

80B
H 12
4)

PLANNING IN DE WERELDGEZONDHEIDSZORG

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van
het ambt van bijzonder hoogleraar in
de leer der wereldgezondheidszorg
vanwege het Leids Universiteitsfonds
aan de Rijksuniversiteit te Leiden

op 15 juni 1962

door

DR. J. H. DE HAAS

H. E. STENFERT KROESE / LEIDEN

BIBLIOTHEEK - NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE
WASSENAARSEWEG 56 - LEIDEN

*Mijne Heren Curatoren van deze Universiteit,
Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw en Mijne Heren Curatoren van deze bijzondere leerstoel,
Dames en Heren Professoren, Lectoren, Docenten, Doctoren en Leden van
de Wetenschappelijke Staf,
Dames en Heren Studenten en
Gij allen, die door Uw tegenwoordigheid van Uw belangstelling blijk
geeft,*

Zeer gewaardeerde toehoorders,

Steeds sterker wordt de drang tot internationaal contact en overleg. In de Verenigde Naties komen de gouvernementen van 110 staten tezamen, zij het zonder het grootste land ter wereld — China — waarin bijna een kwart van de mensheid leeft. Gespecialiseerde organisaties verzorgen onderdelen van internationale samenwerking: onderwijs en opvoeding door UNESCO, landbouw- en voedselvraagstukken door de Food and Agricultural Organization (FAO), arbeidsverhoudingen door het International Labour Office (ILO) en volksgezondheid door de World Health Organization (WHO), afzonderlijk en in onderling verband.

Op deze en andere terreinen is men geleidelijk tot internationale planning gekomen en stimuleert men Overheden tot planning over te gaan op economisch, wetenschappelijk en sociaal gebied. Planning is meer dan een mode-woord. Het is een begrip geworden, dat in alle onderdelen van de samenleving een centrale plaats heeft gekregen.

Op medisch-hygiënisch gebied zijn internationale afspraken en daaruit voortvloeiende planning niet nieuw. De eerste poging om tot een internationale overeenkomst te komen, is meer dan een eeuw oud en heeft betrekking op quarantaine. In de eerste helft van de 19e eeuw kreeg de studie van de epidemiologie van verschillende infectieziekten een wetenschappelijke basis. Tegen wanbegrip in werd hun besmettelijkheid aangetoond. Hierop volgde in de tweede helft van de 19e eeuw de opkomst van de bacteriologie, waardoor men steeds meer de noodzaak ging inzien van internationaal overleg op hygiënisch gebied. De op-

richting van het American Sanitary Bureau in 1902 en van het Europese Office Internationale d'Hygiène Publique in 1907 waren er het gevolg van.

Het Parijse Bureau heeft zich tot de tweede wereldoorlog met quarantaine-vraagstukken bezig gehouden. Daarnaast is in 1923 te Genève de gezondheidsorganisatie van de Volkenbond gesticht, met de opdracht in internationaal verband stappen te nemen voor de preventie en contrôle van ziekten. In 1925 is te Singapore een regionaal bureau opgericht. Voor het eerst werd in internationaal verband erkend, dat het zwaartepunt van de bestrijding van infectieziekten naar de tropen moest worden verlegd.

Voor internationaal overleg en planning op het gebied van malaria, voeding, tuberculose, medische opleiding en vele andere vraagstukken heeft het Bureau van de Volkenbond de basis gelegd. Verdragen over verdovende middelen, quarantaine en andere onderwerpen zijn in de twintiger jaren tot stand gekomen. Internationale afspraken over een uniforme nomenclatuur van ziekten en doodsoorzaken — reeds in 1853 gemaakt en periodiek herzien — vormen de basis voor registratie, analyse en onderlinge vergelijking van morbiditeits- en mortaliteitsstatistieken. Als erfgenaam van de gezondheidsorganisatie van de Volkenbond vormt de WHO nu het centrum van deze lang bestaande mondiale activiteiten.

De beide laatste decennia geven op medisch-hygiënisch terrein een overeenkomstige neiging tot planning te zien, als men op vrijwel alle gebieden van de moderne samenleving aantreft.

De WHO spoort nationale overheden tot planning aan en coördineert wereld omvattende programma's.

Eén van de eerste projecten had betrekking op framboesia, het meest ingrijpende op malaria: twee plagen, die uitgestrekte delen van de wereld teisteren.

Framboesia is een infectieziekte, die aetiologisch op lues gelijkijkt, maar er epidemiologisch sterk van verschilt. Een lage levensstandaard en slechte sanitaire voorzieningen scheppen een voedingsbodem voor deze huid- en botziekte, die de algemene gezondheidstoestand vanaf de jeugd ondermijnt. In het tropische deel van Latijns-Amerika, in Noord-Afrika, Zuid-Oost-Azië en

in de West-Pacific is framboesia verbreid en vormt een ondragelijke last voor de gemeenschap.

Reeds kort na de oprichting is de who tegen framboesia ten strijde getrokken. Van 1948—1962 zijn door para-medische — voor de diagnose van framboesia opgeleide — krachten 200 miljoen mensen gescreend, waarvan er bijna 50 miljoen met penicilline zijn behandeld. Voor het eerst in de geschiedenis van de geneeskunde is een volksziekte door massa-behandeling vrijwel tot verdwijnen gebracht.

Naar hygiënische maatstaf had de bestrijding van framboesia zich op de preventie moeten richten. Met water en zeep is framboesia te voorkomen. Principieel lijkt de gevolgde methode onjuist, maar de resultaten zijn indrukwekkend.

Wel op hygiënische principes steunt het grootste project, dat de who heeft gepland en geëntameerd: eradicatie van malaria, de ziekte die de mensheid het meest bedreigt. Meer dan een derde deel van de wereldbevolking leefde in malaria-gebieden. In twee derde deel van alle landen belemmerde malaria de ontwikkeling van landbouw, industrie en handel en van het onderwijs.

Met dit beeld voor ogen en zich bewust van de omwenteling door DDT sinds 1939 in de malaria-bestrijding gebracht, heeft de who zich op de uitroeiing van malaria geworpen. Van 1955 dateert het malaria-eradicatieprogram. In elk geëxponeerd land ter wereld moet malaria op korte termijn worden bestreden en uitgeroeid. Men kan het malaria-eradicatieprogram moeilijk een allure van grootsheid ontzeggen.

Sommige malariologen menen, dat de who met het malaria-eradicatieprogram te hoog heeft gegrepen en dat in landen, waar andere plagen domineren, de malaria te veel op de voorgrond is gesteld. Ook al mocht de eradicatie langer duren dan is voorzien, heeft het plan nu reeds de grote verdienste de bestrijding van malaria in mondiaal verband krachtig bevorderd te hebben. Een ongekende daling van morbiditeit en mortaliteit is er in vele landen het gevolg van. Het aantal doden aan malaria in India, dat jaarlijks een miljoen bedroeg, is tot geringe proporties teruggebracht.

Eradicatie van malaria heeft nog een andere betekenis, die

ver uitgaat boven de bestrijding van malaria in medische zin, hoe belangrijk die op zichzelf reeds is. Malaria heeft met alle volksziekten gemeen met armoede en analfabetisme een vicieuze cirkel te vormen. Honger, de schaduw van armoede, leidt tot ziekte, ziekte wordt onderhouden door onwetendheid en analfabetisme verergerd armoede.

Bestrijding van malaria leidt er toe deze kringloop te doorbreken en vooruitgang in economische ontwikkeling mogelijk te maken. Bestrijding van ziekten is niet alleen een doel op zichzelf, maar is tevens een onderdeel van de pogingen voor ieder mens een menswaardig bestaan te scheppen. Daarvan zijn we nog ver verwijderd.

Mondiale eradicatieprogramma's van ziekten bestonden niet vóór de oprichting van de who. In nationaal verband is de strijd tegen infectieziekten in Europa min of meer planmatig gevoerd.

Cholera en trachoom zijn in technisch ontwikkelde landen door stromend water weggespoeld. Vlektyfus verdween met de kleerluis. Het zijn voornamelijk sanitaire voorzieningen geweest, mogelijk gemaakt door verbetering van de economische situatie, die in geïndustrialiseerde landen aan het eind van de 19e eeuw de daling van sterfte hebben veroorzaakt, tezamen met de pokken-vaccinatie.

Hoewel al twee eeuwen bekend is, hoe pokken kan worden voorkómen, zijn er in Azië en Afrika nog haarden van pokken. Het variola-eradicatieprogramma van de who, dat sinds kort volle aandacht krijgt, streeft er naar pokken in enkele jaren van de aarde te doen verdwijnen. Nu vliegverbindingen de afstanden tussen werelddelen van weken tot uren verkorten, heeft *ieder* land er belang bij het pokken-eradicatie-programma daadwerkelijk te steunen.

Toen in westerse landen de vrees voor epidemieën, die van ouds de mensheid hadden bedreigd, was weggenomen, kreeg men belangstelling voor vraagstukken, die tevoren wel bekend waren, maar door volksplogen aan de aandacht waren onttrokken. Het medisch geweten werd verontrust door de hoge zuigelingensterfte. Ook het gemoed van niet-medici kwam tegen sociaal-hygiënische misstanden in opstand.

De strijd tegen zuigelingensterfte is moeilijker dan tegen een

infectieziekte. Een complex van ongunstige factoren is in het spel, die men niet in de eerste plaats door specifieke maatregelen kan neutraliseren. Toch is tussen 1880 en 1930 in westerse landen de zuigelingensterfte getiërceerd, eerst door geleidelijke verbetering van de slechte sociaal-hygiënische omstandigheden, later aangevuld door de oprichting van consultatiebureaus en melkkeukens, waarvoor de basis vóór de eerste wereldoorlog is gelegd.

De wijkverpleegster of huisbezoekster deed in verschillende landen haar intrede in de organisatie van de zuigelingen- en daarmee in de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen. De grote betekenis van het werk van de verpleegster in de gemeenschap buiten het ziekenhuis is wel ingezien, maar niet geëvalueerd.

Elementaire hygiëne werd in het gezin gebracht door health education, zonder dat men dit woord kende. Terwijl de kliniek nog weinig kon bijdragen tot het in leven houden van zuigelingen, ging de zuigelingensterfte steeds meer dalen. Medicamenten kwamen er niet aan te pas, wel verbeterde zuigelingenvoeding en opvoering van moederlijke zorg.

Het niet-spectaculaire werk van de wijkverpleegster vertoont weinig trekken van grootse planning. Maar aan de oorsprong van de organisatie van de kinderhygiëne — tot stand gekomen door bewogenheid met het lot van het onder-bevoorrechte kind — lag planmatigheid ten grondslag.

Van planning in wereldverband was op dit gebied nog geen sprake. Toen de zuigelingensterfte in westerse landen van 20 à 30 % tot beneden 10 % ging dalen en onder welgestelden al minder dan 5 % bedroeg, maakte zich nog vrijwel niemand zorgen over de hoge sterfte van kinderen in tropische landen. Men droeg er nauwelijks kennis van. De geneeskunde drong in het begin van de 20e eeuw in de tropen nog vrijwel niet door buiten zg. besloten gemeenschappen als kazernes en ondernemingen en de enclaves van bevoorrechte groepen.

Terwijl de evolutie van de geneeskunde in geïndustrialiseerde landen reeds werd afgeremd door onvoldoende mogelijkheden tot research en beperkte mogelijkheden tot toepassing van medische kennis in de praktijk van de gezondheidszorg, waren in

koloniale landen de remmen veel groter, hoewel de hygiënische vraagstukken er meer omvattend waren.

Het verwarrende woord tropische geneeskunde deed zijn intrede, alsof er twee soorten geneeskunde waren. Er is één soort mensen en dientengevolge één soort geneeskunde.

Wel is waar zijn door oecologische factoren, die de aanwezigheid van overbrengers van ziekten (vectoren) bepalen, plagen die een deel van de tropen teisteren niet elders waargenomen, maar dit neemt niet weg dat vrijwel alle andere zg. tropische ziekten vroeger ook in Europa als gesels rondgingen. Het meer of minder frequent voorkomen van zg. tropische ziekten in verschillende gebieden van de wereld is meer een verschil in tijd dan in plaats. De geschiedenis van cholera, lepra en pest demonstreert dit op treffende wijze.

De medisch-hygiënische kennis, die men een halve eeuw geleden bezat, was voldoende om bij een economische opgang het levenspeil van de westerse mensheid te verheffen. Een generatie geleden had men deze kennis naar de tropen kunnen overbrengen. Incidenteel vond dit plaats, maar planning en vooral toepassing op grote schaal ontbraken.

Wel trachtte men de meest storende infectieziekten terug te dringen, maar men kwam er niet toe om in de tropen algemeen medisch-hygiënische vraagstukken te entameren. Een volksvoeding verantwoord naar de kennis van 1930 zou voldoende zijn geweest om zuigelingen, kleuters en schoolkinderen in de tropen als westerse leeftijdsgenoten te doen opgroeien.

Wie in de dertiger jaren wilde trachten de beschamend hoge zuigelingensterfte in de tropen te doen dalen en eenvoudige middelen kon aangeven om dat doel te bereiken, kreeg van de hoogste gezondheidsautoriteiten de vaderlijke raad met die pogingen op te houden, omdat men toch al niet wist waar alle mensen moesten blijven. In wereldverband krijgt de zuigelingensterfte nu wel aandacht, maar luider dan ooit klinkt het overbevolkingslied.

Wie vóór de tweede wereldoorlog er op wees, dat het overgrote deel van de wereldbevolking van generatie op generatie slecht was gevoed, werd als een zwartkijker beschouwd. Nu wordt te pas en te onpas verkondigd, dat twee derde deel van

de mensheid honger lijdt. De terminologie, waarmee men wereld-vraagstukken benadert, blijkt aan verandering onderhevig te zijn.

Ondervoeding is tegelijk oorzaak en gevolg van economische achterstand. Men beseft steeds meer dat daarin verbetering moet worden gebracht. De activiteiten van de FAO worden allerwege gesteund, maar in onder-bevoorrechte landen verbetert de voedingstoestand nog weinig.

Aux grands maux les grands remèdes. Aan de grootheid van de kwalen kan men moeilijk twijfelen, aan de grootheid van de middelen wel. Men beperkt de voedselproductie — zelfs de melk-productie — en vernietigt voedingsmiddelen in geïndustrialiseerde landen tegenover een schreeuwend tekort aan voedsel in de tropen. De sociaal-geneeskundige zou wensen, dat er evenveel melk van het Westen naar het Oosten ging vloeien als er nu olie van het Oosten naar het Westen wordt gepompt. Verschillen in welstand, mentaliteit en biologische ontwikkeling tussen zg. rassen zouden dan in korte tijd verdwijnen.

De grote belangstelling, die na de oorlog voor het voedingsvraagstuk is ontstaan, komt voort uit het verband met het bevolkingsvraagstuk. Men vreest, dat de aarde de groeiende wereldbevolking in de toekomst steeds slechter zal kunnen voeden, als de bevolking in het huidige tempo blijft toenemen, daarbij de hygiënist meer of minder duidelijk verwijtend, dat de daling van de sterfte aan hem — aan zijn kortzichtige planning — te wijten is. In het jaar 2000 zal de wereld 6 à 7 miljard mensen herbergen, terwijl nu van de drie miljard nauwelijks één miljard behoorlijk wordt gevoed.

Hoe beïnvloedt het optreden van de hygiënist het bevolkingsvraagstuk? Zijn planning is inderdaad „kortzichtig”, omdat het doel geen ander is dan te voorkómen, dat mensen ziek worden of doodgaan. Van oudsher is het de roeping van de arts om over leven en dood van zijn medemensen te waken, vroeger alleen lokaal, nu ook in wereld-verband.

De arts, die in de periode tussen beide wereldoorlogen de ontwikkeling van de geneeskunde in de tropen volgde en zich van de consequenties rekenschap gaf, moest toen reeds tot de conclusie komen dat het sterftcijfer in Azië zou gaan dalen of al

dalende was onder invloed van elementair medisch-hygiënische maatregelen, al vertoonde de sociaal-economische situatie het tegendeel van vooruitgang. De hygiënist behoefde in 1935 niet over exacte sterftecijfers te beschikken — hoogstens over benaderende gegevens — om de sterftedaling in de tropen, die de wereld een ander aanzien zou geven, te voorzien. Eveneens was te verwachten, dat het hoge geboortecijfer niet zou dalen, voorlopig zelfs door het afnemen van ziekten zou stijgen. De tweede wereldoorlog heeft deze ontwikkeling vertraagd, maar in wezen niet veranderd.

In de laatste twintig jaar is afdoende bevestigd en ook door demografen erkend, dat daling van sterfte in technisch onderontwikkelde landen niet meer geheel of grotendeels afhankelijk is van de sociaal-economische ontwikkeling als tussen 1880 en 1910 in westerse landen het geval was, maar alleen door hygiënische maatregelen kan worden veroorzaakt. Dit betekent niet, dat de hygiënist nu minder betekenis zou hechten dan vroeger aan de invloed van de sociaal-economische ontwikkeling op het patroon van sterfte, ziekte en gezondheid. Hierover mag geen misverstand ontstaan. Verheffing van het sociaal-economisch niveau blijft dringend geboden. Het achterblijven van de sociaal-economische ontwikkeling bij het doorvoeren van hygiënische maatregelen is het centrale probleem geworden in nog niet-geïndustrialiseerde landen.

Daling van sterfte betekent stijging van het geboorte-overschot, zo lang het geboortecijfer niet daalt. Voorlopig is deze daling in ontwikkelingslanden niet te verwachten. Het geboortecijfer gaat pas dalen als het sociaal-economisch niveau gaat stijgen. De historie heeft dit in westerse landen geleerd. Er zijn weinig redenen om aan te nemen, dat in de tropen het menselijk gedrag in een zo fundamenteel vraagstuk als geboortebepanking zal afwijken van het patroon in het Westen, tenzij in de toekomst even simpele als goedkope anti-conceptionele middelen beschikbaar komen.

Demografische verhoudingen worden door geboorte en sterfte bepaald. Geboorte en sterfte — en de periode daartussen: het leven — zijn medisch-biologische *processen*. De demograaf rekent met geboorte- en sterftecijfers, zonder zich rekenschap te kunnen

geven van het geboorte- en het sterfteproces en van de evolutie, die deze processen doormaken.

Ook de arts kan niet nauwkeurig voorspellen, hoe de geneeskundige wetenschap zich in de (naaste) toekomst zal ontwikkelen en welke betekenis deze ontwikkeling zal hebben voor geboorte en sterfte in tropische landen, die nu reeds twee derde deel van de wereldbevolking omvatten.

Maar één prognose staat voor de arts vast. De ontwikkeling van de geneeskunde schrijdt sneller voort dan is voorzien en de consequenties zijn belangrijker dan men heeft verwacht. In de toekomst zal de invloed van research op de volksgezondheid zich vlugger en meer algemeen doen gelden dan nu nog het geval is. Toepassing van medische kennis op brede schaal is in de eerste helft van deze eeuw nog afgeremd. In de komende decennia zal de drang naar een menswaardig bestaan ook in tropische landen steeds groter worden. Ongekende mogelijkheden op medisch-hygiënisch gebied openen zich.

Het is reeds moeilijk om 40 jaar vooruit te zien en de situatie in het jaar 2000 uit de huidige constellatie af te leiden. Ook naar medische maatstaf moet dan op een wereldbevolking van 6 à 7 miljard worden gerekend. Sociaal, biologisch en mentaal zullen het andere mensen zijn dan de drie miljard van nu: mensen die niet meer jong willen sterven, die gezond in plaats van ziek willen zijn en die een andere kijk op het geboortevraagstuk hebben dan nu hun (groot)ouders. Voorspellingen over een periode van 100 jaar of langer — zoals in de demografie niet ongebruikelijk is — betekenen een miskennis van de onstuimige technologische, sociaal-medische en sociaal-economische ontwikkeling in de (naaste) toekomst, althans van de invloed van deze ontwikkeling op de menselijke samenleving.

De toeneming van het geboorte-overschot in technisch onderontwikkelde landen is voornamelijk aan daling van sterfte te danken. Waarom werkt ge die daling planmatig in de hand, roepen demografen, economen en politici — uiteraard niet allen — in koor uit? Een wereldbevolking van meer dan zes miljard lijdt honger. Help althans mee het geboortecijfer te doen afnemen, voegt men de hygiënist toe. Hiertoe is de arts bereid, mits geboortebeperving of liever family-planning op medisch

verantwoorde wijze plaats vindt en niet wordt aangeprezen als panacee tegen sociale ellende. Er zijn geen aanwijzingen, dat daling van het geboortecijfer zonder industrialisatie en dus zonder verbetering van de landbouw het sociaal-economisch niveau doet stijgen.

Het antwoord van de arts op het verwijt, dat zijn werk bijdraagt tot het bevorderen van de zg. overbevolking, mag aan duidelijkheid niet te wensen overlaten. Het is waar dat we mensen in leven houden — niet speciaal zwakken, zoals het fabeltje wil — die vroeger gestorven zouden zijn. Inderdaad leveren we niet het voedsel dat ze nodig hebben. Dit is de taak van ingenieurs, economen en politici. Wel schept de wereldgezondheidszorg de basis voor een industriële ontplooiing. Zonder uitroeiing van ziekten is het niet mogelijk een land economisch tot ontwikkeling te brengen. Coördinatie van welvaartsdiensten vindt nog onvoldoende plaats.

Is het onredelijk om in het atoomtijdperk te verlangen, dat de wereld in de naaste toekomst 3-5 × zoveel hoogwaardig voedsel opbrengt, als nu het geval is en dat men voor een billijke distributie zal zorg dragen? Is het onredelijk om in het tijdperk van interplanetaire vluchten te eisen, dat het mensdom op *aarde* geen gebrek zal lijden?

Spant men *alle* krachten in en stelt men andere belangen terzijde om dit voor de mensheid primaire doel te bereiken? De hygiënist is hiervan niet overtuigd. Krachttermen als overbevolking zullen hem niet weerhouden aan zijn medische plicht uitvoering te blijven geven om de sterfte verder te doen dalen tot overal sterfecijfers en een algemene gezondheidstoestand worden aangetroffen, die men nu uit geïndustrialiseerde landen kent. Overigens is daar het optimum van gezondheid nog lang niet bereikt. Naast het negatieve doel van bestrijding van ziekte en sterfte streeft de sociale hygiëne in technisch ontwikkelde landen steeds meer een positief doel na: actieve bevordering van de gezondheid. Beide richtingen kunnen zich in technisch ontwikkelde landen gelijktijdig ontplooiën, mits op economisch gebied een grote achterstand wordt ingehaald, in het bijzonder wat het voedingsvraagstuk betreft.

In landen met geplande economie bindt men deze wedloop

bewust aan. In enkele landen zonder geplande economie als Nederland en Japan heeft de historie een antwoord gegeven. Als landbouw en volksvoeding van deze zg. overbevolkte landen een maatstaf zouden vormen voor de wereldbevolking, zouden op aarde enkele tientallen miljarden mensen beter gevoed worden dan nu drie miljard of in de naaste toekomst vijf miljard. Er zijn ook andere redenen — met name de mogelijkheden, die de landbouwwetenschap in toenemende mate biedt — om de voedselsituatie niet zo somber in te zien, als neo-malthusianen suggereren.

Zoals men zich in het verleden onvoldoende rekenschap heeft gegeven van de gevolgen van volksgezondheidsmaatregelen in technisch onderontwikkelde landen, zo heeft men na de oorlog in geïndustrialiseerde landen niet de snelheid van ontwikkeling van de geneeskunde voorzien en de consequenties op het gebied van de volksgezondheid onderschat.

Twee voorbeelden laten zien, dat ook in geïndustrialiseerde landen medisch-hygiënische maatregelen in toenemende mate een autonome rol gaan spelen en snel tot resultaat kunnen leiden.

Het eerste voorbeeld betreft tuberculose. In vrijwel alle in de tweede wereldoorlog uitgehongerde landen, zijn — na een geleidelijke vóór-oorlogse daling — tussen 1940 en 1945 de tuberculose-cijfers sterk gestegen. Algemeen verwachtte men, dat tuberculose in deze landen nog lang een volksvijand zou blijven. Het omgekeerde is het geval geweest. Mentaal heeft men deze snelle ontwikkeling niet kunnen bijhouden. Men bleef sanatoria bouwen, toen de tuberculose-sterfte reeds duidelijk terug liep. Maar tegelijk organiseerde men planmatig de tuberculose-bestrijding volgens moderne begrippen, zonder zich nog van de snelle resultaten bewust te zijn.

De tuberculose-frequentie in westerse landen is als een waterval gedaald. De sociaal-economische ontwikkeling heeft deze daling wel bevorderd, maar niet bepaald. Tuberculose — vroeger witte pest genoemd — zal 20 - 30 jaren na de tweede wereldoorlog in geïndustrialiseerde landen geen volksgezondheidsvraagstuk meer zijn. In tropische landen is tuberculose nog één van de ergste volksziekten, maar is niet meer onbetwist heer en meester.

Een tweede voorbeeld van snelle ontwikkeling van de geneeskunde en tegelijk van moderne planning in de gezondheidszorg is de polio-vaccinatie. Tien jaar geleden stond men nog machteloos tegenover kinderverlamming. De revalidatie van patiënten kwam op de voorgrond. Nauwelijks was deze zorg tot ontwikkeling gebracht of het Salk-vaccin bleek in staat poliomyelitis tot op zekere hoogte te voorkomen. Toen de onderzoeken over het dode vaccin op grote schaal in gang waren, kwam het levend vaccin naar voren. In enkele jaren tijds heeft zich deze duizelingwekkende ontwikkeling afgespeeld. Reeds vóór 1960 behoorde poliomyelitis in landen waar planmatig wordt gevaccineerd als volksziekte tot het verleden.

De polio-vaccinatie heeft nog een ander element dan bestrijding van ziekte en sterfte naar voren gebracht: intensieve internationale samenwerking op medisch-hygiënisch gebied. De Amerikaanse ontdekker van levend vaccin heeft gelegenheid gekregen zijn procédé naar de ussr over te brengen. Tientallen miljoenen mensen zijn daar per os gevaccineerd. Nooit tevoren is een massa-vaccinatie op zo grote schaal en in zo korte tijd verricht. Polen volgt een andere Amerikaanse bereidingswijze. Verschillende landen hebben zich gespiegeld aan de zeer gunstige ervaring, die in Tsjecho-Slowakije met levend polio-vaccin is verkregen.

In technisch onderontwikkelde landen is poliomyelitis een secundair vraagstuk en vragen algemene sociaal-hygiënische voorzieningen de meeste aandacht. Naar menselijke maatstaf moet elke ziekte, die te voorkomen is, overal ter wereld worden bestreden. Maar de omstandigheden dwingen tot het geven van voorrang aan de meest urgente problemen en daarmee tot planning.

Wanneer er één vraagstuk is, waarvoor prioriteit moet gelden en waar de roeping van de arts hem tot hygiënisch en curatief ingrijpen dwingt, dan is het wel de verloskundige zorg, teneinde het geboorteproces voor moeder en kind zo gunstig mogelijk te doen verlopen. De zwangere, barend en zogende vrouw heeft — met haar kind — recht op de beste medisch-hygiënische zorg, die beschikbaar is. Geen zinnig mens zal haar dit recht betwisten.

Maar welke obstetrische zorg is voor de 110 miljoen vrouwen,

die jaarlijks baren — in 1980 zullen het er 150 miljoen zijn — in feite beschikbaar? Voor het grootste deel geen enkele zorg. Men moet als arts getuige zijn geweest van het afschuwelijk lijden bij pathologische bevallingen van vrouwen van zg. natuervolken om de consequenties van deze primitiviteit, die in grote delen van de wereld en zelfs in sommige delen van Europa nog wordt aangetroffen, te kunnen beseffen. Voor zover men deze onmenselijke situatie in cijfers kan weergeven, kost het ontbreken van medisch-obstetrische zorg jaarlijks aan $1\frac{1}{2}$ à 2 miljoen barenden en aan tien miljoen pasgeborenen onnodig het leven. Niet in cijfers uit te drukken is de ondermijning van de gezondheid van de chronisch ondervoede vrouw door zwangerschap en baring. Alleen een leger van vroedvrouwen — werkend in medisch-organisatorisch verband en onder draaglijke sociaal-hygiënische omstandigheden — kan elementaire verloskundige voorzieningen tot ontwikkeling brengen. Dit is gemakkelijker te plannen dan uit te voeren. Bij tienduizenden moeten vroedvrouwen — en verpleegsters — worden opgeleid. Dit brengt ons tot het opleidingsvraagstuk, waarvoor de WHO zich — terecht — in hoge mate interesseert.

In technisch onderontwikkelde landen vormt de trias armoede — ziekte — analfabetisme een vicieuze cirkel. De arts heeft de neiging het ziekte- en het daaraan gekoppelde voedingsvraagstuk als de belangrijkste elementen te zien. De ervaring leert echter, dat analfabetisme niet minder fnuikend is. Analfabetisme betekent niet alleen het ontbreken van schoolontwikkeling bij de grote massa, maar leidt er tevens toe, dat in vele tropische landen bijzonder weinig intellectuelen en semi-intellectuelen zijn. Door medisch-technische maatregelen kan men bij hoge ziekte- en sterfecijfers het hygiënisch patroon in 5 à 10 jaren gunstig beïnvloeden. Ook met de bestrijding van analfabetisme kan men in betrekkelijk korte tijd succes bereiken. Maar de vorming van academici in redelijk aantal kost een generatie, ook als men de opleidingsduur — zoals voor ontwikkelingslanden geboden is — beperkt. De wereld zal nog lang met een onrustbarend tekort aan artsen kampen.

Alleen door het vraagstuk van de opleiding primair te stellen in de planning van de organisatie van gezondheidszorg in ont-

wikkelingslanden is het mogelijk in een kwart eeuw over het meest ernstige tekort heen te komen, mits technisch ontwikkelde landen op onbekrompen en flexibele wijze medewerking verlenen.

Men moet hopen, dat planning op onderwijs-gebied in technisch onderontwikkelde landen er toe leidt begaafde kinderen met meer zorg te omgeven dan in vele geïndustrialiseerde landen gebruikelijk is. Per 100 miljoen inwoners worden bij een geboortecijfer van ruim 40 per duizend in zg. onderontwikkelde landen jaarlijks 50—100.000 zeer begaafde kinderen geboren. Dit is de situatie in Indonesia. China en India beschikken ieder over een reservoir van miljoenen begaafden. Met begaafden kan men het tempo van ontwikkeling opvoeren, mits een adequate zorg — ook medische zorg — wordt gegeven.

De zorg voor begaafden in onderontwikkelde landen kan niet op ruime ervaring in geïndustrialiseerde landen steunen. In het algemeen hebben jonge landen het voordeel met een schone lei te beginnen. De organisatie van gezondheidszorg in westerse landen steunt grotendeels op traditie en empirie. Het kost veel moeite daarin verandering te brengen. Men is vaak tevreden met de resultaten, zonder het post of propter te onderscheiden. Planning geschiedt onvoldoende omdat planning in de gezondheidszorg alleen op speurwerk en evaluatie kan steunen. Daarvoor ontbreekt als regel een apparaat. Vasthouden aan dit anachronisme is schijnbaar goedkoop, maar in werkelijkheid verkwistend.

Een dergelijke inefficiëntie kunnen landen in ontwikkeling zich niet veroorloven. Met de middelen moet worden gewoekerd. De ontwikkelingslanden kunnen veel leren van de ervaring, die in geïndustrialiseerde landen is verkregen, maar ook van de fouten, die er zijn gemaakt.

Naar wetenschappelijke maatstaf vertoont de gezondheidszorg in de wereld — hoe sterk het organisatorische beeld in verschillende landen ook uiteenloopt — steeds meer overeenkomstige trekken. Geïndustrialiseerde landen moeten zich in toenemende mate op research in de gezondheidszorg richten en de ontwikkelingslanden dienen met speurwerk te beginnen vóór ze een organisatie opbouwen of uitbreiden.

Uit research vloeit evaluatie voort en uit evaluatie planning. Zonder planning hangt in de tijd van DDT en penicilline, van bevolkingsonderzoek en massa-vaccinaties, van prematuren- en bejaardenzorg, van consultatiebureaus en poliklinieken een gezondheidsorganisatie in de lucht.

Voor de arts is planning moeilijk te aanvaarden. Zijn individuele vrijheid gaat hem boven alles. Maar wie werkt in een bedrijf — en elke gezondheidsorganisatie is een bedrijf, zij het een non-profit bedrijf — kan niet meer een volmaakte individuele vrijheid opeisen en is aan de gemeenschap verantwoording schuldig.

Bij planning denkt de arts aan starheid. Planning is niet statisch, maar dynamisch, in beweging gehouden door nieuwe inzichten en aan de praktijk getoetst. Dit geldt in het bijzonder voor planning op geneeskundig gebied, omdat de geneeskunde een zo snelle ontwikkeling doormaakt en zal blijven doormaken, dat starheid onaanvaardbaar is.

Planning zonder meer leidt niet tot een oplossing van (wereld-) gezondheidsvraagstukken. Het gaat in de eerste plaats om de kwaliteit van de mensen, die het werk verrichten. Hun opleiding en de sfeer waarin gewerkt wordt, zijn bepalend.

Planning prikkelt tot speurwerk. Research, evaluatie en planning vormen een drie-eenheid. Onderzoek in de gezondheidszorg heeft niet alleen waarde voor het heden, maar verleent aan waarnemingen in het verleden en in de toekomst extra betekenis. Analyse en evaluatie van het longitudinaal verloop over een kortere of langere periode geven de richting aan van het beleid, dat men gaat voeren. Belangrijker dan de tuberculine-index in een bepaald jaar is het verloop van de tuberculine-index over tien jaar of langer. Belangrijker dan een moment-opname van de gemiddelden van lengte en gewicht, is de kennis van de groei-toeneming over een generatie.

De ervaring in een land of gebied opgedaan, is — mits goed geëvalueerd — ook voor andere landen van waarde. Graadmeters van gezondheid en daarmee van gezondheidszorg hebben meer relatieve dan absolute betekenis. Sterftcijfers heten hoog omdat ze in meer bevoorrechte landen of onder meer bevoorrechte groepen in hetzelfde land lager zijn. De biologische ont-

wikkeling van kinderen in landen met een chronisch ondervoede bevolking blijft ver achter bij hun leeftijdsgenoten in geïndustrialiseerde landen en moet daarom als slecht worden bestempeld.

Onbegrensd zijn de mogelijkheden, die vergelijkend epidemiologisch onderzoek in verschillende landen opent. Men kan er situaties uit leren kennen die op andere wijze niet of moeilijk zijn te benaderen.

Waarom zijn in het éne geïndustrialiseerde land zuigelingen en kleutersterfte veel hoger dan in het andere? In welk opzicht verschilt de ontwikkeling van kinderen in het éne land en het andere en hoe zijn deze verschillen uit de hygiënische situatie en volksvoeding te verklaren? Waarom neemt de frequentie van cardio-vasculaire ziekten in geïndustrialiseerde landen snel toe, maar blijven verschillen bestaan? De kans op het verkrijgen van inzicht in deze vraagstukken is des te groter, naarmate men meer bereid is in verschillende landen overeenkomstige — te voren geplande — methoden van onderzoek en bewerking te volgen.

Speurwerk op het gebied van de volksgezondheid in geïndustrialiseerde landen is niet alleen van belang voor deze landen zelf, maar ook voor de ontwikkelingslanden. Zo kan er uit blijken, dat landen met overwegend thuisbevallingen en met overwegend ziekenhuisbevallingen een even lage kraamvrouwen- en perinatale sterfte hebben. Uit deze waarneming kan worden afgeleid, dat hospitalisatie van barenden op beperkte schaal voldoende is. Men kan in ontwikkelingslanden het bouwen van ziekenhuisafdelingen en kraamklinieken beperken en in plaats daarvan meer noodzakelijke activiteiten ontplooiën.

Ook evaluatie van het werk van schoolartsendiensten in geïndustrialiseerde landen is niet alleen van betekenis voor die landen zelf, maar kan tevens belangrijke aanwijzingen geven voor het in ontwikkelingslanden te volgen beleid. Gezondheidszorg op scholen geeft een beeld van de gezondheidstoestand van de schoolgaande jeugd en daarmee van de gehele bevolking. In landen waar nog veel ziekten bestreden moeten worden en waar het onderwijs zich snel uitbreidt, is het extra belangrijk, dat men voor onderzoek en massa-behandeling van de organisatie van scholen gebruik kan maken. Niet in de laatste plaats is

jeugdgezondheidszorg in technisch onderontwikkelde landen nodig om het rendement van het onderwijs zo hoog mogelijk op te voeren in het belang van het kind en van de gemeenschap. In geïndustrialiseerde landen heeft de jeugdgezondheidszorg deze taak onvoldoende kunnen vervullen.

Research op sociaal-hygiënisch gebied heeft tot doel het beleid een wetenschappelijke basis te geven. We weten veel te weinig, maar in vele opzichten meer dan genoeg om verantwoord adviezen te kunnen geven. Zo zou de volksvoeding in geïndustrialiseerde landen nog veel te verbeteren zijn, als de moderne voedingsleer algemeen in praktijk werd gebracht. In extreme mate geldt dit voor de voeding in technisch onderontwikkelde landen. Het is bijna een bespotting van menselijke ellende om in streken, waar de enigszins ervaren arts voedingsdeficiënties gemakkelijk kan herkennen, gedetailleerde menu-onderzoekingen te verrichten en dan alles te laten zoals het was of met voorstellen te komen, die alleen op details betrekking hebben. Research op sociaal-hygiënisch gebied mag geen rookgordijn vormen, waarachter grofweg vast te stellen verschijnselen van ondervoeding als achterstand in groei, voedingsoedeem en xerophthalmie of andere sociale misstanden verborgen gaan. Eenvoud, duidelijkheid en praktische zin dienen de attributen van sociaal-hygiënisch speurwerk te zijn.

De kloof, die gaapt tussen technisch onderontwikkelde en technisch ontwikkelde landen, is breder dan in de tweede helft van de twintigste eeuw medisch en menselijk verantwoord is, nu de natuurwetenschappen een ongekende vlucht nemen.

De wereldgezondheidszorg heeft tot taak mee te werken aan het overbruggen van deze kloof door de ongelijkheid tegenover ziekte en dood op te heffen: in de eerste plaats in het belang van de bewoners van de onderbevoorrechte landen en in breder verband in het belang van de gehele mensheid. Gezondheid is een even ondeelbaar goed als vrede.

Aan Hare Majesteit de Koningin moge ik mijn eerbiedige dank betuigen voor Haar besluit het Leids Universiteitsfonds toestemming te verlenen tot het vestigen van een bijzondere leerstoel in de leer der wereldgezondheidszorg.

Mijne Heren Curatoren van deze Universiteit,

Het is mij bekend, dat U met de vestiging van deze leerstoel gaarne hebt ingestemd. De taak in internationaal verband, die de Leidse Universiteit zich van ouds heeft gesteld, hoop ik met een medisch element te kunnen aanvullen.

Mijnheer de Secretaris van Curatoren,

Voor de welwillende wijze, waarop U mij tegemoet bent gekomen, dank ik U zeer. Op Uw steun weet ik te kunnen rekenen.

Dames en Heren Leden van de Universiteitsraad, Mevrouw en Mijne Heren Curatoren van deze bijzondere leerstoel,

Voor het vertrouwen, dat U mij hebt geschonken door mij deze leerstoel te doen bezetten, ben ik U zeer erkentelijk. Door een zo intensief mogelijk gebruik te maken van de beperkte middelen, die beschikbaar zijn, zal ik trachten studenten en artsen belangstelling bij te brengen voor de wereldgezondheidszorg.

Van de leermeesters, die mij aan de Utrechtse Universiteit in het medisch-biologisch werken en denken hebben ingewijd, is niemand meer in leven. Met dankbaarheid herdenk ik de leiding die zij mij in hun laboratoria hebben gegeven. Naar ik hoop, is het mij gelukt het pediatriesch en sociaal-hygiënisch werk op medisch-biologisch inzicht te doen steunen. Ook internationale gezondheidszorg is op biologische begrippen gebaseerd.

Dames en Heren Leden van de Senaat,

In Uw kring te worden opgenomen is een voorrecht, dat ik op hoge waarde schat.

Mijne Heren Leden van de Faculteit der Geneeskunde,

Voor de meesten Uwer ben ik geen onbekende. Het heeft U wellicht toegeschenen dat ik kliniek en laboratorium ontrouw werd, toen ik in 1950 voor goed de stap deed van het geval naar het getal. Mijn toenmalige verwachting, dat de sociale (kinder)hygiëne en daarmee de wereldgezondheidszorg ongekende mogelijkheden

zouden bieden voor medisch-wetenschappelijk werk, is in vervulling gegaan. Naar ik hoop, zal in toenemende mate een samenwerking met U tot stand komen.

Aan de Leden van de Raad van Beheer en aan de Directeur van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde betuig ik mijn dank voor de instemming om mijn werk aan het Instituut te combineren met een universitaire taak. Het één vult het ander op gelukkige wijze aan. De banden tussen Universiteit en Instituut zal ik gaarne helpen versterken.

Waarde Muntendam,

Door de instelling van deze leerstoel te bevorderen hebt ge getoond het lijden van de mens — en vooral het onnodig lijden — in internationaal verband te zien. Ongemerkt gaan onze leeropdrachten in elkaar over, hoe beperkt mijn onderwijstaak ook is. Op een vruchtbare samenwerking op universitair terrein en met de afdeling Internationale Volksgezondheidszaken van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid weet ik te mogen rekenen. Voor de steun, die ge mij in de afgelopen jaren — wel of niet in ambtelijk verband — hebt gegeven, breng ik U gaarne dank.

Dr. Candau, Director-General of the World Health Organization, It is my privilege to occupy the first chair in World Health in a European university. WHO has already given assistance. In future its support will still be desirable. I have some experience of working with WHO and will be happy to continue to be associated with its efforts in promoting world health.

Monsieur le Directeur du Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé,

J'ai été très touché du soutien que vous m'avez si cordialement promis. Soyez convaincu que mon intérêt pour les problèmes mondiaux ne m'empêche pas de m'occuper vivement des problèmes socio-hygiéniques de notre région, qui offre une situation idéale pour les études épidémiologiques comparatives.

Dear friends and colleagues in Indonesia,

During the twenty years I lived in your impressive country with its high cultural standard I had the privilege of coming into contact with all strata of society.

With gratitude I remember the human relations with parents and children, whose sufferings I had to relieve.

I am thankful for the cordial friendship I enjoyed from so many sides, for the fruitful co-operation with officials, colleagues, co-workers, pupils and mantri's and last but no least for the confidence you gave me then and now.

From the experience I gained in your country my interest in world health has arisen.

Waarde Wertheim,

Niet minder hecht dan de vriendschap, die in de jeugd ontstaat, zijn de banden die in gevangenis en interneringskamp worden gevormd bij een overeenkomstige instelling ten opzichte van menselijke en maatschappelijke verhoudingen. De na-oorlogse jaren hebben ons daarvan het bewijs gegeven.

Mijn (oud-) medewerkers van de afdeling Sociale Hygiëne van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde dank ik voor de prettige en vruchtbare samenwerking. Mocht ik meer hebben gevraagd dan gebruikelijk is, dan was dit uit hartstocht voor de zaak die we gezamenlijk dienen. Door vele tegenslagen heen moest onze afdeling worden opgebouwd, waarin gij, waarde Béa van den Berg, een groot aandeel hebt gehad. Ook van deze plaats wil ik hiervoor mijn dank uitspreken.

Toekomstige artsen,

Geen enkele verplichting legt de instelling van deze leerstoel U op. Het is U voldoende bekend, dat men een algemeen gewaardeerd arts kan zijn zonder internationale medische verhoudingen te kennen. De toekomst stelt wellicht andere eisen.

Wie tot het einde van deze eeuw de geneeskunde zal beoefenen — als huisarts of specialist, als laboratorium-arts of sociaal-geneeskundige — dient zich de vraag voor te leggen of zijn

horizon tot de studie van de gezondheidszorg binnen eigen landsgrenzen beperkt kan blijven. Indien U deze vraag ontkennd mocht beantwoorden, zal er hoop ik gelegenheid zijn met U gezamenlijk de wereldgezondheidssituatie te bestuderen en daarbij Uw belangstelling te wekken voor vraagstukken, die in internationaal-medisch verband om een oplossing vragen, omdat zij als een loden last op de mensheid drukken.

Ik heb gezegd