

ACHTERGROND

Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal

Johan P. Mackenbach

Dit is de tekst van de NTVG Lezing 2016 die prof.dr. Johan P. Mackenbach hield tijdens de NTVG Dag op 5 november 2016 in de Rode Hoed te Amsterdam.

RUDOLF VIRCHOWS REVOLUTIONAIRE JAREN

Wij staan op de schouders van reuzen en 2 deelgebieden van de geneeskunde staan zelfs op de schouders van een en dezelfde reus, namelijk Rudolf Virchow. Virchow (1821-1902) geldt als grondlegger van de moderne pathologie en ook van de sociale geneeskunde, of beter gezegd: de public health. ‘Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal’ is een van zijn beroemdste uitspraken, die in de public health tot op de dag van vandaag vaak wordt geciteerd.¹

Om te begrijpen hoe Virchow tot deze nogal eens verkeerd begrepen uitspraak kwam, moeten we terug naar het jaar 1848, een jaar waarin in alle Europese hoofdsteden revoluties uitbraken. Aanleiding was de grote misère van de bevolking, die werd geteisterd door hongersnoden en epidemieën en zich onderdrukt voelde door autocratische regimes. Virchow, net afgestudeerd als arts, deed in februari en maart 1848 als secretaris van een regeringscommissie onderzoek naar een grote epidemie die zich in Opper-Silezië had voorgedaan.²

Tijdens die reis moet hij een soort Paulus-moment hebben gehad, een plotseling licht dat hem opging. Nadat hij had vastgesteld dat het een tyfusepidemie was, ging hij namelijk op zoek naar de achterliggende oorzaken. Die vond hij allereerst in de hongersnood van de bevolking. Maar daarmee was hij niet tevreden en zo vond hij de achterliggende oorzaak van de hongersnood in de armoede van de Pools sprekende boeren in Opper-Silezië, en de achterliggende oorzaak daar weer van in de brute onderdrukking van die boeren door de Duitse adellijke grootgrondbezitters.³

Dat een ziekte politieke oorzaken kon hebben, betekende dat herhaling alleen door politieke hervormingen kon worden voorkomen. Bij terugkeer in Berlijn in maart 1848 was Virchow dan ook in een drieste stemming en sloot zich bij de revolutie aan. Hij stond zelfs persoonlijk met een pistool op de barricaden en publiceerde in een nieuw door hem opgericht tijdschrift artikelen met opruiende ideeën. ‘Artsen zijn de natuurlijke advocaten van de armen. Wie kan zich erover verwonderen dat het socialisme nergens meer aanhangers vindt dan onder de artsen?’ En: ‘Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft und die Politik ist weiter nichts als Medicin im Grossen.’⁴

De revolutie mislukte echter jammerlijk en Virchow werd verbannen naar Würzburg, waar hij zich op de pathologie richtte en zijn ideeën over de cellulaire pathologie ontwikkelde. Die ideeën waren overigens doortrokken van politieke metaforen. Zo beschrijft hij in zijn boek *Cellularpathologie* de cel als een autonome burger in de samenleving van het organisme.⁵ En zo zag hij omgekeerd de menselijke samenleving als één groot organisme dat gezond én ziek kan zijn. Wanneer die samenleving ziek is, zoals wanneer er een epidemie uitbreekt, is er een dokter nodig, lees: een staatsman die de politieke oorzaken van die epidemie wegneemt.

Het idee dat politici – als het goed is – een soort dokters zijn was overigens niet van Virchow zelf. Jeremy Bentham, de bedenker van het utilitarisme, had al verklaard dat wetgeving niets is dan geneeskunde op grote schaal. De arts geneest de mensen immers stuk voor stuk, de wetgever bij miljoenen.⁶ Voor Virchow bleef het echter niet bij een analogie. Voor hem waren artsen op grond van hun kennis over de oorzaken van ziekte ook bij uitstek geschikt om de samenleving te besturen. Na terugkeer uit ballingschap liet hij zich dan ook kiezen in gemeenteraad en parlement en bleef hij tot het eind van zijn werkzame leven actief in de politiek om daar te vechten voor drinkwaterleiding en rioolering, betere huisvesting en gymlessen voor meisjes.²

POLITIEKE DETERMINANTEN VAN DE VOLKSGEZONDHEID

Mooi verhaal, zult u misschien denken, maar is het echt waar dat politiek geneeskunde op grote schaal is of ten-

Erasmus MC, afd. Maatschappelijke gezondheidszorg, Rotterdam.
Prof.dr. J.P. Mackenbach, sociaal geneeskundige en epidemioloog
(j.mackenbach@erasmusmc.nl).



minste kan zijn? Over het antwoord op die vraag ga ik een balanceeract opvoeren, want enerzijds moet ik afrekenen met een paar romantische illusies, terwijl ik anderzijds artsen en andere gezondheidsprofessionals wil inspireren om zich meer met politiek in te laten.

Ik begin daarbij op veilige, empirische grond: wat weten we eigenlijk van het effect van politiek op de gezondheid van de bevolking? U zult er misschien van opkijken dat zelfs voor dit deelvraagstuk van de geneeskunde een specialisme is ontstaan, namelijk het vooralsnog piepkleine vakgebied van de 'politieke epidemiologie'.⁷

In de politieke epidemiologie wordt onderzocht wat het effect van politiek in al haar gedaanten op de gezondheid van de bevolking is. Hierbij kan, evenals bij onderzoek naar effecten van de gezondheidszorg, onderscheid worden gemaakt tussen politieke structuren (bijvoorbeeld een democratische versus een autocratische regeringsvorm), politieke processen (bijvoorbeeld opkomst en stemgedrag bij verkiezingen), politieke producten (bijvoorbeeld wetgeving en belastingen), en de uiteindelijke gezondheidsuitkomsten (voor- of achteruitgang in gezondheid van de bevolking).

Voor de laatste schakel in deze keten van oorzaak en gevolg,

dus het gezondheidseffect van concrete maatregelen waarover politiek is besloten, is het relatief eenvoudig om bewijsmateriaal te verzamelen, en dat is dan ook in overvloed beschikbaar. Fluoridering van drinkwater – in Nederland na veel politieke discussie helaas in 1976 afgeblazen – verlaagt de prevalentie van tandcariës.⁸ De wettelijke verplichting tot het dragen van de autogordel en andere verkeersveiligheidsmaatregelen hebben de verkeerssterfte drastisch verlaagd.⁹ Invoering van een rookverbod in de horeca heeft – in andere landen dan Nederland – de incidentie van het hartinfarct onder mee-rokers verlaagd.¹⁰ En natuurlijk beslist de politiek over de financiële middelen die voor de collectief gefinancierde gezondheidszorg beschikbaar zijn. Loslaten van de ziekenhuisbudgettering en andere uitgavenplafonds in de gezondheidszorg heeft in Nederland na het jaar 2001 niet alleen geleid tot een sterke kostenexplosie, maar ook tot een snellere verdere toename van de levensverwachting.¹¹ En zo zouden er nog tientallen voorbeelden te geven zijn.

We weten een stuk minder van de eerdere schakels in de keten, dus van de invloed van politieke structuren en processen op de gezondheid van de bevolking, terwijl daarover toch heel wezenlijke vragen kunnen worden gesteld. Bijvoorbeeld: is democratie goed voor de volksgezondheid, of kan een autocratische regeringsvorm ook goed uitpakken? En zijn regeringen met een ‘linkse’ of een ‘rechtse’ signatuur beter voor de volksgezondheid? Ik zal een paar van die vragen kort beantwoorden en het antwoord illustreren met wat treffende gegevens uit de recente Europese geschiedenis – Europa is in de 20e eeuw immers een soort politiek laboratorium geweest waarin dit soort vragen goed kan worden onderzocht.

Ja, democratie is goed voor de volksgezondheid, althans onder het epidemiologische gesternte van de hoge-inkomenslanden van vandaag. De invloed van de mate van democratie op de volksgezondheid is een van de meest onderzochte vraagstukken in de politieke epidemiologie en de meeste studies wijzen op een positief effect.¹² Zo hebben de democratisering van Spanje en Portugal in de jaren 70 en die van Midden- en Oost-Europa in de jaren 90 van de 20e eeuw een positief effect gehad op de levensverwachting, soms na een aanvankelijke dip.¹³ De verklaring is waarschijnlijk dat democratisch gekozen regeringen er meer aan gelegen is de belangen van het volk te dienen en dat een autocratisch machtsapparaat ook onvoldoende geloofwaardigheid heeft om mensen ertoe te brengen zich gezonder te gaan gedragen.

Daar staat echter tegenover dat autocratisch geregeerde landen onder andere epidemiologische omstandigheden ook heel succesvol zijn geweest. De Sovjet-Unie en andere communistisch geregeerde landen in Midden- en Oost-Europa realiseerden in de jaren 40 en 50 van de 20e eeuw

een spectaculaire toename van de levensverwachting doordat ze met hun centraal aangestuurde staatsapparaat een enorme inhaalslag konden maken bij de bestrijding van infectieziekten en zuigelingensterfte. Rond 1960 hadden ze West-Europa daadwerkelijk ingehaald, waardoor de verschillen tussen oost en west in levensverwachting minimaal waren. Maar toen de epidemie van hart- en vaatziekten toesloeg stonden deze landen met hun autoritaire structuren machteloos.¹⁴

Een tragische illustratie is die van de Baltische staten, die in de jaren 20 en 30 onafhankelijk waren en dezelfde vooruitgang op het terrein van de volksgezondheid kenden als Finland, maar in de jaren 60, ingelijfd bij de Sovjet-Unie, noodgedwongen het voorbeeld van Rusland gingen volgen, met stagnatie en later daling van de levensverwachting tot gevolg, totdat ze in 1991 opnieuw onafhankelijk werden.¹⁴

Het communisme is inmiddels als medicijn voor de volksgezondheid afgeschreven, ook vanwege de verschrikkelijke bijwerkingen – denk bijvoorbeeld aan de gedwongen collectivisatie van de landbouw in de Sovjet-Unie in de jaren 20 en 30, die een kunstmatige hongersnood in de Oekraïne veroorzaakte waarbij de levensverwachting tot rond de 10 jaar daalde.¹⁵ Maar hoe staat het met andere linkse ideologieën? Uit politicologische studies blijkt dat linkse politiek leidt tot een minder scheve inkomensverdeling en minder armoede,¹⁶ maar is linkse politiek ook goed voor de volksgezondheid?

West-Europese landen verschillen enorm in de mate waarin ze in de afgelopen decennia door linkse partijen zijn geregeerd, met Zweden bovenaan en Nederland ergens ruim onder het midden. Er blijkt echter weinig systematisch verschil te zijn in feitelijk gevoerd gezondheidsbeleid of uiteindelijke gezondheidsuitkomsten. Alleen op het terrein van tabaks- en alcoholbeleid hebben landen met veel cumulatieve jaren sociaaldemocratische regeringsdeelname een voorsprong, misschien omdat die partijen minder moeite hebben met paternalistische maatregelen of minder hun oren naar de belangen van de industrie laten hangen.¹⁷ Veel andere onderwerpen van gezondheidsbeleid zijn – gelukkig maar – zo weinig politiek gepolariseerd dat er ook steun voor maatregelen te vinden is bij centrumpartijen of rechtse partijen.

TOCH HEBBEN WE DE POLITIEK HARD NODIG

De onderzoeksresultaten van de politieke epidemiologie laten dus zien dat we ons niet al te veel illusies moeten maken. Politiek kan zeker geneeskunde op grote schaal zijn, maar in al te hoge doseringen kan dit geneesmiddel ook vreselijke bijwerkingen hebben. Verder is de relatie tussen politieke determinanten en gezondheid een stuk minder eenduidig dan je misschien zou verwachten.

Toch staat vast dat veel gezondheidsproblemen alleen effectief kunnen worden bestreden door collectieve maatregelen die politieke besluitvorming vereisen. In het verleden is gebleken – ik noemde daarvan een aantal voorbeelden – dat dat ook heel goed kan, maar ook dat daarvoor vaak een taaie strijd moet worden geleverd.¹⁸

Dat komt doordat gezondheidsrisico's vrijwel altijd verknoopt zijn met economische belangen, die sterke tegenkrachten kunnen mobiliseren. Natuurlijk wil de vuurwerk-industrie geen verbod op het afsteken van consumenten-vuurwerk in oudejaarsnacht en de alcoholindustrie geen verdere beperkingen van de verkoop van alcoholische dranken. En als die economische belangen een verbond aangaan met ideologisch bepaalde opvattingen over vrijheid en individuele verantwoordelijkheid is het lastig om politiek draagvlak te krijgen voor effectieve maatregelen.

Dat brengt ons op de vraag wat, vanuit de volksgezondheid gezien, nu de politieke prioriteiten zouden moeten zijn. We zijn het er waarschijnlijk snel over eens dat de politiek aan professionals in de gezondheidszorg voldoende ruimte, financieel en anderszins, moet geven om hun werk te doen. Maar er is meer nodig, zodat er effectieve maatregelen worden genomen tegen al die gezondheidsrisico's die op de stoep van de gezondheidszorg worden neergelegd, maar die we binnen de gezondheidszorg niet kunnen oplossen. Mijn voorstel voor wat die prioriteiten zouden moeten zijn – onvermijdelijk enigszins gekleurd door mijn eigen opvattingen – betreft 3 grote problemen in de volksgezondheid, nu of in de toekomst, waaraan iets moet worden gedaan omdat we anders in de gezondheidszorg zullen blijven dweilen met de kraan open.

Een eindspel tegen tabak Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en voortijdige sterfte in Nederland, en het is onbegrijpelijk dat we toestaan dat jaarlijks tienduizenden jongeren verslaafd raken aan een product dat bij normaal gebruik de helft tot twee derde van zijn gebruikers doodt. De enige rationele aanpak is die van een radicaal eindspel tegen tabak, waarbij we inzetten op de volledige of bijna volledige eliminatie van tabak uit de Nederlandse samenleving.¹⁹

Minder sociaal-economische ongelijkheid In de laatste decennia zijn opnieuw grote sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan, die weliswaar een heel andere ontstaanswijze hebben dan in Virchows tijd, maar die evenzeer nauw verbonden zijn aan sociale ongelijkheid op vele terreinen: opvoeding en onderwijs, woning- en arbeidsmarkt, verdeling van inkomen en vermogen, ... Als die ongelijkheid toeneemt, zoals nu het geval is bij de inkomens- en vermogensverdeling, kun je erop wachten dat ook de gezondheidsverschillen verder gaan toenemen.²⁰

Tegengaan van klimaatverandering Op de lange termijn is onze veel te grote ecologische voetafdruk de belangrij-

ste bedreiging van de volksgezondheid. Klimaatverandering is daarvan een belangrijk onderdeel. En hoewel de gezondheidsrisico's in welvarende landen in gematigde klimaatzones hopelijk wel meevallen, zullen in andere delen van de wereld grote problemen ontstaan die indirect ook hier zullen doorwerken.²¹ Om de tweeegradendoelstelling uit het akkoord van Parijs (2015) te halen moet de uitstoot van CO₂ heel snel terug naar bijna nul, wat enorme veranderingen in de economie en in ons gedrag vereist.

Stel nu dat we bij de Tweede Kamerverkiezingen in maart volgend jaar zouden willen stemmen op een politieke partij die het allerbeste met de volksgezondheid voor heeft, welke partij zou dat dan zijn? Zoals u weet rekent het Centraal Planbureau de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen altijd op hun economische effecten door, en ik zou graag zien dat het RIVM dat zou doen voor de gezondheidseffecten, maar helaas gebeurt dat nog niet.

Afgaande op de tekst van de concept-verkiezingsprogramma's van de politieke partijen (www.deverkiezingswijzer.nl), verwacht ik dat die keuze nog niet zo eenvoudig zal zijn. De grote thema's op het gebied van de gezondheidszorg zullen de langdurige zorg, de marktwerking en het eigen risico zijn. Alle partijen wijden warme woorden aan de noodzaak de knelpunten in de langdurige zorg op te heffen, en veel partijen willen de marktwerking terugdringen en het eigen risico fors verlagen of afschaffen. Maar er is wat te kiezen, want die laatste 2 voornemens ontbreken bij de VVD en bij D66.

Voor de volksgezondheid is belangrijker wat de programma's zeggen over tabaks-, inkomens- en klimaatbeleid. Hierover lopen de opvattingen veel meer uiteen, waarbij linkse partijen niet alleen meer inkomensnivellering voorstaan, maar ook krachtigere maatregelen voorstellen om de CO₂-uitstoot terug te dringen. De klassieke links-rechts-tegenstelling heeft echter maar beperkte voorspellende waarde voor het tabaksbeleid. Zo wekt het geen verwondering dat GroenLinks gedetailleerd uitgewerkte plannen heeft op het gebied van inkomens- en klimaatbeleid, maar wel dat het geen woord zegt over tabaksbeleid.

POLITIEK ENGAGEMENT VAN GEZONDHEIDSPROFESSIONALS

Stemmen bij verkiezingen is niet de enige en zeker niet de krachtigste manier waarop we als gezondheidsprofessionals invloed kunnen uitoefenen op politieke besluitvorming. Maar hoe ver zou je in die beïnvloeding kunnen of moeten gaan? Daarbij kun je denken in termen van een 'ladder van politiek activisme'.¹

Die ladder heeft 4 sporten. Op de onderste sport staan diegenen die zich geheel afzijdig houden van politiek, op de tweede sport diegenen die hun ervaringen of onderzoeksresultaten actief onder de aandacht brengen van politici en hun ambtenaren, maar zonder drukmiddelen in

de richting van de ene of de andere oplossing te gebruiken. Op de derde sport staan diegenen die een stap verder gaan en actief beleidsmakers proberen te beïnvloeden, bijvoorbeeld door intensief voor een bepaalde maatregel te lobbyen of informatie strategisch te gebruiken. Ten slotte staan op de hoogste sport mensen als Virchow die zelf als politicus actief worden, bijvoorbeeld door zich in het parlement te laten kiezen of een ministerschap te ambiëren.

Wie voor het laatste kiest is in goed én slecht gezelschap, want ook hier is de praktijk rommeliger, en zelfs bloediger, dan men zou wensen. Er zijn vele tientallen bekende politici met een artsdiploma, sommige beroemd, andere berucht: van Salvador Allende tot Bashar al-Assad, van Che Guevara tot Els Borst, van Radovan Karadzic tot Gro Harlem Brundtland, ... Dat dokters betere politici zijn, zoals Virchow dacht, geloof ik niet, maar toch zijn sommige van deze collega's inspirerende voorbeelden.

Eén daarvan beschouw ik zelfs als een moderne Virchow, namelijk Bernard Kouchner. Er zijn opmerkelijke overeenkomsten tussen zijn levensloop en die van Virchow, zij het dat een uitstap in de pathologie bij Kouchner geheel ontbreekt. Ook dit verhaal begint in een revolutie, namelijk die van 1968, dit keer niet in Berlijn maar in Parijs. Bernard Kouchner, net afgestudeerd als arts,

stond in mei 1968 op de barricaden en maakte later in datzelfde jaar evenals Virchow een reis naar een land waar hongersnood en epidemieën heersten, namelijk Biafra. Op grond van zijn ervaringen daar richtte hij Artsen zonder Grenzen op, een organisatie die zich anders dan het Rode Kruis openlijk uitspreekt over politieke misstanden als die de oorzaak van honger en ziekte zijn.²²

CONCLUSIE

Het gedachtegoed van Rudolf Virchow is dus nog springlevend. Politiek kan geneeskunde op grote schaal zijn en politiek moet soms geneeskunde op grote schaal zijn, maar eenvoudige recepten zonder risico op bijwerking zijn er evenals in de gewone geneeskunde niet. Daarom is het leven op de hoogste sport van de 'ladder van politiek activisme' waarschijnlijk weinig benijdenswaardig. Maar opklimmen naar de derde sport en ons stemgeluid over wat belangrijk is voor de gezondheid van de bevolking wat krachtiger laten horen? Dat zouden toch meer van ons moeten doen.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:B1336

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/B1336**

LITERATUUR

- Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:181-4.
- Goschler C. Rudolf Virchow. Mediziner, Anthropologe, Politiker. Keulen: Böhlau Verlag; 2002.
- Virchow R. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschenden Typhus-Epidemie. Berlin: Reimer; 1848.
- Balkhausen I. Der Staat als Patient. Rudolf Virchow und die Erfindung der Sozialmedizin von 1848. Marburg: Tectum; 2007.
- Virchow R. Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Zwanzig Vorlesungen, gehalten während der Monate Februar, März und April 1858 im pathologischen Institut zu Berlin. Berlin: August Hirschwald; 1858.
- Porter D, Porter R, red. Doctors, politics and society: historical essays. Amsterdam: Rodopi; 1993.
- Mackenbach JP. Political determinants of health. *Eur J Public Health.* 2014;24:2.
- Backer Dirks O, Houwink B, Kwant GW. The results of 612 years of artificial fluoridation of drinking water in The Netherlands: The Tiel—Culemborg experiment. *Arch Oral Biol.* 1961;5:284-300.
- Elvik R, Vaa T, Erke A, Sorensen M. The handbook of road safety measures. Bingley: Emerald Group Publishing; 2009.
- Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:1249-55.
- Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CW, van der Heide A, Polder J, Garssen J. Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *Eur J Epidemiol.* 2011;26:903-14.
- Klomp J, de Haan J. Is the political system really related to health? *Soc Sci Med.* 2009;69:36-46.
- Mackenbach JP, Hu Y, Looman CW. Democratization and life expectancy in Europe, 1960-2008. *Soc Sci Med.* 2013;93:166-75.
- Mackenbach JP. Political conditions and life expectancy in Europe, 1900-2008. *Soc Sci Med.* 2013;82:134-46.
- Vallin J, Meslé F, Adamets S, Pyrozkhov S. A New Estimate of Ukrainian Population Losses during the Crises of the 1930s and 1940s. *Population Studies.* 2002;56:249-64.
- Huber E, Stephens JD. Development and crisis of the welfare state. Chicago: Chicago University Press; 2001.
- Mackenbach JP, McKee M. Social-democratic government and health policy in Europe: a quantitative analysis. *Int J Health Sefrv.* 2013;43:389-413.
- Ward JW, Warren C. Silent victories: The history and practice of public health in twentieth-century America. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Mackenbach JP. Een eindspel tegen tabak? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2012;156:A5850.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling AJ, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372:1661-9.
- McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. *Lancet.* 2006;367:859-69.
- Kouchner B. Les guerriers de la paix. Parijs: Grasset; 2004.