

Geografisch specialisme krijgt in Nederland nog weinig aandacht

Medische geografie in Nederland nog weinig bekend

Medische geografie heeft een lange geschiedenis. Hippocrates schreef al over de invloed van de omgeving op de gezondheid van de mens. Toch houden Nederlandse universitaire geografen zich nog maar mondjesmaat bezig met dit deelspecialisme. Behalve de relatie tussen gezondheid en omgeving richt de medische geografie zich ook op de spreiding van medische voorzieningen en op de diffusie van ziektes.

PETER GROENEWEGEN

De auteur is verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) en bijzonder hoogleraar bij de vakgroepen Sociologie en Toegepaste Geografie en Planologie van de Universiteit Utrecht.

Toen ik een aantal jaren geleden in de Verenigde Staten een conferentie over medische geografie bijwoonde, was er op dezelfde campus ook een bijeenkomst van afgestudeerden. Een oudere dame vroeg wat we daar deden. Op het antwoord dat we op een congres over medische geografie waren, vroeg ze: "Maken jullie dan anatomische atlanten?"

Uit haar vraag blijkt dat de term medische geografie misverstaan wordt. 'Geografie van gezondheid en gezondheidszorg' is wellicht een minder verwarrende term. Binnen dit vakgebied vallen drie deelgebieden te onderscheiden: de spreiding en diffusie van ziekten, de relaties tussen gezondheid en omgeving en spreiding, bereikbaarheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Bij de spreiding en diffusie van ziekten ligt vanouds de nadruk op besmettelijke ziekten. Besmettelijke ziekten spelen in moderne samenlevingen een minder belangrijke rol in sterftecijfers dan in minder ontwikkelde landen.

Figuur 1
Sterftecijfers in de provincie Zeeland in de periode 1834-46. De kaart is uit 1852



Onderzoek naar de spreiding en diffusie van ziekte vindt dan ook voornamelijk plaats in de laatstgenoemde landen. Denk maar aan een belangrijke ziekte als malaria, die overigens tot na de Tweede Wereldoorlog ook in Nederland nog voorkwam. Nu komt malaria in ons land alleen nog voor als import-ziekte die mensen op hun reizen oplopen of een enkele keer doordat een besmette muskiet meevliegt naar Nederland.

'Kanker-atlassen'

Onderzoek naar de spreiding van besmettelijke ziekten heeft in de westerse wereld weer aandacht gekregen met de opkomst van aids. Amerikaanse geografen hebben de verspreiding van deze ziekte in beeld gebracht. In Nederland is de verspreiding van polio een bekend en regelmatig terugkerend voorbeeld.

Bij besmettelijke ziekten ligt het voor de hand om te kijken naar het verspreidingspatroon. Maar ook bij niet-besmettelijke ziekten kan dat interessant zijn. Epidemiologisch onderzoek naar de verspreiding van ziekten heeft zich bijvoorbeeld bezig gehouden met verschillende vormen van kanker. Op grond van dit onderzoek zijn voor verschillende landen 'kanker-atlassen' samengesteld.

Het sterftepatroon in een land als Nederland wordt gedomineerd door *chronisch-degeneratieve ziekten*. Over het algemeen wordt aangenomen dat die in ieder geval voor een deel te maken hebben met de leefwijze van mensen in westerse samenlevingen (en met de toegenomen levensverwachting). Mackenbach (1992) heeft laten zien dat de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten in Nederland begonnen is in het westelijk, stedelijke deel van Nederland. In de perifere delen van het land zette die daling pas later in. Een verklaring daarvoor kan zijn dat leefwijzen in hun geografische spreiding in de tijd ook patronen laten zien.

Gezondheid en omgeving is een onderwerp dat steeds belangrijker wordt. De omgeving waarin mensen leven, is steeds meer een zelf gemaakte omgeving geworden. Milieuvervuiling is van invloed op de gezondheid van mensen. Onderzoek daarnaar is om verschillende redenen moeilijk. Tussen oorzaak en gevolg kan veel tijd verlopen. De duur van de blootstelling die mogelijk tot gevolgen zal leiden, verschilt en er is een veelheid aan stoffen in het milieu die in verband gebracht kunnen worden met een veelheid aan ziekten. Ziekten die uiteindelijk optreden, zijn vaak heel zeldzaam, waardoor geringe verhogingen in frequentie van optreden statistisch moeilijk aan te tonen zijn.

Bij de omgeving kan men denken aan het woonmilieu; een slechte behuizing die kan leiden tot klachten van de ademhalingsorganen, of geluidshinder die tot gezondheidsklachten aanleiding geeft. Men kan ook denken aan de gevolgen van blootstelling aan kankerverwekkende stoffen in het werkmilieu en ten slotte aan de blootstelling in het bredere leefmilieu aan luchtvervuiling of aan straling, zoals in het geval van nucleaire rampen. In

Engeland is onderzoek gedaan rond de nucleaire fabriek Sellafield. In de omgeving daarvan is inderdaad een verhoogd voorkomen van kanker vastgesteld, maar over de preciese oorzaken rast men nog in het duister.

Gezondheidszorg

Bij de eerste twee terreinen van onderzoek staat gezondheidszorg centraal. Bij de spreiding, de bereikbaarheid en het gebruik van medische voorzieningen gaat het om de gezondheidszorg. Hoe komt de spreiding van voorzie- ningen tot stand en wat zijn de gevolgen van een bepaald spreidingspatroon voor het gebied dat ervan gemaakt wordt? Dit onderzoeksterrein is binnen westerse samenlevingen het meest ontwikkeld. Het ligt ook het dichtst bij onderzoek dat in andere deelspecialismen van de sociale geografie is ontwikkeld, zoals de geografie van winkelcentra.

Zeker in de periode waarin planning gezien werd als methode van ordening van het gezondheidszorgstelsel, was er behoefte aan toegepast sociaal-geografisch onderzoek, bijvoorbeeld voor de ziektenhuisplanning. Planning stond in de jaren zeventig en tachtig centraal als systeem van ordening van de Nederlandse gezondheidszorg. De *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg* (WVG) was de kern van de planningsopzet. Gemeenten of samenwerkingsverbanden van gemeenten zouden een belangrijke rol krijgen bij de planning van gezondheidszorgvoorzienin- gen. Uiteindelijk is er van de WVG maar weinig gereali- seerd. Alleen het vestigingsgebied van huisartsen was erin geregeld. Er kwamen minder huisartsen bij en de spreid- ding over het land werd gelijkmatiger.

Ondertussen is planning als ordeningsmechanisme ver- ruild voor marktgerichtere elementen: concurrentie tussen verzekerders om de gunst van de patiënten en om aan- trekkelijke contracten met aanbiders van zorg en con- currentie tussen aanbiders van zorg. Die verandering in de gezondheidszorg, de stelselherziening die nog volop in gang is, heeft ook ruimtelijke gevolgen. Aanbiders, vooral ziektenhuizen, gaan over tot fusies waardoor de bereikbaarheid verandert. Verzekeraars fuseren op grote schaal om een sterke concurrentiepositie te krijgen en nieuwe fenomenen krijgen een kans, zoals de privé-klie- nische en een sterke concurrentiepositie te krijgen en gezondheidszorg als onderdeel van de bestudering van de non-profit-sector, naast bijvoorbeeld onderwijsvoor- zieningen. Het bekendste voorbeeld daarvan is het prof- eschrift van Martin Stijnenbosch: *Non-profitzorg en intra- murale gezondheidszorg: een sociaal-geografische analyse* (1983). Wel hebben sociaal-geografen hun weg gevonden naar adviseurs en onderzoeksinstituten op het ter- rein van de gezondheidszorg.

Determinisme

De analyse van geografische verschillen in ziekte en sterfte was in de 18de en 19de eeuw sterk doortrokken van (fysisch) geografisch determinisme. Met de nieuwe inzichten in de medische wetenschap aan het einde van de 19de eeuw (de bacteriologische revolutie) verdween ook de belangstelling voor geografische aspecten. Die kwam pas weer terug na de Tweede Wereldoorlog, zij het niet als een terrein van studie van geografen, maar van epidemiologen. De geografische studie van sprei- ding, bereikbaarheid en gebruik van voorzieningen is pas in de tweede helft van deze eeuw goed op gang geko- men. Toch geldt ook hierbij dat universitaire geografen zich er maar mondjesmaat mee bezig gehouden hebben. Zo werd aan de Utrechtse universiteit in de jaren zeven- tig en tachtig onderzoek gedaan op het gebied van de gezondheidszorg als onderdeel van de bestudering van de non-profit-sector, naast bijvoorbeeld onderwijsvoor- zieningen. Het bekendste voorbeeld daarvan is het prof- eschrift van Martin Stijnenbosch: *Non-profitzorg en intra- murale gezondheidszorg: een sociaal-geografische analyse* (1983). Wel hebben sociaal-geografen hun weg gevonden naar adviseurs en onderzoeksinstituten op het ter- rein van de gezondheidszorg.

In het buitenland is de situatie anders. Verschillende nationale beroepsverenigingen hebben een speciale sectie voor medische geografie die regelmatig internationale conferenties organiseren. De International Geographi- cal Union (IGU) heeft een werkgroep *Health, environ- ment and development*, die zich voor een belangrijk deel richt op onderzoek in ontwikkelingslanden. Als in 1996 het IGU-congres in Nederland wordt gehouden, zal er ook een meerdagse sessie over medische geografie zijn. Een goede gelegenheid voor Nederlandse geografen die zich met gezondheidszorg bezig houden hun werk internationaal te presenteren, en voor alle andere geografen om kennis te nemen van de stand van zaken in dit deelspecialisme.

Medische geografie heeft een lange geschiedenis, niet zozeer als werkkertrein van geografen, maar wel als inhou- delijk onderdeel van studie. Het begin van de studie van de invloed van de omgeving op de gezondheid van de mens kan gelgd worden bij Hippocrates' verhandeling *Over lucht, water en plaatsen*. Het hoogtepunt van de medische geografie ligt in de 18de en 19de eeuw, toen men zich bewust werd van de collectieve verantwoordel- ijkheid van de overheid voor de gezondheid van de bevolking. In zijn boek *Zorg en de staat* heeft Abraham de Swaan het ontstaan van collectieve regelingen op het gebied van de zorg voor ziekte en armoede geanalyseerd. Ziekte en armoede hebben niet alleen gevolgen voor de persoon die erdoor getroffen wordt, maar ook voor anderen. Er zijn externe effecten in de vorm van besmet- tingsgevaar, gebrek aan gezonde arbeidskrachten en gevaar van plundering en landloperij.

Het idee van geografische verschillen in ziekte en sterfte heeft in Nederland grote belangstelling gekregen door de beweging van de *hygiënisten* in de tweede helft van de 19de eeuw. De hygiënisten waren verlichte medici die ij-

Literatuur
 Draper, G.J., C.A. Stillier, R.A. Cartwright, A.W. Craft en T.J. Vincent. (1993) Cancer in Cumbria and in the vicinity of the Sellafield nuclear installation, 1963-90. *British Medical Journal*, nr 306, pp. 89-94.
 Godlee, F. en A. Walker (1992) Health and the environment. *Articles from the British Medical Journal*, published by the BMJ, London.
 Groenewegen, P.F. (1992) Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een perfecte markt? Utrecht, Nivel.
 Groenewegen, P.F., J.F. Mackenbach en M.H. Stijnenbosch (1987) *Geography of health and health care in The Netherlands*, nr. 605 no.34.
 Hengel, J.F. van (1875) *Geneeskundige plaatsbeschrijving van het Gooiland*, 5-Gravenhage, Algemeene Landsdrukkerij.
 Heide, R.M. van der. (1988) *De op- en ondergang van malaria in Nederland*. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 132, pp. 2372-2374.
 Houwaart, E.S. (1991) *De hygiënist-artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Maastricht, proefschrift RUL.
 Jones, K. en G. Moon (1987) *Health, disease and society: an introduction to medical geography*, London, Routledge & Kegan Paul.
 Mackenbach, J.F. (1992) *De veren van lca-rns: over de achtergrond van twee epidemieologische transitie in Nederland*. Utrecht, Bunge.
 Shannon, G.W., G.F. Pyle en R.L. Bashshur (1991) *Geography of aids: origins and course of an epidemic*. New York, The Guilford Press.
 Swaan, A.de (1989) *Zorg en staat*. Amsterdam, Bert Bakker.