UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Sociale geneeskunde: de derde weg

Klazinga, N.S.

Publication date

2000

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Klazinga, N. S. (2000). *Sociale geneeskunde: de derde weg*. (Oratiereeks). Vossiuspers AUP.

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.

Sociale geneeskunde: de derde weg

Vossiuspers AUP

Deze uitgave is tot stand gekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Colorscan, Voorhout

Opmaak: JAPES, Amsterdam

Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 90 5629 137 8

© Vossiuspers AUP, Amsterdam, 2000

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 j0 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.

Sociale geneeskunde: de derde weg

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
in de sociale geneeskunde,
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 9 maart 2000

door

N.S. Klazinga

VOSSIUSPERS AUP

Mijnheer de rector magnificus, geachte toehoorders,

‘Gezondheid is politiek; dokters zijn de natuurlijke belangenbehartigers van de armen en sociale problemen behoren voor een groot deel tot hun aandachtsgebied’ (Sand, blz. 204). Deze, en soortgelijke uitspraken werden in 1848 in Berlijn gedaan door de toen 27-jarige Rudolf Virchow. Hij had kort daarvoor op verzoek van de Pruisische autoriteiten een bezoek gebracht aan Opper-Silezie om de omvang en de ernst van een tyfusepidemie in kaart te brengen en werd getroffen door de armoede en hongersnood die naar zijn stellige overtuiging de basis vormden van de slechte gezondheidssituatie. Gedurende zijn hele leven bleef hij op eigenzinnige wijze de rol van de staat bij het bevorderen van de volksgezondheid propageren en van 1883 tot 1893 was hij lid van de Rijksdag. Toch zullen de meesten onder u Virchow niet kennen als de revolutionair van 1848, maar eerder als de vermaarde patholoog en auteur van het in 1858 verschenen *Die Cellular-Pathologie*. In deze publicatie werd het inzicht dat elke cel uit een andere voortkomt uitgedragen, een notie die ons begrip over ziekten als leukemie en andere vormen van kanker sterk heeft beïnvloed. Virchow eiste van de staat een methodische aanpak bij het bestrijden van gezondheidsproblemen en bepleitte een ministerie van volksgezondheid dat op basis van gezondheidsstatistieken haar werk zou doen.

Maar ook bij het onderzoek naar de ontsporing van lichaamscellen bepleitte hij een methodische aanpak. In het voorwoord van *Die Cellular-Pathologie* stelt hij onder andere: ‘*Bei den grossen Fortschritten des Einzelwissens ist es der Mehrzahl der praktischen Aerzte immer schwieriger geworden, sich dasjenige Mass der eigenen Anschauung zu gewinnen, welches allein eine gewisse Sicherheit des Urteils verbürgt*’. Het oordeel van de arts kan niet voldoende gewaarborgd worden door op eigen waarneming gebaseerde kennis, maar dient aangevuld te worden met systematisch verkregen inzichten. Virchow zoekt de wetenschappelijke methode vooralsnog in het systematisch observeren. Deze wordt vanuit Parijs gecomplementeerd met de experimentele methode

door de fysioloog Claude Bernard in zijn in 1865 uitgegeven boek *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale*. Ik gebruik hier bewust het woord *gecomplementeerd*, omdat Bernard stelt: '*La médecine empirique et la médecine expérimentale ne sont point incompatibles; elles doivent être au contraire inséparable l'une de l'autre*' (Bernard, blz. 359).

Waarom een start gemaakt met een rede over sociale geneeskunde in het Berlijn en Parijs van 1848? In de eerste plaats omdat het leven van Virchow mij de vijf elementen verschaft die in deze rede steeds terug zullen komen: de geneeskunde en de samenleving als twee op elkaar betrokken sociale systemen, als derde de methode van wetenschappelijk onderzoek, als vierde de methode van beleid en management en als vijfde element de gezondheidsdoelen, inclusief de zorg voor zieken, waarop de andere vier elementen zich in hun onderlinge wisselwerking richten.

Daarnaast is 1848 een sleuteljaar. Ontwikkelingen vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw vormen als het ware de *genetic imprint* van de wijze waarop de geneeskunde en de samenleving hedentendage als sociale systemen zijn georganiseerd. Een academisch medisch beroep, ziekenhuizen als de werkplaats voor de beoefening van de specialistische geneeskunde, een stelsel van openbare gezondheidszorg, een democratische staatsvorm, overheidssturing op het terrein van de sociale wetgeving, het zijn allemaal zaken die vanaf 1848 hun fenotypische verschijningsvorm krijgen. Daar komt bij dat in Parijs in 1848 Jules Guérin, uitgever van de *Gazette médicale*, voor het eerst de term sociale geneeskunde gebruikte als een koepelbegrip voor die aspecten van de geneeskunde die de samenleving als geheel beïnvloeden.

Wat is er in de afgelopen 150 jaar veranderd? Anno 2000 staan we aan de vooravond van het volledig in kaart brengen van het menselijk genoom. De celleer van Virchow en de fysiologie van Bernard zijn verder ontwikkeld tot vakgebieden zoals de genetica en immunologie. De wetenschappelijke methode volgens welke de geneeskunde met nieuwe kennis wordt gevoed, is door middel van trials geformaliseerd. Van *einzelwizens* is thans geen sprake meer door een wereldwijde poging bestaand onderzoek na weging van de waarde breed toegankelijk te maken – een beweging waaraan de naam van de Engelse public health arts Archie Cochrane is verbonden. De gemiddelde levensverwachting is van 36,1 jaar voor mannen en 38,5 jaar voor vrouwen in de periode 1840-1851 verdubbeld tot 74,6 jaar voor mannen en 80,3 jaar voor vrouwen in 1994. Meer dan 150 jaar na haar inceptie, be-

vindt de sociale geneeskunde zich nog steeds in het krachtenveld tussen geneeskunde en samenleving. De sociale systemen van geneeskunde en samenleving hebben zich echter verder gedifferentieerd, onder andere langs de lijnen van de professionalisering, institutionalisering, verwetenschappelijking, technocratisering en individualisering. Om de toenemende complexiteit te duiden, zijn een groot aantal nieuwe begrippen geïntroduceerd. We spreken niet meer over geneesheren en gasthuizen maar over medische-, verpleegkundige- en para-medische beroepen werkzaam in een stelsel van intra- en extramurale gezondheidszorgvoorzieningen en een netwerk van openbare gezondheidszorg. Verantwoordelijkheden voor de uitvoering en financiering van dit alles zijn een amalgaam van publieke en particuliere bemoeienis. De samenleving is inmiddels gewend aan de betrokkenheid van de overheid op veel maatschappelijke terreinen en ziet het stelsel van gezondheidszorg en de collectieve financiering daarvan minder als een collectief goed en georganiseerde risico- en inkomenssolidariteit dan als een eigenstandige technocratie welke zich te weinig richt op individuele noden.

Krantenkoppen en televisieprogramma's illustreren dat de wisselwerking tussen geneeskunde en samenleving nog even actueel is als in 1848. Het gaat nu alleen om andere thema's die aansluiten bij de huidige wijze van uitoefening van de geneeskunde, de huidige door de samenleving ervaren problemen, de huidige wetenschappelijke methode, de huidige wijze van beleid en management in de gezondheidszorg en de huidige gezondheidsdoelen. De combinatie van welvaart, economische groei en poldergeest zal een arts tegenwoordig niet, gelijk Virchow, doen uitroepen 'Gesundheit ist Politik'. Wel lijkt, onder andere gezien de toenemende verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groeperingen en de gezondheidsverschillen tussen allochtone en autochtone Nederlanders, de uitspraak 'Gezondheid is beleid' op zijn plaats.

De transformatie van het begrip sociale geneeskunde, via sociale gezondheidszorg en maatschappelijke gezondheidszorg naar gezondheidswetenschappen, illustreert de pogingen om de voortgaande differentiatie en veranderende oriëntatie in nomenclatuur te vangen.

De essentie is echter onverlet gebleven, zoals onder andere verwoord is door Muntendam in 1953: 'Sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde, dat het verband tussen gezondheid en ziekte enerzijds en de samenleving anderzijds tot onderwerp van studie heeft, de uit deze studie voortkomende maatregelen ter bevor-

dering van de gezondheid en ter voorkoming en bestrijding van ziekte vaststelt en de mogelijkheid tot toepassing van deze maatregelen schept’.

Centraal staat de wisselwerking geneeskunde en samenleving gericht op gezondheid, inclusief het voorkomen en bestrijden van ziekten. Muntendam gaat echter verder dan studie: hij includeert in zijn definitie ook het formuleren van maatregelen en het faciliteren van de toepassing van de maatregelen, in hedendaags jargon een pleidooi voor implementatie van *evidence-based* maatregelen, ten behoeve van openbare gezondheidszorg en *evidence-based policy* op het terrein van gezondheids- en gezondheidszorgbeleid.

In het vervolg van deze rede zet ik eerst uiteen op welke drie manieren er binnen de sociale geneeskunde naar de wisselwerking tussen geneeskunde en samenleving wordt gekeken. Ik behandel kort de traditie aan de Universiteit van Amsterdam en ga dan wat uitgebreider in op de methoden van wetenschappelijk onderzoek in het algemeen en gezondheidszorgonderzoek in het bijzonder. Wanneer ik aan mijn vijf voorbeelden toe ben weet u dat meer dan de helft van het vertoog erop zit en kunt u met aftellen beginnen.

Drie kijkrichtingen binnen de sociale geneeskunde

Binnen de sociale geneeskunde kan op drie manieren naar de wisselwerking tussen geneeskunde en samenleving en de realisering van gezondheidsdoelen worden gekeken.

Allereerst van geneeskunde naar samenleving. Dit is de kijkrichting van Virchow, waarbij kennis over het ontstaan van gezondheid en ziekte wordt ingezet bij het inrichten van de maatschappij. Aanvankelijk ging het hier om maatregelen als armoedebestrijding, betere woon- en werkomstandigheden, riolering, vuilophaal en watervoorziening, preventieve prenatale zorg via vroedvrouwen, infectieziektenbestrijding, vaccinaties, consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en het bevorderen van de toegankelijkheid van de zorg door ziekenfondsen. Hedentendage moet ook gedacht worden aan maatregelen zoals collectieve preventie (bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting en opvoeding en screeningsonderzoek op borstkanker), bedrijfsgezondheidszorg en facetbeleid (maatregelen op terreinen als tabaksaccijnzen, verkeersveiligheid en milieu).

Het is vooral door epidemiologisch onderzoek dat het bewijs voor te nemen maatregelen wordt aangedragen, maar het is evenzeer sociaal-wetenschappelijk en bestuurs- en bedrijfskundig onderzoek dat helpt de brug tussen maatregel en toepassing te slaan. Op verschillende terreinen heeft het sociaalgeneeskundig gedachtegoed tot specifieke vormen van professionalisering van medische beroepsuitoefening geleid, bijvoorbeeld bij de jeugdarts, de bedrijfsarts, de forensisch geneeskundige, de sportarts en de verzekeringsarts. Daarnaast heeft er institutionalisering van sociaal-geneeskundige taken plaatsgevonden, zoals bij GGD'en, de infectieziektenbestrijding en bedrijfsgeneeskundige diensten.

De professionalisering en institutionalisering is echter veel breder dan het medisch beroep alleen. Evenals elders in de gezondheidszorg is sprake van een breed scala aan beroepen, variërend van GVO-functionaris en wijkverpleegkundige tot maatschappelijk werker en arbeidshygiënist. Daarnaast zien we allerlei vormen van institutionalisering zoals thuiszorg en regionale indicatiecommissies voor verpleeghuizen en ARBO-diensten. Deze verscheidenheid is tegelijk de sterkte en de zwakte van de sociale geneeskunde. Sterkte, omdat het illustreert hoe de samenleving vanaf 1848 het ideeëngoed van Virchow serieus heeft genomen. Zwakte, omdat de omvang van de professionalisering en institutionalisering het zicht op de gemeenschappelijke kern onttrekt en samenhang bemoeilijkt.

De tweede kijkrichting loopt van samenleving naar geneeskunde. Kennis en inzichten uit de samenleving worden betrokken op de uitoefening van de geneeskunde. Het vermaatschappelijken van de geneeskunde is een voorwaarde om de geneeskundige kennis in te zetten voor de door de samenleving gedragen gezondheidsdoelen. Vooral vanaf begin jaren zeventig is de geneeskunde aan kritiek onderhevig geweest en was de afdeling sociale geneeskunde een belangrijke *porte-d'entrée* van thema's rond gezondheidsrecht, medische ethiek en organisatie van de gezondheidszorg. Het onderzoek op dit terrein maakt gebruik van andere disciplines dan de geneeskunde, zoals recht, economie, ethiek en bestuurs- en bedrijfskunde. Hoewel er nog steeds veel te wensen overblijft wat betreft de aandacht voor deze thema's bij studenten en artsen, ben ik wel degelijk overtuigd van de impact op de arts-patiënt relatie. In zaken als voorlichting, privacy en het recht om zelf te beslissen als patiënt wordt anders gedacht en gehandeld dan 25 jaar geleden. Een bijkomend gevolg is de multi-disciplinaire samenstelling van de afdelingen sociale geneeskunde aan de medische faculteiten en de interesse voor de gezondheidszorg bij andere fa-

culteiten, zoals die van de rechtswetenschap, sociale wetenschappen, economie en bestuurskunde.

De derde kijkrichting beschouwt geneeskunde en samenleving tezamen en richt zich op de vraag hoe deze in hun onderlinge interactie gezondheidsdoelen stellen en pogingen doen om deze te bereiken. Deze bestudeert, met andere woorden, het optimaliseren van de relatie tussen gezondheidszorg en gezondheid. Op microniveau zegt dit iets over de manier waarop artsen bij individuele patiënten de sociale context meenemen bij de behandeling en hoe de beeldvorming en verwachtingen van arts en patiënt over de aard van het zorgproces en de te bereiken uitkomsten zijn afgestemd. Op mesoniveau wordt gekeken naar de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening en de organisatie van de zorg; op macroniveau gaat het om de wijze waarop de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen overheid, financiers en patiënten enerzijds en beroepsbeoefenaren en management van instellingen anderzijds, bijdraagt aan het optimaal functioneren van de gezondheidszorg. Dit optimaal functioneren wordt afgezet tegen de doelen van het gezondheidszorgsysteem. Dit betreft vooreerst het terugdringen van mortaliteit en morbiditeit. Maar naast de medische doeltreffendheid wordt ook gekeken naar de doelmatigheid van de aanwending van de beschikbare middelen, de toegankelijkheid van de voorzieningen en niet in de laatste plaats de tevredenheid van patiënten, burgers en zorgverleners met het gezondheidszorgsysteem. Daarbij is het ultieme gezondheidsdoel van geneeskunde en samenleving niet eenduidig en stabiel, maar afhankelijk van de balans tussen geneeskundige mogelijkheden en maatschappelijke wensen. Gezondheidszorgonderzoek probeert deze verschillende doelen als uitkomstmaten in onderzoek te vatten. De uitkomstmaat levensverwachting is gaandeweg vervangen door maten die de kwaliteit van het leven beogen uit te drukken, zoals *Quality Adjusted Life Years* en *Disability Adjusted Life Years*. Gezondheidswinst wordt geplaatst naast beleefde tevredenheid, toegankelijkheid van zorg en doelmatigheid. Gezondheidszorgonderzoek doet uitspraken over zowel effectiviteit als efficiëntie en equity. Bestaande gezondheidsverschillen en praktijkvariaties worden zichtbaar gemaakt en het functioneren van beroepsbeoefenaren en instellingen wordt geëvalueerd. Ook kan door middel van gezondheidszorgonderzoek de dynamiek van de besluitvorming worden geduid en kunnen voorspellingen worden gedaan over de verwachte impact van bepaalde beleidskeuzen. De keuze zelf wordt echter niet door de onderzoeker gemaakt. Zijn rol is de uitdaging van Muntendam om op we-

tenschappelijke kennis gebaseerde maatregelen dusdanig voor het voetlicht te brengen dat deze hun uiteindelijke weerslag krijgen via gedrag van burgers, zorgverleners, managers, financiers en beleidsmakers.

Sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam

Aan deze rede heb ik de titel ‘Sociale geneeskunde: de derde weg’ meegegeven. Hiervoor zijn verschillende redenen. Allereerst hoop ik dat de titel bij u een associatie met politiek oproept daar ‘de derde weg’ in eerste instantie een door Anthony Giddens op papier gezette politieke denkrichting betreft, die momenteel bij met name Bill Clinton en Tony Blair populariteit geniet. *The third way* probeert door een brede analyse los te komen van de vooral in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk dominante tweedeling in liberaal en sociaal-democratisch denken.

Hoofddreden is echter dat voor veel medisch studenten de sociale geneeskunde letterlijk een derde weg is. Naast vervolgoopleidingen voor specialisten enerzijds en huisartsen en verpleeghuisartsen anderzijds bestaat de vervolgopleiding tot sociaal geneeskundige, die momenteel twee hoofdstromen kent: *community health* (maatschappij en gezondheid) en *occupational health* (bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde). Van alle artsen in Nederland is 20-25% werkzaam op het terrein van de sociale geneeskunde, van wie per 1 maart 3567 als sociaal geneeskundige stonden geregistreerd (en nog 282 aanvragen in behandeling zijn).

De titel derde weg appelleert ook aan de derde oriëntatierichting binnen het spanningsveld samenleving-geneeskunde, die ik zo even besprak: de richting van het gezondheidszorgonderzoek waarmee ik mij sterk verwant voel. En ten slotte is de titel een knipoog naar de autobiografie *Doorgaand Verkeer* van een van mijn voorgangers op deze leerstoel, Arie Querido.

Door haar positie op het raakvlak van geneeskunde en samenleving probeert de sociale geneeskunde vooral bij te dragen tot afstemming, samenhang en integratie. Dit thema is ook in het werk van mijn voorgangers Querido, Leenen en Gunning-Schepers terug te vinden. Querido bepleit de invoering van integrale geneeskunde en het begrip homeostase loopt als een rode draad door zijn geschriften. Zijn activiteiten betroffen vooral de derde van de zojuist genoemde oriëntaties, de blikrichting van het gezondheidsonderzoek. Het betrekken van de sociale context bij de be-

handeling van de individuele patiënt blijkt uit het stempel dat hij op de sociale psychiatrie wist te drukken en onder andere via zijn lidmaatschap van de eerste kamer probeerde hij de inrichting van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem te beïnvloeden.

Leenen zocht de integratie vooral in de systeembenadering. In zijn oratie *Systeem-denken in de gezondheidszorg* presenteerde hij in 1971 een analysekader met macro, meso en micro niveau en een multidisciplinaire benadering vanuit acht wetenschapsgebieden. Gezien zijn achtergrond wordt het ordenend kader in de praktijk vooral door ontwikkelingen in het gezondheidsrecht ingevuld, aansluitend bij de eerder genoemde tweede oriëntatie, van samenleving naar geneeskunde. Daarbij blijft het conform de definitie van Muntendam niet bij het voorstellen van maatregelen alléén, maar weet hij ook zijn stempel op de feitelijke totstandkoming van het gezondheidsrecht in Nederland te drukken.

Gunning-Schepers kiest nadrukkelijker voor de eerste oriëntatie, van geneeskunde naar samenleving. Ook zij brengt het verband aan tussen cellen en sociale systemen, maar houdt in haar oratie in 1992 bovenal een pleidooi voor het gebruik van kennis over de impact op de volksgezondheid bij het voeren van overheidsbeleid. Alle drie geven een invulling aan de leerstoel waarbij naast onderzoek en onderwijs ook sprake is van maatschappelijk engagement. Dit lijkt mij inherent aan de omschrijving van sociale geneeskunde die eerder is gegeven en ik hoop ook hierin een waardig opvolger te zijn.

Gezondheidszorgonderzoek

Het huidige wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde kent in navolging van Bernard een sterke nadruk op het gebruik van de experimentele methode. Daar is niets op tegen, maar het observatieonderzoek, of in bredere zin vormen van evaluatieonderzoek waarbij niet gebruik wordt gemaakt van de experimentele methode, verdient even zozeer aandacht. Getallen dienen in een context te worden bekeken om de betekenis voor de praktijk goed vast te stellen. Maar deze boodschap is voor het AMC niet nieuw. Dit inzicht werd al verwoord door Borst bij zijn oratie met als titel *De betekenis van het getal in de inwendige geneeskunde* in 1938. Hij wijst op het gevaar dat de eenheid van onderzoek verloren gaat wanneer laboratorium- en röntgegegevens niet meer in de context van de concrete patiënt worden beoor-

deeld. Van der Helm hamert in zijn afscheidscollege in 1993 op hetzelfde aambeeld (*Wat zeggen de data? Wat vertellen we onszelf?*). In 1997 beargumenteert Bossuyt de onvermijdelijkheid van evaluatieonderzoek voor het klinisch handelen. Tussen de zoektocht naar causale (pathofysiologische) verbanden met de experimentele methode en de eigen ervaring staat de noodzaak tot het systematisch evalueren van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg in de eigen praktijk.

Dit gedachtengoed is even zozeer van toepassing op de methodologie van gezondheidszorgonderzoek. Het object van studie is hier niet primair de patiënt, maar het functioneren van beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en het zorgsysteem. Uiteindelijk is het wel de gezondheid van de patiënt waartoe de zorg en het zorgsysteem moet leiden, echter het object van onderzoek is de zorgverlening zelf. Dit kan variëren van onderzoek naar de invloed van het invoeren van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk op de monitoring van patiënten met hoge bloeddruk, tot de impact van Europese regelgeving rond mededinging en financiering van zorg op de kwaliteit van openbare gezondheidszorg. Gezondheidszorgonderzoek, of, in het Engels, *Health Services Research*, richtte zich in de jaren zeventig aanvankelijk op het beantwoorden van vragen rond de planning en financiering van zorg in de Verenigde Staten. De laatste vijftien jaar is, onder andere door de ontwikkelingen in Engeland, het terrein verbreed tot onderzoek naar de effecten van verschillende zorgvormen en is het methodologisch arsenaal, mede door onderzoeksrichtingen als *Technology Assessment* en onderzoek naar kwaliteit van zorg sterk verbreed en verdiept.

Gezondheidszorgonderzoek bestaat naast modelmatige benaderingen, zoals bij het maken van toekomstverkenningen, voor een groot deel uit evaluatieonderzoek. Hierbij wordt steeds vaker een kwantitatieve met een kwalitatieve onderzoeksmethodiek gecombineerd. Gezien de complexiteit van de fenomenen die bij gezondheidszorgonderzoek op de korrel worden genomen, lukt het veelal niet de werkelijkheid dusdanig in termen van structuur, proces, interventie en uitkomst te duiden en tot een beperkt aantal meetbare parameters terug te brengen, dat in een experimentele design nog van zinvol onderzoek sprake is. Het gevaar bestaat dat door een experimentele opzet de complexe werkelijkheid dusdanig wordt gereduceerd dat door het onderzoek geen betekenisvolle inzichten meer kunnen worden gegenereerd. Daar komt bij de instabiliteit van de sociale werkelijkheid en de beperkte mogelijkheden om die als onderzoeker te beïnvloeden alsmede de problemen bij randomisatie, de keuze van het niveau van randomisatie en analyse en het

verkrijgen van *informed consent*. Toch is experimenteel gezondheidszorgonderzoek niet onmogelijk hetgeen onder andere blijkt uit de wassende stroom Noord-Amerikaanse en Engelse publicaties waarin nieuwe financieringsvormen, andere vormen van professionele arbeidsdeling, het invoeren van richtlijnen en het invoeren van kwaliteitsprogramma's, experimenteel worden geëvalueerd. Als alternatief zijn ook quasi-experimentele designs ingevoerd waarvan vooral gebruik wordt gemaakt bij implementatieonderzoek naar richtlijnen, zoals *factorial designs* en *balanced incomplete block designs*.

Naast experimenteel evaluatieonderzoek kan ook economisch evaluatieonderzoek plaatsvinden; dit wordt relevant wanneer de opdrachtgever in de verhouding tussen kosten en effecten van een bepaalde zorgsoort geïnteresseerd is. In Nederland is hierbij vooral ervaring opgedaan bij onderzoek vanuit het macroperspectief, het kijken naar de gevolgen in termen van effecten en kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg als geheel. Vanuit management optiek zou het interessant zijn bij dergelijke studies vaker het mesoperspectief van de instelling of het microperspectief van de patiënt en zorgverlener mee te nemen om na te gaan of niet alleen op landelijk niveau van kosteneffectiviteit sprake is, maar deze vanuit het perspectief van de bekostigingsstructuren waarin patiënt, zorgverlener en instelling zich bevinden tot werkelijke doelmatigheidswinst kan leiden.

Bij evaluatieonderzoek is het tevens van belang in welke relatie de opdrachtgever tot het object van studie staat en hoe derhalve uitkomsten van onderzoek als onderdeel van een beleidscyclus of managementproces zullen worden gebruikt. Bij een zogenaamde managerial evaluatie is sprake van een hiërarchische verhouding, bijvoorbeeld een gemeentebestuur dat wil weten welke de effecten zijn van het geven van een taak binnen de armoedebestrijding aan de dienst jeugdgezondheidszorg of een regionale verzekeraar die wil weten hoe doelmatig huisartsen anti-depressiva voorschrijven. De onderzoeker is in die situaties een verlengstuk van het management. Bij ontwikkelingsevaluatie is de opdrachtgever zelf het object van onderzoek en is de onderzoeker als het ware medeontwikkelaar. Bij managerial en ontwikkelingsevaluatie is veelal sprake van een combinatie van dataverzameling door vragenlijsten, interviews en observaties en ligt minstens zoveel nadruk op het begrijpen van processen en de veranderingen daarbinnen als op het kennen van de uitkomsten.

Elk van de genoemde evaluatiemethoden heeft binnen het gezondheidszorgonderzoek zijn waarde wanneer maar duidelijk is bij het begin van een onderzoek wie

wat, waarom, over wat wil weten. Een wezenlijke dialoog tussen onderzoeker, opdrachtgever en praktijkveld aan het begin en tijdens het onderzoek is noodzakelijk om de onderzoeksbevindingen om te kunnen zetten in beleids- en managementinformatie. Uit een dergelijke dialoog kan blijken dat de opdrachtgever eigenlijk alleen een ontwikkelingsproject wenst uit te voeren en het erbij betrekken van onderzoekers slechts een middel is om financiering te verwerven. In dat geval dient de onderzoeker af te zien van onderzoek dan wel de achterliggende vragen en veronderstellingen te exploreren en te toetsen. De opdrachtgever is wellicht beter uit met hulp op het terrein van verandermanagement, een type steun dat in het Rend denken van de BV Gezondheidszorg Nederland nog niet tot volle wasdom is gekomen.

Mooi gezegd zult u nu misschien denken. Maar wat ga je er zelf aan doen. De rest van mijn rede wil ik gebruiken om u op een vijftal gebieden te illustreren hoe de sociale geneeskunde in het algemeen, en gezondheidszorgonderzoek in het bijzonder, een derde weg kan zijn.

De Academische Populatie van het AMC

Mijn eerste voorbeeld betreft het vinden van een weg van het AMC als plaats van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs naar de gezondheidsproblemen van de bewoners van Amsterdam, en wel in het bijzonder die delen van Amsterdam en aanpalende gemeenten die tot het zogenaamde basiszorggebied van het AMC behoren.

Bij de integratie tussen het Academisch Ziekenhuis en de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam is het begrip ‘Academische Populatie van het AMC’ geïntroduceerd. Achter dit begrip gaan verschillende ontwikkelingen en betekenissen schuil. Een buitenstaander zou wellicht denken dat het hier om alle patiënten of medewerkers van het AMC gaat. Dat is echter niet het geval. Het begrip Academische Populatie komt in essentie neer op:

- het kennen van de gezondheidsproblemen van de bewoners van het basiszorggebied van het AMC en het aanbieden van zorg die aansluit op hun specifieke behoeften,

- het kennen van andere zorgverleners en instanties die zorg aan deze groep verlenen en het realiseren van afstemming en samenwerking, en
- het richten van een deel van het onderzoek en onderwijs op de gezondheid en gezondheidszorg van deze populatie.

De eerste twee punten hebben te maken met het realiseren van gemeenschapsgerichte geïntegreerde zorg. Het derde punt komt voort uit de academische functie van het AMC en betreft in wezen de academisering van het proces om tot geïntegreerde zorg te komen.

Dit denken sluit nauw aan bij wat in de Engelse literatuur wordt omschreven als *'community based integrated care'*. De noodzaak hiertoe is inherent aan de ontwikkelingen op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg. Vergrijzing, nadruk op chronische ziekten, verplaatsing van zorg naar de thuissituatie of andere voorzieningen buiten de ziekenhuismuren, verplaatsing van de toepassing van technologie, mogelijkheden tot communiceren en informeren op afstand, het gaat allemaal in de richting van een stelsel van zorgvoorzieningen waarbij het ziekenhuis transformeert tot een plaats voor acute en risicovolle interventies en een expertisecentrum, ingebed in een breder stelsel van zorgprogramma's voor patiëntengroepen, waarvan de uitvoering en aansturing grotendeels buiten de muren van het ziekenhuis plaatsvindt. Eind negentiende en begin twintigste eeuw veranderde het gasthuis gaandeweg in een ziekenhuis naarmate specialisten het als werkplaats gingen gebruiken en het laboratorium, de röntgenafdeling en de OK hun plaats kregen. Honderd jaar later zien we dat de medisch specialistische werkplaatsfunctie van het ziekenhuis zich door alle nieuwe mogelijkheden geleidelijk sterker op de zorg buiten de ziekenhuismuren oriënteert. In Nederland spreken we over transmurale zorg. Echter in alle zorgstelsels in de Westerse wereld wordt gezocht naar nieuwe organisatievormen voor zorg, of in andere woorden, naar andere manieren om de gezondheidsproblemen van de patiënt en de kennis en kunde van de gezondheidszorg op de juiste wijze, op het juiste moment bij elkaar te brengen. De ontwikkelingen in de VS gaan in de richting van *disease management* (gerichte zorgprogramma's voor bepaalde ziekten, waarbij verschillende zorgverleners samenwerken) en *managed care* (hetzelfde, maar dan inclusief een regierol van de financier).

Vanuit het AMC bestaan er reeds een groot aantal initiatieven om aan een meer geïntegreerde zorg voor bewoners van het basiszorggebied vorm te geven en in te spelen op de etnische en sociaal-economische heterogeniteit van de ruwweg

230.000 bewoners waar het hier om gaat. De divisie Public Health met de afdelingen GGD- en huisartsgeneeskunde, gezondheidskunde en sociale geneeskunde, vormt daarbij als het ware een scharnier tussen de kliniek en de zorgverleners buiten het AMC. Dit geldt bijvoorbeeld voor de 125 huisartsen, zes thuiszorgorganisaties, drie verpleeghuizen, elf verzorgingshuizen, vier GGD'en, twee revalidatie instellingen en onlangs gefuseerde GGZ-voorzieningen.

Vanuit de afdeling sociale geneeskunde zal een deel van de onderzoeksinspanning zich richten op het realiseren van gemeenschapsgerichte, geïntegreerde zorg voor de Academische Populatie van het AMC. Daarbij moet allereerst worden gedacht aan onderzoek naar de feitelijke gezondheidstoestand van de diverse etnische groeperingen, die in het basiszorggebied van het AMC woonachtig zijn. Momenteel loopt reeds onderzoek naar cardiovasculaire risicofactoren bij Surinamers en preventie van roken bij Surinamers, Marokkanen en Turken. Deze studies, die in nauwe samenwerking met klinische afdelingen worden uitgevoerd, moeten meer inzicht opleveren in de aard en frequentie van specifieke gezondheidsproblemen van allochtonen en mogelijke verklaringen daarvoor. Naast onderzoek naar gezondheid zal aanvullend ook worden gekeken naar de perceptie van de betrokkenen op gezondheid, preventie en zorg en naar de feitelijke toegankelijkheid en het zorggebruik. Een tweetal projecten in samenwerking met de afdeling kindergeneeskunde richt zich op zorggebruik en voorlichting aan allochtone kinderen en hun ouders, waarbij de situatie tussen allochtone en autochtone groepen wordt vergeleken. De inzichten over de gezondheid, percepties op gezondheid en zorg en het feitelijk zorggebruik, worden vervolgens gerelateerd aan de organisatie van de zorg. Zo hopen we de resultaten van het genoemde onderzoek te kunnen gebruiken voor het op maat maken van de preventie-activiteiten van huisartsen en jeugdartsen. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door *audit studies*, is een volgende stap.

Voor onderzoek naar de organisatie en financiering van geïntegreerde zorg in de Academische Populatie wordt aansluiting gezocht bij de reeds vele lopende initiatieven. Het streven zal steeds zijn om juist de samenhang tussen gezondheid, perceptie op gezondheid en zorg, zorggebruik, kwaliteit van zorg, organisatie van zorg en financiering van zorg zichtbaar te maken. Naast het doen van onderzoek kan ook vanuit het onderwijs een verdere bijdrage worden geleverd aan de academisering van de zorg buiten de muren van het AMC. Ook voor medisch studenten is het essentieel dat zij kennis maken met de sociale context waarin gezondheidsproblemen zich voordoen en zich de complexiteit van het geheel aan beroepen en voorzienin-

gen eigen maken om daarbinnen te zijner tijd als arts te kunnen functioneren. De gezondheids- en gezondheidszorgsituatie van de Academische Populatie kan daartoe uitstekend als illustratie dienen.

Wetenschappelijke kennis in de praktijk

Mijn tweede voorbeeld betreft onderzoek naar de toepassing van wetenschappelijke kennis in de geneeskundige praktijk.

Het begrip *evidence-based medicine* staat bij het AMC hoog in het vaandel. De aandacht hiervoor uit zich onder andere in een ziekenhuisbreed richtlijnenprogramma en specifieke scholing van medici en onderzoekers op het terrein van het ontsluiten en interpreteren van wetenschappelijk onderzoek en het correct synthetiseren van onderzoeksresultaten uit verschillende studies. Evenals dat landelijk en internationaal het geval is, verschuift de aandacht gaandeweg van het correct opstellen van richtlijnen naar de implementatie daarvan in de praktijk. Juist hierbij kan de sociale geneeskunde in het algemeen, en het gezondheidszorgonderzoek in het bijzonder, een bijdrage leveren. De in richtlijnen gestolde kennis impliceert niet automatisch dat hiermee de gezondheidsdoelen van patiënten en de maatschappelijke opvattingen over wat passende zorg is, voldoende zijn gerepresenteerd. Zoals onder andere het project passende medische zorg van de KNMG liet zien, zitten in richtlijnen allerlei normatieve overwegingen verpakt. Dat is geen kritiek op *evidence-based medicine*, integendeel, het is juist het serieus nemen ervan en constateren dat de impliciete keuzes over kosten-effectiviteit en gekozen gezondheidsdoelen expliciet gemaakt moeten worden en onderdeel van discussie met meerdere partijen dienen te zijn.

Richtlijnontwikkeling is ook een sociaal proces en in plaats van dit te ontkennen zou het van wijsheid getuigen om dat sociale proces zo in regie te zetten dat wetenschappelijke inzichten en consensusvorming hand in hand gaan. Het in serie zetten van richtlijnontwikkeling, bijvoorbeeld door eerst de zorgverleners een richtlijn te laten maken en deze dan vervolgens in breder verband vanuit maatschappelijk perspectief te bespreken, lijkt mij een gewenste richting. Daarnaast verdient ook het omzetten van *evidence-based* richtlijnen in instrumenten voor de ondersteuning van de besluitvorming van de patiënt, *patient-decision support tools* in Nederland meer aandacht.

Voor de implementatie van richtlijnen is het essentieel dat zij niet geïsoleerd worden ontwikkeld, maar een onderdeel zijn van een kwaliteitssysteem. Dit komt er in essentie op neer dat de richtlijn een onderdeel dient te zijn van de evaluatie van de dagelijkse praktijkvoering. Dit kan onder andere door op basis van richtlijnen indicatoren te ontwikkelen, die de zorgverlener systematisch inzicht geven in de kwaliteit van het zelf geïnitieerde zorgproces. U merkt het, ik denk in termen van zorgprocessen, en, buiten de muren van het ziekenhuis, in zorgprogramma's. Door te denken in termen van zorgprocessen is de arts in feite manager van de patiëntenzorg. Met het gebruik van instrumenten, zoals de ASA score, een decubitus risico scorelijst, een APGAR score, een APACHE score en een trauma score, wordt door anesthesiologen, verpleegkundigen, kinderartsen, intensive care artsen en traumatologen sturing gegeven aan de zorg door het indelen van patiënten in subgroepen naar risico's met hieraan gekoppeld een specifieke serie handelingen en maatregelen. De uitdaging voor het komende decennium ligt erin om zorgprocessen en richtlijnen aan elkaar te verbinden. De eerder genoemde indicatoren, bij voorkeur gegenereerd op basis van de patiëntengegevens in het elektronisch zorg dossier, vormen daartoe een belangrijke schakel. Om te zorgen dat dit werkelijkheid wordt en niet verzandt in verwetenschappelijking en technocratisering, is goed management nodig. Ik bepleit dan ook een betere managementscholing van artsen. Deze dient vooral gericht te zijn op het management van klinische processen, zoals zo-even genoemd, en het leren omgaan met veranderingsprocessen in organisaties met professionals. De organisatieprincipes van het AMC alsmede de oriëntatie op de externe omgeving lijken een goede voedingsbodem voor het verder ontwikkelen van *evidence-based clinical management* als onderdeel van *community-based integrated care*. Ik hoop hieraan, met mijn uit Rotterdam en Utrecht meegebrachte ervaring met het ontwikkelen van kwaliteitssystemen rond klinische zorg en het toetsen van de kwaliteit van zorg, een bijdrage te kunnen leveren.

De integratie van preventie en curatie

Mijn derde voorbeeld betreft de integratie van preventie en curatie. Vanouds wordt sociale geneeskunde geassocieerd met preventie. Dit gaat onder andere terug op de infectieziektenbestrijding waar immers de activiteiten rond preventie, zoals vaccinatie, en de curatie in persoon, plaats en tijd gescheiden van elkaar worden uitge-

voerd. Met de toenemende, veelal door epidemiologisch onderzoek verworven inzichten over risicofactoren, waaronder zowel genetische, omgevings- en gedragsbepaalde, is de scheiding tussen preventie en curatie veel minder evident. Zelfs het adagium 'Voorkomen is beter dan genezen' behoeft dan ook in sommige situaties nuancering en in ieder geval een afweging of de inspanningen van het voorkomen opwegen tegen de vermeden gevolgen van het niet genezen. Ook de begrippen primaire, secundaire en tertiaire preventie lijken anno 2000 een onvoldoende vocabulaire te bieden om de complexiteit van risico-herkenning, risicoweging en effect-herkenning en effectwaardering gecomprimeerd in context, persoon, tijd en plaats te duiden. Een thans op onze afdeling lopend evaluatie-onderzoek naar de screening op familiäre-hypercholesterolemie beoogt dan ook om naast de kosten-effectiviteit te kijken naar de psychologische en maatschappelijke gevolgen van het genereren van dergelijke risico-informatie over individuen. Voor de preventiepraktijk lijkt het van belang om meer aandacht te besteden aan risicoperceptie als een stap in de keten van het onderkennen en communiceren van risico's en het daaruit trekken van consequenties voor het eigen gedrag. Onder andere in combinatie met het eerder genoemde onderzoek naar de gezondheid van de Academische Populatie zal verder gekeken worden naar de bestaande risicoperceptie. Het probabilistisch universum van onderzoekers en beleidsmakers hoeft absoluut niet overeen te komen met het wereldbeeld van bewoners van Amsterdam Zuid-Oost. Er mag niet zonder meer van worden uitgegaan dat het denken in kansen en risico's van onderzoek en richtlijnen overeenkomt met de wijze van betekenisverlening van individuen. Reden derhalve om na te gaan hoe de door *evidence-based medicine* bepleitte maatregelen, gegeven de specifieke context en opvattingen van de doelgroep, effectief kunnen worden geïmplementeerd. Gezien de reeds voorhanden zijnde onderzoeksliteratuur over implementatie lijkt ook hier een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek geëigend. Daarnaast verdient de organisatie van de preventieve gezondheidszorg ook meer aandacht. Door de integratie van curatie en preventie zal de komende jaren de nadruk meer komen te liggen op netwerken voor openbare gezondheidszorg en het versterken van de preventie taak van huisarts en ziekenhuis, zoals onder andere is bepleit in het in 1999 verschenen advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Gezondheidszorgonderzoek kan ook hier een bijdrage leveren aan een wetenschappelijke onderbouwing van te nemen beleidsmaatregelen en ook hier kan de Academische Populatie benadering een voorbeeldrol vervullen.

Een lerend gezondheidszorgsysteem

Mijn vierde voorbeeld betreft het ideaal van een lerend gezondheidszorgsysteem. Zoals eerder uiteen gezet, dient ook het volksgezondheidsbeleid van de overheid zich waar mogelijk te baseren op wetenschappelijke inzichten. Het laatste decennium zijn diverse aanzetten daartoe gegeven: exercities als de volksgezondheidstoekomst verkenning (VTV) en gezondheidseffect rapportages dragen materiaal aan voor een meer rationele besturing van het gezondheidszorgsysteem. Evenals bij de implementatie van *evidence-based medicine* is ook bij *evidence-based policy making* sprake van het doorvoeren van veranderingen in een sociaal systeem waar belangen verschillend kunnen liggen en vanuit verschillende perspectieven een verschillende waardering aan wetenschappelijke feiten wordt gegeven. Zowel in de periode 1974-1987, waarin het planningsdenken bij de overheid voorop stond, als daarna, in de periode van het gereguleerde marktdenken, is bewijs alleen niet doorslaggevend voor de politieke besluitvorming, laat staan voor de feitelijke besturing van de gezondheidszorg. Zowel de praktijk van de beroepskrachtenplanning in Nederland, de besluitvorming rond keuzen in de zorg, als de discussies rond de stelselwijziging laten zich beter verklaren vanuit de sociologie dan vanuit de epidemiologie. Belangen van beroepsgroepen, politieke belangen en korte termijn economische belangen zijn verklarende determinanten. Dit ondanks de verfijning van de methode van planning in de jaren zeventig en het in navolging van de Wereld Gezondheidsorganisatie stellen van gezondheidsdoelen in de jaren tachtig. Alsmede de zorgvuldige analyses over de wenselijke inrichting van het gezondheidszorgstelsel gegeven de gezondheidsproblemen zoals die vermeld zijn in het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid over de stelselwijziging in 1997. Zolang het overheidsbeleid berust op restanten van planningsdenken en geloof in een gereguleerde markt zijn de mogelijkheden tot oplossing van discussies over het keuzevraagstuk en de stelselwijziging op basis van inhoudelijke gezondheidsdoelen beperkt, zelfs in een periode van economische voorspoed. Zowel bij het plannings- als het marktdenken staat de beheersing van de gezondheidszorg, en in het bijzonder van de kosten, voorop. Het denken is beheersings- en niet ontwikkelingsgericht. Ik meen echter geleidelijk een nieuwe beleidsfilosofie te bespeuren, die minder expliciet wordt verwoord, maar steunt op de literatuur in de organisatiekunde over kennismanagement en lerende organisaties. Waarom wordt het gezondheidszorgsysteem niet beschouwd als één grote lerende organisatie, waarin zowel *single-loop learning* (verbe-

teren van zorgprocessen) als *double-loop learning* (innovatie van zorgprocessen) centraal staat? Waarom wordt het beleid niet gericht op kennismanagement in plaats van op separate beleidscircuits voor informatisering, patiëntenbeleid en opleidingsbeleid van beroepsbeoefenaren? Waarom worden de gezondheidsdoelen niet explicieter in dialoog met alle partijen vastgesteld en op regionaal niveau gemonitord met gebruikmaking van de grote hoeveelheid informatie die nu reeds onder andere via de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen beschikbaar is? Veel elementen hiertoe zijn naar mijn mening al aanwezig en vooral het gevoerde kwaliteitsbeleid van de laatste tien jaar biedt zowel conceptueel als praktisch goede aanpakpunten. Het vergt echter een overheidsbeleid waarbij de inrichting van het gezondheidszorgsysteem niet op de beheersing van uitwassen is gericht en het reageren op het probleem van de dag, maar juist op het ombuigen van professionalisering, institutionalisering en technocratisering in de richting van zichzelf organiserende zorgsystemen. Dit dient bij voorkeur op regionaal niveau te gebeuren op basis van de zorgbehoefte van de burgers. Daarbij kan de overheid zich niet verschans achter termen als deregulering en decentralisering maar dient zij haar unieke verantwoordelijkheid te nemen bij het opnieuw neerzetten van de verantwoordelijkheden van aanbieders, financiers en burgers.

De ooit zinvolle echelonnering van de zorg, financiering via AWBZ en Ziekenfondswet en bekostiging via budgettering en tarifiering is een dwangbuis geworden. Het huidige stelsel faciliteert onvoldoende zorgvernieuwing, werkt demotiverend naar zorgverleners en draagt maar beperkt bij aan de emancipatie van de patiënt. Nu de politieke discussie over de stelselwijziging weer op de agenda komt, lijkt de tijd rijp om vanuit het gezondheidszorgonderzoek de nodige analyses op basis van zorginhoudelijke ontwikkelingen aan te dragen. Het debat hierover dient fundamenteel te zijn dan een discussie over inkomenssolidariteit. Ik hoop mijn gedachten over het gezondheidszorgsysteem als een grote lerende organisatie met kennismanagement gericht op patiënten, burgers, zorgverleners, managers en verzekeraars de komende jaren door empirisch onderzoek verder vorm te kunnen geven.

Onderzoek naar de globalisering van de gezondheidszorg

Mijn vijfde en laatste voorbeeld betreft onderzoek naar internationale ontwikkelingen, oftewel de globalisering van de gezondheidszorg. Na een aanvankelijke oriënta-

tie van de Nederlandse geneeskunde en gezondheidszorg op Duitsland en Frankrijk zijn zeker vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw de ontwikkelingen in Engeland en Noord-Amerika een belangrijke inspiratiebron geweest. Hoewel het Nederlandse ziektekostenverzekeringssysteem gemodelleerd is naar het Bismarck-model worden recente hervormingen sterk beïnvloed door de pogingen in Engeland om het Beveridge-model van een National Health System om te buigen in de richting van marktwerking en regionale ordening. Ondanks de grote verschillen blijken Amerikaanse uitvindingen, zoals *peer review* (intercollegiale toetsing), accreditatie van ziekenhuizen, *disease management* en *managed care*, ook in Nederland populair. Daarbij blijft de instrumentele kern overeind; het zijn namelijk allemaal mechanismen voor het evalueren en sturen van zorg, maar bij het feitelijke gebruik wordt aangesloten bij de in Nederland gangbare verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen. Eenzelfde absorptie en transformatie vindt momenteel plaats bij vanuit het internationale bedrijfsleven afkomstige vormen van kwaliteitsborging, zoals certificatie (ISO) en kwaliteitssystemen (EFQM). In internationaal vergelijkend onderzoek wordt vooral gewezen op de convergentie van de Europese gezondheidszorgsystemen in de richting van regionaal georganiseerde samenhangende zorgnetwerken met een duidelijke regierol van de financier, hetzij als verzekeraar, hetzij als regionale overheid. Even interessant is echter de divergentie als gevolg van sociaal-historische en cultuurverschillen tussen de landen. Door gezondheidszorgsysteemonderzoek (*health systems research*) kan meer begrip worden verkregen over de wetmatigheden in de dynamiek waarmee gezondheidszorgsystemen zich ontwikkelen, maar ook in de verschillen als gevolg van systeem specifieke transformatie van veelal Engelse en Amerikaanse concepten en instrumenten. Bij onderzoek naar gezondheidszorgsystemen denk ik daarom niet alleen aan cross-sectionele vergelijkende studies op basis van door internationale organisaties verzamelde gegevens, maar vooral aan vergelijkend onderzoek waarin de sociaal-historische ontwikkeling van systemen uitgangspunt van analyse is. De ontwikkelingen binnen de Europese Gemeenschap en de voorziene toetreding van landen uit Oost Europa maken het noodzakelijk dat niet alleen vanuit economisch perspectief en met een tot marktwerking en privatisering beperkte focus naar ontwikkelingen binnen de gezondheidszorgsystemen wordt gekeken. Evenzeer is de feitelijke gezondheidssituatie van de bevolking, de bestaande infrastructuur voor de gezondheidszorg en het veranderingsvermogen van een systeem van belang bij het doorvoeren van hervormingen. Ik hoop de reeds aanwezige basis van onderzoek en onderwijs

op het terrein van public health in de tropen te kunnen uitbouwen tot een onderzoekslijn rond internationale gezondheidszorg, waarbij de gezondheidsdoelen en de sociaal-historische context van gezondheidszorgsystemen een centrale rol spelen. Daarbij zal nauw worden samengewerkt met de Netherlands School of Public Health.

Dames en heren, de derde weg van de sociale geneeskunde kent boeiende vergezichten. Ik schetste u de geïntegreerde en gemeenschapsgerichte zorg voor de Academische Populatie van het AMC, de praktische toepassing van wetenschappelijke kennis bij het medisch management, de samensmelting van preventie en curatie, het gezondheidszorgsysteem als lerende organisatie en de uitdagingen van de globalisering en Europeanisering van de gezondheidszorg. Geneeskunde en samenleving zien er anders uit dan in 1848, echter onverlet blijft het door middel van objectieve inzichten beïnvloeden van de werkelijkheid. Sociale geneeskunde staat daarmee voor mij voor solidariteit *en* objectiviteit. Deze combinatie kan ze alleen waarmaken door continu in dialoog te treden. Als reactie op de bijwerkingen van verwetenschappelijking, individualisering, institutionalisering, technocratisering en professionalisering schetste ik u een aantal oplossingsrichtingen. Een betere balans tussen experimenteel en evaluatieonderzoek, aandacht voor cultureel pluralisme, maar ook voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger, gemeenschapsgerichte geïntegreerde zorg, management gericht op motivatie en vernieuwing, een overheid die stuurt op gezondheidsdoelen en ontwikkeling, maar bovenal betrokkenheid van professionals. Deze betrokkenheid is inherent aan het beroep van arts, of, zoals onlangs in de *New England Journal of Medicine* door vertegenwoordigers van de American Medical Association is verwoord: ‘Professions protect not only vulnerable persons but also vulnerable social values’. Iedere arts dient een sociaal geneeskundige te zijn.

De sociale context dwingt u hier, al is het op vrijwillige basis, naar mij te luisteren. Ik vertrouw erop u allen de komende jaren op de derde weg van de sociale geneeskunde tegen te komen en de verdere dialoog met u aan te gaan.

Het laatste half jaar is mij regelmatig gevraagd of het leuk is in Amsterdam. Mijn antwoord daarop is een volmondig ja. Dat betekent echter niet dat ik daarmee Friesland, Groningen, Utrecht en Rotterdam minder belangrijk ben gaan vinden. Ik maak graag van deze gelegenheid gebruik om een aantal personen en instanties in

het openbaar te bedanken omdat ze het voor mij mogelijk hebben gemaakt deze weg te gaan.

Medewerkers en directie van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO in Utrecht waren gedurende vijftien jaar de basis van waaruit ik de wondere wereld van de kwaliteit in de gezondheidszorg mocht verkennen. Ik prijs mij gelukkig met de vrijheid die ik had om te leren en de vele vriendschappen die uit werkrelaties voortkwamen.

Het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg stelde me in de gelegenheid mijn interesses te academiseren en was bovenal een stimulerende interdisciplinaire werkomgeving. Hooggeleerde Casparie, beste Ton, als iemand een stempel op mijn denken over de gezondheidszorg heeft gedrukt, ben jij het wel. Ga daar vooral mee door.

Het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Raad van Bestuur van het AMC dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen door mij te benoemen als hoogleraar in de sociale geneeskunde. Waarde Gunning-Schepers, beste Louise, ik prijs mij gelukkig jouw opvolger te zijn en je tegelijkertijd nog in de buurt te hebben. Jij weet wat je hebt opgegeven.

Hooggeleerde Schadé, beste Bert. Dank voor de prettige manier waarop je me wegwijs maakt in de bestuurscultuur van het AMC. De structuur van een divisie Public Health, tezamen met gezondheidskunde en huisartsgeneeskunde, bevalt me uitstekend en de nabijheid van de afdelingen medische psychologie, klinische epidemiologie en biostatistiek en medische informatiekunde biedt veel mogelijkheden tot samenwerking.

Ik ben onder de indruk van de bereidheid en het enthousiasme van derden, zowel binnen als buiten de muren van het AMC, om gezamenlijke activiteiten op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek te ondernemen.

Beste medewerkers van de afdeling sociale geneeskunde. Dat ik me al helemaal thuis voel is vooral jullie verdienste. Ik zie het als mijn taak jullie inzet in goede banen te leiden en vertrouw op jullie steun bij het realiseren van de in deze rede verwoorde ambities. Hooggeleerde Gevers, Van den Bos, Willems en Bonsel, beste

Sjef, Trudi, Han en Gouke, heterogeen in persoonlijkheden, maar homogeen in de intentie tot het realiseren van goed onderwijs en onderzoek. Het is een voorrecht met jullie aan de ontwikkeling van de sociale geneeskunde een bijdrage te mogen leveren.

Beste studenten geneeskunde en medische informatiekunde en studenten van de masteropleidingen public health van de NSPH en health services research van het NIHES. Onderwijs geven is een van de aardigste vormen van kennismanagement die ik ken. Ik hoop niet alleen in uw informatiebehoefte te voorzien, maar ook iets van mijn enthousiasme voor de sociale geneeskunde te kunnen overdragen.

Vrienden en familie vormen de kern waarom het uiteindelijk allemaal draait. Een dankwoord aan het eind van een rede als deze is onvoldoende om het belang daarvan uit te drukken, maar daarom niet minder gemeend. In deze academische sferen wil ik met name mijn permanente paranymfen Jannes en Johannes bedanken. En mijn ouders, hoeders van mijn schoolgaan en sociale vorming. Tige betanke.

Ik heb gezegd

Literatuur

- Argyris, C., *On organizational learning*. Blackwell Publishers Ltd., Oxford, 1994.
- Basch, P.F., *Textbook of International Health*. Oxford University Press, 1999.
- Berg, M., Mol A., *Differences in Medicine, unraveling practices, technique, and bodies*. Duke University Press, Durham, 1998.
- Bernard, C., *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*. J.B. Baillière et fils. Libraires de l'Académie Imperiale de Médecine, Paris, 1865.
- Borst, J.G.G., *De betekenis van het getal in de inwendige geneeskunde*. Oratie Universiteit van Amsterdam, 26 september 1938.
- Bossuyt, P.M.M., *De idolen van Kieslowski, de onvermijdelijkheid van evaluatieonderzoek voor het klinisch handelen*. Oratie Universiteit van Amsterdam, 22 mei 1997.
- Brennan, T.A., Berwick, D.M., *New Rules, regulation, markets and the quality of American Health Care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996.
- Casparie, A.F., *Het management: een zorg voor de professie?* Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam, 7 mei 1987.
- Doorslaer, E.K.A., *Gezondheidszorg tussen Marx en markt*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam, 20 februari 1998.
- Duim-Rogers, J.A. van der, Huisman, F.G., Kroef, R. van der, Lulof, J.H., *Bibliografie hoogleraren Sociale Geneeskunde en hun promovendi in de jaren 1865-1990*. Groningen, 1995.
- Everdingen, J.J.E. van, Klazinga, N.S., Pols, J., *Pinkhof Geneeskundig Woordenboek*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1998.
- Freidson, E., *Professionalism Reborn, theory, prophecy and policy*. The University of Chicago Press, 1994.
- Giddens, A., *The Third Way, the renewal of social democracy*. Polity Press, Cambridge, 1998.
- Ginzberg, E., 'Ten Encounters with the US Health Sector, 1930-1999', in: *JAMA*, 1999; 282:1665-1668
- Gunning-Schepers, L.J., *Volksgezondheid toetssteen van beleid*. Oratie Universiteit van Amsterdam, 2 april 1992.
- Helm, H.J. van der, *Wat zeggen de data ? Wat vertellen we onszelf?* Afscheidscollege Universiteit van Amsterdam, 29 januari 1993.
- Klazinga, N.S., *Globale analyse van gezondheidswetenschappen in Nederland en het onderwijs daarin: verslag van een zesdejaars keuzeproject*. Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap Rijksuniversiteit Groningen, 1984 (ISMW rapport 84-SK-27).
- Klazinga, N.S. et al., 'Spectrum; in de breedte en de diepte: kwalitatieve onderzoeksmethoden als onderdeel van gezondheids(zorg)onderzoek', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*. 1997;75(5):276-283.

- Klazinga, N.S. et al., 'Spectrum over onderzoek en ontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg', in: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1999;77(7): 368-379.
- Klazinga, N.S. et al., 'Spectrum over de millenniumbestendigheid van de sociale geneeskunde', in: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1999;77(8): 449-461.
- Leenen, H.J.J., *Systeem-denken in de gezondheidszorg*. Oratie Universiteit van Amsterdam, 18 januari 1971.
- Maas, P.J. van der, Mackenbach, J.P., *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Elsevier/Bunge, Maarssen, 1999.
- Mackenbach, J.P., *De veren van Icarus, over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland*. Bunge, 1992. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam, 8 mei 1992.
- Mooij, A., *De polsslag van de stad, 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Uitgeverij de Arbeiderspers, Amsterdam/Antwerpen, 1999.
- Muntendam, P., *De bijdrage van de arts aan de bevordering der volksgezondheid*. Oratie Rijksuniversiteit Leiden, 2 oktober 1953.
- Ong, B.N., *The practice of Health Services Research*. Chapman and Hall, London, 1993.
- Øvretveit, J., *Comparative and cross-cultural health research*. Radcliffe Medical Press Ltd., Abingdon, 1998.
- Querido, A., *Doorgaand Verkeer, autobiografische fragmenten*. De Tijdstroom BV, Lochem, 1980.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Samenwerken aan openbare gezondheidszorg*. Advies van de RVZ aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, april 1999.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Europa en de gezondheidszorg*. Advies van de RVZ aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, december 1999.
- Rawls, J., *Collected Papers*. Harvard University Press, 1999.
- Rorty, R., *Solidariteit of objectiviteit. Drie filosofische essays*. Boom, Meppel/Amsterdam, 1990.
- Sand, S., *The advance to social medicine*. Staples Press, London/New York, 1952.
- Thorsen, T., Makela M., *Changing Professional Practice; theory and practice of clinical guideline implementation*. Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
- Virchow, R., *Die cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*. Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1958.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen, 1997.
- Wal, G. van der, *Sociale Geneeskunde en verantwoorde zorg*. Oratie Vrije Universiteit Amsterdam, 1 oktober 1997.
- Weggeman, M., *Kennismanagement, inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Scriptum Management, Schiedam 1997.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Rapporten aan de regering, Volksgezondheidszorg*. SDU-Uitgevers, Den Haag, 1997.
- Wynia, M.K., Latham, S.R., Kao, A.C., Berg, J., Emanuel, L.L., 'Medical Professionalism in Society', in: *The New England Journal of Medicine*, 1999;341(21):1612-1615.