

Johan Mackenbach breekt een lans voor politieke geneeskunde

Dokter, kom uit je spreekkamer

Henk Maassen

Inzoomen op de individuele patiënt. Dat is wat artsen vooral doen. En dat ziet de Rotterdamse hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg Johan Mackenbach liever anders. 'Ze horen op z'n minst te beseffen hoezeer het lichaam van hun patiënten de belichaming is van de verhoudingen in de samenleving.'



'Doe het, nu.' Met die hartenkreet eindigt Johan Mackenbach zijn nieuwe boek *Ziekte in Nederland*.

Wat we moeten doen, en wel nu, is 'weer wereldkampioen worden op het gebied van de volksgezondheid'. We hebben de deskundigheid en de middelen, en er zijn bovendien 'weinig betere doelen te verzinnen'. Nou ja, één: 'De volksgezondheid in andere delen van de wereld op hetzelfde hoge plan brengen.' Of eigenlijk twee: 'De overleving van andere soorten veilig stellen.'

Dat klinkt bijna als een idealistisch getoonzet, politiek programma en dat is het misschien ook wel. Volksgezondheid beweegt zich volgens Mackenbach bij uitstek tussen politiek en biologie. Hij citeert graag een van de peetvaders van zijn vak, Rudolf Virchow: 'Geneeskunde is een sociale wetenschap en politiek is geneeskunde op grote schaal.' Al brengt Mackenbach een nuance aan: 'Geneeskunde is evenzeer een natuurwetenschap als een sociale wetenschap.'

Uitzoomen

In zijn werkkamer in het Erasmus MC zegt de hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg

Johan Mackenbach: 'Er bestaat hier relatief veel weerstand tegen een overheid die mensen aanspreekt op hun gedrag.'

beeld: De Beeldredactie, Guido Benschop

Vermijdbaarheid van ziektes in Nederland

ziekte	percentage van totale ziektelast	percentage veroorzaakt door bekende omgevingsdeterminanten
infectieziektes	2	90
kanker	17	35
endocriene aandoeningen	5	55
psychische stoornissen	19	50
zenuwstelsel en zintuigen	7	20
hart- en vaatziektes	20	65
ademhalingsorganen	8	60
spijsverteringsorganen	5	80
urinerwegen	1	20
huidziektes	0	20
bewegingsstelsel	4	20
aangeboren afwijkingen	1	20
perinatale aandoeningen	1	50
letsel door ongevallen	7	90
totaal	97	51

De ziektelast is gemeten in verloren DALY's (*disability-adjusted life years*). Bijna 97 procent van de totale ziektelast kon aan één van de ziektegroepen worden toegerekend.

bron: Ziekte in Nederland

51 procent van de huidige gezondheidsproblemen is potentieel vermijdbaar

dat de geneeskunde inzoomt op steeds kleinere structuren en processen binnen het lichaam en te weinig uitzoomt naar de grote wereld buiten het individu. 'Logisch dat je als arts in het zieke lijf naar binnen wilt kijken. Daar zie je ook van alles wat een verklaring kan bieden voor de klachten. Maar daar vind je de oorzaak van de ziekte niet. Artsen worden ook niet geraadpleegd om die oorzaken weg te nemen, maar om de klachten te verhelpen. Bestrijding van milieu-vervuiling, bevordering van de verkeersveiligheid – dat zijn onderwerpen die buiten het strikte domein

van de gezondheidszorg vallen, maar wel grote gezondheidseffecten hebben.'

Mackenbach kwalificeert de huidige publieke gezondheidszorg als 'matig'. 'In de jaren dertig, veertig en vijftig waren we nog goed toegerust om de problemen van die tijd te lijf te gaan. Nederland had wijkzusters en goed georgani-

seerde voorzieningen om infectieziektes en de oorzaken van kindersterfte uit te bannen. Dat heeft Nederland enige tijd wereldkampioen levensverwachting gemaakt. Ondertussen doken echter de ziektes van de welvaart op. De bijbehorende omvorming van de publieke gezondheidszorg is veel te langzaam gegaan. We hebben er zeventig jaar over gedaan om een landelijk dekkend netwerk van GGD's op te zetten. Onder meer door obstructie van de confessionele partijen die het kruiswerk in de lucht wilden houden. Ook het vormen van een nationaal kenniscentrum voor preventie heeft veel te lang geduurd. Pas sinds een jaar of vijftien is het RIVM meer dan een lab dat zich bezighoudt met infectieziektes. We lopen uit de pas met andere westerse landen. Engeland, Zweden en Finland zijn landen waar dat allemaal beter is geregeld.'

Vermijdbare ziektes

De modernisering van de publieke gezondheidszorg is ook nog door iets anders vertraagd. Mackenbach: 'Meer dan in de Scandinavische landen, meer ook dan in Engeland bestaat er hier weerstand tegen een overheid die mensen aanspreekt op hun gedrag. Dat heeft te maken met ons verleden als handelsnatie.' We zijn meer koopman dan dominee. Mogelijk is die tolerante basishouding in de jaren zestig van de vorige eeuw nog verder doorgeschoten, zodat we met lege handen staan bij de bestrijding van welvaartsziektes.

Verbazing wekt het getal dat Mackenbach becijfert: 51 procent van de gezondheidsproblemen van nu houdt verband met bekende omgevingsfactoren en is dus potentieel vermijdbaar (zie *tabel*). 'Zelf stond ik ook te kijken van dat getal. En het is, denk ik, ook nog eens een onderschatting. Zo vinden veel psychische stoornissen hun oorzaak in sociale factoren, zoals kindermishandeling of gebruik van alcohol en drugs. Verder zijn er nog steeds belangrijke oorzaken van ziekte in het fysieke milieu aan te wijzen zoals fijnstof en arbeidsgebonden risicofactoren. Bij hart- en vaatziektes blijkt 65 procent van de ziektelast te worden bepaald door factoren als roken, hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte.'

Grote kloof

Dat de levensverwachting de laatste acht jaar weer in de lift zit, daarvoor heeft de hoogleraar geen goede verklaring. 'Misschien hangt het samen met het loslaten van de budgettering in de gezondheidszorg onder het eerste paarse kabinet. Ouderen kregen meer geneesmiddelen

en er werden ook meer chirurgische ingrepen bij hen uitgevoerd.’
Belangrijke kanttekening is dat ondanks de stijgende levensverwachting de kloof tussen de laagste en de hoogste sociaaleconomische klas-



sen nog steeds groot is, en dat komt niet op het conto van allochtonen (zie *kader*).Vergeleken met de levensverwachting en de jaren in goede gezondheid die een hoogopgeleide, welgestelde Nederlander voor de boeg heeft, valt voor de armere, laagopgeleide bewoners van dit land nog een wereld te winnen. ‘Vijftien tot twintig jaar langer in goede gezondheid en zes tot zeven jaar langer leven.’

Vanwaar die hardnekkigheid van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Mackenbach: ‘We hebben een verzorgingsstaat gemaakt; we hebben gelijke toegang tot de zorg gerealiseerd. Maar alleen de scherpste kantjes van sociale ongelijkheid zijn afgesleten. Met geld kun je nog steeds soms gezondheid kopen. Mensen met een lager inkomen hebben bijvoorbeeld minder

mogelijkheden om in een gezonde omgeving te wonen en zich gezond te voeden. Minstens zo belangrijk is dat deze mensen voortdurend bezig zijn alledaagse sores op te lossen, waardoor ze geen aandacht vrij kunnen maken om aan langetermijndoelen als een goede gezondheid op hun zeventigste te werken. Preventieprogramma’s moeten we veel stelsmatiger richten op groepen met een lagere opleiding en een lager inkomen. We moeten ook veel meer doen aan de bestrijding van slechte arbeidsomstandigheden. Lichamelijke belasting en geestdodend werk zijn belangrijke oorzaken van gezondheidsproblemen. Steeds gaat het over het scheppen van gelijke kansen in het leven.’

Universele maatregelen

Deze boodschap moet volgens Mackenbach alle politieke stromingen aanspreken. Maar hij moet de eerste politieke partij nog tegenkomen die op die manier naar gezondheid kijkt. Het is ook de boodschap van zijn boek: de politiek zou bij nieuw beleid steeds rekening moeten houden met de gezondheidseffecten, zoals dat nu op enige schaal ook gebeurt met de gevolgen voor het milieu.

De vraag die Mackenbach zichzelf intussen stelt, is of we de gezondheidsproblemen van nu in principe op dezelfde manier kunnen uitbannen zoals dat is gebeurd met cholera en andere diarreeziekten die typisch waren voor de negentiende eeuw. Toen werden ‘universele maatregelen’ genomen, zoals hij dat noemt. ‘Men legde riolering en drinkwaterleidingen aan, en de impact daarvan op de volksgezondheid was zeer groot. Drie lessen vielen daaruit te trekken. Ten eerste: je hoeft geen accurate kennis te hebben van de directe oorzaken van ziektes om toch goede preventieve maatregelen te nemen. De oorzaken van de diarreeziekten waren destijds immers onbekend. In de tweede plaats: passieve gezondheidsbescherming is beter dan actieve. Veilig drinkwater kun je ook krijgen door het zelf voor gebruik te koken, maar zo’n gedragsverandering is veel moeilijker te bereiken. En ten slotte: bij dit type maatregelen heeft iedereen baat. Bestaande verschillen in sterfte aan diarreeziekten tussen arm en rijk werden er zelfs door opgeheven.’ Wat zouden de hedendaagse varianten van riolering en drinkwaterleiding kunnen zijn? Mackenbach heeft er geen concreet antwoord op. ‘Maar we moeten er wel naar op zoek. Zo zou ik een voorstander zijn van het beperken van verkooppunten van voedsel. Of van regulering van portiegrootte. Of van regelgeving over

Migranten niet ongezonder

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn niet terug te voeren op de komst van migranten naar Nederland. Allochtonen hebben namelijk niet systematisch een slechtere gezondheid dan autochtonen.

Dat komt waarschijnlijk doordat de gezonde en ongezonde effecten van migratie niet tegelijk optreden. In het land van bestemming krijgen migranten een betere levensstandaard en gezondheidszorg dan in het land van herkomst.

Maar ze schakelen meestal ook over op een westerse leefstijl met veel verzadigde vetten en weinig beweging. Zo is diabetes onder migranten al sterk in opkomst. Die omschakeling heeft zich echter nog niet vertaald in een hogere sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker.

Mackenbach: ‘Misschien bevinden deze groepen zich in een “gouden” tijdsvenster, waarin ze al wel de gezondheidsvoordelen, maar nog niet de nadelen van de migratie ondervinden.’

caloriegehalte en zoutgehalte van kant-en-klaarmaaltijden.'

Paternalistisch

De kritiek ligt voor de hand: Mackenbachs opstelling is paternalistisch. Zijn streven is in strijd met een breed gedeelde, liberale, westerse levensopvatting: burgers moeten hun leven tot op grote hoogte naar eigen inzicht kunnen inrichten. 'Daar wens ik u dan veel succes mee', reageert hij. 'Ik vind dat een veel te gemakkelijke redenering, die te vaak zonder tegenspraak blijft. De overheid ziet het collectieve karakter van de gezondheidsrisico's over het hoofd. Andere Europese landen hebben het de afgelopen decennia beter gedaan.'

Natuurlijk moeten mensen op hun gedrag en op hun persoonlijke verantwoordelijkheid worden aangesproken. Maar volgens Mackenbach heeft het weinig zin het daarbij te laten. 'Gezondheid wordt beïnvloed door blootstelling aan specifieke ingrediënten van de fysieke en sociale omgeving. Gedragsfactoren zie ik als een soort individuele vermomming van die omgevingsfactoren. Ze lijken de uitkomst van vrije wil, maar in werkelijkheid gaat het meestal om collectieve verschijnselen. Zo gaat sociale ongelijkheid altijd gepaard met verschillen in eetgewoonten, taalgebruik, vrijetijdsbesteding en smaak. Die verschillen hebben een maatschappelijke functie: ze maken anderen duidelijk tot welk sociaal milieu je behoort. Dat kan ook gelden voor gezond en ongezond gedrag. Zulke cultureel ingesloten gedragspatronen zijn niettemin aan te passen aan nieuwe gezondheidsinzichten. Kijk maar naar de zuigelingenverzorging. Die kent een geschiedenis van succesvolle beïnvloeding van het hygiënisch gedrag van jonge ouders. Gedrag dat we nu volstrekt vanzelfsprekend vinden. Of kijk naar zoiets simpels als tandenpoetsen. Ooit vonden mensen het raar, nu vinden we het doodgewoon en zelfs lekker.'

Morele verplichtingen

Het gevaar van medicalisering, nog zo'n punt van kritiek, noemt hij 'een spookbeeld'. 'Er zijn vast wel grenzen, maar geleidelijk zal de greep van de gezondheidszorg op ons leven zich uitbreiden. Je hoort wel: preventie is heel mooi, maar per saldo worden we er zieker van. Klinkklare onzin! Ja, er is extra onzekerheid bij mensen door al dat gepraat over de ziektes die je kunt krijgen, en het kan vervelend zijn om een beetje in je keuzevrijheid te worden beperkt. Maar het levert ook geweldig veel op. We moeten die medicalisering van het dagelijks


leven accepteren en blij zijn met de positieve gevolgen ervan.'

De kwaliteit van de publieke gezondheidszorg mag dan 'matig' zijn, Nederland is niettemin 'een volksgezondheidsoase in een barre wereld', vindt Mackenbach. 'En dat schept morele verplichtingen. Tot op zekere hoogte hebben wij onze betrekkelijk goede volksgezondheid te danken aan onze economische welvaart en die is weer mede gebaseerd op voor landen met een laag inkomen heel ongunstige ruilverhoudingen.' Als onze goede gezondheid de keerzijde is van de slechte gezondheid van mensen in arme landen, maakt dat ons volgens hem medeverantwoordelijk voor het bestrijden van ziekte in de derde wereld.

Mackenbach wil wat die morele verplichtingen betreft zelfs nog een stapje verder gaan. 'Ik denk soms dat de ethiek een slinks middel van de menselijke soort is om zichzelf in stand te houden. Zo kun je de onaantastbaarheid van het leven, die centraal staat in de medische ethiek, zien als een uitdrukking van ons overlevingsinstinct. Maar die ethiek geeft de verkeerde antwoorden, wanneer je je afvraagt hoe het verder moet op een planeet waarop geen ruimte is voor zes miljard mensen en alle andere diersoorten samen. De ethiek en dus ook de medische ethiek zouden zich daar veel meer mee bezig moeten houden. Waar zijn de grenzen aan onze menselijke belangen en waar en wanneer moeten we rekening houden met de belangen van allerlei andere soorten? Dat zijn moeilijke vragen – ik weet het. Antwoorden heb ik ook niet onmiddellijk.'

Actie tegen vuurwerk

Dokters kunnen de ongelijkheid niet de wereld uit helpen. Dat weet Mackenbach best. 'Maar ze hoeven zich er evenmin bij neer te leggen. Ze horen op z'n minst te beseffen hoezeer het lichaam van hun patiënten de belichaming is van de verhoudingen in de samenleving. Met goede preventie en zorg kunnen ze vervolgens bijdragen aan vermindering van de gezondheidsgevolgen van die ongelijkheid.' Dat hoeft lang niet altijd ingewikkeld te zijn. Hij roemt de oogartsen die al enkele jaren actie voeren tegen oogletsel door vuurwerk op oudejaarsnacht. 'Die zijn tenminste hun spreekkamer uitgekomen.'

Wat stemt Mackenbach eigenlijk zelf? Hij glimlacht: 'De geschiedenis van de publieke gezondheidszorg is voor een groot deel de geschiedenis van de bemoeienis van de sociaal-democratie met de volksgezondheid. Is dat een antwoord?' 



Johan Mackenbach, *Ziekte in Nederland*; Volksgezondheid tussen politiek en biologie, Mouria/Elsevier Gezondheidszorg, 335 blz., 27,50 euro.



Artikelen van Johan Mackenbach vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.