaronder mensen leven, en waarop men weinig invloed kan uitoefenen. Uit de gegeven voorbeelden blijkt dat hier uitsluitend gedacht wordt aan fysieke en chemische omgevingsfactoren, en niet aan sociale omgevingsfactoren. Van Health care organization is enerzijds duidelijk wat daarmee wordt bedoeld, hoewel het anderzijds niet goed is afgegrensd van de categorie Basic human biology and clinical application. De betekenis daarvan is 'het humaan-biologisch onderzoek dat ten grondslag ligt aan het hele veld van de gezondheid en de toepassing van medisch onderzoek in het kader van individuele gezondheidszorg'. De voorbeelden die hiervan gegeven worden, zoals de ontwikkeling en toepassing van antibiotica, zouden er eerder voor pleiten om het laatste deel van de vierde categorie onder health care organization onder te brengen. Laframboise ziet als grote uitdaging voor de toekomst het in stand houden en verbeteren van de hoge kwaliteit van de gezondheidszorg, terwijl het veld van de leefwijzen en de omgeving aangepakt moeten worden. De burgers zelf dienen hun slechte gewoonten op te geven, terwijl de overheid zijn inspanningen op het terrein van het milieubeleid moet intensiveren.

Blum laat in 1974 een zeer omvangrijk werk het licht zien dat is bedoeld als handboek voor gezondheidszorgplanners (Blum 1974). Een deel van het boek berust op ouder materiaal, uit Health Planning uit 1969 (Western Regional Office of

the American Public Health Association). In eerstgenoemd werk wordt al in de eerste alinea van het voorwoord gesteld dat (Blum 1974): xiii)

"Heredity, environmental factors, and behavior patterns have far greater influence on man's well-being or health than medical care".

Blum's gedachtengang is hieronder weergegeven in een schema zoals dat in zijn boek is weergegeven. Het commentaar onder de figuur is het originele commentaar van Blum. Deze figuur spreekt zo voor zichzelf, dat toelichting verder overbodig is.



Figuur 2.5 Determinanten van gezondheid (Blum 1974: 3)

"The width of the four huge input-to-health arrows indicates my assumptions about the relative importance of the inputs to health. The four inputs are shown as relating to and affecting one another by means of an encompassing matrix which could be called the "environment" of the health system."

Het schrijven en denken over de factoren die gezondheid beïnvloeden gaat, nu het weer is gestart, door. Sommige schrijvers (Illich 1976) zien nagenoeg niets in de gehele gezondheidszorg; andere, waaronder McKeown zien positieve en negatieve

aspecten aan de gezondheidszorg en zouden willen dat de gezondheidszorg zich meer op zijn kerntaken, de individuele curatieve zorg, terugtrok (McKeown 1979).

2.4.2 Van wetenschap naar politiek: Lalonde

De hiervoor besproken Laframboise (1973) heeft grote invloed gehad, hetgeen met name te danken is aan zijn werkzaamheden als directeur-generaal of the Long Range Health Planning Branch, van het Canadese Federale Ministerie van Health and Welfare, onder de minister Marc Lalonde. Een jaar na Laframboises artikel (Laframboise 1973, 388-93) verschijnt de meest geruchtmakende beleidsnotitie van zeker de jaren zeventig op het terrein van de gezondheidszorg. A new perspective on the health of Canadians is de titel die Lalonde het werk heeft meegegeven (Lalonde 1974). Het zou blijken niet alleen een nieuw perspectief op de gezondheid van de Canadezen te zijn, maar van de gehele wereldbevolking. Lalondes beleidsnota begint met te wijzen op de beperkingen van de traditionele visie op gezondheid, daarbij uitvoerig McKeown citerend (McKeown et al. 1971; McKeown et al. 1972, 345-82). Dit beleidsdocument is wat dat betreft een van de weinige plaatsen waar blijkt dat de politiek een idee uit de wetenschappelijke wereld overneemt. Centraal in het stuk staat het zogenaamde Health Field Concept, bestaande uit Human Biology, Environment, Lifestyle en Health Care Organization. Deze indeling gaat terug op Laframboise, met dit verschil, dat het nieuwe concept een naam heeft gekregen en dat de vreemde toevoeging aan Human Biology is verdwenen (Laframboise 1973, 388-93). Bovendien komt bij omgeving nu ook de sociale omgeving ter sprake.

Het Health Field Concept is een nieuwe visie op gezondheid, die bedoeld is als allesomvattend. De bedoeling is, dat alles wat de gezondheid van mensen beïnvloedt, ermee geanalyseerd kan worden, terwijl binnen de hoofdcategorieën allerlei onderverdelingen mogelijk zijn. Uiteindelijk zal in Canada de aandacht die besteed wordt aan biologische factoren, omgevingsfactoren en leefwijzen even groot moeten zijn als de aandacht die aan de gezondheidszorgorganisatie wordt geschonken. Een en ander zou ten koste van de curatieve gezondheidszorg moeten gaan, tenminste dat kan men opmaken uit het volgende citaat (Lalonde 1974: 32):

"Until now most of society's efforts to improve health, and the bulk of direct health expenditures, have been focused on the HEALTH CARE ORGANIZATION. Yet, when we identify the present main causes of sickness and death in Canada, we find they are rooted in the other three elements of the Concept: HUMAN BIOLOGY, ENVIRONMENT and LIFESTYLE. It is apparent, therefore, that vast sums are being spent treating diseases that could have been prevented in the first place. Greater attention to the first three conceptual elements is needed if we are to continue to reduce disability and early death."

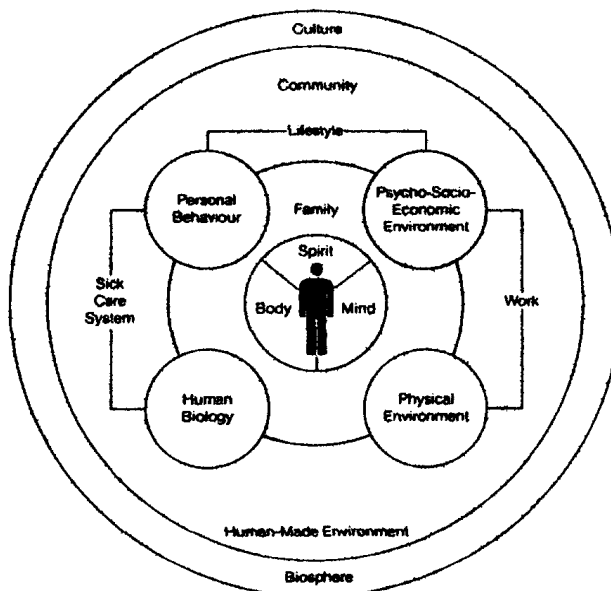
In de periode direct voorafgaand aan de publicatie van het New Perspective stegen de kosten van de gezondheidszorg in Canada sneller dan het Bruto Nationaal Product, een situatie die zich in meer landen, onder andere in Nederland, rond die tijd voordeed. De bijzondere verdeling van zeggenschap over de financiële verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg tussen de Canadese federale overheid en de provincies maakte, dat er geen mechanisme bestond waarmee de kosten van de gezondheidszorg beheerst konden worden. Het New Perspective kan in dit kader dan ook gezien worden als een zeer krachtig document, dat de positie van de 'spenders', dat wil zeggen de zorgaanbieders, ondermijnde. En het is in Canada gelukt - in tegenstelling tot de USA - om de kosten van de zorg in de hand te houden in de periode na het verschijnen van het New Perspective (Evans 1982, 325-44).

De aanzetten tot een gezondheidsbeleid als hier gegeven zijn zeer fraai - en ook zeer invloedrijk geweest - maar toch niet zonder kritiek. Hancock noemt in dit verband het ontbreken van concrete stappen die moeten leiden tot implementatie en de multi-interpretabiliteit van het model (Hancock 1986, 93-100). De factoren van het model sluiten elkaar niet in alle gevallen uit, zodat een onderwerp bij meer factoren terecht kan komen. Evans stelt, dat het New Perspective sterker was in het identificeren van de problemen, dan in het aangeven van oplossingen (Evans 1982, 325-44).

Het concept van de Health Fields moet beschouwd worden als een mijlpaal en is buitengewoon bruikbaar gebleken, misschien, gezien de verdere ontwikkeling, nog wel het meest buiten Canada. Het concept is uitgebreid overgenomen, gemodificeerd en uitgebreid door verschillende schrijvers (o.a. (Hancock 1985, 17-25; Jackson and Burman 1985, 4-11; Chenoy and McQueen 1985, 8-10) en diverse regeringen. Voorts is het New Perspective zonder twijfel van invloed geweest op de

WHO en op het latere Health for All Programme en Healthy Cities Programme daarvan.

Hancock wijdt er, alleen en met anderen, veel aandacht aan en is intensief bezig geweest met het verbeteren van het Health Field Concept van Lalonde (Lalonde 1974; Hancock 1985, 17-25). Hij komt tot wat hij noemt een 'Mandala of Health' die hieronder is weergegeven (Hancock and Perkins 1985, 8-10).



Figuur 2.6 Mandala of Health (Hancock and Perkins 1985, 8-10)

Twee zaken vallen op. Allereerst is er een scheiding aangebracht tussen het fysisch-chemische milieu en de psycho-sociale omgeving. Voor die psycho-sociale omgeving bestond in het Health Field Concept (Lalonde 1974) nauwelijks expliciete aandacht. Verder is in bovenstaande figuur de samenhang tussen de verschillende elementen van het concept aangebracht; een samenhang die in 1974 ook reeds

door Blum was geschetst, maar ontbrak in het werk van Laframboise (1973) en Lalonde (1974).

2.4.3 De World Health Organization

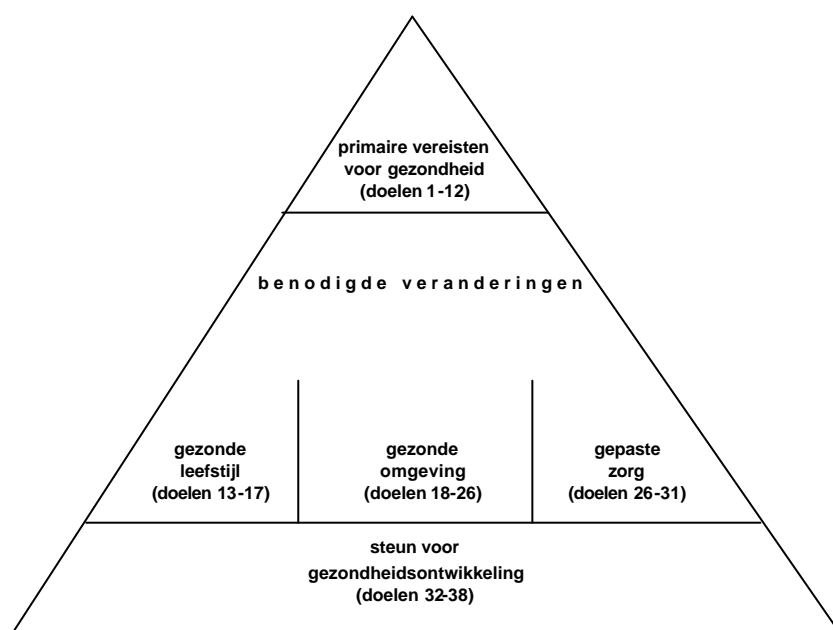
In 1977 besloot de Dertigste World Health Assembly (resolutie WHA 30.43) dat het belangrijkste sociale doel van regeringen en WHO gedurende de komende decennia moest zijn "the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life." De gedachtengang, neergelegd in deze ene zin, is het begin van het Health for all by the year 2000 (HFA 2000) beleid, een beleid dat gericht is op de regeringen van de lidstaten (WHO (ed.) 1979). Tot dat moment heeft de WHO nog nooit op een lager niveau zaken gedaan dan met die lidstaten; de WHO kent intern nog het regionale niveau. In dit kader zijn de activiteiten van de Europese regio van belang.

Een jaar later, in 1978, ter gelegenheid van de International Conference on Primary Health Care verscheen de Declaratie van Alma Ata; deze conferentie was een gezamenlijk initiatief van WHO and Unicef (WHO and UNICEF 1978). In de Declaratie wordt duidelijk gesteld, dat primary health care het instrument bij uitstek is om het doel van Health for all by the year 2000 als onderdeel van een omvattende ontwikkeling in de geest van sociale gerechtigheid te bereiken. De Declaratie riep alle regeringen op, om samen met andere maatschappelijke sectoren nationaal beleid, strategieën en actieplannen te formuleren, teneinde ervoor te zorgen dat primary health care onderdeel van een omvattend nationaal gezondheidszorgsysteem zou worden (WHO (ed.) 1979).

In documenten over Primary Health Care (WHO and UNICEF 1978) en Health for All (WHO (ed.) 1979) wordt steeds benadrukt dat Health for All niet kan worden bereikt door de gezondheidszorgsector alleen. Zo dragen economische ontwikkeling, voedselproductie, water, riolering, het wonen, het milieubeleid en opvoeding bij aan gezondheid. Het hieraan ten grondslag liggende concept is het Canadese Health Field Concept (Lalonde 1974).

In de Europese regio van de WHO wordt de ontwikkeling van primary health care gezien als een zaak die voornamelijk van belang is voor de ontwikkelingslanden. Terzijde: van de Europese regio maken ook deel uit de landen van de vroegere

Sovjet Unie en enkele Noord-Afrikaanse landen. Om die reden is de Europese regio zich steeds meer gaan toeleggen op een wat andersoortig beleid. Daarbij wordt er stilzwijgend van uit gegaan dat in de Europese regio een voldoende mate van primary health care aanwezig is. Het Health for All beleid is uitgewerkt door het stellen van 38 doelen, die op een bepaalde, hieronder weergegeven, manier samenhangen.



Figuur 2.7 Samenhang van de Health for All doelen

De doelen 1 - 12, die rond het jaar 2000 gehaald moeten zijn, zijn de fundamentele vereisten voor gezondheid. Hiertoe behoren gelijkheid in gezondheid, een langer en beter leven voor allen, en reductie van de mortaliteit aan bepaalde oorzaken. Het behalen van deze doelen betekent dat Health for All is gerealiseerd.

De doelen 13 – 31, die rond het jaar 1995 gehaald moeten zijn, zijn onderdelen van drie soorten veranderingen die moeten plaats vinden om de eerste groep doelen te bereiken:

- * het voor mensen gemakkelijker maken om voor gezonde leefwijzen te kiezen;
- * het elimineren van gezondheidsrisico's in de omgeving en het verbeteren van huizen en arbeidsplaatsen; en
- * het accent van de gezondheidszorg weghalen bij het ziekenhuis en richten op primary health care in de samenleving.

De doelen 32 - 38 vormen de derde groep en moeten gehaald worden voor 1990. Ieder gaat in op een bepaald type ondersteuning dat vereist is om de andere doelen te kunnen bereiken. Zo staat onderzoek in doel 32 centraal. De andere doelen hebben betrekking op het nationale gezondheidsbeleid, op het stimuleren van gezondheidsontwikkeling, op gezondheidsinformatiesystemen, op training van mankracht in de gezondheid en verwante sectoren, en op technology assessment. Deze doelen vormen het fundament voor de andere. Het halen van deze doelen is cruciaal om Health for All te kunnen halen.

Behalve op deze wijze kan het Health for All beleid ook nog op een andere manier gerangschikt worden. Het gaat dan om zes hoofdthema's, die steeds terugkeren.

- * Health for All impliceert equity. Dit betekent dat bestaande ongelijkheden in gezondheid tussen landen en in landen zoveel mogelijk moeten worden gereduceerd.
- * Het doel is de bevolking een positieve beleving van gezondheid te geven, zodat men zijn fysieke, mentale en emotionele capaciteiten ten volle kan benutten. De nadruk moet daarom komen te liggen op health promotion en op de preventie van ziekte.
- * Health for All moet bereikt worden door de bevolking zelf. Een goed geïnformeerde, goed gemotiveerde en actief participerende samenleving is een sleutelement bij het bereiken van het gemeenschappelijke doel.
- * Health for All vereist een gecoördineerde actie van alle betrokken sectoren. De gezondheidsautoriteiten hebben slechts grip op een deel van de problemen die opgelost moeten worden, en intersectorale samenwerking is de enige weg die op effectieve wijze de noodzakelijke voorwaarden voor

gezondheid realiseert, gezond beleid stimuleert en de risico's in de fysieke, economische en sociale omgeving reduceert.

- * Het accent van het gezondheidszorgsysteem dient te liggen op primary health care – voorzien in de basale gezondheidsbehoeften van iedere samenleving door zorg en diensten aan te bieden temidden van de bevolking, in reële zin toegankelijk en acceptabel voor ieder, en gebaseerd op de volledige participatie van die samenleving.
- * Gezondheidsproblemen overstijgen nationale grenzen. Milieuvervuiling en handel in gezondheidsschadende producten zijn overduidelijke voorbeelden van problemen, waarvan de oplossing alleen te bereiken is door middel van internationale samenwerking.

Vanaf 1981 is het WHO Regional Office for Europe bezig met een strategie voor health promotion. Een en ander mondt in 1986 uit in het Ottawa Charter for Health Promotion, het afsluitend document van de eerste International Conference on Health Promotion (WHO 1986). Health Promotion bestaat uit het opbouwen van een gezond volksgezondheidsbeleid, het opzetten van een ondersteunende omgeving, het versterken van de samenleving, het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden en het proces van het veranderen van de gerichtheid van de gezondheidszorg. Duidelijk is, dat een en ander een intersectorale benadering vraagt (Kickbush 1986, 117-24; De Leeuw 1989); dat komt in het Charter ook met zoveel woorden aan de orde. Health promotion vraagt gecoördineerde actie van alle betrokkenen: van regeringen, van de gezondheidszorg en andere sociale en economische sectoren, van niet-overheidsinstellingen en vrijwilligersorganisaties, van gemeenten, van de industrie en van de media. Wat dit betreft sluit het Charter aan bij het debat op de World Health Assembly on Intersectoral Action for Health (WHO 1986).

Recent, in 1998, heeft de WHO de bestaande 38 doelen vervangen door tien doelen, waarin een groot deel van de oorspronkelijke doelen in is ondergebracht (WHA 1998). Meer nog dan voorheen ligt hier het accent op ziekten die met name in ontwikkelingslanden voorkomen. De toepasbaarheid van op deze wijze geformuleerde doelen in Westerse landen is gering (Van Hertem & Van de Water 1999).

2.4.4 De vertaling naar het nationale niveau

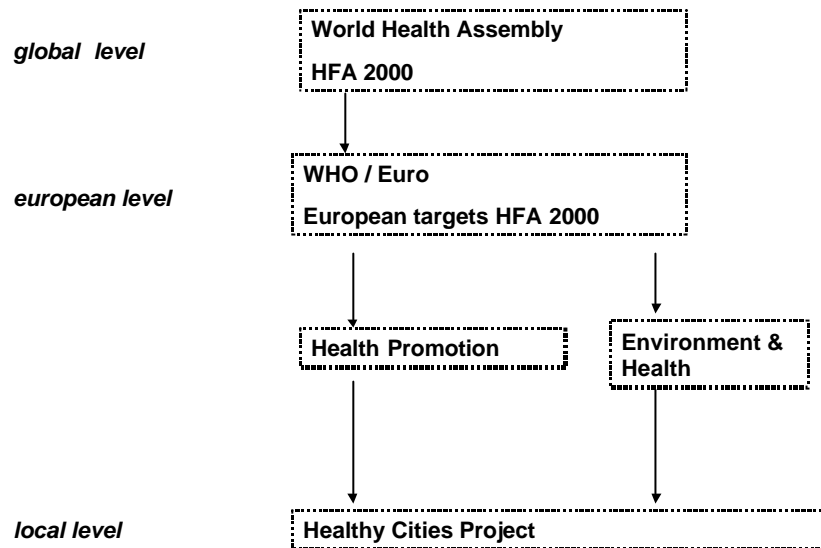
Op nationaal niveau vindt het Canadese voorbeeld navolging in de USA (U.S.Surgeon-General 1979;U.S.Surgeon-General 1980) en om in Europa te blijven, in 1977 volgt het Verenigd Koninkrijk met de nota 'Prevention and Health' (Department of Health and Social Security 1977). Deze nota bevat het regeringsstandpunt ten aanzien van een rapport van een subcommissie, maar is tegelijk ook een nota voor het gehele Verenigd Koninkrijk. In de nota komt, toch enigszins verbazingwekkend, geen verwijzing naar het Canadese New Perspective (Lalonde 1974) voor. Het stuk is met name op het beïnvloeden van gezondheidsschadende leefwijzen gericht.

Heel anders is dat met de door Zweden mede in het kader van het hierboven geschetste Health for All 2000 - beleid in 1982 uitgebrachte nota (National Board of Health and Welfare). "Our health is determined by genetic factors, the environment, our lifestyle and the health services available", aldus de eerste zin van het hoofdstuk over gezondheid. Dit hoofdstuk sluit duidelijk aan bij het gedachtegoed van het Health Field Concept. Leest men het hoofdstuk verder door, dan komt men, voor waar het gaat om de omgeving, op een tweedeling: de fysieke omgeving en de psychosociale omgeving. Politiek gezien is deze nota geschreven vanuit het perspectief van de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg, die in 1980 in Zweden 10% van het BNP bedroegen. Dat neemt niet weg dat naast een herstructurering van de gezondheidszorg gekozen is voor een beleid waarin de bevordering van gezondheid centraal staat. "The next task (...) is to draw up the guidelines for a more offensive and more prevention-oriented policy for the health services", aldus de staatssecretaris van het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken.

In Nederland wordt in 1986 de Nota 2000 uitgebracht, de Nederlandse vertaling naar het nationale niveau van de Europese Health for All targets. De Nota 2000 rust sterk op het gedachtegoed van Lalonde (Lalonde 1974); het model dat gebruikt wordt één determinant meer onderscheiden dan het Health Field Concept: de maatschappelijke omgeving. Deze nota, de reacties erop en de volgende documenten en nota's zullen in paragraaf 2.5 worden besproken.

In Finland verschijnt in 1987 de nota 'Health for All by the Year 2000'. The Finnish National Strategy' (Ministry of Social Affairs and Health 1987). In de titel is de verwantschap met de WHO-activiteiten aangegeven, wat nog versterkt wordt door het voorwoord van Asvall, de directeur van de Europese Regio van de WHO. Ook in het eerste hoofdstuk wordt expliciet op de werkzaamheden van de WHO ingegaan. Vervolgens wordt in het derde hoofdstuk stilgestaan bij de invloeden op gezondheid, zoals onder andere Lalonde, die hier wordt aangehaald, ze geschetst heeft. Met betrekking tot gezondheid worden in de nota tegelijkertijd drie benaderingen aangehangen. Het gaat om het stimuleren van leefwijzen die bijdragen aan gezondheid; de eliminatie of reductie van te voorkomen ziekmakende omstandigheden door middel van op individu en omgeving gerichte maatregelen; en de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg (Ministry of Social Affairs and Health 1987: 46). In de nota wordt gesteld dat een significant deel van de voor de volksgezondheid cruciale factoren buiten de gezondheidszorgsector ligt. Dat zou tot de conclusie moeten leiden dat een breed gezondheidsbeleid nodig is; die conclusie wordt slechts impliciet getrokken. Opvallend is, dat in de nota niet een schema te vinden is van de verschillende invloeden op gezondheid; er wordt slechts over gesproken.

2.4.5 De vertaling naar het grootstedelijke niveau: de Healthy Cities-beweging
De Healthy Cities-beweging is een beweging, ontstaan in 1986, van steden in de Europese regio, die proberen een intersectoraal gezondheidsbeleid in praktijk te brengen. De beweging bouwt voort op het Health for All-gedachtengang en op het Health Promotion-programma. Daarnaast speelt het hierboven niet besproken Environmental and Health-programma een rol. Schematisch kan men een en ander als volgt weergeven.



Figuur 2.8 Samenhang van enkele WHO programma's

Kern van het Healthy Cities Project is het opnieuw en met nieuwe kracht in praktijk brengen van Public Health-ideeën die langzamerhand waren vergeten. In het kader van dit project wordt dit vaak 'New Public Health' genoemd. Echter, niet de methode is nieuw, maar alleen de problemen. Ashton (Ashton 1988: 18) noemt deze, naar analogie met de ontdekking van de cholera in London in 1854, 'today's Broad Street pumps'. Het project is in zijn aanleg gericht op een actieve, participerende samenleving en op het tot stand brengen van intersectoraal gezondheidsbeleid. De wetenschap dat de gezondheidssector alléén de gestelde doelen nooit zal kunnen bereiken is zeer duidelijk aanwezig. De ideeën die aan het begin van de beweging, in 1986, leefden, zijn weergegeven in een artikel van Ashton et al. (Ashton et al. 1986, 319-24). Hoe de beweging boven ieders verwachting is gegroeid, en zeer veel aanhang heeft gekregen onder alle wat grotere steden, wordt geschetst in het

evaluatie­rapport van Tsouros (Tsouros 1990). Vanaf het eerste congres in Lissabon in 1986 groeide de beweging van eerst 20 deelnemers tot 37 deelnemers en 20 observers in Düsseldorf in 1987.

Het Healthy Cities Project, met een kantoor in Kopenhagen bij de WHO, heeft onmiskenbaar in veel steden een hernieuwde belangstelling voor gezondheid gewekt en het als thema op de agenda gezet. Niet overal is het intersectorale karakter van dit project even duidelijk uit de verf gekomen, terwijl het bovendien te betreuren is dat het project, althans in de beginfase, zo uitdrukkelijk op grote steden gericht is.

2.5 De situatie in Nederland

In deze paragraaf zal een overzicht worden gegeven van de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid in Nederland aan de hand van door het Ministerie van Volksgezondheid¹ uitgebrachte stukken en verrichte daden op dit terrein. Omdat in het kader van dit onderzoek de positie van de gemeente relevant is, zal aan die positie en de wijze waarop de Rijksoverheid daar mee omgaat, extra aandacht worden besteed.

2.5.1 De voorlopers

Beleid is praktisch nooit volledig nieuw. Hoewel het begin van het gezondheidsbeleid in Nederland vaak wordt gedateerd op het moment van het verschijnen van de Nota 2000 in 1986, is het ook hier niet zo dat in de periode die daar onmiddellijk aan voorafgaat er geen gezondheidsbeleid was. Twee zaken mogen dat illustreren. Wijnberg wijst erop dat in sommige toelichtingen op de begroting modellen werden gepresenteerd die met andere invloeden op gezondheid dan gezondheidszorg alleen te maken hebben (Wijnberg 1986, 25-47). Zo vraagt in 1980 de staatssecretaris zich af wat het aandeel in de ziekte-etilogie van

¹ Deze naam wordt gebruikt voor het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

respectievelijk persoonlijkheidskenmerken, kenmerken van de directe omgeving, van sociaal-culturele factoren en van de gezondheidszorg is. Het woord leefwijze doet zijn intrede in de parlementaire stukken. In het jaar daarop, in 1981, gaat de discussie in steeds herkenbaarder termen over het Health Field Concept van Lalonde (1974) zonder dat dat overigens genoemd wordt (Wijnberg 1986, 25-47). Met betrekking tot het gezondheidsbeleid worden in 1972 al opmerkingen gemaakt, en anders is toch zeker in 1980 een passage te vinden. Deze laatste passage luidt:

"Het betreft hier een opgave die breder is dan het terrein van de volksgezondheid alleen. Deze opgave strekt zich zelfs verder uit dan de taakstelling van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het betreft in wezen een verantwoordelijkheid die de gehele Regering aangaat en waarbij in het beleid tot uitdrukking komt dat ook aan vele maatregelen die niet primair vanuit de optiek van het volksgezondheidsbeleid of het milieuhygiënisch beleid worden genomen, belangrijke volksgezondheidsaspecten zijn te onderkennen."

Een en ander leidt tot de conclusie dat alle beleid dat een belangrijke invloed heeft op de volksgezondheid, gecoördineerd zou moeten worden. De staatssecretaris laat vervolgens na om te zeggen hoe dit zou moeten gebeuren. Wel wordt een jaar later, in 1981, vooruitgelopen op de Nota 2000, die voor 1985 wordt aangekondigd (Wijnberg 1986, 25-47).

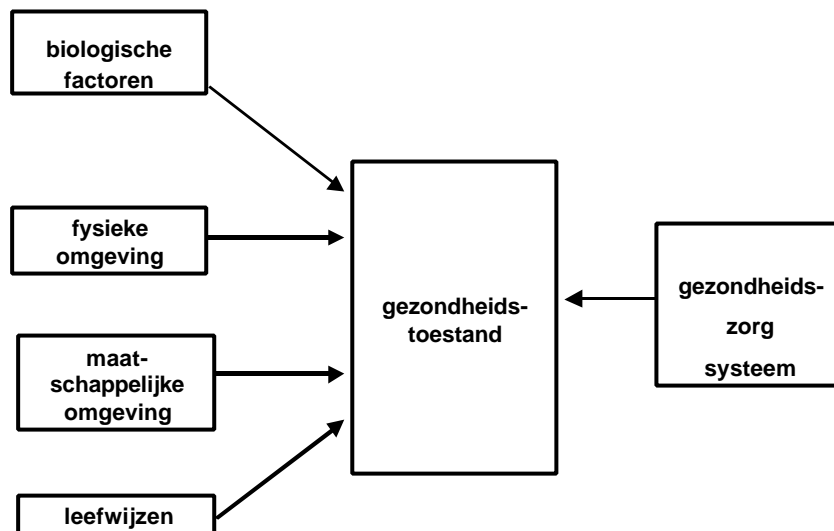
De andere belangrijke voorloper is de aankondiging en instelling van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) in 1983. Hoewel de naam het doel juist aangeeft - hoeveel en welke gezondheidszorg is op een bepaald moment in de toekomst nodig voor een bepaalde aandoening - ligt het accent in de rapporten van de Scenariocommissies veel meer op de ontwikkelingen in de gezondheid over een bepaalde periode en op determinanten, in of buiten de zorg gelegen, die op die ontwikkelingen van invloed zijn. De ontwikkeling om door middel van scenario's iets zinnigs over de toekomst te kunnen zeggen is niet exclusief voor de gezondheidszorg: scenario's worden in de jaren voorafgaand aan de instelling van de STG zowel internationaal, zoals door de OECD (1979), als nationaal, zoals door de Rijksplanologische Dienst (1975) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1980, 1983) toegepast (Becker 1986, 90-111). Scenario-rapporten zijn inmiddels verschenen over een grote diversiteit aan onderwerpen, zoals vergrijzing, kanker, hart-vaatziekten, medische technologie, ongevallen, leefwijzen, het ziekenhuis in de toekomst, gezondheid en het fysisch-chemisch

milieu, arbeid en gezondheid, chronische ziekten, geestelijke volksgezondheid, eerstelijnszorg en basisgezondheidszorg. Gezamenlijk levert een en ander een redelijk compleet beeld op van een aantal belangrijke gezondheidsproblemen en hun voornaamste determinanten, alsmede van de belangrijkste zorgsectoren.

2.5.2 De Nota 2000

De expliciete, politieke stap van een zorgbeleid naar een gezondheidsbeleid wordt gezet met het aanbieden van de Nota 2000 aan het parlement in 1986 (Ministerie WVC 1986). Al eerder, in 1985, was deze nota aangekondigd, en in 1984, ter gelegenheid van een WHO-conferentie over 'Planning and management for health', die in Nederland werd gehouden, was het Ministerie van Volksgezondheid met een korte brochure gekomen waarin de Nederlandse versie van het Health Field Concept was te zien (Department of Health 1984).

De Nota 2000 is uitgebracht om een aantal redenen. De gezondheidszorg als beïnvloedende factor voor gezondheid draagt in toenemende mate minder bij aan die gezondheid; derhalve dient de aandacht van het Ministerie, die tot nu toe overwegend de gezondheidszorg betrof uit te gaan naar andere factoren die mede de gezondheid bepalen. Met behulp van een gezondheidsbeleid dient het Ministerie deze factoren te beïnvloeden. Het is voorts van essentieel belang dat het Ministerie zich niet alleen richt op de huidige gezondheidsproblemen maar ook op de toekomstige; en tenslotte is Nederland in internationaal kader de verplichting aangegaan het Health for All 2000 beleid van de WHO naar het nationale niveau te vertalen. De Nota valt in drie grote stukken uiteen. Uitvoeriger wordt ingegaan op de gezondheid van de bevolking, dan op de gezondheidszorg, waarna wordt ingegaan op de samenhang tussen deze beide blokken en de zaken die daarvoor nodig zijn. Centraal in de gedachte achter de Nota 2000 staat het volgende schema.



Figuur 2.9 Gezondheidsmodel uit de Nota 2000 (1986)

De bespreking van de gezondheid van de Nederlandse bevolking geschiedt enerzijds aan de hand van de determinanten van gezondheid uit bovenstaand model. Anderzijds worden ook andere indelingscriteria gebruikt: leeftijdscategorieën, zes grote ziektecategorieën en specifieke aandachtsgebieden. Als middelen om op deze terreinen beleid mee te voeren worden preventie en intersectoraal beleid genoemd. Met betrekking tot de invulling van dat intersectoraal gezondheidsbeleid is het ministerie zeer terughoudend. Zulk beleid is complex en politiek gesproken is er voor intersectoraal beleid géén centrum van macht aan te wijzen, aldus het ministerie. Op deze wijze over intersectoraal beleid spreken maakt de afloop ervan voorspelbaar; slechts die departementen die wel bepaalde ideeën over de invulling van een bepaald beleidsfacet hebben en daarmee naar buiten komen, zoals Financiën of Ruimtelijke Ordening, weten daar ook succes mee te boeken. In de paragraaf over intersectoraal beleid komen gemeenten niet voor, terwijl ze in de paragraaf over preventie een enkele keer genoemd worden.

Kennelijk leeft de veronderstelling dat gezondheidsbeleid rijksbeleid is. Hiermee in tegenspraak is een bijdrage van één van de oud-medewerkers van de afdeling die de Nota geschreven heeft op een symposium, enige maanden na het verschijnen van de Nota. Deze noemt intersectoraal beleid een vorm van partnership waarbij alle overheden - rijk, provincie, gemeente - en ook het particuliere initiatief, alsmede de consument horen te zijn betrokken (Van der Werff 1987, 45-55). Een jaar later, in 1987, verschijnt er van de hand van Haslinghuis, ook een medewerker van het Ministerie van Volksgezondheid, een artikel over intersectoraal beleid. In dat artikel worden enkele opmerkingen over intersectoraal beleid gemaakt. Allereerst moet de gezondheidscomponent in een andere beleidsomgeving waarneembaar zijn. Die andere omgeving moet er toe worden overgehaald om beleid te implementeren, dat misschien niet in zijn directe belang is. De geschatte gezondheidseffecten van de te nemen maatregel zijn belangrijk, terwijl daartegenover uiteraard kosten en moeite staan (Haslinghuis 1988, 393-9).

De reacties na het uitbrengen van de Nota 2000 zijn divers. Onduidelijk is de status van de Nota, iets waaraan het ministerie zelf heeft meegewerkt. Van de 381 pagina's hebben maar zes - rose gekleurde - pagina's de status van beleidsvoornemen, het overige deel van de Nota is 'feiten' of 'beschouwingen'. De rose gekleurde beleidsvoornemens zijn vaag: preventie en intersectoraal beleid moeten worden versterkt; het voorzieningenbeleid moet afgestemd zijn op de gezondheidstoestand; de stelselwijziging met betrekking tot de ziektekostenverzekering zal doorgaan; en er zal een beleid worden opgezet met betrekking tot de informatievoorziening ten behoeve van het gezondheidsbeleid. Kritiek, zowel uit de samenleving als uit de politiek, richt zich op de vaagheid van beleid, hoewel het initiatief van de overheid om te komen met een samenhangende visie op gezondheid en gezondheidszorg in het algemeen zeer op prijs wordt gesteld.

Andersoortige kritiek betreft het in de Nota gestelde doel van het halen van gezondheidswinst: soms is dat in het geheel niet mogelijk en moet het doel zijn het verbeteren van de kwaliteit van het leven. Met betrekking tot de determinanten van gezondheid wordt opgemerkt, dat daarover soms sprake is van een gebrekkige kennis, terwijl, als die kennis wel bekend zou zijn, dat niet zonder meer zou leiden

tot duidelijke beleidsmaatregelen. Verbeterd men de gezondheid van een populatie door een doodsoorzaak te elimineren, dan treden concurrerende doodsoorzaken op: in de Nota is daar te weinig aandacht aan gegeven. Met betrekking tot preventie, tenslotte, wordt met name opgemerkt dat preventie niet leidt tot goedkopere zorg, maar op zijn best tot uitgestelde meerkosten (Van Eyk 1987;Schrameijer et al. 1987;Dekker 1989).

De Nota 2000 is, zoals al gesteld is, een vertaling naar de Nederlandse situatie van het Health for All 2000 programma van de WHO. Het Europese bureau van de WHO heeft in 1984 in dat kader 38 zogeheten targets vastgesteld. Deze verbale targets zijn in de Nota 2000 opgenomen en in de jaren daarvoor en daarna getalsmatig uitgewerkt voor waar het gaat om de bestaande situatie (Ministerie WVC 1985). Maar de doelen zelf zijn nog steeds niet gekwantificeerd, hoewel de Nederlandse inventarisatie van de situatie met betrekking tot die doelen daartoe wel heeft bijgedragen.

2.5.3 Plannen om de gezondheidszorg te veranderen

Vanaf 1970 is getracht de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg aan een herstructurering te onderwerpen, zodanig dat de groei van het aanbod en het soort aanbod alsmede de kosten ervan beheersbaar zouden worden. Vanaf 1974 is geprobeerd enerzijds het aanbod van zorg te plannen en anderzijds de tarieven ervan centraal vast te stellen. Kort gezegd komt het erop neer dat het beheersen van het aanbod van de zorg door middel van een uitgebreide planningswetgeving beperkt blijft tot de intramurale sector, terwijl uitbreiding van die planningswetgeving halverwege de jaren tachtig verzandt. De resterende planningswetgeving, samen met de tarievenwetgeving en de verzekeringswetgeving, levert naar het oordeel van zowel degenen die in de zorg werkzaam zijn, als de verzekeraars en de overheid het beeld op van een zeer bureaucratisch, star, inflexibel, traag en nauwelijks nog werkzaam geheel.

Als in 1986, vlak na het verschijnen van de Nota 2000, dan ook een nieuwe staatssecretaris van volksgezondheid – Dees - aantreedt, is een van zijn eerste beleidsdaden het instellen van een Commissie die moet onderzoeken hoe de structuur en de financiering van de gezondheidszorg in Nederland herzien zou

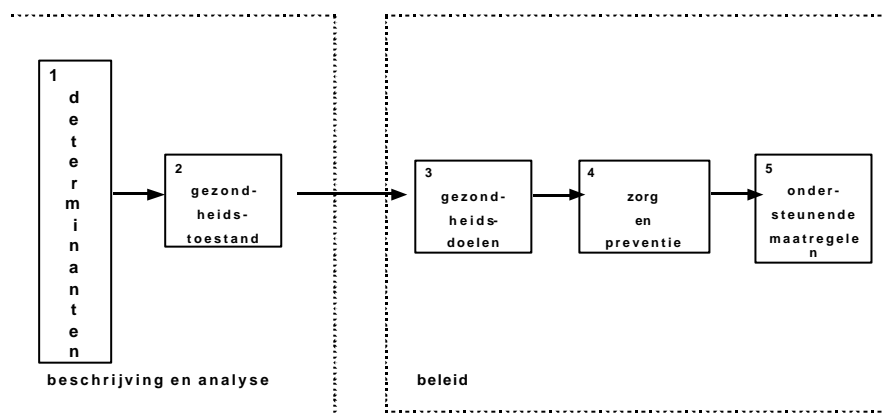
moeten worden. Deze commissie, onder voorzitterschap van Philips-topman Dekker, is van mening dat de gezondheidszorg meer als een markt zou moeten functioneren. De meest basale veronderstellingen die voor marktwerking horen te gelden, gaan echter niet op voor de gezondheidszorg: consumenten van gezondheidszorg vragen niet vrijwillig om zorg, het aanbod is voor de consument niet doorzichtig, en het prijsmechanisme is uitgeschakeld. Aan de gedachte dat gezondheidszorg niet een goed is als een gloeilamp gaat de Commissie in zijn rapport 'Bereidheid tot Verandering' gemakshalve voorbij (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987), evenals de regering in haar standpunt over deze kwestie zoals dat is neergelegd in de nota 'Verandering Verzekerd' (Ministerie WVC 1988). Wat uiteraard wel nodig is is een flexibeler, minder bureaucratisch en meer op de wensen van de patiënt toegesneden stelsel van gezondheidszorg, maar dit bereikt men niet door marktwerking te introduceren in een omgeving waar dat niet kan.

Naast de zorgen die de liberale staatssecretaris Dees aan zijn hoofd heeft met betrekking tot de herstructurering van de gezondheidszorg, gaat hij door met het ontwikkelen van het gezondheidsbeleid, zoals dat door zijn christen-democratische voorganger Van der Reijden in de Nota 2000 was neergelegd, en komt hij in 1989, vlak voordat de centrum-rechtse coalitie ten val wordt gebracht, met het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid (Ministerie WVC 1989).

2.5.4 Het Kerndocument Gezondheidsbeleid

Met betrekking tot het vervolg op de Nota 2000 is daarin gesteld, dat eenmaal in de vier jaar een soortgelijke nota zou uitkomen (Ministerie WVC 1986): 350). Bij de parlementaire behandeling ervan bleek dat het parlement een - veel dunnere - vervolgnota wenste met veel concretere beleidsvoorstellen dan in de Nota 2000 gedaan waren, terwijl tegelijkertijd de kennis die in de tussentijd was opgedaan uit de scenarioprojecten in deze vervolgnota moest zijn opgenomen. Om voorts de diverse maatschappelijke organisaties nog de gelegenheid te geven te reageren op een niet-definitieve tekst, die aan de hand van die reacties nog bijgesteld zou kunnen worden, heeft het Ministerie van Volksgezondheid ervoor gekozen om met een ontwerp te komen, en dat ter discussie aan te bieden.

Het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid wordt dan in 1989 gepubliceerd (Ministerie WVC 1989). Het document zelf telt slechts 46 pagina's: dat is het politieke deel van het hele document. Daarnaast zijn er nog een negental losse bijlagen in de vorm van discussienota's² op een aantal belangrijke gezondheidsgebieden en enkele ondersteunende gebieden. Het Kerndocument hanteert hetzelfde model als de Nota 2000, met dit verschil dat duidelijker is weergegeven wat het ministerie beleidsmatig denkt te benaderen. Een en ander is in het schema hieronder weergegeven.



Figuur 2.10 Gezondheidsmodel Ontwerp-Kerndocumen Gezondheidsbeleid (1989)

Het Kerndocument heeft vijf doelen. Het wil in het oog springende ontwikkelingen met betrekking tot gezondheidsproblemen en de determinanten daarvoor weergeven, alsmede gezondheidsdoelen formuleren die op deze ontwikkelingen betrekking hebben. Voorts willen de schrijvers van de nota doelstellingen formuleren voor de instrumenten van het gezondheidsbeleid: dat zijn zorg,

² Achtereenvolgens zijn dat: de Discussienota's Basisdocument; Verandering en Preventie; de Nota Reumabeleid; de Discussienota's Suicidepreventie; Preventie Geestelijke Volksgezondheid; Kankerbestrijding; Ongevallen en Traumatologie; Epidemiologie en Informatica; en Wettelijke Informatievoorziening in de gezondheidszorg

preventie en de ondersteuning daarvan. Maatschappelijke organisaties moeten betrokken worden bij de discussie over de doelstellingen en tenslotte dient het hele overheidsbeleid op het terrein van de gezondheid in één kader te worden gevat. Met betrekking tot een aantal gezondheidsproblemen - kanker, hart- en vaatziekten, ongevallen, gezondheidsproblemen samenhangend met vergrijzing, chronische ziekten, psychische stoornissen, Aids - is de volgende opzet gekozen. Allereerst is er een getalsmatig te bereiken doel gesteld, dat meestal samenhangt met het HFA-beleid. Bijvoorbeeld: omstreeks het jaar 2000 is het gestandaardiseerde sterftecijfer voor ziekten van de bloedsomlooporganen bij mensen onder de 65 jaar met tenminste 15% verminderd. Hiervoor wordt een uitgangswaarde aangegeven; in dit voorbeeld is dat de situatie in 1985. Vervolgens wordt eerst met betrekking tot de maatschappelijke organisaties - gezegd welke maatregelen er nodig zijn op het terrein van de zorg, op het terrein van de preventie en op het gebied van de ondersteunende maatregelen. Vervolgens legt de overheid zich zelf op dezelfde manier vast. Alle beleidsmaatregelen zijn waar mogelijk van een ongewone helderheid en eenduidigheid. Voor het wetslagen van de nota is het uiteraard van groot belang dat bekend is, of de maatschappelijke organisaties aan deze operatie mee willen doen. Daarom wordt een discussie gestart, waarbij de volgende zes vragen aan de organisaties worden voorgelegd.

- 1 Klopt de analyse van de gezondheidssituatie en de determinanten
- 2 Zijn de doelen, ook naar uw mening, realistisch en dus haalbaar
- 3 Welke (sub-)doelen liggen op het terrein van uw organisatie
- 4 Welke (sub-)doelen kunt u binnen de huidige situatie realiseren
- 5 Aan welke zo nauwkeurig mogelijk omschreven voorwaarden moet worden voldaan voordat u die (sub-)doelen soverneemt
- 6 Wat zou daarvoor aan instrumentarium nodig zijn

Alvorens in te gaan op het verdere verloop van deze discussie zal eerst worden stilgestaan bij de plaats van het lokaal gezondheidsbeleid en het intersectorale beleid in dit document. De lokale overheid krijgt in het Kerndocument een belangrijke rol toebedeeld. Het Kerndocument schetst de mogelijkheden voor een gezondheidsbeleid op lokaal niveau: het is gemakkelijker, de lijnen zijn korter en participatie van de bevolking is gemakkelijker te verwezenlijken. Veel gemeenten, aldus het Kerndocument leveren al een belangrijke bijdrage aan het

gezondheidsbeleid, terwijl sommige meedoen aan het Healthy Cities-project van de WHO. Voorts wordt gewezen op het ontwerp van wet dat handelt over de collectieve preventie en waarin gemeenten zekere taken krijgen toebedeeld. Dit ontwerp, inmiddels wet geworden, zal in de hoofdstukken 3 en 5 aan de orde komen. Hier kan worden volstaan met de opmerking dat de gemeenten taken krijgen op het terrein van de epidemiologische analyse van de gezondheidstoestand van hun bevolking, het intersectorale beleid, de hygiëne, het opzetten van preventieprogramma's en tenslotte bij de afstemming tussen collectieve preventie en curatie.

Het intersectorale beleid komt niet langer als zelfstandig onderwerp naar voren, maar is onderdeel van de preventie. Het wordt de schrijvers van het document steeds duidelijker, dat allerlei gezondheidsdoelen slechts kunnen worden gehaald als het intersectorale beleid geïntensiveerd wordt. Uit de rest van het document blijkt dat de overheid zich het intersectorale beleid voorstelt als zich uitstrekkend niet alleen tussen de departementen van de rijksoverheid, maar ook tussen de maatschappelijke organisaties, de lokale overheden en de rijksoverheid.

2.5.5 Voortijdig einde van het gezondheidsbeleid?

Nadat de centrum-rechtse coalitie in mei 1989, vlak na het verschijnen van het Kerndocument, was gevallen, zijn in Nederland verkiezingen gehouden die hebben geleid tot een centrum-linkse coalitie. De post van staatssecretaris van volksgezondheid is in dit kabinet (1989-1994) bezet door de sociaal-democraat Simons. Als deze een half jaar op het departement vertoeft, wordt gaandeweg duidelijk dat hij zich voornamelijk bezig wil houden met de reorganisatie van de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid, zoals dat vorm begon te krijgen in de Nota 2000 en het ontwerp-kerndocument Gezondheidsbeleid, een zeer marginale positie toedenkt. In de eerste grote nota van zijn hand, 'Werken aan Zorgvernieuwing', wordt nog enigszins lippendienst bewezen aan het gezondheidsbeleid, maar de nota Zorgvernieuwing gaat in feite nagenoeg uitsluitend over de gezondheidszorg. De Tweede Kamer keert de staatssecretaris op dit punt en in een overleg met het parlement (UCV 29 oktober 1990) zegt de staatssecretaris toe dat hij zal voortgaan met het gezondheidsbeleid en een nota daarover zal uitbrengen.

2.5.6 Gezondheid met beleid

Aan het eind van 1991 wordt dan, ondanks het bovenbeschreven dreigende zijspoor, toch weer een nota over het gezondheidsbeleid, de Nota Gezondheid met Beleid, aan het parlement uitgebracht. De doelen van de nota verschillen van die van het Kerndocument; wat met name opvalt is dat deze nota niet langer spreekt over het stellen van gezondheidsdoelen, maar het heeft over doelen in de sfeer van de zorg en de preventie. De staatssecretaris stelt zich voor om eens in de vier jaar door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en de Milieuhygiëne, een overheidsinstelling met een eigenstandige positie binnen de departementale organisatie, een Volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV) te laten vervaardigen die een beschrijvend, prognostiserend en evaluatief karakter heeft. Eveneens om de vier jaar, maar dan twee jaar later kan het departement dan een Nota Gezondheidsbeleid schrijven, die ingaat op de VTV.

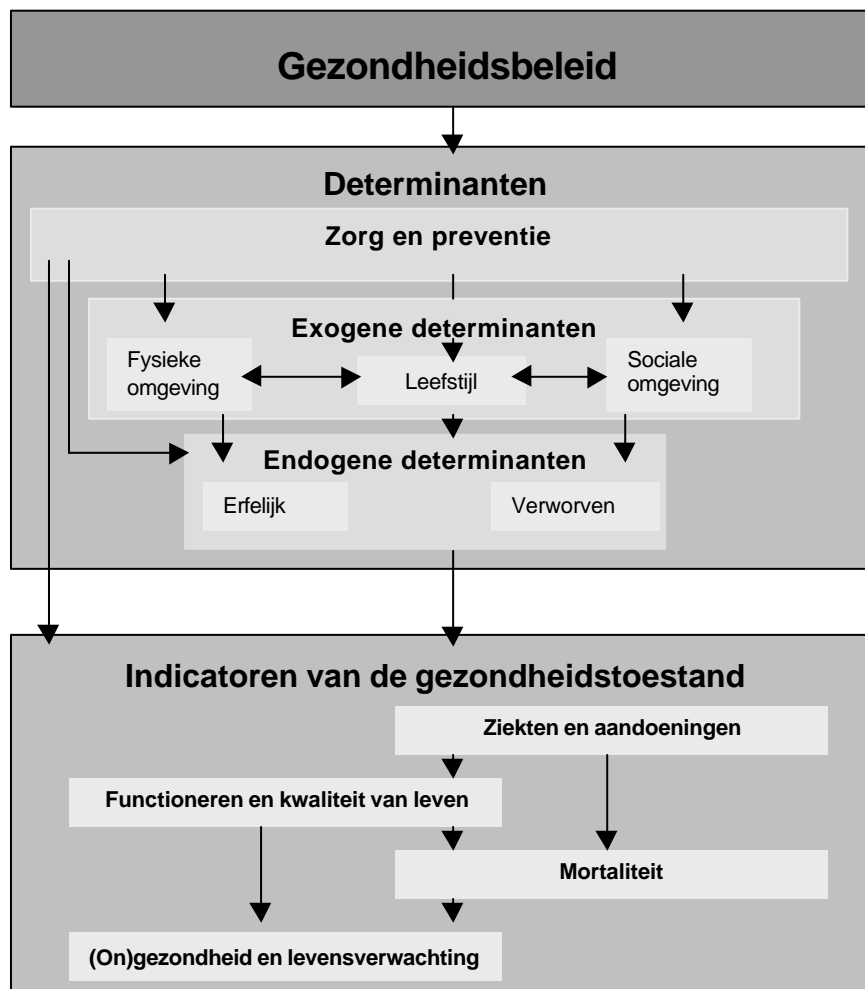
De onderwerpen die in de nota aan de orde komen zijn deels nieuw, sommige werden in eerdere nota's ook al genoemd maar krijgen nu veel meer aandacht en sommige andere lijken ingegeven door de waan van de dag. Nieuw is een verhandeling over de relatie tussen sterftedaling en het voorkomen van chronische ziekten, de decompressie van morbiditeit, waar men machteloos tegenover lijkt te staan. Thema's als kwaliteit van leven en verschillen in gezondheid krijgen relatief veel aandacht. Nog meer aandacht krijgt een politiek probleem: hoe houdt men de uitgaven voor de sociale zekerheid, bestemd voor arbeidsongeschikten in de hand? Nieuw is ook een soort samenvatting van een evaluatie-onderzoek naar het alcoholontmoedigingsbeleid. Verdwenen is de kwantificering van de beleidsvoornemens zoals die voorkwam in het Kerndocument.

Als de nota het over intersectoraal beleid heeft, dan lijkt dat voornamelijk gericht op een betere samenwerking tussen de departementen van de rijksoverheid. De gemeenten, die ook zo nu en dan in de nota voorkomen, worden hoofdzakelijk geacht het rijksbeleid uit te voeren.

2.5.7 Gezond en wel

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993 (Ruwaard et al. 1993) is een omvangrijk werk van 800 pagina's geworden, dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking beschrijft, en ingaat op de determinanten van gezondheid.

Het gehanteerde model is in vergelijking met het Kerndocument en de Nota 2000 verder geëvolueerd. Het is hierna in figuur 2.11 weergegeven.



Figuur 2.11 Model uit de VTV 1997

In de VTV-93 worden globale determinanten - zoals 'Leefstijl', 'Sociale omgeving' en 'Fysieke omgeving' – verder verfijnd naar concrete gedragingen en omstandigheden, zoals bijvoorbeeld 'Roken' en 'Sociaal-economische status'. Deze laatste worden vervolgens gerelateerd aan veel voorkomende ziekten / doodsoorzaken; op deze wijze ontstaat een duidelijker zicht op welke preventieve acties het meest geboden zijn.

De reactie van het Departement verschijnt in de vorm van de Nota Gezond en Wel (Ministerie VWS 1995). Het Departement formuleert een drietal doelen, te weten het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven. Bij groepen die er het minst gunstig aan toe zijn, zal de aandacht voor de doelbereiking groter moeten zijn. Met betrekking tot de VTV-93 toont de Minister zich tevreden, wel sluit ze aan bij het commentaar van de Gezondheidsraad die het stuk niet geschikt vindt voor het stellen van beleidsprioriteiten.

Bij de opdracht aan het RIVM om een nieuwe VTV te vervaardigen wordt dit commentaar dan ook meegenomen. Het RIVM komt in 1997 met een nieuwe VTV (RIVM 1997), die bestaat uit acht delen en een samenvattend deel die gezamenlijk 2600 pagina's tellen. Deel 1 betreft een actualisering van het materiaal uit 1993, de volgende delen hebben betrekking op Gezondheidsverschillen, Gezondheid en levensverwachting, Effecten van preventie, Effecten van zorg, Zorgbehoefte en zorggebruik, en Gezondheid en zorggebruik in de toekomst. Het gehanteerde model in de VTV-97 verschilt niet wezenlijk van het model uit de VTV-93.

2.5.8 De Healthy Cities-beweging in Nederland

Zoals aangegeven in paragraaf 2.4.5 is op initiatief van de WHO in 1986 het Healthy Cities project ontstaan, dat al snel is uitgegroeid tot een beweging. Deze beweging heeft al vrij spoedig, in 1987, ook Nederland bereikt. Na het tweede jaarlijkse Healthy Cities symposium in 1987 in Düsseldorf was een aantal Nederlandse deelnemers van mening dat ook Nederland zich bij de beweging aan moest sluiten. In 1988 zette men de ideeën daarover op papier; het Ministerie van Gezondheid bleek bereid een subsidie voor twee jaar te verstrekken. Het ministerie was van mening dat het Netwerk van Healthy Cities een goede stimulans zou

kunnen leveren aan de ontwikkeling voor een gezondheidsbeleid dat de rijksoverheid voorstaat op regionaal en lokaal niveau (Steunpunt Netwerk Gezonde Steden 1989).

Deden er aanvankelijk slechts een beperkt aantal gemeenten mee, dit aantal groeide explosief tot 21 in 1997³ (Koorstra 1997) . Wat aan deze gemeenten opvalt, is dat nagenoeg alle deelnemende gemeenten een sterk geurbaniseerd karakter hebben en dat overwegend rurale gebieden vrijwel geheel ontbreken. Als men vervolgens nagaat waaruit de Healthy Cities-projecten in deze gemeenten bestaan, dan moet men welhaast tot de conclusie komen dat hier niet altijd sprake is van een omvattend intersectoraal gezondheidsbeleid, maar veel meer van een zeer smal, op één of twee onderwerpen per gemeente gericht intersectoraal gezondheidsbeleid. Zo is de ene gemeente voornamelijk bezig met Migrantenvoorlichting en het Voorkomen van valongevallen bij ouderen, terwijl een andere gemeente zich richt op Schone lucht in huis (Van Duifhuizen, Saan, et al. 1998). Een en ander neemt niet weg dat de waarde van het Healthy Cities-project er met name in is gelegen dat gemeenten überhaupt zich zijn gaan bezinnen op hun taak in het gezondheidsbeleid. In die zin is het Healthy Cities-project, ook in Nederland, een element geweest dat sterk aan agenda-setting met betrekking tot gezondheidsbeleid heeft bijgedragen.

2.6 Slot

In dit hoofdstuk is de geschiedenis van het gezondheidsbeleid aan de orde gekomen. In 2.2 wordt ingegaan op de Griekse, Romeinse en Arabische geneeskunst. Geconstateerd kan worden, dat het gezondheidsconcept – het humorale concept - zoals dat in gebruik was, tenminste ruimte liet voor collectief-preventieve maatregelen. Bij wijze van voorbeeld worden sommige van deze maatregelen geschetst. In 2.3 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen

³ Die gemeenten zijn: Almelo, Amsterdam, Arnhem, Bergeyk, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Groningen, Haarlem, Hoogezand-Sappemeer, Kerkrade, Leeuwarden, Maastricht, Nieuwegein, Nijmegen, Rotterdam, Sneek, Tilburg, Utrecht, Zaanstad en Zwolle.

in West-Europa tot 1945. In de achttiende eeuw vinden de eerste belangrijke afwijkingen van het strikt humorale concept plaats. De gezondheidszorg zelf wordt verbeterd, er komt aandacht voor maatschappelijke omstandigheden, en leefwijzen worden beïnvloed. Een van de allerbelangrijkste ontdekkingen van de negentiende eeuw is de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak geweest. In veel gevallen kon nu de link gelegd worden tussen wat bekend was als pathologisch-anatomisch substraat en het klinisch beeld. Een van de gevolgen van het ontdekken van de bacterie als oorzaak van ziekte heeft begrijpelijkerwijs als gevolg dat dan ook alle (wetenschappelijke) aandacht zich verlegt in die richting en de sociale hygiëne werd verwaarloosd. De ontwikkeling van de sociale hygiëne in de praktijk staat echter niet stil: in de periode tot de Tweede Wereldoorlog wordt in Nederland bijna overal waterleiding en riolering aangelegd.

In 2.4 wordt ingegaan op de periode na 1945. Deze wordt gekenmerkt door enerzijds een sterke toename van de successen van de curatieve geneeskunde en anderzijds in bijna geheel Noord-West Europa de vestiging en uitbouw van de verzorgingsstaat. Tegelijkertijd komt er langzamerhand een zeker verzet tegen de visie, als zou gezondheid uitsluitend de resultante van gezondheidszorginspanningen zijn. In de zeventiger jaren worden de complementaire invloeden door diverse auteurs geformuleerd: naast gezondheidszorg zijn biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en leefwijzen van belang. Uiteindelijk leidt deze gedachtengang in diverse landen tot een aantal beleidsdocumenten, die de start zijn van het gezondheidsbeleid. De ontwikkeling in Nederland is in 2.5 geschetst. Het departement krijgt in navolging van ontwikkelingen elders steeds meer aandacht voor het gezondheidsbeleid. Op lokaal niveau speelt een belangrijke rol bij het proces van het op de agenda krijgen het Healthy Cities Project.