

Een goede gezondheid

De coronapandemie gebruiken voor het examen

Voor het eindexamen vmbo moeten leerlingen onder andere de verbanden tussen de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen vanaf het midden van de negentiende eeuw kunnen uitleggen. Ontwikkelingen die wellicht wat ver van hun bed staan en abstract lijken. Hoe kunnen parallellen tussen de huidige coronapandemie en de ontwikkelingen op het gebied van gezondheid gebruikt worden om deze eindexamenstof te verduidelijken?

Mayra Murkens is promovendus aan de Universiteit van Maastricht.

De afgelopen periode heeft ons weer eens met de neus op de feiten gedrukt: een van de belangrijkste voorwaarden van een prettig leven is gezondheid. Toch komt deze basisbehoefte maar weinig terug in ons geschiedeniscurriculum. Waar onze lesboeken vol staan van negentiende-eeuwse fenomenen als de beginnende industrialisatie, urbanisatie en de sociale kwestie die daarmee gepaard ging, worden ontwikkelingen op het gebied van gezondheid nauwelijks benoemd. Een enkele keer verlegt de focus zich naar een cholera-epidemie en de vuiligheid van steden, of het ontsnappen aan het malthusiaans plafond. Toch waren deze gezondheidsontwikkelingen enorm belangrijk, al is het maar vanwege de indrukwekkende stijging van de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte.

‘Verbetering van de gezondheid staat onlosmakelijk in verband met industrialisatie, urbanisatie en de sociale kwestie’

Waar in het midden van de negentiende eeuw vrouwen gemiddeld 39,5 jaar oud werden en mannen gemiddeld maar 36,6 jaar, was dit in 2000 meer dan verdubbeld. Mannen leefden toen gemiddeld 76 jaar en vrouwen gemiddeld 81 jaar.¹ Het bespreken van de gezondheidsontwikkelingen van de afgelopen anderhalve eeuw kan ook ingezet worden om andere onderwerpen toegankelijker te maken. De verbetering van de gezondheid staat onlosmakelijk in verband met de wellicht abstractere en soms saaier onderwerpen als industrialisatie, urbanisatie en de sociale kwestie.

Twee misconcepties

Er bestaan twee belangrijke misconcepties over de ontwikkeling van gezondheid in de afgelopen anderhalve eeuw. Laten we die eerst de wereld uit helpen. Allereerst, het idee dat mensen voor de twintigste eeuw per definitie niet oud werden, is pertinent onwaar. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte was weliswaar een stuk lager, zoals gezegd rond de eind dertig, maar dat

komt vooral doordat negentiende-eeuws Europa gekenmerkt werd door extreem hoge sterfte onder zuigelingen en jonge kinderen. Doordat de gemiddelde levensverwachting een gemiddelde is van alle leeftijden waarop mensen overlijden, daalt dit getal sterk wanneer veel jonge kinderen sterven. En in West-Europese landen overleed bijna een kwart van de zuigelingen en jonge kinderen. Dat had dus een sterke weerslag op dit gemiddelde. Voornamelijk infectieziekten zoals diarree onder zuigelingen, en een heel scala aan ziekten zoals pokken, roodvonk, kinkhoest, mazelen, difterie en cholera waren verantwoordelijk voor deze gigantische kindersterfte. Wanneer zij eenmaal de adolescentie hadden bereikt waren hun kansen op een lang leven al een stuk gunstiger. Zeker wanneer zij vervolgens op volwassen leeftijd ook bij tuberculose de dans wisten te ontspringen, was er een grote kans om vrij oud te worden en zelfs van een pensioen te kunnen gaan genieten (uiteraard nog niet op kosten van de staat).

Een tweede misconceptie berust op het idee dat het verdwijnen van al die vreselijke infectieziekten enkel het gevolg was van de sterk verbeterende medische kennis en toepassingen. De introductie van vaccins en antibiotica in de twintigste eeuw worden daarbij als de belangrijkste medische ontwikkelingen gezien. Hoewel een wereld zonder antibiotica voor ons een horrorscenario zou betekenen, was de medische vooruitgang niet de enige, of de belangrijkste, redder van de dag. Enkel bij de pokken is het gelukt om die ziekte met een vaccin uit te roeien. Want al voor deze medische ontwikkelingen zette de zogeheten epidemiologische transitie in, waarbij langzaam een verandering plaatsvond van hoge sterfte veroorzaakt door infectieziekten, naar een lage sterfte die vooral plaatsvond op oudere leeftijd door degeneratieve ziekten of ziekten die door de mens zelf zijn veroorzaakt (denk bijvoorbeeld aan vormen van kanker, diabetes en obesitas).² In Nederland zien we dat deze transitie en de bijbehorende sterftedaling globaal inzet vanaf 1875 en doorgaat tot zeker de jaren 1930. Daarna vindt er nog wel verandering op het gebied van het type doodsoorzaken plaats, maar de grootste sterftedaling heeft dan al plaatsgevonden

¹ Theo Engelen, *Van 2 naar 16 miljoen mensen. Demografie van Nederland, 1800-nu* (Boom, 2009).

² Abdel R. Omran, ‘The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change’, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(2) (1971), pp. 509-538.

(met uitzondering van de Tweede Wereldoorlog).³ Door een verbetering van persoonlijke hygiëne, een betere voedingstoestand van mensen en verbeterde educatie werden infectieziekten, en daarmee de hoge sterfte, al effectief te lijf gegaan.

Koppeling met eindtermen

Wat heeft dit dan te maken met de eindtermen die vmbo-leerlingen moeten kennen en hoe kan deze gezondheidsontwikkeling een brug vormen tussen hun voorkennis en hetgeen ze moeten leren? Wat betreft de industrialisatie is het verband tweevoudig. Allereerst zorgde de industrialisatie voor een algehele toename van de welvaart. Deze welvaart vertaalde zich ook naar een verbeterde levensstandaard, of specifieker gezegd, een verbeterde voedingstoestand. Beter doorvoede mensen zijn beter in staat om weerstand te bieden tegen infectieziekten. Vanaf het begin van de twintigste eeuw zien we dan ook dat deze factor een bijdrage levert aan de sterftedaling.⁴ De keerzijde van de industrialisatie zorgt er echter voor dat dit effect pas laat gevoeld werd.

In de sterk geïndustrialiseerde steden in Nederland, zoals Maastricht, Tilburg, Den Bosch en Enschede, voelde de 'gewone' man vooral de

nadelige gevolgen van de groeiende fabrieksarbeid. Uiteraard kon men zo wel aan werk komen en enige bestaanszekerheid verkrijgen, maar de grote fabrieksgebouwen hadden ook grote nadelen. Naast het sterk aanwezige risico op bedrijfsongevallen vormden de fabriekshallen een erg ongezonde omgeving om in te werken. Stoflonden waren een veelvoorkomende doodsoorzaak voor fabrieksarbeiders. Ook voor infectieziekten waren deze omstandigheden een feestje. Deze konden zich gemakkelijk verspreiden in de ruimtes waar mensen dicht op elkaar stonden. Moeders die moesten blijven werken, konden bovendien zelf nauwelijks voor hun kinderen zorgen, met alle gevolgen van dien. Kinderen werden daardoor vaak ofwel verzorgd door oudere zusjes, of door buurvrouwen op leeftijd. Naast wellicht minder goede zorgen door gebrek aan kennis of tijd van de zusjes en buurvrouwen, had dit nog een nadelig gevolg. Jonge baby's werden, in plaats van met borstvoeding, grootgebracht met flesvoeding, die toen nog niet zo goed was als nu. Dat had nadelige gevolgen voor de gezondheid van het kind. Dus hoewel industrialisatie in principe een stijging in de welvaart met zich meebracht, was dit bij de armste sociale klassen nog niet direct het geval. ►

³ Judith Wolleswinkel-van den Bosch, *The epidemiological transition in the Netherlands* (1998).

⁴ Theo Engelen, *Van 2 naar 16 miljoen mensen. Demografie van Nederland, 1800-nu* (Boom, 2009).

Kinderen voor een krotwoning in Nijmegen, in 1963. Foto: Joop van Bilsen. Bron: Nationaal Archief.



5 Eduard Simon Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Historische Uitgeverij, 1991).

Urbanisatie

Ook urbanisatie speelde een grote rol. Doordat mensen naar grote steden trokken om meer werk en een beter leven te vinden, raakten de steden overvol. Maastricht bijvoorbeeld, barstte letterlijk uit zijn voegen. Door zijn voorgeschiedenis als garnizoensstad kon het lange tijd niet uitbreiden buiten zijn stadsmuren. Dit zorgde voor overbevolkte armeluisbuurten. Met zoveel mensen dicht op elkaar leven was wederom een mooie gelegenheid voor infectieziekten. Deze hadden hier de keus om zich via de lucht van mens tot mens te verplaatsen, of via het vuil en de uitwerpselen die op straat lagen. In de historische demografie wordt daarom gesproken van een *urban penalty*: de straf voor het wonen en leven in de stad was een beduidend hogere sterfte dan op het platteland. Ondanks het feit dat er in steden vaak meer artsen beschikbaar waren, was de stedelijke sterfte toch hoger. Er moest heel wat verbeteren aan de stedelijke omgeving voordat die grotere beschikbaarheid van artsen een stedelijk voordeel ging opleveren.

Hiermee raken wij ook de sociale kwestie. Juist op die plekken waar de leefomstandigheden het slechtst waren, in de vervuilde, geïndustrialiseerde steden, hadden de laagste sociale klassen hogere sterftekansen. Met name onder de jongste bewoners. Langzaam kwam het besef dat hier iets aan gedaan moest worden. In eerste instantie waren het vooral private initiatieven die probeerden de gezondheidstoestand te verbeteren. In grote steden trachtten de hygiënisten, de professionele artsen, betere gezondheidstoestand te bewerkstelligen door bijvoorbeeld de aanleg van

waterleiding en riolering aan te moedigen.⁵ De smeebedes van de hygiënisten waren niet volledig aan dovemans oren gericht bij de overheid. Hoewel de overheid nog altijd terughoudend was om zelf stappen te ondernemen, werd in 1865 onder Thorbecke nieuwe wetgeving ingevoerd die de kwaliteit van praktiserende artsen moest verbeteren en garanderen. Verder bleef het nog lange tijd stil vanuit de overheid. Toch vonden er wel verbeteringen plaats. Drinkwaterleidingen werden aangelegd, al ging dat soms eerst vanuit een privaat initiatief of omdat de gegoede klasse zonder nieuwe, schone drinkwaterleiding de stad wellicht zou verlaten. Voor de afvoer van ontlasting werden rioleringen aangelegd of er werd een tonnenstelsel ingevoerd waarbij ontlasting werd opgehaald. In Maastricht bijvoorbeeld kwam er na de desastreuze cholera-epidemie van 1866 zo'n tonnenstelsel. In 1894 bleek de cholera-epidemie al een stuk minder heftig toe te slaan. Terwijl de modernisering voortrolde begon ook de overheid te beseffen dat ingrijpen nodig was. Door de hoge kindersterfte en de grote hoeveelheid ongezonde militaire rekruten die afgekeurd moesten worden voor militaire dienst, had de natie niet meer voldoende gezonde burgers over om het land te dienen. Zowel economisch als militair. Overvolle arbeidersbuurten moesten 'ontkrot' worden, wat tevens een belangrijk gezondheidsvoordeel had. Uitbraken van mazelen en tuberculose hingen sterk samen met overbevolking in slecht geventileerde, nauwe ruimtes. En net zoals tegenwoordig ventileren belangrijk is in de strijd tegen covid, was die ventilatie – of eigenlijk het gebrek eraan



Arbeiders aan het werk in een fabriek tijdens de Eerste Wereldoorlog. Fotograaf onbekend. Bron: Nationaal Archief.



Moeders bezoeken het consultatiebureau in Den Haag in 1954. Foto: Van Duinen. Bron: Nationaal Archief.

– een belangrijke factor in het verspreiden van infectieziekten. Ook veranderde de zorg voor kinderen. Consultatiebureaus kwamen op. Eerst privaat georganiseerd, maar inmiddels een essentieel onderdeel van de openbare gezondheidszorg.

Veranderend cultureel besef

Al deze ontwikkelingen hangen samen met een onmisbare verandering, die plaatsvond in de negentiende en begin twintigste eeuw. Dit was een veranderend cultureel besef. Er moest iets gedaan worden aan de slechte levensstandaard van de lagere klassen, ofwel de sociale kwestie. Maar daarvoor moest men er eerst bewust van zijn dat er een probleem was, én dat dit probleem opgelost kon worden. Zowel private organisaties als de overheid begonnen zich te beseffen dat er maatregelen genomen moesten worden tegen de slechte leefomstandigheden. Ook bij de mensen uit de lagere sociale klassen moest een verandering in denkbeeld plaatsvinden. Het geloof moest komen dat geleerde mensen, zoals artsen, iets konden doen tegen de verschrikkelijke ziekten die hun familieleden teisterden. Belangrijker nog, het besef moest doordringen dat handen wassen, kokend water gebruiken om gebruiksvoorwerpen schoon te maken waarmee de kinderen gevoed werden, en het wassen van eten, effectief en belangrijk waren. Hiervoor kwamen er publiekscampagnes. Folders werden verspreid met ‘wenken voor moeders’, er werd gewaarschuwd voor de gevaarlijke ziekten die door vliegen werden verspreid en er werden moederschapscursussen opgezet, die steeds beter bezocht werden. Deze verandering naar een rationelere kijk op ziekte en gezond-

heid, met een sterker wordend hygiënisch besef, voltrok zich allereerst in de noordwestelijke delen van het land.⁶ Hier verspreidden nieuwe ideeën zich gemakkelijker en stond de samenleving er meer open voor. Hoewel in deze delen tot 1875 de sterfte nog het hoogst was geweest, vond hier ook als eerste een sterftedaling plaats. Gelijktijdig verslechterden de omstandigheden in het zuidoosten en steeg de sterfte daar nog. Pas in de allerlaatste jaren van de negentiende of eerste jaren van de twintigste eeuw voltrok deze verandering zich ook in Noord-Brabant en Limburg.

‘Niet alleen de gezondheidszorg werd gemoderniseerd, ook het net zo belangrijke hygiënisch besef kwam op’

Op die manier hingen industrialisatie en urbanisatie samen met de verbeteringen in de gezondheid. Niet alleen de gezondheidszorg werd gemoderniseerd, ook het net zo belangrijke hygiënisch besef kwam op. Maatregelen zoals we die nu zien, handen wassen, afstand houden en het beperken van contacten, kunnen op deze manier functioneren als een mooie brug naar abstractere en verder weg staande begrippen als industrialisatie, urbanisatie en de sociale kwestie. Met concrete historische voorbeelden op het gebied van gezondheid kunnen de verbanden tussen deze begrippen duidelijker worden. Zeker door aan te sluiten bij hedendaagse voorkennis op het gebied van gezondheid en ziekte. Zo proberen we in ieder geval nog iets goeds uit deze pandemie te halen. ■

⁶ Evert Willem Hofstee, *Korte demografische geschiedenis van Nederland van 1800 tot heden* (Fibula-van Dishoeck, 1981).