Regionale sterfte-verschillen

PROF. DR. E. W. HOFSTEE
hoogleraar in de sociologie en sociografie
te Wageningen

Men kan moeilijk van overdrijving worden beticht, wanneer men constateert, dat er in de laatste tientallen jaren in Nederland aan het vraagstuk van de regionale verschillen in de omvang van de *mortaliteit* weinig aandacht is besteed. In zijn interessante en goed gedocumenteerde studie „De sterfte in Nederland in het midden van de 19de eeuw" *) merkt De Vooys op, dat zich sedert het eind van de 18de eeuw in Nederland een ontwikkeling van de medische geografie heeft voorgedaan, die tussen 1840 en 1870 haar hoogtepunt bereikte, maar na 1880 vrij plotseling afbreekt.

Een kernpunt van deze medische geografie vormde uit de aard der zaak de studie van de regionale differentiatie in de sterfte en met het afbreken van de ontwikkeling van deze medische geografie breekt ook de belangstelling voor de regionale verschillen in sterfte goeddeels af. Zoals bekend, is in de laatste jaren een zekere herleving van de belangstelling voor de medische geografie te constateren. Er bestaat thans zelfs een vereniging op dit gebied. Deze vereniging heeft reeds aandacht geschonken aan verschillende aspecten van de regionale sterfteverschillen, met name aan de verschillen in de kankersterfte, maar dat thans dit verschijnsel weer in het middelpunt van de belangstelling staat, kan men niet zeggen.

Het is natuurlijk geen toeval, dat tegen het eind van de 19de eeuw de belangstelling voor de medische geografie en daarmee die voor de regionale sterfteverschillen begon te tanen. Het in de tweede helft van de 19de eeuw met sprongen groeiende inzicht in de oorzaken van verschillende ziekten werkte dit in de hand. Allerlei theorieën over de invloed van bodem, lucht en water op de menselijke gezondheidstoestand, die in deze medisch-geografische beschouwingen een overheersende rol hadden gespeeld, bleken waardeloos te zijn. Nu was hiermee vanzelfsprekend het kernprobleem van de medische geografie, het probleem dus van de regionale verschillen in gezondheidstoestand en in de omvang van de sterfte, niet verdwenen. Het is echter in de wetenschap een veel voorkomend verschijnsel, dat men, althans tijdelijk, de belangstelling voor een bepaald vraagstuk verliest, als een complex van theorieën, waarmee lange tijd is getracht dit probleem te benaderen, niet meer houdbaar blijkt te zijn.

Bovendien boden zich in dit geval geen voor de hand liggende nieuwe *natuur*wetenschappelijke theorieën aan, zodat er voor de toen vrijwel uitsluitend natuurwetenschappelijk ingestelde medische wetenschap weinig aanleiding was om het probleem van een andere zijde te benaderen. Benadering van de zijde van enige andere wetenschap was aan het eind van de vorige eeuw al evenmin te verwachten.

Men kan zich afvragen, of het zin heeft, ons na zoveel jaren opnieuw tot het vraagstuk van de regionale verschillen in de sterfte te wenden. Bestaan er inderdaad nog belangrijke regionale verschillen in sterfte en biedt bestudering hiervan uit wetenschappelijk en praktisch oogpunt nog enig perspectief? En zo ja, in welke richting zal men dan een oplossing van de eventueel bestaande problemen moeten zoeken?

Kaart 1 en *tabel 1* geven een beeld van de regionale verschillen in sterfte, die thans in Nederland bestaan. Kaart 1 laat duidelijk zien, dat deze verschillen ook in 1951/55 nog belangrijk zijn.

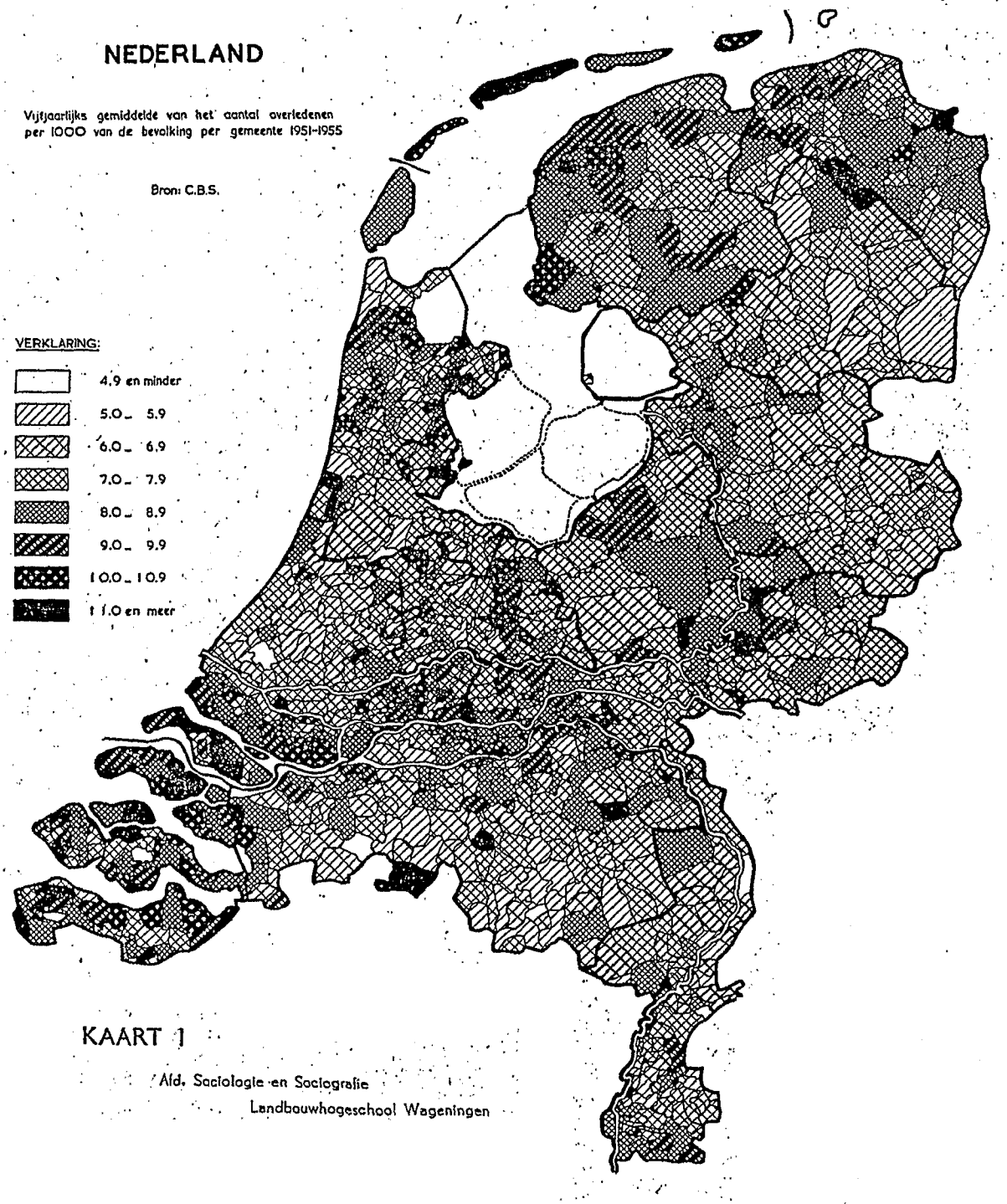
Tabel 1 - Bruto- en gestandaardiseerde sterftecijfers per 1000 inwoners voor de provincies, 1955-1956

Provincie	Bruto-sterftecijfers	Gestandaardiseerde sterftecijfers [1])
Groningen	8,39	7,12
Friesland	8,83	7,21
Drenthe	6,90	7,09
Overijssel	7,60	7,84
Gelderland	7,74	7,66
Utrecht	8,05	7,84
Noordholland	8,10	7,67
Zuidholland	7,58	7,40
Zeeland	8,88	7,01
Noordbrabant	6,79	8,21
Limburg	6,93	8,68
Nederland	7,66	7,66

[1]) Als standaardbevolking is de bevolking van Nederland op 31 dec. 1955 aangehouden. Bron: C.B.S.

*) Tijdschr. Kon. Aardrijkskundig Genootschap 1951, p. 234—271.

Inleiding gehouden voor de Vereniging voor Demografie op 9 nov. 1957 te Leiden.



KAART 1

Afd. Sociologie en Sociografie
Landbouwhogeschool Wageningen

Tabel 2 - Overzicht van de sterftecijfers in Nederland per groep van gemeenten (1920-1955).

Jaren	Minder dan 5.000 inw.	5.000-20.000	20.000-50.000	50.000-100.000	Meer dan 100.000	Totaal
1920	13,0	12,2	11,4	11,7	10,9	12,0
1925	10,7	10,2	9,2	9,6	8,9	9,8
1930	9,8	9,4	8,4	9,0	8,3	9,1
1935	9,6	8,9	8,4	8,1	8,3	8,7
1940	10,4	9,9	9,5	8,8	10,0	9,9
1945	13,6	13,3	14,6	14,5	19,2	15,3
1946	9,3	8,8	8,4	8,2	7,9	8,5
1947	8,9	8.2	7,7	7,9	7,6	8,1
1948	7,9	7,4	7,3	7,2	7,2	7,4
1949	8,7	8,1	8,0	7,9	7,9	8,1
1950	8,0	7,6	7,2	7,4	7,3	7,5
1951	8,1	7,5	7,3	7,3	7,5	7,5
1952	7,9	7,3	7,1	7,2	7,2	7,3
1953	9,1	7,5	7,3	7,4	7,5	7,7
1954	7,9	7,3	7,3	7,4	7,5	7,5
1955	7,9	7,4	7,4	7,5	7,7	7,6

Bron: C.B.S

In het Zuidwesten van het land bijv. overwegen sterftecijfers van 9 pro mille en hoger, terwijl anderzijds in Drenthe en Overijssel sterftecijfers beneden 8 pro mille domineren. Hierbij dient echter onmiddellijk te worden opgemerkt, dat de zojuist genoemde verschillen in overwegende mate moeten worden toegeschreven aan verschillen in leeftijdsopbouw. Schakelt men deze uit, zoals in de tweede kolom van tabel 1 is gedaan, dan blijkt bijv. dat Zeeland in feite niet de ongunstigste, doch juist de gunstigste mortaliteitstoestand onder de Nederlandse provinciën kent. Aan de andere kant blijkt echter eveneens uit deze tweede kolom, dat ook na standaardisering, wat betreft de leeftijdsopbouw, de Nederlandse provincies nog sterftecijfers vertonen, die uiteenlopen van 7,01 tot 8,68 per 1.000 inwoners. Een daling van het gestandaardiseerde sterftecijfer voor het land als geheel tot dat voor Zeeland zou een daling van de sterfte van ongeveer 10 % betekenen.

Van belang echter is erop te wijzen, dat bij een algemene daling van het sterftecijfer de regionale verschillen een tendentie vertonen niet alleen absoluut, maar ook relatief te verminderen. Duidelijk blijkt dit uit *tabel 2*, waar de sterftecijfers voor de gemeenten van verschillende grootte zijn weergegeven. Men ziet, dat tussen 1920 en 1955 de *verschillen* tussen de sterftecijfers van de grootste steden en de kleinste plattelandsgemeenten daalden van ongeveer 2 pro mille tot ongeveer 0,2 pro mille. Een vergelijking van de verschillende provincies laat een soortgelijke ontwikkeling zien. Interessant in dit verband is ook, dat België met zijn relatief hoge sterfte een aanzienlijk groter onderscheid tussen de verschillende provincies vertoont dan Nederland *(tabel 3)* *).

Deze voortschrijdende nivellering van de regionale verschillen in de sterfte-frequentie betekent echter niet, dat de verschillen van geen betekenis meer zijn of binnenkort dit niet meer zouden zijn. De verschillen tussen de provincies zijn, zoals werd opgemerkt, nog steeds van betekenis, maar als men kleinere eenheden vergelijkt, zoals bijv. in *kaart 4* en *tabel 4*, die straks nader zullen worden bespro-

Tabel 3 - Aantal overledenen per 1000 inwoners in de Nederlandse en Belgische provincies, 1955

Nederland		België	
Groningen	8,3	Antwerpen	10,7
Friesland	8,8	Brabant	12,2
Drenthe	6,7	W. Vlaanderen	11,1
Overijssel	7,5	O. Vlaanderen	12,0
Gelderland	7,7	Henegouwen	14,8
Utrecht	7,9	Luik	13,9
Noordholland	8,0	Limburg	8,0
Zuidholland	7,4	Luxemburg	12,8
Zeeland	8,7	Namen	14,4
Noordbrabant	6,6		
Limburg	7,0		

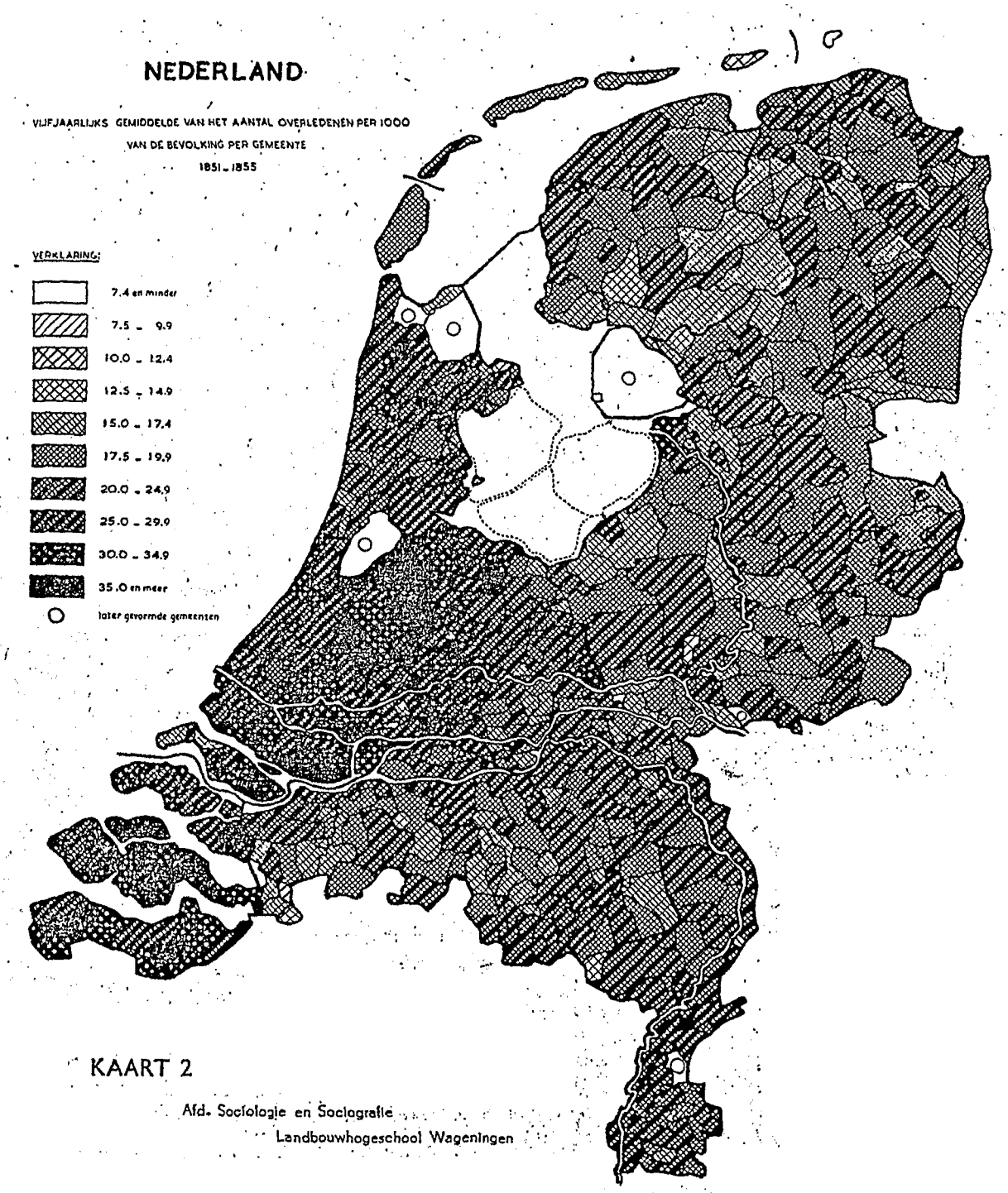
Bron: C.B.S.

ken, is gedaan, dan blijkt, dat de hoogste en laagste cijfers voor deze kleinere gebieden nog veel verder uiteenlopen dan voor de verschillende provincies het geval is. Zo was bijv. volgens tabel 4 in de oostelijke Meierij in Noord-Brabant het gestandaardiseerde sterftecijfer voor de bevolking van één jaar en ouder 42 % hoger dan in het noordelijke weidegebied van Overijssel. Het loont dus nog zeker wel de moeite aan de regionale verschillen in dit opzicht aandacht te besteden.

Op welke wijze dient men nu deze regionale verschillen in de omvang van de sterfte te benaderen? Anders gezegd, waar liggen vruchtbare hypothesen om tot een duidelijker begrip van dit verschijnsel te komen?

Voor de hand ligt na te gaan, welke doodsoorzaken tot deze verschillen hebben geleid. Een volledig onderzoek in deze richting eist echter

*) Zie ook T.v.S.G. 4.4.'52, p. 175.



KAART 2

Afd. Sociologie en Sociografie
Landbouwhogeschool Wageningen

enorm veel werk, in het bijzonder, wanneer men, wat eigenlijk noodzakelijk zou zijn, voor elke doodsoorzaak afzonderlijk regionale *gestandaardiseerde* sterftecijfers zou willen berekenen. Bovendien zou men, als men over deze regionale sterftecijfers naar doodsoorzaak beschikte, toch onmiddellijk weer voor de vraag staan, waaraan de geconstateerde verschillen dan zouden zijn toe te schrijven. Zeker zal men, indien men verder in deze materie wil doordringen, dit onderzoek per doodsoorzaak eens moeten gaan uitvoeren, maar voor een eerste globale aanpak, waaruit enkele mogelijk bruikbare algemene hypothesen kunnen resulteren, lijkt dit niet de juiste weg. Hiervoor kunnen wij beter de totale sterfte als uitgangspunt nemen. Het is steeds de gewoonte geweest om bij vergelijking van de situatie t.a.v. de volksgezondheid zowel in de ruimte (verschillende landen onderling) als in de tijd (ontwikkeling bijv. sedert de 19de eeuw) de algemene sterftecijfers als een eerste uitgangspunt te nemen. Deze gewoonte berust op de — zij het niet steeds uitdrukkelijk uitgesproken — veronderstelling, dat er bepaalde algemene oorzaken zijn, die in belangrijke mate het beeld van de sterfte als geheel bepalen. Een duidelijk bewijs voor de juistheid van deze veronderstelling is, geloof ik, nooit gegeven, maar zij lijkt plausibel en ik zou haar dan ook hier als uitgangspunt bij het beschouwen van de regionale verschillen in sterfte willen aanvaarden.

Wanneer we nu nagaan hoe de sterfte in zijn regionale verscheidenheid zich in Nederland in de jongste geschiedenis heeft ontwikkeld (de *kaarten 2* en *3* en ook 1, 4 en 5) dan vallen enkele merkwaardige verschijnselen op. Op de kaarten 2 en 3, is met een gelijke schaalverdeling cartografisch vastgelegd hoe het stond met de sterfte per gemeenten in de perioden 1851-1855 en 1901-1905.

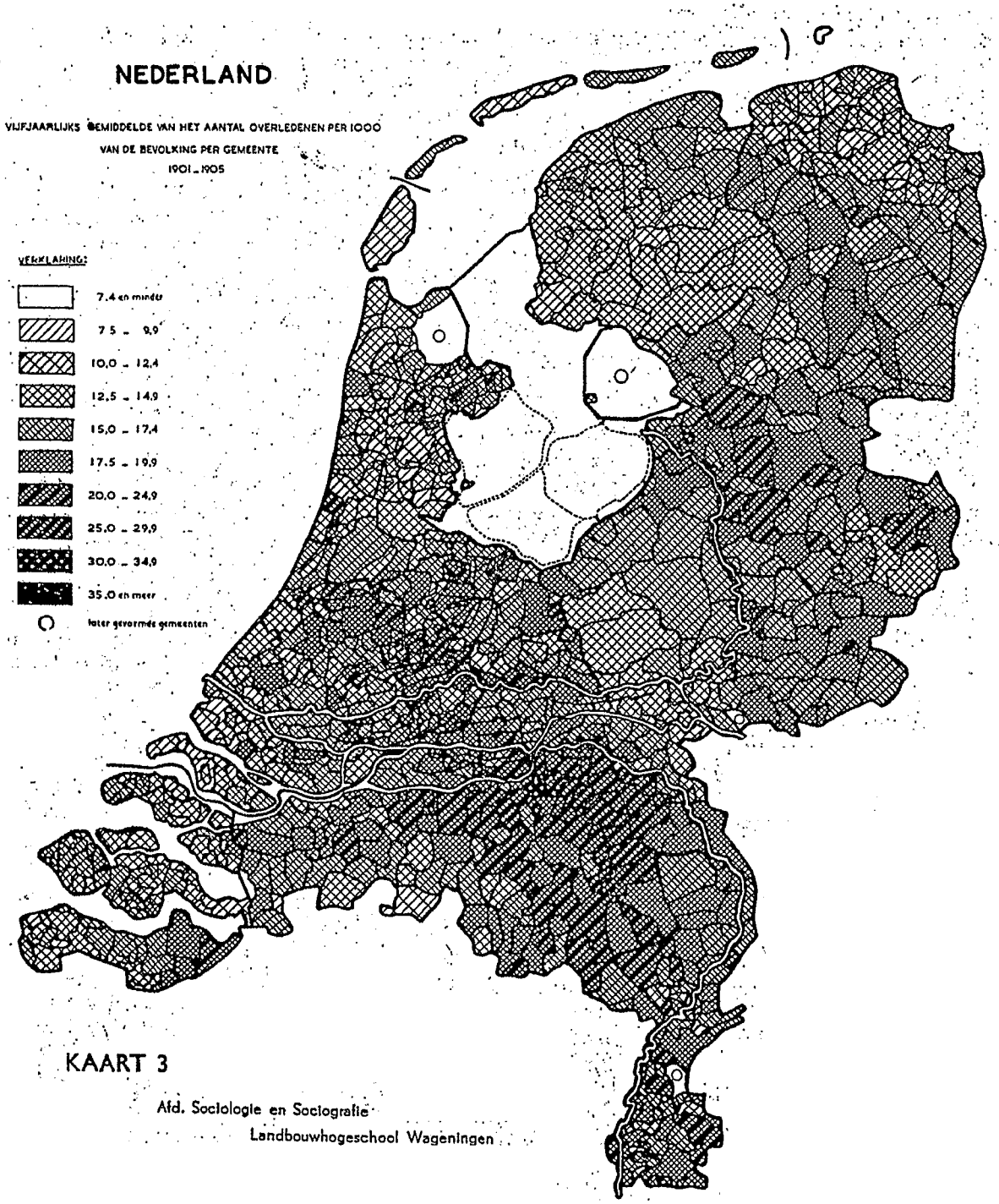
De periode 1851-1855 *(kaart 2)* laat ons zien, dat dan in het Westen van het land de sterftecijfers verreweg het hoogst zijn. Zeeland, Zuidholland, Noordholland en West-Utrecht tonen een schrikbarend hoge sterfte. Ook de kleigebieden van Groningen en Friesland steken betrekkelijk ongunstig af tegen de zandgebieden in dezelfde provincies en die daarbuiten. In de periode 1871-1875 was de situatie iets veranderd. In Zeeland was toen de toestand aanzienlijk gunstiger geworden en ook Noord- en Zuidholland en West-Utrecht toonden hier en daar een verandering ten gunste. In de zandgebieden in het Oosten en Zuiden van het land was de toestand echter zeker niet gunstiger dan in de eerstgenoemde periode, eerder slechter. De kaart van de periode 1901-1905 *(kaart3)* toont ons echter, dat de verhoudingen dan bijna tegengesteld zijn aan die in de periode 1851-1855. Zeeland en Noordholland kenmerken zich door bijzonder lage cijfers. Hoewel het Hollands-Utrechts veengebied nog wat zwarte plekken vertoont, is toch ook de toestand in Zuidholland vrij gunstig. Noordbrabant echter, maar ook Overijssel en in mindere mate Drenthe, de Gelderse Achterhoek en Limburg, onderscheiden zich door relatief hoge cijfers. Zouden ook de kaarten voor de tussenliggende perioden zijn opgenomen, dan zou blijken, dat deze omkering, die zich dus in 1871-1875 feitelijk reeds aankondigde, in het laatste kwart van de 19de eeuw geleidelijk tot stand kwam.

Na 1900 zien wij met de voortgaande algemene daling van de sterftecijfers een geleidelijke vermindering van de verschillen tussen de verschillende landsdelen gepaard gaan. In de periode 1921-1925 valt nog slechts het noordoosten van Noordbrabant duidelijk op als een gebied met relatief hoge sterftecijfers. Voor de periode 1931-1935 zou op een kaart met een zelfde schaalverdeling, als voor de kaarten 2 en 3 is toegepast, dit laatste nauwelijks nog te constateren zijn. Men moet voorzichtig zijn, indien men hieruit de conclusie zou willen trekken, dat in het begin van de dertiger jaren de regionale verschillen in mortaliteit niet meer van betekenis zouden zijn.

In de eerste plaats zou door het blijven hanteren van eenzelfde schaalverdeling voor het tijdvak 1931-1935 feitelijk met een inadequate schaal gewerkt worden, waardoor de verschillen niet meer uit komen.

In de tweede plaats is, juist door het verminderen in de laatste tientallen jaren van de absolute omvang van de verschillen, de storende invloed van de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de verschillende delen van het land zo groot geworden, dat voor een onderzoek van de werkelijke situatie t.a.v. de mortaliteit de bruto-sterftecijfers hun waarde verliezen en met gestandaardiseerde sterftecijfers moet worden gewerkt.

Jammer genoeg beschikken we nog steeds niet over een serie gestandaardiseerde sterftecijfers per gemeente in Nederland. Het Centraal Bureau voor de Statistiek was echter zo vriendelijk mij, voor een ander doel, voor een aantal plattelandsgemeen-



KAART 3

Afd. Sociologie en Sociografie
Landbouwhogeschool Wageningen

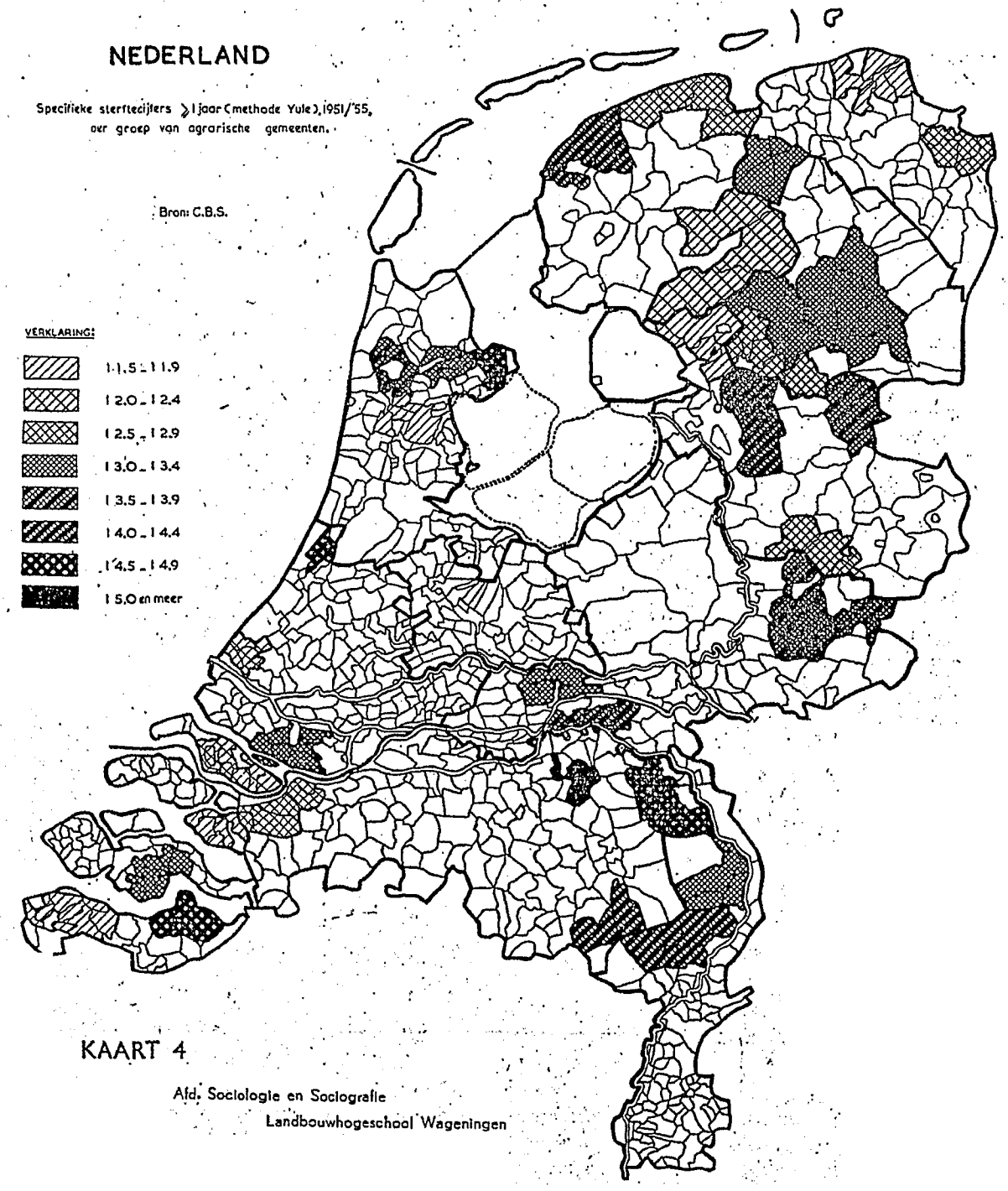
Tabel 4. Het gestandaardiseerde sterftecijfer (volgens de methode Yule) en het bruto-sterftecijfer, beide van 1 jaar en ouder alsmede de bruto-sterfte beneden 1 jaar per 1000 levend geborenen, 1951/1955, per groep van gemeenten met 50 % of meer van de mannelijke beroepsbevolking werkzaam in de landbouw (volgens de beroepstelling van 31 mei 1947).

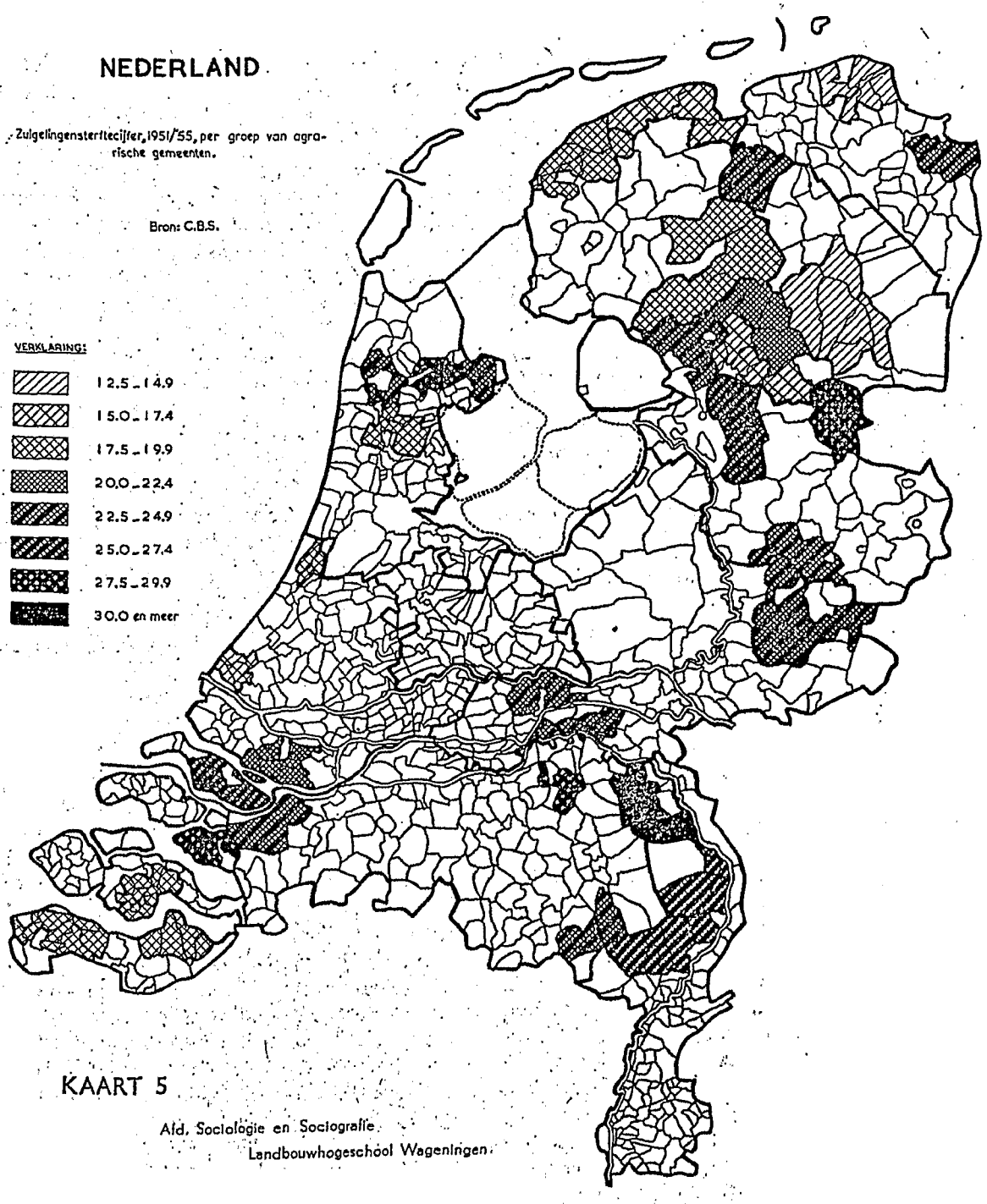
Gebied		sterftecijfer methode Yule 1 jaar en ouder	bruto-sterftecijfer 1 jaar en ouder	zuigelingen-sterftecijfer
1. Noordoostelijke bouwstreek	*Groningen*	11,9	7,7	12,8
2. Nieuw-Oldambt	*Groningen*	12,5	8,4	22,6
3. Zuidelijk Westerkwartier	*Groningen*	13,0	7,2	22,9
4. Oostelijke kleibouwstreek	*Friesland*	12,6	8,0	17,1
5. Westelijke kleibouwstreek	*Friesland*	14,2	9,4	18,7
6. De Zuidelijke Wouden	*Friesland*	12,0	7,6	18,5
7. Oostelijk zandgebied	*Drenthe*	13,2	6,1	14,8
8. Westelijk zandgebied	*Drenthe*	13,4	7,2	22,0
9. Zuidwestelijke Randgemeenten	*Drenthe*	12,8	7,1	15,8
10. Noordelijk Weidegebied	*Overijssel*	11,5	6,9	23,8
11. Oostelijk Weidegebied	*Overijssel*	14,0	7,3	25,8
12. Oostelijk Veengebied	*Overijssel*	13,5	6,0	27,6
13. Zuidelijk Zandgebied	*Overijssel*	12,9	7,6	23,7
14. Noordelijke Graafschap	*Gelderland*	13,6	7,3	23,2
15. Oostelijke Tielerwaard	*Gelderland*	13,4	8,5	22,5
16. Land van Maas en Waal	*Gelderland*	14,1	8,3	24,9
17. Geestmerambacht	*Noordholland*	13,8	7,0	22,5
18. Centraal W. Friesland	*Noordholland*	13,0	6,9	28,0
19. Oostelijk Drechterland	*Noordholland*	14,7	6,6	23,0
20. Schermer-Beemster	*Noordholland*	11,8	6,9	19,0
21. Noordelijke Bollenstreek	*Zuidholland*	14,9	6,2	19,9
22. Westland	*Zuidholland*	12,4	4,9	17,4
23. Hoeksewaard	*Zuidholland*	13,4	8,9	20,7
24. Overflakkee *)	*Zuidholland*	12,4	8,0	26,0
25. Tholen *)	*Zeeland*	11,6	8,7	28,2
26. Centraal Zuid-Beveland	*Zeeland*	13,4	8,7	19,1
27. Westelijk Zeeuws-Vlaanderen	*Zeeland*	11,6	8,7	18,9
28. Noordoostelijk Zeeuws VI.	*Zeeland*	14,5	10,0	19,9
29. Westelijke Zeekleigronden	*Noordbrabant*	12,7	6,9	24,1
30. Oostelijke Meijerij	*Noordbrabant*	16,3	6,8	29,7
31. Land van Cuijk	*Noordbrabant*	14,7	6,5	30,7
32. Zuidoostelijke zandgronden	*Noordbrabant*	14,3	6,1	24,7
33. Noordwestelijk Limburg	*Limburg*	13,4	5,9	26,0
34. Centraal Limburg	*Limburg*	14,3	6,3	27,2

*) exclusief 1953.

(Bron: C.B.S.)

ten in Nederland enerzijds gestandaardiseerde sterftecijfers voor de bevolking van één jaar en ouder, anderzijds de zuigelingensterftecijfers, beide over de periode 1951-1955, te verschaffen *(tabel 4; kaarten 4* en *5*, en *figuur 1)*. Tabel, kaarten en figuur laten niet alleen zien, dat er, zoals ook al werd opgemerkt, nog steeds belangrijke verschillen zijn tussen de verschillende gebieden, maar ook, dat in deze verschillen nog wel enige lijn valt te ontdekken. Zo blijkt uit figuur 1, waarin de zuigelingensterfte en het gestandaardiseerde sterftecijfer met elkaar in verband zijn gebracht,


NEDERLAND
Specifieke sterftecijfers 1 jaar (methode Yule), 1951/'55, per groep van agrarische gemeenten.
Bron: C.B.S.
VERKLARING:
11.5 - 11.9
12.0 - 12.4
12.5 - 12.9
13.0 - 13.4
13.5 - 13.9
14.0 - 14.4
14.5 - 14.9
15.0 en meer
KAART 4
Afd. Sociologie en Sociografie
Landbouwhogeschool Wageningen



KAART 5

Afd. Sociologie en Sociografie
Landbouwhogeschool Wageningen

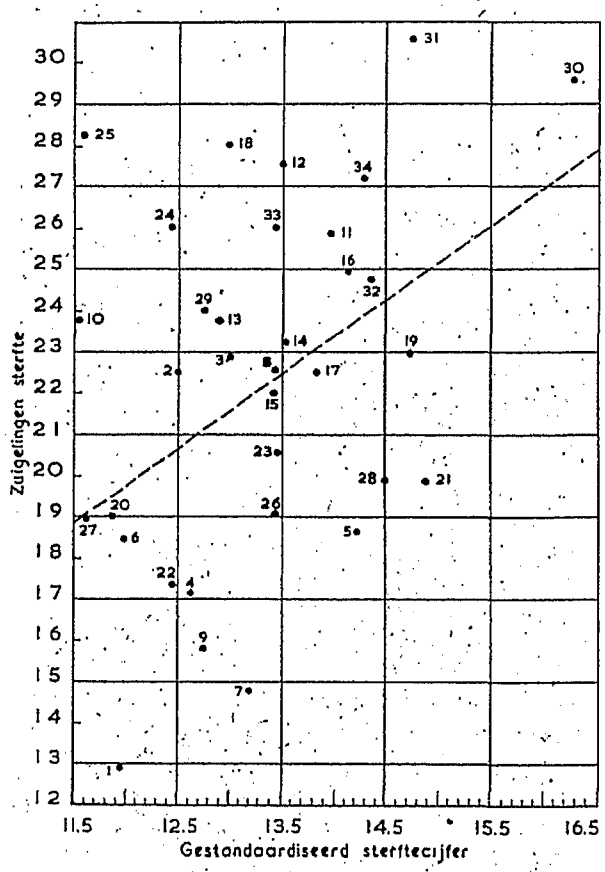


Fig. 1. Verband tussen het gestandaardiseerde sterftecijfer voor de bevolking van één jaar en ouder en de zuigelingensterfte in een aantal plattelandsgebieden, (1951-1955).
Voor de nummers van de gebieden zie tabel 4.

dat de gebieden, welke in oostelijk Noordbrabant en Noord-Limburg zijn onderscheiden (no's 30 t/m 34) alle in de rechter-bovenhoek van de grafiek liggen, d.w.z. dat zij alle zowel een hoog sterftecijfer voor de meer dan éénjarigen als een hoge zuigelingensterfte vertonen. Onderscheidt men de gebieden in gunstige gebieden (met een zuigelingensterfte lager dan 22 en een gestandaardiseerd sterftecijfer lager dan 13) en ongunstige gebieden (met een zuigelingensterfte hoger dan 25 of een gestandaardiseerd sterftecijfer hoger dan 15) en daartussen een groep van matig gunstige gebieden, dan blijken in de provincies Overijssel, Gelderland, Noordbrabant en Limburg geen gunstige gebieden voor te komen, maar meer dan de helft van de ongunstige gebieden (6 van de 9), hoewel in deze provincies slechts 13 van de 34 in tabel 4 opgenomen gebieden voorkomen. De 7 gunstige gebieden vinden wij alle in de noordelijke en westelijke provincies. Hoewel men uit dit zeer onvolledige materiaal natuurlijk niet te veel conclusies mag trekken, schijnt het dus wel dat de oostelijke en zuidelijke zandgronden, en in het bijzonder Noordbrabant en Limburg, nog steeds een zekere achterstand vertonen t.a.v. de omvang van de mortaliteit.

De vraag is nu, hoe wij deze ontwikkeling van de regionale verschillen in mortaliteit, in grote lijnen gezien, kunnen verklaren. In zijn hiervoor genoemde artikel somt De Vooys een aantal oorzaken op, die z.i. de hoge sterfte in het Westen van het land in het midden van de vorige eeuw begrijpelijk zouden kunnen maken. Hij wijst op het hoge geboortecijfer, dat het Westen van het land in die tijd kende en de daarmee verband houdende hoge zuigelingensterfte. Het is inderdaad een feit, dat het Westen in het midden van de vorige eeuw in vergelijking met de rest van het land hoge geboortecijfers vertoonde en dat de zuigelingensterfte er hoog was. Een verklaring van de relatief snelle daling van het sterftecijfer in het Westen van het land kan men echter niet vinden in een eveneens snelle daling van het geboortecijfer. Omstreeks 1870 kondigde de snelle daling van het sterftecijfer, met name in Zeeland, zich, zoals bleek, reeds aan, maar eerst nà 1880 is van een daling van het geboortecijfer van enige betekenis in het Westen sprake. Omstreeks 1900, toen Zeeland zich reeds kenmerkte door bijzonder gunstige sterftecijfers, bevond de geboortefrequentie zich daar nog op een zelfde niveau als in het land als geheel.

Verder wijst De Vooys op de slechte economische en sociale toestanden in de oude Hollandse steden, op de onvoldoende voeding, zowel in de steden, als op het platteland en verder op de aard van het drinkwater. Wanneer we ons een ogenblik tot het platteland bepalen, dan valt op te merken, dat in het laatste kwart van de 19de eeuw daar als gevolg van de landbouwcrisis weinig rooskleurige sociale en economische toestanden hebben geheerst, zodat een verbetering van deze toestanden en daarmee van de voeding al evenmin een verklaring van de ook op het platteland in het Westen zo duidelijke daling van de sterfte kan opleveren.

Wat het drinkwater betreft, op het platteland was tot voor kort van waterleiding geen sprake,

zodat de daling van de sterfte in het laatste kwart van de vorige eeuw — en ook nog daarna — moeilijk kan worden toegeschreven aan een verbetering van de technische mogelijkheden voor een goede drinkwatervoorziening. Tenslotte noemt deze auteur dan nog het voorkomen van malaria als mogelijke oorzaak van een hoger sterftecijfer in het Westen, doch hij sluit zich aan bij S w e l l e n g r e b e l, wanneer deze constateert, dat de hoge sterfte in vorige eeuwen in het Westen van het land niet in belangrijke mate is toe te schrijven aan deze ziekte.

Samenvattend kunnen wij dus constateren, dat de door D e V o o y s genoemde omstandigheden misschien wel kunnen verklaren — althans ten dele —, waarom in het midden van de vorige eeuw de sterftecijfers in het Westen van het land zo hoog waren, maar dat de relatief snelle daling van deze sterftecijfers, in het bijzonder wat het laatste kwart van de vorige eeuw betreft, niet door het wegvallen van deze omstandigheden kan worden verklaard. In het bijzonder geldt dit laatste voor het platteland. Het bestaan van deze ongunstige omstandigheden maakt het vroegtijdige en snelle dalen van de sterftecijfers in dit deel van het land alleen nog maar opvallender.

Waaraan moeten wij dan deze ontwikkeling toeschrijven?

Het wil mij voorkomen, dat men hierbij in de eerste plaats moet denken aan het tijdstip waarop en de snelheid waarmee in de verschillende delen van het land de modernisering van het maatschappelijk leven inzette, anders gezegd, de snelheid waarmee de moderne levensstijl, het moderne westerse cultuurpatroon, in de samenleving doordrong.

Het kan niet de bedoeling zijn hier deze moderne levensstijl in zijn ontwikkeling en betekenis te schetsen, maar misschien mag ik deze in enkele korte aanduidingen typeren in zijn tegenstelling tot het cultuurpatroon, dat vroeger onze samenleving beheerste. In deze typering stel ik mij in het bijzonder de plattelandssamenleving voor ogen.

Dit moderne cultuurpatroon kenmerkt zich door een rationele levenshouding van de mens, in tegenstelling tot de traditionele levenshouding, die karakteristiek was voor het oude cultuurpatroon. De moderne mens neigt tot een verstandelijk overwegen van de voor- en nadelen van een bepaalde vorm van handelen. Hij vindt de normen voor de beoordeling van eigen handelen en dat van anderen niet primair in het verleden, zoals de traditionele mens. Hij gelooft in de mogelijkheid van verbetering en vooruitgang en zoekt naar nieuwe wegen en nieuwe mogelijkheden, die deze vooruitgang teweeg kunnen brengen. De moderne mens is, veel sterker dan zijn voorganger, individualist. Niet het zich conformeren aan de naamloze mening van de gesloten collectiviteit van de groep — op het platteland de buurt, de dorpssamenleving — maar het zich persoonlijk en zelfstandig een oordeel vormen over de aangelegenheden, waarmee hij in aanraking komt, is het ideaal dat hij zich stelt. De moderne mens wikkelt zich los uit de organische eenheden, zoals de familie, het dorp, de buurtschap, die vroeger het gehele leven van het individu omvatten en hem van de buitenwereld afsloten, ja hem vijandig daartegenover deden staan. Hij stelt zich voor deze buitenwereld open en tracht zijn standpunt te bepalen tegenover alles, wat zich daarin voordoet. De moderne mens vertrouwt niet op overlevering en aanvaardt niet op gezag de mening van de oudere generaties; hij tracht meer te weten en meer te kennen dan anderen vóór hem. Hij is overtuigd van de noodzaak van onderwijs en staat open voor voorlichting. Hij heeft behoefte aan vergroting van zijn ervaring en verruiming van zijn levenssfeer. Met zijn a-traditionele levenshouding en zijn neiging tot rationeel nastreven van verbetering en vernieuwing op alle levensgebieden, hangt samen de drang naar organisatie van de moderne mens, zijn behoefte tot bewust en telkens weer opnieuw rangschikken van menselijke en materiële middelen, zodat een van te voren gesteld doel kan worden bereikt. Een typische uiting hiervan is de moderne vorm van gemeenschappelijke inspanning voor het bereiken van een bepaald oogmerk, de vereniging.

Dit hier summier geschetste moderne cultuurpatroon is tot op zekere hoogte aan enkelingen reeds eigen geweest sèdert de Renaissance, maar het begon aan het eind van de 18de eeuw vat te krijgen op brede lagen van de burgerij en is sindsdien steeds meer in de gehele Westerse samenleving doorgedrongen. Hoewel ook weer tegenstromingen zijn ontstaan en zeker niet overal en door iedereen dit moderne cultuurpatroon bewust als een cultuur-ideaal wordt aangehangen, vindt een verdere verspreiding van dit cultuurpatroon nog steeds voortgang, met name ook op het platteland.

Het behoeft nauwelijks betoog, dat de mens met dit moderne cultuurpatroon, in tegenstelling tot zijn soortgenoot met het traditionele cultuurpatroon, een houding tegenover medische en hygiënische zorg en tegenover lichaamszorg in het algemeen zal aannemen, die bevorderlijk is voor de daling van het sterftecijfer. Hij zal open staan voor voorlichting op medisch en hygiënisch gebied. Hij zal vertrouwen hebben in de resultaten van de wetenschap en in de arts, die deze in dit geval representeert. Hij zal niet traditioneel blijven vasthangen aan het gebruik van huismiddeltjes en aan de overgeleverde volksgeneeskunde. Hij zal niet koppig vasthouden aan traditionele, verkeerde voedingspatronen, maar de resultaten van de moderne voedingsleer aanvaarden. Voor zover het de vrouw betreft, zal zij de verzorging van de zuigeling niet overlaten aan grootmoeder, of zich naar haar ideeën omtrent zuigelingenzorg richten, maar naar het consultatiebureau gaan. De moderne mens zal voelen voor verenigingen, die de verbetering van de gezondheidstoestand ten doel stellen — zoals bijv. de Kruisverenigingen — en daarin actief deelnemen.

Gaat men na, hoe het proces van het geleidelijk doordringen van dit moderne cultuurpatroon in Nederland naar tijd en plaats is verlopen, dan valt het op, dat hierin een onmiskenbaar parallellisme bestaat met de ontwikkeling van de daling van het sterftecijfer. De theoretisch reeds voor de hand liggende gedachte, dat tussen beide een verband bestaat, wordt hierdoor ondersteund. Het eerst ontwikkelde het moderne cultuurpatroon zich in het algemeen gezien in de steden. Toen de ontwikkeling van de medische wetenschap in de tweede helft van de 19de eeuw de mogelijkheid voor een snelle daling van het sterftecijfer opende, was daarom in het stedelijk milieu de kans het grootst om deze daling ook inderdaad te realiseren. Het wil mij voorkomen, dat de belangrijke voorsprong, die de steden toen namen op het platteland t.a.v. het sterftecijfer en die nog nooit geheel is verdwenen, voor een niet onbelangrijk gedeelte aan deze omstandigheid moet worden toegeschreven.

Wat de verschillende landsdelen betreft lijdt het geen twijfel, dat in het Westen en het Noorden van het land in het algemeen het moderne cultuurpatroon veel eerder en sneller ingang heeft gevonden dan in het Oosten en het Zuiden. Niet alleen werd dit in de hand gewerkt door de sterke verstedelijking van het Westen, maar ook door de zowel in het Noorden als in het Westen van oudsher sterk op de markt gerichte landbouw, door de relatief goede verkeersmogelijkheden (waterwegen) en door de deelneming in de zeevaart, die eeuwenlang in verschillende delen van dit gebied tot ver in het binnenland zijn invloed had doen gelden. Hierdoor was dit gebied veel sterker ontsloten voor cultuurinvloeden van buitenaf en kon ook dit moderne cultuurpatroon er veel gemakkelijker vaste voet krijgen. Ook de aanwezigheid van een groep grotere meer welvarende boeren, die aan het geestelijk leven een zekere leiding konden geven, werkte deze ontwikkeling in de hand.

In het Oosten en Zuiden echter droeg de landbouw tot diep in de 19de eeuw in sterke mate een zelfverzorgend karakter. Het contact met de buitenwereld was gering; het leven van de bevolking speelde zich grotendeels af binnen de sterk gesloten dorpsgemeenschap en in het bijzonder binnen buurt en familie. Het leven werd er betrekkelijk kort geleden nog in hoofdzaak beheerst door traditionele normen en zeden, die door een strenge sociale controle werden gehandhaafd. Eerst sedert het einde van de vorige eeuw, toen geleidelijk de zelfverzorging plaats maakte voor een agrarische produktie voor de markt en door de ontwikkeling van het moderne verkeer, het moderne onderwijs en de moderne massa-communicatiemiddelen, deze gebieden open kwamen te liggen voor invloeden van buitenaf, heeft in een snel tempo een modernisering van het sociaal-culturele leven plaats gevonden. Zoals echter o.a. uit het onderzoek van de Afdeling Sociologie en Sociografie van de Landbouwhogeschool is gebleken, is dit moderniseringsproces nog geenszins ten einde en bestaan er in dit opzicht binnen het gebied als geheel nog verschillen van betekenis.

Blijkt er dus globaal gesproken een overeenstemming te bestaan tussen de ontwikkeling van de sterfte en de groei van het moderne cultuurpatroon in Nederland, zelfs zonder een diepgaand regionaal en plaatselijk onderzoek, vallen ook in detail enkele opvallende parallellismen aan te geven. Zo is ongetwijfeld de modernisering van de gedachtenwereld in het Westen van het land het laatst doorgedrongen in het Zuidhollands-Utrechtse weidegebied. Zoals uit de kaartjes blijkt, is hier ook de daling van het sterftecijfer later opgetreden dan in andere delen van het platteland

in het Westen van Nederland. Verschillende symptomen wijzen er duidelijk op, dat in Noordbrabant de modernisering van de samenleving van West naar Oost is voortgeschreden. De daling van het sterftecijfer vertoont eenzelfde ontwikkeling.

Ik ben mij natuurlijk ervan bewust, dat de hier naar voren gebrachte verklaringsmogelijkheid voor de ontwikkeling van de regionale verschillen in de omvang van de sterfte aan de fase van de hypothese nog niet is ontgroeid; bevestiging door nader onderzoek is noodzakelijk. Evenzeer ben ik mij ervan bewust, dat beschouwing van de regionale verschillen t.a.v. de sterfte van een andere gezichtshoek uit dan de sociologische, met name de medische, nodig is om tot een volledig begrip te geraken. Het wil mij echter voorkomen, dat de hier gestelde hypothese voldoende houvast biedt om als uitgangspunt voor verder onderzoek te kunnen dienen. Een dergelijk onderzoek heeft m.i. niet alleen academische betekenis. Zoals ik opmerkte, is het proces van het doordringen van het moderne cultuurpatroon nog niet tot een einde gekomen en daarmee waarschijnlijk ook niet de invloed, die hiervan uitgaat op de daling van de sterfte. Is dit inderdaad het geval, dan betekent dit, dat bevordering van de ontwikkeling van dit moderne cultuurpatroon ertoe zal kunnen bijdragen om de omvang van de sterfte in Nederland te verminderen. Wat het platteland betreft, is thans in Nederland een begin gemaakt met een nieuwe vorm van voorlichting, die de naam agrarisch-sociale voorlichting heeft gekregen en die in wezen erop gericht is aanpassing van het cultuurpatroon van de plattelandsbevolking aan de omstandigheden, waarin deze bevolking in de moderne tijd leeft, te bevorderen. Blijkt inderdaad het hier veronderstelde verband tussen cultuurpatroon en sterfte te bestaan, dan verdient deze agrarisch-sociale voorlichting ook van medische zijde bijzondere aandacht.

Samenvatting

De regionale verschillen in de sterfte zijn ondanks een voortschrijdende nivellering nog steeds van betekenis, vooral bij vergelijking van kleinere eenheden dan provincies. In de 19de eeuw zocht men een verklaring voor deze verschillen op grond van theorieën over de invloed van bodem, lucht en water op de menselijke gezondheidstoestand. Deze natuurwetenschappelijke theorieën bleken op de duur evenwel onhoudbaar. Benaderingen uit andere wetenschappen dan de medische kunnen bijdragen tot het opstellen van nieuwe verklaringsmogelijkheden voor de ontwikkeling van de regionale verschillen in de omvang van de sterfte. Sociologisch gezien kan men de daling van de sterftecijfers, alsmede de regionale differentiatie in de sterfte, in verband brengen met de periode en het tempo, waarin de moderne levensstijl, het moderne Westerse cultuurpatroon, in de samenleving doordrong. Dan valt het op, dat het moderne cultuurpatroon veel eerder en veel sneller ingang heeft gevonden in het Westen en Noorden van ons land dan in het Zuiden en Oosten, terwijl evenzo in eerstgenoemde gebieden van een eerder ingezette en een in sneller tempo voortgaande daling van de sterfte sprake is geweest dan in laatstgenoemde gebieden. Wordt op grond van voortgezet onderzoek dit verband tussen het proces van geleidelijke doordringing van het moderne cultuurpatroon en de teruggang van de sterfte verder bevestigd, dan zal bevordering van de ontwikkeling van dit cultuurpatroon in gebieden met een relatief hoge sterfte kunnen bijdragen tot vermindering van de omvang van de sterfte in de desbetreffende gebieden en daarmee ook van die in Nederland als geheel.

Summary: Regional differential mortality

Though regional differences in mortality are graduately diminishing, these differences are still of importance, especially if the comparison is based not on provinces, but on smaller units. In the 19th century, it was thought that the explanation of these differences could be found in the influence of the soil, the air and the quality of the water on the state of health. However, these theories based on the influence of the physical environment had to be abandoned. An approach taking its starting point outside the sphere of medical science may lead to new explanations of the regional differences in mortality. From the point of view of sociology the downward trend in death rates, as well as their regional differences, may be associated with the spreading of the modern way of life, the modern Western cultural pattern, in society. This cultural pattern was assimilated much earlier and much more rapidly in the Western and Northern parts of the country than in the Southern and Eastern parts and it is striking that the fall in the death rate likewise started in the Western and Northern parts and was much more pronounced than in the Southern and Eastern parts. If further research should confirm this relation, the death rates in certain regions, and therefore in the country as a whole, could be reduced by promoting the spreading of the modern cultural pattern in these regions.

Uit de Pers . . . en/of . . . (sic!)

Wet bescherming leerlingen

Minister Suurhoff heeft geantwoord op schriftelijke vragen van het Tweede Kamerlid mej. Ten Broecke Hoekstra (v.v.d.) over de wet inzake „bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar". De minister deelt mede, dat het bepaalde in de artikelen 3 en 4 van de wet tot moeilijkheden kan leiden, indien bij een röntgenologisch onderzoek op tuberculose van de ademhalingsorganen de maximaal-toelaatbare dosis zou worden overschreden, doordat betrokkene kort tevoren reeds aan röntgenstralen (ioniserende stralen) is blootgesteld geweest. Afgezien van massale calamiteiten zal zulk een geval zich dus slechts uiterst zelden voordoen.

De vervanging van het röntgenologisch onderzoek in