UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Grote stad, gezondheid en zorg

'Kwestie van Sociale kwaliteit'

Nijhuis, H.

Publication date

2004

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Nijhuis, H. (2004). *Grote stad, gezondheid en zorg: 'Kwestie van Sociale kwaliteit'*. (Oratiereeks). Vossiuspers UvA.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Grote stad, gezondheid en zorg
‘Kwestie van Sociale kwaliteit’

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Colorscan, Voorhout
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 90 5629 320 6
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2004

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 ⁰ het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Grote stad, gezondheid en zorg

‘Kwestie van Sociale kwaliteit’

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar in de Sociale en Gezondheidswetenschappen
met als leeropdracht Grote stad en gezondheidszorg
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 20 november 2003

door

Harry Nijhuis

VOSSIUSPERS UvA

Mijnheer de Rector Magnificus, geachte toehoorders,

In zijn boek *Land, land!...* doet de Hongaarse schrijver Sandor Marai verslag van zijn zoektocht naar humanistische waarden in de periode na de Tweede Wereldoorlog (Marai, 2002). Cultuur en geestelijk leven in zijn land zijn dan totaal vernietigd onder de invasie van het communisme. Wanhopig zoekt hij de vrijheid en de menselijke maat, die hem in het oude Hongarije zo vertrouwd waren. In 1948 gaat hij er naar op zoek in West-Europa. Hij verwacht op de grond waar het humanisme werd geboren en tot bloei kwam 'het grote geschenk van Europa' te vinden. Humanisten als Erasmus, More, Holbein en Rembrandt, wilden immers niet langer dat religieuze, politieke of maatschappelijke totalitaire systemen de invulling van de menselijke maat zouden bepalen, maar de mens zelf. Maar Marai vindt niet wat hij zoekt. Hij constateert dat het West-Europeanen ontgaat dat de wereld totaal veranderd is, dat oude Europese culturen wel eens zouden kunnen worden verguisd tussen de twee nieuwe wereldmachten, de Sovjet Unie en Amerika: 'Europa zal moeite krijgen om zijn eigen invulling van de "condition humaine" te behouden.' Marais zoektocht heeft – ook voor gezondheid in de grote stad – opnieuw grote actualiteit.

Van 1973 tot 1977 heb ik als tropenarts in Kenya gewerkt. Drie maanden voor ik vertrok, maakte ik voor het eerst kennis met mijn plaatselijke collega, een islamitische genezer. Veel van mijn patiënten bezochten eerst hem, voordat ze in mijn ziekenhuis kwamen. Wat hij te bieden had, paste bij hun leven en cultuur. Ik was als dokter – zoals Richard Horton, hoofdredacteur van *the Lancet*, het onlangs zo treffend formuleerde – 'de bron van technische kennis en oplossingen'. Voor het 'verhaal' van mijn patiënten bleek ik minder belangstelling te hebben gehad (Maassen, 2003). Ik had een wezenlijk aspect van de menselijke maat gemist. Vooral ervaringen uit deze tijd hebben mijn wetenschappelijke en praktische belangstelling ge-

HARRY NIJHUIS

wekt voor de sociale aspecten van gezondheid en zorg. Zij vormen het begin van de weg, die mij naar deze plek heeft geleid.

De leerstoel die ik zal bekleden, is ingesteld om twee oriëntaties met elkaar te verbinden: aan de ene kant de grootstedelijke samenleving, waarin mensen hun gezondheid op peil moeten kunnen houden en op menswaardige wijze moeten kunnen leven bij ziekte of beperkingen, aan de andere kant de systemen van zorg en dienstverlening, waar mensen met problemen terecht moeten kunnen. Er zijn fricties ontstaan tussen deze twee werelden; ze sluiten niet meer goed op elkaar aan. Zorgsystemen raken steeds meer vervreemd van het dagelijkse leven, van de groeiende diversiteit van eigentijdse waarden en levensstijlen. Ze zijn ook sterk gefragmenteerd geraakt. Maar ook de wetenschappen die op dit terrein wat te bieden hebben, zijn uit elkaar gegroeid. Het geheel van het dagelijkse leven, de samenhang tussen mensen, hun sociale omgeving en zorgsystemen is daarom niet meer goed in beeld te brengen. Daardoor ontbreekt het zicht op wat bij onze tijd passende invullingen van menswaardigheid en kwaliteit zijn. Maar er zijn niet alleen ethische kwesties in het geding. Sterk vervlochten hiermee spelen grote economische vraagstukken. De fricties tussen vraag en aanbod, beperkte zelfwerkzaamheid van mensen en ondoelmatigheid van de systemen leiden tot grote problemen van kostenbeheersing. Wat moet in onze tijd worden verstaan onder kwaliteit en menswaardigheid in het licht van gezondheid? Welke algemene maatschappelijke tendensen zijn bepalend voor actuele grootstedelijke situaties? Wat is de betekenis van Europa hiervoor? Wat betekent het werken aan kwaliteit voor de gerezen economische vraagstukken? En met welke wetenschappelijke uitgangspunten, methoden en werkstructuren valt beter inzicht te verkrijgen in deze kwesties? Dat zijn de vraagstukken en uitdagingen waarvoor ik mij vanuit deze leerstoel geplaatst zie.

Ik vertel u eerst het verhaal van Sanira, een Hindostaans meisje, dat een poging tot zelfdoding deed. Haar probleem is in mijn ogen karakteristiek voor veel problematiek in de grote stad. Dan geef ik een beeld van een werkorganisatie in Den Haag (de STIOM), die essentieel is gebleken voor het creëren van nieuwe antwoorden op actuele stedelijke problemen. Deze beide voorbeelden zijn voor mijn werk belangrijke inspiraties geworden. Daarna geef ik een korte schets van de bijzondere kenmerken van gezondheid en zorg in de grote stad, en verbonden hiermee een overzicht van meer algemene maatschappelijke en economische tendensen, die hiervoor bepalend zijn. Vervolgens zet ik uiteen hoe ik mij voorstel te werk te gaan om de pro-

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

blemen in de stad beter te kunnen begrijpen en aan te pakken. Ik zal hiervoor aansluiting zoeken bij de theorie over ‘sociale kwaliteit’. Aan het slot zal ik enkele voor de leerstoel cruciale beleidsthema’s benoemen.

Twee inspirerende voorbeelden

Het verhaal van Sanira

Sanira is een Hindostaanse jonge vrouw van negentien jaar (Krikke, 2000). Ze heeft een poging tot zelfdoding gedaan. Haar ouders zijn gehuwd uit Suriname naar Nederland gekomen. Ze komen hier volop in de sociale en economische problemen. Moeder is op jonge leeftijd uitgehuwelijkt. Vader blijft erg gehecht aan zijn familie en aan Hindostaanse tradities. Hij is orthodox religieus. Eenmaal in Nederland zoekt moeder de vrijheid op. Ze gaat buitenshuis werken, wordt zelfbewuster en vrijer ten opzichte van de eigen cultuur. Vader blijft juist traditioneel, is lange tijd werkeloos en verkeert regelmatig in depressies. Eindeloze ruzies zijn het gevolg. Sanira gaat hieronder zwaar gebukt. Thuis gehouden is ze vaak de moeder voor haar broer en zus. Een Nederlandse vriend wordt niet geaccepteerd. Er wordt geprobeerd om haar uit te huwelijken. Op school werkt ze hard. Ze is stil, heeft geen vriendinnen. Niemand wist iets van haar problemen, totdat zij de suïcidale poging deed door het drinken van chloor. Ze wordt op de eerste hulp van een ziekenhuis behandeld. Daarna heeft ze geen contacten meer gehad met hulpverleners. Er is vanuit de zorg geen contact gezocht met andere voorzieningen, de familie of de school. Het is uiteindelijk wel goed gekomen met Sanira. Ze is weggevoerd uit haar verstikkende situatie. Letterlijk: ze is nu stewardess.

In grote steden komen pogingen tot zelfdoding onder meisjes verontrustend veel voor (Schudel, 1998). Dit symptoom is maar een topje van de ijsberg van psychosociale problemen onder allochtone jongeren, ook jongens. Zij groeien op ‘aan de grenzen’ van twee verschillende culturen (Wesenbeek, 2000; Krikke, 2003). De ene cultuur vraagt zelfbeschikking en voor jezelf opkomen, de andere onderwerping aan traditionele sociale patronen. Veel jongeren zitten klem tussen ‘ik’ en ‘wij’. Ze leven vaak aan de grenzen van sociale netwerken: thuis, in de eigen of Nederlandse gemeenschap, en op school. De formele toegang van onze zorg is welis-

HARRY NIJHUIS

waar goed geregeld, maar Sanira kon er met haar problemen niet goed terecht. Zij werd alleen medisch behandeld. Er bestond blijkbaar een transculturele kloof tussen hulpverlener en cliënt voor het volledig begrijpen van haar probleem. Van sociale interventies of het zoeken van samenwerking met maatschappelijk werk, ouders of docenten op school kwam niets terecht. Ook werd geen preventieve aandacht besteed aan de achtergronden: een identiteit kunnen ontwikkelen in twee culturen of het bespreekbaar maken van de complexe situatie van allochtone jongeren. Intussen wordt er projectmatig hard gewerkt aan een betere begeleiding en preventie van psychosociale problemen van jongeren. De implicaties zijn immers enorm: voor de ontplooiing van de jongeren zelf en hun toekomstige gezinnen, maar ook voor het sociaal-culturele en economische potentieel van de stad. Dit onderwerp zou – gezien de enorme importantie – een centraal thema moeten zijn voor het grote stedenbeleid. Maar dat is het opmerkelijk genoeg niet (Gemeente Den Haag, 1999; Penris, 2003).

De Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM)

In de jaren negentig liep de zorg en dienstverlening in achterstandswijken van Den Haag vast. Vanuit de groeiende fragmentatie en bestaande werkwijzen waren geen grondige antwoorden meer te geven op de zich aandienende problemen (Van der Maesen, 1992). De STIOM werd opgericht om in wijken en stadsdelen verschillende hulpverleners en organisaties met elkaar te laten samenwerken en beter op het dagelijkse leven te betrekken (Van Rijsel, 2003). Denkt u aan de benadering die nodig is voor de complexe problematiek van Sanira. De aanpak blijkt een succes te zijn (AMRIT, 2001). STIOM stimuleert en organiseert de dialoog en samenwerking tussen bewoners, cliënten, hulpverleners, zorgverzekeraars en de gemeente. Hierdoor ontstaan nieuwe samenhangen en is het mogelijk analyses te maken van problemen als onderdeel van het dagelijkse leven. Deze gehelen kunnen beter in beeld worden gebracht. Er worden bij de tijd passende concepten, werkwijzen en organisatievormen gecreëerd. Het gaat niet alleen om genezen en het bieden van zorg, maar ook om het leggen van verbindingen tussen de zorg, het dagelijkse leven en systemen van onderwijs, huisvesting, leefbaarheid en sociaal-economische zekerheid. *Cure, care*, preventie en investeren in voorwaarden voor welzijn en gezondheid worden met elkaar verbonden. De STIOM vormt in dit maatschappelijke spel een

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

onmisbare schakel en katalysator. Het gaat, in termen van Jürgen Habermas, om een communicatief medium tussen de systeemwereld van de zorg en de leefwereld van mensen (Habermas, 1982). Gaandeweg is rondom deze organisatie een gebiedsgerichte sociale infrastructuur gegroeid, die mogelijkheden biedt om ook op andere werkvelden (interculturele uitwisseling, huisvesting, leefbaarheid etc.) de dialoog tussen mensen onderling en instituten te onderhouden.

Kenmerken van de grote stad

Gezondheidssituaties

In zijn studie 'Cities in Civilization' laat Peter Hall zien hoe grote steden – van Athene en Florence tot Berlijn en San Francisco – in de geschiedenis van de westerse beschaving steeds de broedplaatsen zijn van innovatie en vooruitgang: in cultuur, kunst, politiek, technologie, wetenschap en economie (Hall, 1998). Maar het zijn ook de plekken waar problemen zich van oudsher – vanwege sociale en fysieke verdichting in de stad – het meest geconcentreerd voordoen. Dat geldt ook voor gezondheid. Epidemieën hebben sinds mensenheugenis met name de grote steden geteisterd; en daar werden ook de nieuwe oplossingen gecreëerd (Kerkhoff, 1997). Ook vandaag de dag zijn de problemen van gezondheid er het grootst. Ik geef een korte schets van de bijzondere kenmerken van gezondheid en gezondheidszorg in de stad. Dit bijzondere vormt immers het grondmotief voor de leerstoel, en het dient ook het vertrekpunt te vormen voor de wetenschappelijke en praktische benaderingen die worden gevraagd. Het RIVM heeft de afgelopen tijd de problematiek in een serie studies geïnventariseerd (Van der Lucht, 2000 en 2003). Van dit materiaal maak ik voor mijn schets dankbaar gebruik.

De gezondheid van inwoners van de grote stad is slechter dan elders; de levensverwachting is er gemiddeld korter. Dit is grotendeels te herleiden tot de hogere sterfte onder mensen die leven in achterstandssituaties. Bij hen is de gemiddelde levensverwachting twee tot drie jaar korter vergeleken met mensen in welgestelde posities. Ook het aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht, is een stuk minder in de stad. Met name chronische aandoeningen, onder andere van ademhalings- en spijsverteringsorganen, suikerziekte en AIDS komen er meer voor.

HARRY NIJHUIS

Psychosomatiek compliceert de zorgvraag vooral bij allochtonen (Nijhuis, 1999). Er zijn ook relatief veel mensen met harddrugverslavingen, angststoornissen, psychosen en vooral psychosociale problemen. Roken, onveilige seks, diverse verslavingen, ongezonde voedingsgewoonten en weinig beweging zijn veelvoorkomende risicofactoren. Deze hangen uiteraard samen met de hoge frequentie van de genoemde aandoeningen. Verder heeft de stad ook te maken met dubbele vergrijzing en de daarbij horende toename van chronische ziekten en lichamelijke en psychische beperkingen.

Waarom is de gezondheidsproblematiek in de stad groter dan elders? Verschillende sociale processen spelen daarbij een rol. De stad is van oudsher de plek waar mensen met extra gezondheidsrisico's terechtkomen. Mensen zoeken er nieuwe kansen, geborgenheid en anonimiteit. Tweederde van mensen in achterstandsposities woont in de vier grote steden. Rondom 45% van de bevolking is er van allochtone afkomst. De concentratie alleenstaanden, eenoudergezinnen, werklozen en illegalen is er het grootst. Maar zeker zo belangrijk is – met name voor het zoeken naar verbetering – dat de kwaliteit van bestaanscondities er ongunstiger uitpakt dan elders. Daardoor zijn mensen minder goed in staat om hun gezondheid op peil te houden. Hetzelfde geldt voor het leiden van een menswaardig bestaan thuis, bij ouderdom, ziekte of beperking. Talloze studies tonen het verband aan tussen ongezondheid en het leven in sociaal-economische achterstandsposities (Gemeente Den Haag, 2002). En verder is uiteraard een op specifieke behoeften en sociale situaties gerichte zorg en dienstverlening nodig – zorg van een zodanige kwaliteit, dat grondig kan worden ingespeeld op de problemen. De kwaliteit van de zorg is in dat opzicht zeker niet optimaal. Tezamen pakken al deze factoren ongunstig uit voor het gezondheidspeil in de grote stad.

Het wetenschappelijk uiteenrafelen van het ontstaan van de bijzondere problematiek is ingewikkeld (Nijhuis, 1999). Het gaat vaak om complexe problemen, waarin de persoonlijke beleving en verwerking in wisselwerking met 'het sociale' een cruciale rol spelen. Dit was evident bij Sanira. Maar het geldt ook voor veel psychosomatische of ogenschijnlijk louter somatische aandoeningen. Suikerziekte, met name onder allochtonen, is bijvoorbeeld een groot probleem aan het worden (Nijhuis, 1991). Ook hier geldt dat, naast de medische behandeling, cultureel bepaalde voedingsgewoonten en bewegingspatronen, maar ook een zekere balans in het dagelijkse leven voorwaarden vormen voor gezondheid (Middelkoop, 2001). Hetzelfde geldt voor de fysieke omgeving. Denk aan ouderen en chronisch zieken,

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

die steeds meer thuis gaan leven met beperkingen. Zij hebben een geschikte woning, goed transport en een leefbare openbare ruimte nodig om een fysiek en sociaal volwaardig bestaan te leiden. Zowel bij het ontstaan als de verwerking van problemen zijn complexe interacties in het geding. Op individueel niveau zijn voor de gezondheid negatieve invloeden werkzaam zoals verminderde weerbaarheid, stress en ongezond gedrag. En deze factoren vinden blijkbaar hun grondslag in de positief of negatief uitpakkende wisselwerking tussen mensen en hun sociale en fysieke omgeving. Adequaat begrip voor het ontstaan van de bijzondere problemen in de stad is essentieel. Het wijst immers de weg naar het soort benadering dat nodig is. Deze omvat individuele medische en gedragsinterventies en interventies in de sociale omgeving of systemen. Om het belang hiervan te doorzien en deze te kunnen betrekken, is een passende voorstelling nodig van de wijze waarop mensen en sociale structuren zich in de werkelijkheid ontplooiën.

Zorg en dienstverlening

Ik besteed in het bestek van mijn leeropdracht voor wat betreft de zorg en dienstverlening vooral aandacht aan het extramurale domein. In dit werkveld komen de fricties tussen vraag en aanbod het sterkste tot uitdrukking, wat cruciaal is voor het oplossen van de bijzondere problemen van de stad. Hier wordt immers gewerkt op het snijvlak van zorgvragen en het dagelijkse leven van cliënten (Nijhuis, 1994). Huisartsen spelen bijvoorbeeld een sleutelrol bij het maken van brede diagnoses, waarin zowel 'het medische' als 'het persoonlijke' en 'het sociale' een plek kunnen verkrijgen, en zodoende bij het creëren van een holistische en grondige benadering, met samenhang tussen geneeskunde, zorg, preventie en investeringen in een goede kwaliteit van het dagelijkse bestaan.

Extramurale hulpverleners ervaren hun werk vandaag de dag als belastend en frustrerend (Van der Maesen, 2001; De Brauw, 2001; Tonkens, 2003). Er wordt van twee kanten aan de professional getrokken. Aan de ene kant leveren de (sociale) complexiteit van problemen, de culturele diversiteit, communicatieproblemen en oneigenlijke zorgvragen veel werk op; hiervoor worden ook bijzondere vaardigheden gevraagd. Daarnaast geeft het huidige samenspel van marktwerking, commercialisering en consumentisme zorgvragers te zien, die – net als bij Albert Heijn – waar voor hun geld eisen. Aan de andere kant eisen op transparantie en verantwoording gerichte bureaucratieën van overheid en zorgverzekeraars steeds meer aan-

dacht en tijd voor zakelijkheid: juridisch geregelde werkrelaties, registratie en rapportage naar standaardproducten. De zorgprofessies lijken hun traditionele identiteit en krachtige positie in de zorg te verliezen. Van origine was hun identiteit gefundeerd op het leveren van diensten op basis van vertrouwensvolle relaties met cliënten, waarin een zekere mate van paternalisme normaal was (Freidson, 2001). Men was niet gericht op het produceren en het aan de man brengen van gevraagde koopwaar. Voor velen is het gevolg een niet meer te hanteren spagaat. Door de actuele ontwikkelingen en knelpunten worden de zorgberoepen in de ziel geraakt. Ze zijn minder in trek, en daardoor dreigt er voor de grote stad een tekort aan hulpverleners, met name in achterstandsgebieden.

Fricities zijn er ook omdat sommige concepten waarmee gewerkt wordt niet meer goed passen bij de levensstijlen en technische mogelijkheden van onze tijd (Van der Maesen, 2001). Dit heeft geleid tot allerlei initiatieven van vernieuwing. Er wordt bijvoorbeeld gewerkt aan een modern pakket van kerntaken voor de huisarts. Een deel van de bestaande taken kan worden gedelegeerd naar andere hulpverleners. Er worden nieuwe functies en beroepen geïntroduceerd: liaison-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, casemanagers, zorgconsulenten, voorlichters eigen taal en cultuur en ouderadviseurs. Ook ontstaan er nieuwe samenwerkingsvormen: 'hoeden', 'goeden' en gebiedsgerichte 'centra voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' (cgm). Van hieruit lijkt passender en doelmatiger te kunnen worden ingespeeld op de complexe problemen in de stad (Paes, 1999; Van der Maesen, 2001; Nijhuis, 2002; Ministerie van VWS, 2003; Oosterbos, 2003). In het gezondheidscentrum in de wijk Venserpolder in Amsterdam wordt geëxperimenteerd met een interessant systeem om – primair vertrekend vanuit de gepresenteerde klacht van de cliënt (niet de diagnose) – medische en sociale interventies te verbinden (Overgoor, 2003). Verder lijken verwijzing, informatie en advies 'aan de voordeur' van centra een veelbelovend concept te zijn voor kwaliteit en doelmatigheid. Onder andere in *call centers* en triagesystemen worden – met behulp van informatie- en communicatietechnologie (ICT) – nieuwe mogelijkheden uitgetest voor de communicatie met patiënten; in elektronische dossiervorming gebeurt hetzelfde met informatie-uitwisseling tussen hulpverleners.

Het extramurale ondervindt intussen ook de indringende invloed van de vrije marktwerking (Vulto, 2003; Maassen, 2003). De modernisering van de AWBZ en het principe van functionele aanspraken in de eerstelijnszorg zijn hiervan invloedrijke beleidsmatige uitwerkingen (Ministerie van VWS, 2003). Beroepsgroepge-

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

richte afspraken worden steeds meer door functie- en productgerichte ordeningen en afspraken vervangen. De formele scheiding tussen de eerste en tweede lijn, als ook tussen intra- en extramurale functies, is aan het verdwijnen. Verschillende aanbieders kunnen bijvoorbeeld op het terrein van thuiszorg hun producten leveren. Door de gegeven marktruimte en concurrentieimpuls is er een wildgroei aan initiatieven van grote zorgaanbieders: fusies, overnames en marktacquisitie zijn aan de orde van de dag. Tussen kapitaalkrachtige intramurale instellingen wordt volop strijd geleverd om leidinggevende posities in de extramurale zorg. De invulling van de vorm en inhoud ervan lijkt zodoende steeds meer in handen te komen van zorginstellingen met een intramurale medische traditie. Dit zou grote consequenties kunnen hebben voor de betrokkenheid op het dagelijkse leven en aldus voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en dienstverlening in de grote stad.

Maatschappelijke tendensen

Sociaal-culturele diversiteit

De kenmerken en problemen van de grootstedelijke samenleving vormen de verdichte uitdrukking van meer algemene sociaal-culturele en economische tendensen. Om gezondheid en zorg in de stad te kunnen begrijpen en om er adequaat op in te kunnen spelen, is de kritische interpretatie van deze tendensen onmisbaar.

Het sociaal-culturele landschap in onze moderne samenleving is veel minder eenduidig dan een halve eeuw geleden. Diversiteit van levensstijlen en -waarden is het grondkenmerk. De identiteit van de mens is in onze tijd een complex verhaal geworden, waarin verschillende perspectieven door elkaar heen spelen. Charles Taylor onderscheidt in zijn *Sources of The Self. The making of the modern identity* een drietal perspectieven (Taylor, 1994). (1) De 'instrumentalism'. Door zelfobjectivering en reflectie – gestimuleerd door wetenschap en techniek – zijn mensen als het ware deels losgeraakt van gevoelens, waarden en betekenissen, die diep in hen zelf liggen. De 'calculerende burger', die voortdurend reflecteert op kosten en baten, vormt van deze identiteit een typische uitdrukking. (2) Het 'subjective expressivism'. Hierin staat de gerichtheid op zelfexpressie, zelfontplooiing en genot, jezelf kunnen en mogen zijn voorop. (3) De verbondenheid met diep in ons gewortelde tradities,

culturele waarden en de natuur: bijvoorbeeld sociale rechtvaardigheid, goed willen doen en ontzag hebben voor de natuur. Deze bronnen voor ‘het zelf’ spelen door elkaar heen bij de vorming van de identiteit van mensen.

In onze moderne westerse cultuur zetten ‘instrumentalism’ en ‘expressivism’ volgens Taylor de toon. Zij geven individualisme, zelfbeschikking, eigenbelang, consumptisme en genot als grote waarden te zien (Schnabel, 2000). Deze accenten hebben ook grote betekenis voor waarden als autonomie, zelfontplooiing, vrijheid en burgerschap. Kunneman gebruikt voor deze voor onze cultuur positieve waarden de term ‘individuering’ (Kunneman, 1986). Voor de ‘moderne burger’ lijken traditionele, aan tijd en plaats gebonden sociale verbanden minder betekenis te hebben. Ze maken plaats voor grote sociale mobiliteit en contacten op afstand, bijvoorbeeld via internet. De zelfbewuste consument laat zich bij voorkeur informeren via internet of anderszins alvorens de arts te bezoeken. Men schikt zich niet zomaar naar het oordeel van de deskundige. Patiëntenrechten en letseladvocatuur worden steeds belangrijker; professioneel paternalisme mag voor velen niet meer. Het persoonsgebonden budget (PGB), gereedschap voor zelfbeschikking in de zorg, vormt van deze moderne invulling van identiteit een scherpe uitdrukking. Het dominante mensbeeld van de ‘calculerende burger’ wordt steeds bepalender voor politieke beleidsvorming, ook op het terrein van de gezondheidszorg.

Maar deze levensstijl gaat lang niet voor iedereen op. Vooral in de stad is sprake van een grote diversiteit van stijlen, die geheel verschillende waarden en sociale behoeftes impliceren. Veel ouderen, allochtonen, sociaal zwakkeren, chronisch zieken en mensen met beperkingen kunnen en willen niet over alles zelf beschikken. Professioneel paternalisme is voor hen nog steeds een groot traditioneel goed. En voor velen blijven sociale netwerken en de leefomgeving in de buurt een essentieel bestanddeel van het bestaan. Men leeft er mee en men is ervan afhankelijk. Deze groep burgers vormen bepaald geen minderheid: zij zijn de massa en de ziel van de grootstedelijke samenleving, waar – gezien de individualistische toonzetting in het beleid – steeds minder oog voor lijkt te zijn.

Intelligentie, kennis, communicatie en de daarbij horende ICT spelen een steeds grotere rol in onze moderne cultuur. De implicaties hiervan zullen – ook voor het dagelijkse leven en de zorg voor gezondheid – ingrijpend zijn. De relatie tussen cliënten en de zorg zal, waar mogelijk, via internet gaan verlopen. Kennis over ge-

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

zondheid, diensten en medicijnen zullen steeds meer via elektronische media worden uitgewisseld. ICT wordt ook voor mensen met beperkingen van steeds groter belang om sociaal actief te blijven en goede zorgkeuzes te kunnen maken. Intelligente buurten en huizen, voorzien van elektronische hulpmiddelen, maken het mogelijk om thuis te blijven. Manuel Castels houdt ons voor dat in de zich aandienende 'information age' een gespletenheid zal ontstaan tussen lokale betrokkenheden (de stad of de buurt) en de participatie in mondiale netwerken van communicatie en economie (Castels, 1997). Graham spreekt van *global connection* en *local disconnection*. De dagelijkse leefomgeving zal daardoor geheel nieuwe invullingen krijgen. Voor mensen voor wie het lokale bepalend is voor de kwaliteit van hun bestaan is dit van grote betekenis. Voor de zorg wordt het creëren van een juist evenwicht tussen territoriale betrokkenheden dichtbij en functionele op afstand essentieel.

Migratie en internationalisering zullen in de toekomst nog sterker dan nu het veranderende en pluriforme multiculturele karakter van de grootstedelijke samenleving bepalen (Huisman, 1998). De migranten van de toekomst zullen vooral uit Afrika en Azië afkomstig zijn. Michael Zeeman ontmoette op zijn zoektocht langs de oostgrens van het huidige Europa artsen die straks naar het westen willen emigreren, en men verwacht daar een grote instroom van ouderen, die de rust van Hongarije zullen gaan zoeken (Zeeman, 2003). Culturele diversiteit, individualisme, mobiliteit, voortdurende stedelijke herstructurering en globalisering zijn maatschappelijke krachten, die de traditionele sociale cohesie in buurt, wijk en stad sterk ondermijnen. De sociale betekenis van wijken staat door de toenemende fragmentatie en spanningen juist in deze tijd serieus ter discussie. Tot voor kort werd er als regel naar verwezen als constructieve sociale omgevingen, een vorm van sociaal kapitaal, waaraan mensen kracht, geborgenheid en insluiting kunnen ontleen. Maar veel grootstedelijke achterstandswijken zijn sterk gedesintegreerd geraakt door de erosie van traditionele sociale verbanden, botsende culturele waarden, normoverschrijdend gedrag (onveiligheid) en de concentratie van sociaal gemarginaliseerden. De vraag is – zo meent Duyvendak – of we langzamerhand niet eerder moeten spreken van 'guuroorden' in plaats van 'kuuroorden' (Duyvendak, 2002). Bepaalde kwaliteiten van de sociale omgeving (sociaal kapitaal, sociale cohesie en insluiting) zijn in ieder geval voor gezondheid in de grote stad van groot belang. Het risico om buitengesloten te worden, wordt groter; zie hiervoor ook het verhaal van Sanira. Wat sociale cohesie en insluiting anno 2003 precies inhouden, hoe ze doorwerken

HARRY NIJHUIS

in gezondheid en hoe hierop kan worden ingespeeld, is nog niet goed uitgewerkt. Het is ook niet duidelijk hoe op deze kwaliteiten in de wijk vanuit de zorg en dienstverlening in positieve zin kan worden ingespeeld.

Economische tendensen in de gezondheidszorg

In ons zorgstelsel zijn ingrijpende veranderingen gaande. De boventoon hierin wordt gevoerd door economische motieven. De politiek beleidsmatige zorgen lijken alleen nog maar uit te gaan naar doelmatigheid en beheersing van de collectieve lasten. Veel aandacht hiervoor is – gezien de gebleken onbeheersbaarheid van kosten – zeker te rechtvaardigen. Daarover bestaat geen enkele twijfel. Maar opzienbarend is de mate waarin de marktwerking naar voren is gekomen als allesoverheersend ordeningsprincipe. Na de thuiszorg en de specialistische zorg nu ook voor de extramurale zorg (Ministerie van VWS, 2003; Crommentuin, 2003). Marktwerking wordt opgevoerd als panacee voor kostenbeheersing en ook als garantie voor kwaliteit, aangeprezen als passend bij de toonzettende levensstijl van de moderne burger: de klant is koning; centraal staan de eigen verantwoordelijkheid, zelfbeschikking en de prijs/kwaliteitverhouding van zorgproducten. We komen uit een geschiedenis van door aanbod gestuurde zorg. Waar we naartoe moeten – zo luidt het nieuwe credo – is naar door vraag gestuurde zorg.

Minister Hoogervorst stelde, toen hem gevraagd werd naar zijn politieke inzet in 2004 in de Europese Unie: ‘Wij willen als Nederland aandacht vragen voor meer ruimte voor marktwerking binnen een sociale gezondheidszorg’ (NIZW, 2003). Wat in Nederland gebeurt staat niet op zichzelf. De wording van Europa als *internal market* speelt een steeds indringender rol voor het reilen en zeilen van onze zorg. Vanuit de EU worden – door de vrije handel van zorgproducten en het recht op mededinging – de bouw en werking hiervan steeds sterker bepaald (Webster, 2002). De ontwikkelingen in ons land en in Europa zijn op hun beurt niet los te zien van de internationalisering en globalisering van economische structuren en processen. Sociaal-politieke denkbeelden en de economische macht van de VS zijn hierop van grote invloed – zowel in arme als in rijke landen (Sen, 2003).

Het eenzijdige accent op economische motieven en marktwerking dreigt ernstige consequenties te hebben voor gezondheid in de grote stad. Juist hier is – zoals ik hierboven heb laten zien – de betrokkenheid van de zorg bij het dagelijkse leven,

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

‘het sociale’ en de plek wezenlijk. Dat is het huis, de buurt en de regio (Paes, 1999; Van der Maesen, 2001; Nijhuis, 2002). Daar voltrekt zich voor velen de voor gezondheid bepalende wisselwerking met hun sociale en fysieke omgeving. Kwaliteit leveren is zo gezien meer dan het verzekeren van individuele medische risico’s en de medische kwaliteit van zorgproducten. Het gaat niet minder over de kwaliteit van ‘het sociale’. Door de regering werd daarom ook – een half jaar voor de kamerbrief over de marktwerking in de eerstelijnszorg – het belang van ‘samenhangende zorg in de buurt’ beargumenteerd (Ministerie van VWS, 2003). De territoriale betrokkenheid van aanbieders en verzekeraars is daarvoor een *conditio sine qua non*. Deze komt zwaar onder druk te staan. Als gevolg van marktwerking en globalisering neemt de gerichtheid op cliënten buiten de regio toe. Men kan zich immers – zo is de gedachte – als Amsterdammer op afstand vanuit Groningen of München prima verzekeren voor medische producten.

Als de territoriale oriëntatie vervliegt, is het gedaan met de samenwerking tussen hulpverleners en de docenten op de school van Sanira. Voor een dergelijke benadering zijn regelingen en afspraken nodig tussen plaatselijke hulpverleners, instellingen, de lokale overheid en een regionaal georiënteerde zorgverzekeraar. Aan de orde hierbij is niet alleen de productie en handel in medisch werk. Het gaat ook over invullingen van de menselijke maat: de kwaliteit van het dagelijkse leven, sociaal-economische zekerheid en solidariteit – normatieve ideologische kwesties die niet kunnen worden overgelaten aan de markt. De goed geregelde zeggenschap van de politiek – nationaal maar ook lokaal – op passende aspecten is daarbij fundamenteel (Bauman, 1999). Van deze sociaal-politieke essentie is weinig terug te vinden in de laatste beleidsvoornemens van het rijk inzake de extramurale zorg (Ministerie van VWS, 2003). De lokale overheid komt hierin als serieuze mede regisserende partner niet meer voor.

Leeropdracht

Mensbeelden en wetenschappelijke benaderingen

Hoe stel ik mij voor met deze vraagstukken om te gaan vanuit mijn leerstoel?

Het vertrekpunt voor mijn werk ligt bij een bepaalde voorstelling over de werkelijkheid en werking van mensen en samenlevingen: een bepaalde ontologie. Dit

vormt immers de grondslag van ons denken en doen, politiek, professioneel en wetenschappelijk. Bij een bepaalde ontologie hoort als regel een bepaalde kennisleer (epistemologie). Verondersteld wordt dat hiermee valide en volledige kennis over de werkelijkheid kan worden verkregen. Op deze filosofische fundamenteën kan een theorie of hypothese worden opgebouwd en onderzocht (Kunneman, 1986; Schuyt, 1995). Het laatste gebeurt met de inzet van wetenschappelijke disciplines en methoden, bijvoorbeeld verschillende sociologische disciplines, antropologie, geneeskunde, epidemiologie, economie of sociale geografie. De adequaatheid van de ingezette ontologie en epistemologie is essentieel voor de kennis genererende (heuristische) kracht van wetenschappelijk onderzoek. De ontologische vertrekpunten zijn niet waarde vrij: ze zijn normatief en hebben politieke betekenis. Ze leveren nogal uiteenlopende aangrijpingspunten op voor verandering. Anti-rookbeleid kan als voorbeeld gelden. Het uitsluitend verbieden, duur maken van roken en voorlichten van personen is gebaseerd op een individualistisch mensbeeld. Maar bij het aanpakken van de industrieën die tabak produceren en het rookgedrag van mensen stimuleren, worden sociale en economische systemen als wezenlijke sociale structuren gezien, die in wisselwerking met personen het roken bepalen. De keuze voor het aanpakken van het een, het ander of de wisselwerking tussen beiden betreft de onderliggende ontologie en daarmee verbonden politieke opvattingen. De keuze is zeer bepalend voor de effectiviteit van de aanpak en heeft grote consequenties voor gezondheid. Dit geldt ook voor de sociale processen die de grondslag vormen van de bijzondere problematiek van de grote stad. Het expliciet maken van de ontologische en epistemologische vertrekpunten voor mijn leerstoel beschouw ik daarom als essentieel.

In de meeste theorieën en onderzoeksdisciplines – onder andere op het terrein van gezondheid – worden de ontologische en epistemologische vertrekpunten niet expliciet gemaakt (Van der Maesen, 1994 en 1997). Veel toonzettende onderzoekstradities, bijvoorbeeld kwantitatieve sociologie en traditionele (medische) epidemiologie, zijn impliciet vaak gefundeerd op een individualistisch en mechanistisch mensbeeld (Kunneman, 1986). In deze visie wordt de samenleving opgevat als een verzameling individuen met bepaalde kenmerken (leeftijd, sociale status, gedrag, ziekte, sterfte, etc.). In het onderzoek wordt met name bestudeerd of tussen de kenmerken ('factoren') oorzakelijke verbanden bestaan. Hetzelfde gebeurt met factoren uit de omgeving (buurt, zorg, huisvesting, etc.). Men spreekt in dit ver-

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

band vaak over ‘determinanten’ van gezondheid, ook wanneer het menselijk keuzes en gedrag betreft (De Vries, 1998). Deze onderzoeksstructuur gaat er met andere woorden van uit, dat mens en samenleving moeten worden gezien als een complex van oorzaak en gevolg situaties, als een deterministische machine. Vloeiende sociale processen als wederkerige wisselwerkingen tussen mensen en het unieke van menselijke verhalen passen niet in dit beeld. Onderzoek moet plaatsvinden vanaf (objectieve) afstand, zonder intersubjectieve betrokkenheid en betekenisverlening tussen onderzoeker en wat wordt onderzocht (De Groot, 1981). De kennisleer die bij deze ontologische voorstelling over mens en samenleving hoort, wordt aangeduid met ‘methodologisch individualisme’ (Schuyt, 1995). Kritische wetenschappers stellen dat deze benadering in essentie gericht is op de beheersing van natuur en mens door professionals, systemen en de politiek (Habermas, 1982; Foucault, 1986).

Het is opmerkelijk dat de individualistische ontologie en bijbehorende wetenschappelijke benaderingen nog immer de basis vormen van veel dominante actuele *public health*-visies en -programma’s. Dit bleef ook het geval na de uit Canada afkomstige revolutionaire omkering in het denken over gezondheid (Lalonde, 1974). Hierin werd het denken over gezondheid in termen van genezen en bestrijden van ziekte omgebogen naar het bevorderen van gezondheid. Deze omkering was bijvoorbeeld de aanleiding voor het zogenaamde *Healthy Cities*-project. Hierin werd beleidsmatig de nadruk gelegd op de sociale omgeving als constituerende conditie voor gezondheid. Maar het accent in de uitwerkingen bleef vooral liggen op de bevordering van gezond gedrag bij individuen (Nijhuis, 1993 en 1994). Dit was ook het geval in programma’s gericht op het verbeteren van de gezondheid van mensen die in sociaal-economische achterstandsituaties leven en in projecten van *community health promotion* (Mackenbach, 1994). In het beleid voor deze programma’s staan sociale structuren (leefsituaties, communities en zorgsystemen), participatie en *empowerment* (als sociale processen) centraal. Maar dit zijn werkelijkheden die in de gebezigde ontologie en wetenschappelijke benaderingen geen plaats en uitwerking kunnen verkrijgen. Uit een uitvoerige studie van de WHO blijkt dat de methodologisch individualistische benadering hiervoor in ieder geval niet goed werkt (Rootman, 2002). Er ontstaat geen volledig en valide, en ook geen buikbare voorstelling van het werkveld. Sociale structuren en processen komen in het beeld niet voor. En belangrijker nog: het initiatief na de analyse komt uiteindelijk vooral te liggen bij professionals, bureaucratieën en de politiek (‘beheersing’). Door de objectiverende

afstandelijke houding komen verhalen, betekenisverlening en motieven van mensen zelf niet aan bod. Zodoende worden zelfreflectie en zelfwerkzaamheid niet gestimuleerd; van *empowerment* is geen sprake.

De methodologische individualistische wetenschappelijke benadering is nauw verwant met de ontologische voorstelling, die wel wordt aangeduid met 'utilitarisme'. Hierin verschijnen mensen als autonome wezens die met elkaar interacteren uit motieven van nut en zelfontplooiing. 'Het sociale' bestaat niet in deze ontologie. Ook interacties tussen mensen en sociale structuren hebben er geen plaats. Deze visie op mensen is goed herkenbaar in individualistische sociaal-politieke en economische perspectieven, met name afkomstig uit de VS.

In andere ontologiën, bijvoorbeeld het marxisme, staan juist het bestaan en de werking van sociale structuren voorop. Dit geldt ook voor Durkheim. Hij beargumenteerde met zijn beroemde studies over suïcide, dat juist sociale structuren als collectieve realiteiten primair bepalend zijn voor het gedrag van personen (Durkheim, 1897). In deze collectivistische visie, die later uitwerkingen kreeg onder andere van Parsons, komen mensen als functionele onderdelen van sociale systemen op de tweede plaats (Parsons, 1964). Deze visie vormt ook een belangrijk vertrekpunt voor theorieën over *social capital*, die actueel zijn in het zoeken naar adequate wetenschappelijke benaderingen voor het werken met 'het sociale' in het teken van gezondheid ('sociale epidemiologie') (Kawachi, 2000; Kreuter, 2002).

Sociale kwaliteit

Ik heb in mijn betoog – zoals u hebt gemerkt – consistent gesproken over wederkerige interacties tussen mensen en sociale structuren, gezondheidszorg en andere maatschappelijke systemen. De bijzondere kenmerken van gezondheid in de grote stad – zo heb ik betoogd – betreffen immers de kwaliteit van deze sociale interacties. Het gaat daarbij om wederkerige wisselwerkingen. Sanira en haar problemen worden gevormd in de wisselwerking met haar familie, de gemeenschap, de school en de gezondheidszorg. En deze sociale structuren worden – doordat zij er zelf mee werkt en invloed op heeft – door haar ook voortdurend opnieuw gevormd. Ik heb daarmee kenbaar gemaakt, dat het ontologische vertrekpunt voor mijn werk een dialectische voorstelling is van de grootstedelijke samenleving. Mensen en sociale

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

structuren zijn daarin beiden realiteiten. Deze ontplooiën, respectievelijk realiseren zich in een voortdurende onderlinge wisselwerking. Dit vertrekpunt acht ik adequaat voor mijn leeropdracht: nieuwe bruikbare kennis genereren over grootstedelijke samenlevingen, gezondheid van mensen en zorg. Als niet systemen en het aanbod, maar het leven van mensen het vertrekpunt is voor ons werk, dienen de kwaliteit van sociale interacties, persoonlijke verhalen en eigentijdse levensstijlen en waarden een centrale plek te hebben. Deze keuze heeft betekenis voor de heuristische kracht van mijn werk (zoeken naar waarheid), voor de uitwerking van mijn werk op mensen (*empowerment*) en beleidsmakers (bruikbare kennis voor vernieuwing).

Het zoeken naar valide en juiste ontologische vertrekpunten blijft een fundamenteel en actueel thema in sociaal-politieke en filosofisch-wetenschappelijke zin. Ook het dialectische mensbeeld is een blijvend onderwerp van veel en uiteenlopende sociologische studies (Habermas, 1981; Elias, 1984; Giddens, 1984; Sztompka, 1991; Bhaskar, 1993). Het vormt ook de grondslag van de theorie over sociale kwaliteit (Beck, 1997 en 2003). Deze theorie wordt, onder leiding van de hier in Amsterdam gevestigde European Foundation of Social Quality, ontwikkeld en uitgetest in een netwerk van Europese universiteiten. ‘Sociale kwaliteit’ wordt gedefinieerd als ‘de mate waarin burgers in staat zijn om deel te nemen aan het sociale en economische leven, onder condities die hun welbevinden en individuele potenties stimuleren’. Het concept ‘sociale kwaliteit’ is opgebouwd uit vier componenten, die onderling met elkaar in wisselwerking verkeren: *empowerment*, sociale cohesie, sociale insluiting en sociaal-economische zekerheid. De componenten constitueren als het ware de kwaliteit van het menselijke bestaan en staan dus voor een bepaalde opvatting over eigentijdse waarden. Ze worden op basis van actuele theorieën en onderzoeken gedefinieerd en kunnen vanuit verschillende epistemologische perspectieven worden onderzocht. De Europese onderneming is zowel een wetenschappelijk als een politiek project dat gericht is op het verkrijgen van een beter begrip over hoe mensen en samenlevingen zich ontplooiën. Maar de vertrekpunten voor het werk staan niet los van (normatieve) opvattingen over menswaardigheid en sociale rechtvaardigheid.

Voor mijn leeropdracht is de theorie over sociale kwaliteit zeer bruikbaar. Menselijke situaties en problemen verschijnen in dit perspectief in beeld als de uitkomst van individuele kwaliteiten, kwaliteiten van sociale systemen en de aard van de wissel-

HARRY NIJHUIS

werking tussen beiden. Deze verschijnen vervolgens ook als de drie aangrijpingspunten voor verbetering. De beperktheid van de individualistische geaardheid van wetenschappelijk werk en interventies kan zodoende worden ontstegen. Voor Sanira waren de componenten daadwerkelijk in het geding: de eigen identiteit en daarop gebouwde zelfwerkzaamheid, sociale cohesie en in-/uitsluiting. In het geding waren ook de sociale kwaliteit van de gezondheidszorg: het niveau van sociaal-economische zekerheid, dat wordt geboden, en de culturele toegankelijkheid en de samenhang met en betrokkenheid op sociale aspecten in het dagelijkse leven (*empowerment*), evenals de betekenis van een betrokken zorg en dienstverlening voor de sociale cohesie en het sociale kapitaal in de stad. Met de inzet van de theorie over sociale kwaliteit valt voor professionals en beleidsmakers een zinvol onderscheid te maken tussen (individueel gerichte) 'medische' kwaliteit en (collectief gerichte) 'sociale' kwaliteit van gezondheidszorg (Van der Maesen, 1997; Nijhuis, 2001).

Onderzoek, ontwikkeling en onderwijs

Het genereren van kennis over interacties van de grootstedelijke samenleving en zorg in het licht van gezondheid van mensen vraagt de samenhangende inzet vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken (sociologie/antropologie, (sociale) geneeskunde, geografie, economie, etc.). Op basis van deze brede samenhang kan recht gedaan worden aan het integrale karakter en actuele waarden die worden ervaren in het dagelijkse leven.

In Den Haag bestaat sinds enkele jaren de 'proeftuin maatschappelijke gezondheidszorg' (Nijhuis, 1997; Van der Maesen, 2001). Dit is een samenhangend programma van onderzoek en ontwikkeling, gericht op de verbetering van de sociale kwaliteit en de effectiviteit van het werken aan gezondheid. Het werkveld is met name het extramurale in een omschreven geografisch gebied (stadsdeel Centrum). Deze uitgangspunten zijn essentieel, omdat zich hier het geheel aan interacties afspeelt tussen mensen in het dagelijkse leven en systemen. In verschillende, onderling samenhangende projecten worden nieuwe concepten, werkwijzen, vormen van participatie en dialoog, organisatie- en financieringsstructuren uitgetest. 'Centra voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' komen hierin naar voren als interessante structuren om samenhang, betrokkenheid en sociale cohesie te bevorderen (Nijhuis, 2002). Met aanbieders en financiers wordt getracht het

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

nieuwe structureel te maken. Het gaat om zorg, maar niet minder om het investeren in voorwaarden voor gezondheid via de betrokkenheid van andere beleidsdomeinen. De STIOM speelt in de praktijk van de proeftuin – als verbindende schakel tussen hulpverleners, systemen en mensen in hun sociale netwerken – een centrale rol. De dialoog, die via deze nieuwe sociale structuur tot stand wordt gebracht, heeft betekenis in meerdere opzichten. Er ontstaat gedeeld begrip en gemeenschappelijk handelen tussen actoren, zodat adequaat en effectief kan worden ingespeeld op actuele behoeften en waarden van gezondheid. In het huidige politieke klimaat wordt de verschuiving van aanbod naar vraag gestuurde (via de markt gereguleerde) zorg opgevoerd als de oplossing voor het tekort aan gerichtheid op waarachtige behoeften. Maar ‘de vraag’ ligt niet zomaar, als een a-priori gegeven, voor het oprapen. In de proeftrein benadering wordt ervan uitgegaan, dat de aard van de vraag wordt bepaald door de geaardheid van de dialoog, die erover plaats vindt. Meer zeggenschap voor cliënten is eerder een kwestie van meer accent op ‘dialoogsturing’ dan op vraagsturing (Tonkens, 2003). In dit verband is de voorstelling van de ‘ideale gesprekssituatie’ van Habermas, waarin de voorwaarden voor volwaardige zeggenschap van de deelnemers wordt uitgebeeld, verhelderend (Habermas, 1981).

Maar de beschreven werkvorm voor gezondheid met de STIOM als schakel heeft een bredere betekenis. Het is mogelijk ook een antwoord te geven op de vraag die Habraken zich stelt met het oog op het ontwikkelen van een bij menselijke waarden passende stedelijke architectuur: ‘Onze steden zijn niet in staat om zichzelf te vernieuwen, zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden; het is de moeite waard te onderzoeken hoe dat proces beter kan worden georganiseerd.’ (Habraken, 2003). Voor het realiseren van een samenhangende aanpak van wonen-zorg-welzijn lijkt deze benadering dan ook van essentiële betekenis te zijn, maar zij heeft tevens betekenis in een breder sociaal-cultureel perspectief. In de georganiseerde dialoog vindt ook interculturele uitwisseling plaats, die voor een deel het antwoord vormt op de botsende culturele waarden, die in deze tijd de sociale cohesie in achterstandswijken in de grote stad zo pijnlijk ondermijnen. Het vormt met andere woorden een stimulans om van wijken weer ‘kuuroorden’ in plaats van ‘guuroorden’ te maken. In dat licht bezien kan – naar het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid over ‘Waarden, normen en de last van het gedrag’ – aan pluriformiteit als belangrijke waarde en traditie in ons land een grote bijdrage worden geleverd (Schuyt, 2003).

HARRY NIJHUIS

Mijn voornemen is om naar het voorbeeld in Den Haag in Amsterdam een soortgelijke ‘proeftuin maatschappelijke gezondheidszorg’ op te zetten. Dit onderzoek, dat een beter begrip van de problemen en zicht op de resultaten moet brengen, dient te worden ondernomen vanuit verschillende kennisperspectieven:

Allereerst: het hermeneutisch perspectief. Hier is de bron van kennis de intersubjectieve dialoog tussen mensen. Het vormt het fundament van de sociale structuur, die wordt ontwikkeld en uitgetest in de proeftuin. Het leidt tot nieuw begrip over behoeften en waarden, levensverhalen en de contexten waarin deze zich voltrekken. Voor de betrokkenen zelf biedt de reflectie op de eigen situatie en het handelen nieuw zelfbewustzijn; het stimuleert de zelfwerkzaamheid en werkt via deze weg emanciperend. Gerhard Nijhof heeft ons tijdens zijn afscheidscollege in deze aula een week geleden nog eens uitvoerig voorgehouden wat van deze benadering de grote betekenis is.

Ten tweede: het objectiverende perspectief. Dit bracht ik zojuist in kritische zin ter sprake in verband met de vaak eenzijdige individualistische en mechanistische oriëntatie. Ook dit is uiteraard een belangrijke bron van kennis. Het stelt ons in staat om op geaggregeerd niveau problemen te identificeren en hierin patronen (‘wetmatigheden’) te ontdekken, die een beter begrip opleveren. Het levert vooral nieuwe uitrusting op voor interventies van professionals en beleidsmakers. Allerlei tussenvormen of combinaties van hermeneutisch en objectiverend onderzoek zijn mogelijk.

En ten derde: de vertooganalyse, de historische analyse en reflectie op maatschappelijke ontwikkelingen, beleid en de consequenties. Informatie en kennis afkomstig van de zojuist genoemde perspectieven hebben hieraan belangrijke bijdragen te leveren. Deze benadering leidt tot nieuwe inzichten over sociale verhoudingen en effecten van beleid. Voorbeelden zijn de analyse van het ‘multiculturele project’ in ons land in de afgelopen decennia of het ‘verloop en de consequenties van marktwerking in de zorg’ in diverse landen (Sen, 2003). Via deze weg kunnen nieuwe kennis en actie één worden, en via debat en beleid leiden tot vernieuwing.

Het onderzoek in de bestaande proeftuin in den Haag is op dit moment te zeer gefragmenteerd om de beoogde samenhang in beeld te kunnen brengen. Het mist daarvoor ook een uitgewerkte adequate theoretische grondslag, die de benodigde wetenschappelijke disciplines kan verbinden. De proeftuin is met andere woorden

GROTE STAD, GEZONDHEID EN ZORG

exemplarisch voor de bestaande praktijk van wetenschappelijk werk, in ieder geval op het terrein van gezondheid (Rootman, 2003). Mij dunk dat de leerstoel door de universiteit is ingesteld om een knooppunt te vormen voor het verbinden van de betrokken disciplines. De theorie over 'sociale kwaliteit' zou een interessante en plausibele werkhypothese kunnen vormen, waarmee de verbinding gerealiseerd kan worden. De proeftuinen zijn daarnaast een rijke bron voor het onderwijs aan mijn studenten, met name vanwege de combinatie van diverse wetenschappelijke invalshoeken. Zij vormen de inspiratie en het materiaal voor mijn colleges, maar ze bieden ook interessante plekken voor stages en grondstof voor het maken van scripties. Op deze wijze zijn via de leerstoel systematisch bruggen te slaan tussen universiteit en werkveld, tussen theorie en praktijk. Reeds geruime tijd werk ik aan een netwerk van Europese steden, die op basis van soortgelijke principes zullen gaan samenwerken. In de uitwisseling tussen verschillende Europese contexten valt veel te leren. Maar het netwerk zal ook argumenten opleveren voor de verdere ontwikkeling van de theorie over 'sociale kwaliteit' en 'moderne *public health*', voor zorgbeleid in de grote stad en het grote stedenbeleid, en last but not least voor voldoende aandacht voor de 'menselijke maat' in landelijk en Europees beleid.

Beleidsthema's

En zo ben ik terug bij de zoektocht van Sandor Marai. Er is veel veranderd in Europa. Met het sovjetcommunisme is het intussen gedaan. Sociaal-politieke, met name utilitaristische ideeën uit de VS, zijn meer dan ooit aanwezig op het wereldtoneel. Nederland is op weg om politiek, economisch en sociaal-cultureel onderdeel te worden van Europa. Met de euro op zak gaat nu nog bijna alle aandacht uit naar het regelen van de *internal market*. Authentieke Europese waarden en menswaardige invullingen van sociaal beleid, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, hebben we nog niet gevonden. We zijn op zoek.

In het licht van mijn betoog verschijnen enkele cruciale beleidsthema's in beeld:

Ten eerste: het in Nederlands en Europees verband benoemen van eigentijdse waarden, die – nadrukkelijk in samenhang met economische motieven – kunnen gelden als vertrekpunten voor een menswaardige en ook effectieve invulling van zorg voor ziekte en gezondheid. Bijvoorbeeld: het zoeken van een juiste balans

HARRY NIJHUIS

tussen markteconomie en utilitarisme enerzijds, en humanisme, sociale rechtvaardigheid en solidariteit anderzijds.

Ten tweede: het instandhouden van voldoende sociaal-economische zekerheid in ons zorgstelsel. Dat is de inhoud van en de toegang tot een menswaardig basispakket. De extra problematiek in de stad is immers te herleiden tot risicogroepen in achterstandssituaties. Deze zijn hiervan nog steeds sterk afhankelijk. De uitspraken van de heer Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, zijn veelzeggend voor de boventoon in het huidige politieke klimaat: ‘zoveel mogelijk uit het basispakket’ (Rosenberg, 2003).

Ten derde: het regelen van evenwichtige aandacht voor enerzijds individuegerichte zorg voor ziekte en beperking, en anderzijds het investeren in voorwaarden voor sociale en fysieke kwaliteit (*empowerment*). Dit betreft het onderscheiden van wat wel en wat niet via de markt kan worden geregeld (Nijhuis, 2002). Het betreft ook het organiseren van de territoriale gerichtheid en het regelen van onderscheiden verantwoordelijkheden voor verzekeraars, aanbieders en gemeenten in een regio om de verschuiving van aanbod-, naar vraag- en naar dialooggestuurd mogelijk te maken. Zodoende kan het accent worden verlegd van zekerheid bieden achteraf naar zekerheden creëren vooraf. Dit vormt een centraal thema voor de invulling van de moderne verzorgingsstaat (European Commission, 2003). Minister Hoo-gervorst had ook kunnen zeggen: ‘meer aandacht voor een sociaal georiënteerde zorg en waar mogelijk en gepast een rol voor marktwerking’. In deze verhouding zijn op termijn de meest grondige antwoorden te geven, ook op de actuele economische vraagstukken. Het grote stedenbeleid zou het aangewezen kader moeten zijn om dit op te pakken.

En ten slotte: het regelen van realistische compensaties voor aanbieders en financiers van gezondheidszorg in de grote stad voor de bovenmatige werkbelasting en kosten. Het is evident dat in de stad meer werk moet worden verzet dan elders. Wonen, werken en voorzieningen exploiteren zijn er duur. Voor verzekeraars en aanbieders vormen het werk en de cliënten een extra bedrijfsrisico (PZGS, 2003).

Dankwoord

Mijnheer de Rector Magnificus, dames en heren, ik ben toe aan mijn dankwoord

Ik ben het stadium van prof.dr.ir. W. Akkermans voorbij. Ik ervaar mijn benoeming in de bijzondere leerstoel Grote stad en gezondheidszorg als een grote eer en bijzondere gebeurtenis in mijn leven. Vandaag heb ik in uw aanwezigheid de toon gezet voor mijn werkzaamheden.

Ik wil het College van Bestuur van de Universiteit bedanken voor zijn besluit om de bijzondere leerstoel in te stellen en in te stemmen met mijn benoeming. Het initiatief is in eerste instantie genomen door twee leden van de Amsterdamse Raad voor Stadsontwikkeling: Hetty Willemse en Leon Deben. Dat het er echt van gekomen is, is toe te schrijven aan de volharding en financiële inzet van de leden van het curatorium: Leon Deben en Sjaak van der Geest van de afdeling Sociologie en Antropologie, de directie van de SIGRA, Jeroen Crasborn, regiodirecteur AGIS-Zorgverzekeringen en de dienst OCW van de gemeente Den Haag. Ik ben hen dankbaar voor het vertrouwen dat zij in mij hebben gesteld. Bij Jetta Klijnsma, wethouder WVE en Ton van Dijk, directeur Volksgezondheid in Den Haag, heb ik steeds volop medewerking ontmoet om mij beschikbaar te maken voor deze leerstoel.

Dat ik hier sta, heeft alles te maken met dat ik me altijd omringd heb geweten door een warme familie en fijne vrienden en collega's. Ze legden me in de wieg, ze openen deuren, namen me bij de hand, werkten met me samen en stimuleerden mij in een eigenzinnige houding. Ik kom uit het Haagse en heb vooral daar gewerkt met veel collega's in de stad en binnen de gemeente. Zonder hen – dat staat als een paal boven water – zou ik hier vandaag niet hebben gestaan. Apart wil ik noemen mijn collega's van het bureau Public Health: Albert, Marloes, Beatrice, Isabel en Heidi. En natuurlijk Trees van der Maat, directeur van de STIOM en zijn projectleiders. We werken al jaren samen om – ijs, weder en marktwerking dienende – onderzoek en ontwikkeling in praktijk te brengen. Daar ligt de bron van de expertise die ik nu bij me draag. In het Amsterdamse heb ik uiteraard minder biografie liggen. Wel is dit het geval bij Laurent van der Maesen, directeur van de European Foundation of Social Quality, waarmee ik al lange tijd samenwerk. Het werken met jou Laurent is geen sinecure. Het gaat het beste als je goed geslapen hebt. Altijd trek jij weer cou-

HARRY NIJHUIS

lissen opzij waarachter verdiepingen, nieuwe zienswijzen of waarheden verschijnen. En zo zijn er natuurlijk nog velen die ik heel graag zou willen noemen. Zij weten dat hopelijk en weten ook dat ik hen dank voor de samenwerking die ik met hen mocht hebben.

En last but not least: het thuisfront. Ik vind het fantastisch dat mijn ouders hier aanwezig zijn en deze dag kunnen meemaken. Bij hen liggen immers de fundamenteën. En Truus, Barbara en Joost, het thuisfront van het hier en nu. Barbara en Joost blijven ieder op een heel eigen manier bijzondere inspiraties. Voor jou, Truus, is het makkelijk te zeggen. Jij geeft mij steeds de ruimte en steun om in die andere wereld, die niet de jouwe is, te groeien. 'Houd het vooral kort en duidelijk', is wat ik alsmaar van je hoor. Ik hoop dat het vandaag is gelukt. Wat je te weinig van mij hoort is, dat je met je liefde, persoonlijkheid en je eigen artistieke werk een nooit aflatende bron van inspiratie voor mij bent.

Ik ben aan het einde gekomen van mijn openbare les. Grote steden zijn van oudsher de plekken waar creativiteit en innovatie hun habitat vinden. In de huidige diversiteit van culturen en levensstijlen ligt een groot kapitaal te wachten op ontginning. Juist in deze tijd zien we nog veel teveel de fricties. Ik hoop dat wij, wetenschappers van deze universiteit, studenten en betrokken partijen in de grote stad, de inspiratie, kennis, het debat en de initiatieven weten te genereren die zullen bijdragen tot een beter leven, gezondheid en werkplezier in de stad.

En voor wie intussen de moed in de schoenen gezonken is, sluit ik af met een citaat van Peter Hall: 'Cities were and are quite different places, places for people who can stand the heat of the kitchen: places where the adrenaline pumps through the bodies of the people and the streets on which they walk; messy places, sordid places sometimes, but places nevertheless superbly worth living in, long to be remembered and long to be celebrated.'

En daarmee heb ik gezegd.

Literatuur

- Amrit (1999). *Vijf jaar STIOM. Ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn*. Den Haag: STIOM
- Bashkar, R. (1993). *Dialectic: the pulse of freedom*. Londen: Verso
- Bauman, Z. (1999). *Search of politics*. Cambridge: Polity Press
- Beck, W., Maesen, L.J.G., van der, Walker, A. (eds.) (1997). *The social quality of Europe*. Den Haag: Kluwer Law International
- Beck, W., Maesen, L.J.G., van der, Thomese, F. (red.) (2001). *Social quality: a vision for Europe*. Den Haag: Kluwer Law International
- Brauw, M. de (2001). *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*. Amsterdam: Van Oorschot.
- Castels, M. (1997). *The information age: economy, society and culture*. Oxford: Blackwell Publishers
- Crommentuin, R. (2003). 'Artsen moeten inzien dat de kosten er ook toe doen. Gesprek met Minister Hoogervorst.' *Medisch Contact* (58) 40. p. 1510-1513
- Durkheim, E. (1897). *Suicide. A study in sociology*. New York: Free Press
- Duyvendak, J.W. (2002). 'Wilde wijken. Over natuurlijke omgevingen en het gedogen van gekte.' *Beleid en Maatschappij. Jaarboek 2002*. Amsterdam: Boom
- Elias, N. (1984). *Wat is sociologie*. Utrecht: Spectrum
- European Commission (2003). *Round Table: a sustainable project for Europe. Background Papers*. Brussel: European Commission
- Foucault, M.F. (1986). *Geboorte van de kliniek. Archeologie van de medische blik*. Nijmegen: SUN.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press
- Gemeente Den Haag (1999). *De kracht van Den Haag: een stad, die actief investeert in mensen, hun werk, wonen, cultuur en welzijn. Haags plan grote stedenbeleid (GSB/ISV), 2000-2004*. Den Haag: Gemeente Den Haag
- Gemeente Den Haag (2002). *Gezondheidsmonitor 2002*. Den Haag: Gemeente Den Haag, dienst OCW
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press
- Groot de, A.D. (1981). *Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Den Haag: Mouton
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen handelns. Band 1 und 2*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Habraken, N.J. (2003). 'Onze steden vernieuwen zich niet'. Amsterdam: *de Volkskrant*, 11 november 2003
- Hall, P.G. (1998). *Cities in civilization*. New York: Pantheon Books
- Huisman, C. (1998). *Regionale allochtonen prognose 1996-2016*. Den Haag: NIDI

- Kawachi, I., Berkman, L. (2000). 'Social cohesion, social capital and health'. In *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press
- Kerkhoff, A.H.M., *De staat als dokter: sociaal en politiek filosofische denkbeelden over staat en gezondheidszorg in de westerse wereld voor 1870*. Bussum: Coutinho, 1997.
- Kreuter, W.M. et al. (2003), 'Social capital: evaluation implications for community health promotion.' In Rootman et al. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No 92, Copenhagen: WHO.
- Krikke, H. (2000). 'Het verhaal van Sanira.' In Haffmans, J., Nijhuis, H.G.J., Struben, H. (red.). *Aan de grenzen. Suicidaal gedrag onder meisjes en jonge vrouwen*. Den Haag: Gemeente Den Haag/Bureau Public Health.
- Krikke, H. (2003). *Als niemand luistert. Verhalen van allochtone meisjes op een zwarte school*. Amsterdam: Van Gennep
- Kunneman, H. (1986). *De waarheidstrechter. Een communicatief theoretisch perspectief op wetenschap en samenleving*. Meppel: Boom
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Ministry of Health and Social Welfare
- Lucht, F., van der, Verkleij, H. (red.) (2000). *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen*. Bilthoven: RIVM/Bohn Stafleu van Lochem
- Lucht, F., van der, Verkleij, H., (red.) (2003). *Zorg in de grote steden*. Bilthoven: RIVM/Bohn Stafleu van Lochem
- Maassen, H. (2003). 'Over gemeenschapszin wordt niet meer gerept.' *Medisch Contact*, 58 (20), p. 794-796
- Maassen, H. (2003). 'Een nieuw kompas. Richard Horton: 'In het hart van de geneeskunde zit een leugen.' *Medisch Contact*, 58 (48), p. 1850-1853
- Mackenbach, J.P. (1994). *Ongezonde verschillen. Over de stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen: Van Gorcum
- Maesen, L.J.G. van der, Nijhuis, H.G.J. (1992). 'Het stadsdeel Centrum in Den Haag. Een vertrekpunt voor antwoorden op nieuwe uitdagingen?' *Epidemiol Bul Grav*, 27 (2). p. 3-12
- Maesen, L.J.G. van der, Nijhuis, H.G.J. (1994). 'The philosophical foundations of public health. An Invitation to debate.' *J Epidemiol Comm Health*, 48 (1). p. 1-3
- Maesen, L.G.J. van der, Nijhuis, H.G.J. (1997). 'Continuing the debate on the philosophy of modern public health. Social quality as a point of reference.' *J Epidemiol Comm Health*, 54 (2). p. 134-142
- Maesen, L.G.J. van der, Nijhuis H.G.J. (2001). 'De Haagse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de nieuwe tijd.' *Epidemiol Bul Grav*, 35 (1). p. 52-61
- Marai, S. (2002), *Land, land!* Amsterdam: Wereldbibliotheek
- Middelkoop, B.J.C. (2001). *Diabetes: a true trouble. Studies on cardiovascular risk, ethnicity, socioeconomic position and intervention possibilities*. Den Haag: Municipal Health Service
- Ministerie van V.W.S. (2001). *Zorg aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Sdu Uitgevers

- Ministerie van V.W.S. (2003). *Zorg in de buurt. Versterking huisartsenzorg. Brief aan de tweede kamer*. Den Haag: Ministerie van V.W.S.
- Ministerie van V.W.S. (2003). *De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Brief aan de Tweede Kamer*. Den Haag: Ministerie van V.W.S.
- Nijhuis, H.G.J. (1993). 'The Healthy City's movement in the Netherlands.' *Health & Social Care*, 3 (2). p. 53-56
- Nijhuis, H.G.J. (1994). *Voorwaarden voor vernieuwing van public health. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief*. Delft: Elmar
- Nijhuis, H.G.J. (1997). 'New Public Health in Den Haag. Het georganiseerde samenspel van zorgvernieuwing in een grote stad.' *Epidemiol Bul Grav*, 32 (2). p. 1-9
- Nijhuis, H.G.J. (1999). 'Allochtonen en Gezondheid(szorg) in de Grote Stad. Reflecties op de voorgaande bijdragen.' *Epidemiol Bul Grav*, 34 (2/3), p. 37-43
- Nijhuis, H.G.J. (1999). 'Public Health in Den Haag anno 1998. 'Over de aard van eigentijdse gezondheidsproblemen en een daarbij passende aanpak.' Kerkhoff, A.H.M. et al (red.). *Moderne public health in Den Haag*. Den Haag: Bureau Public Health
- Nijhuis, H.G.J. (2001). 'Van technisch-economische naar sociale kwaliteit van gezondheidszorg. *Tijdschr Soc Geneesk*, 79 (2). p. 77-78
- Nijhuis, H.G.J. (2002). 'De toekomst van de eerstelijnszorg: Markt of geregeld samenspel.' *Medisch Vandaag*, Utrecht: Medisch Vandaag B.V.
- Nijhuis, H.G.J. (2002). 'Sociale kwaliteit als leidmotief voor een toekomstige gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting voor mensen met beperkingen.' Vulto, M. (red.). *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers. Op weg naar 2020*. Leiden: S.T.G.
- Nijhuis, H.G.J., Struben, H.W.A. (1991). 'Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem? Beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal.' *Epidemiol Bul Grav*, 26 (4). p. 13-8
- N.I.Z.W. (2003). 'Interview met Minister Hoogervorst.' *Intermezzo*, 4, p. 10
- Oosterbos, H. (2003). 'Mislukte markwerking. Wijkgerichte eerstelijnsgezondheidszorg is taak van gemeenschap.' *Medisch Contact*, 58 (46), p.1768-1770
- Overgoor, A.G. (2003). 'Zorg en welzijn bijeen. Een nieuwe structuur voor de eerstelijnszorg.' *Medisch Contact*, 58 (23), p. 938-941
- Paes, M. (1999). *Zorg op menselijke maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken*. Zwolle: L.I.O.
- Penris, M., Koornstra, A. (red.) (2003). *Een gezond grote stedenbeleid?* Bilthoven: RIVM/Bohn Stafleu van Lochem
- Platform Zorginstellingen Grote Steden (P.Z.G.S.) (2003). *Goede zorg in de grote stad. Een oproep aan de rijksoverheid en de grote steden*. Amsterdam: AdvieSiZ
- Rijssel, W. van (2003). 'Afgehandelde hulpvraag komt altijd terug. Dat maakt de zorg op den duur onbetaalbaar. STIOM nu in vier Haagse wijken.' *Epidemiol Bul Grav*, 38 (1), p. 27-31

- Rootman, I. et al. (2003). 'A framework for health promotion evaluation.' *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No 92, Copenhagen: WHO
- Rosenberg, E., Walle, E. van der (2003). 'Naar de dokter? Boter bij de vis.' *Zorgverzekeraar Hans Wiegel juicht snoeien in het basispakket toe*. Rotterdam: NRC Handelsblad, 26 augustus 2003
- Schnabel, P. (2000). 'Een sociale en culturele verkenning voor de lange termijn' in *Trends, dilemma's en beleid*. Den Haag: Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau
- Schudel, W.J., Struben, H.W.A., Vroom, J.M. (1998). 'Suïcidaal gedrag en etnische afkomst in Haag 1987-1993.' *Epidemiol Bul Grav*, 33 (4)
- Schuyt, C.J.M. (1995). *Filosofie van de sociale wetenschappen*. Utrecht: De Tijdstroom
- Schuyt, C.J.M. (2003). *Geen gemoraliseer*. Amsterdam: de Volkskrant, 9 december 2003
- Sen, K. (red.) (2003). *Restructuring health services. Changing contexts and comparative perspectives*. Londen: Zed Books
- Sztompka, P. (1991). *Society in action. The theory of social becoming*. Cambridge: Polity Press
- Taylor, C. (1994). *Sources of the self. The making of modern identity*. Cambridge: University Press
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerving, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW
- Vries, H. de (1998). 'Determinanten van gedrag'. In Demoiseaux, H.T. et al. (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum
- Vulto, M., Buytendijk, J. (2003). *Duizend bloemen in één kleurrijk boeket. Op weg naar een georganiseerde eerste lijn*. Leiden: S.T.G
- Webster, C. (2002). *The national health service. A political history*. Oxford: Oxford University Press
- Wesenbeek, R. (2000). 'Achtergronden en betekenissen van suïdaal gedrag', in Haffmans, J., Nijhuis, H.G.J., Struben, H. (red.). *Aan de grenzen. Suïcidaal gedrag onder meisjes en jongen vrouwen*. Den Haag: Gemeente Den Haag/Bureau Public Health
- Zeeman, M. (2003). *Michaël Zeeman reist langs Europa's nieuwe grenzen. Vandaag: Debrecen*. Amsterdam: de Volkskrant, 12 juli 2003