UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Maatschappij als medicijn

Stronks, K.

Publication date

2007

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Stronks, K. (2007). *Maatschappij als medicijn*. (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.

Maatschappij als medicijn

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

Omslag: Nauta & Haagen, Oss
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 492 2
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2007

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 j° 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 Reprorecht (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.

Maatschappij als medicijn

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar in de Sociale Geneeskunde
aan de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 1 juni 2007

door

Karien Stronks

VOSSIUSPERS UvA

*Meneer de Rector Magnificus,
mevrouw de decaan,
leden van de Raad van Bestuur van het AMC,
dames en heren,*

We schrijven het jaar 2107. Een bekend leerboek schetst de ontwikkeling van de volksgezondheid in de voorafgaande tweeeënhalve eeuw.

Zo komen we te weten dat in 1850 de inwoners van Nederland gemiddeld zo'n 40 jaar oud werden. De meeste mensen overleden aan infectieziekten, zoals tuberculose, longontsteking, pokken en mazelen. Onderliggende oorzaken waren vooral slechte hygiënische en sociale omstandigheden. Verklaarbaar: er was geen riool, schoon water was niet voorhanden, de huisvesting krap en vochtig en de voeding onvoldoende gevarieerd. Zeventig jaar later, in 1920, blijkt de volksgezondheid enorm te zijn verbeterd. De gemiddelde levensverwachting is gestegen tot ongeveer 60 jaar. Hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen hebben infectieziekten als voornaamste doodsoorzaak verdrongen.

Ons leerboek verklaart de stijging van de levensverwachting voor een groot deel als het gevolg van collectieve ingrepen van overheidswege, zoals het verbeteren van hygiënische omstandigheden door de aanleg van riolering en waterleiding; ook verbetering van huisvesting en arbeidsomstandigheden, voorlichting over hygiëne en de toegenomen welvaart hebben het hunne bijgedragen.¹ De hygiënist, de grondleggers van de sociale geneeskunde in Nederland, spelen in deze veranderingen een centrale rol. Wat later zorgen de preventieve geneeskunde – gewezen wordt op het RijksVaccinatieProgramma, de ouder- en kindzorg, het werk van school- en bedrijfsartsen en het stelsel van ziekenfondsen – voor het verder stijgen van de levensverwachting. Illustratief voor het succes van die collectieve voorzieningen is dat veel later, om precies te zijn in 2007, de lezers van de *British Medical Journal* – na een oproep van het tijdschrift om aan te geven wat zij als de belangrijkste medische uitvinding sinds 1840 zien – waterleiding en riolering bovenaan zetten.²

In die tijd – we hebben het over het begin van de eenentwintigste eeuw – toont de volksgezondheid weer een ander gezicht. Het zogeheten Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft in zijn VolksgezondheidsToekomstVerkenning (VTV) één keer in de vier jaar een overzicht van de staat van de volksgezondheid en constateert in zijn uitgave van 2006 dat de Nederlandse man gemiddeld ruim 76 jaar leeft; voor de Nederlandse vrouw is dat bijna 81 jaar.³ Een verdubbeling van de levensverwachting in 150 jaar, stelt ons leerboek vast.

Het geeft aan dat de sterfte aan hart- en vaatziekten, en in mindere mate aan kanker, in de voorafgaande decennia is gedaald, maar dat beide onveranderd de belangrijkste doodsoorzaak vormen. Zo overlijdt een op de drie mensen aan hart- en vaatziekten. In de top-5 van ziekten en aandoeningen met de grootste ziektelast komt verder een aantal psychische aandoeningen voor, met name angststoornissen en depressies. Als belangrijkste determinanten van deze ziektepatronen, vooral van de somatische aandoeningen, worden roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik aangewezen. Naar schatting valt respectievelijk 13, 10 en 5% van de totale ziektelast toe te schrijven aan deze factoren.³ Over de determinanten van psychische aandoeningen is veel minder bekend. De ongunstige ontwikkeling van ongezond gedrag en daaraan gerelateerde factoren blijkt zich in hoog tempo te hebben voltrokken. Dat maakt een illustratie die de epidemie van overgewicht in een periode van ruim twintig jaar (1981-2003) weergeeft, duidelijk.

Geheel in lijn met de tijdgeest, stelt de VTV 2006 dat, wanneer de bevolking gezonder zou gaan leven, dit veel gezondheidswinst oplevert. Nederland zou daarmee weer in een koppositie binnen Europa kunnen komen. Ze laat ook nog weten dat mensen met een lage opleiding in het algemeen veel ongezonder zijn dan mensen met een hoge opleiding – een verschijnsel dat wordt aangeduid met de term ‘sociaal-economische gezondheidsverschillen’ (SEGV) –, dat de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen onverminderd groot zijn gebleven en dat jongeren door hun ongezonde gedrag massaal investeren in *ongezondheid*.³

De boodschap van de VTV blijft niet onopgemerkt: de overheid krijgt steeds meer aandacht voor preventie van ongezond gedrag en treft maatregelen. Sommige ervan zijn, net als 150 jaar daarvoor, collectief van aard. Het rookverbod in de horeca is een voorbeeld daarvan. Maar dergelijke collectieve maatregelen zijn schaars, en bovendien gaat dikwijls een jarenlange discussie aan een besluit vooraf. Nederland wordt op het punt van collectieve antirookmaatregelen – aldus het leerboek – rechts en links ingehaald door andere landen, zelfs Zuid-Europese.

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

Figuur 1: Ontwikkeling van overgewicht in Nederland 1981-2003¹²

Op het individu gerichte maatregelen voeren in die tijd – we hebben het nog steeds over het begin van de eenentwintigste eeuw – de boventoon. Mensen worden individueel begeleid bij het realiseren van gezondere voeding en bij het stoppen met roken; op recept worden ze naar beweegprogramma's gestuurd. De overheid roept op tot het inschatten van het eigen risicoprofiel op suikerziekte en adviseert bij een verhoogd risico naar de huisarts te gaan. En in het kader van de zogenaamde 'balansdag' krijgen mensen de raad om als ze een dag teveel hebben gegeten, de volgende dag te minderen. Men overweegt zelfs de polypill, die met succes wordt toegepast onder mensen met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, voor te schrijven aan de *gehele* bevolking vanaf middelbare leeftijd.⁴ Rondom het veld van preventie hangt, aldus ons leerboek, een wat tobbige sfeer. Men zoekt naar effectieve strategieën om het individu tot gezonder gedrag aan te zetten, tobt over de wijze hoe maatregelen te financieren en is weinig tevreden over de resultaten die worden geboekt.

In die situatie komt uiteindelijk verandering. Inmiddels, in 2107, is de levensverwachting van zowel mannen als vrouwen gestegen tot 90 jaar, en de prevalentie

van welvaartsziekten verder gedaald. We staan wat levensverwachting betreft weer in de top van Europa. De grootste winst is geboekt bij de laagst opgeleiden, met als gevolg dat het verschil in levensverwachting tussen sociale lagen zowel bij mannen als vrouwen tot 1 jaar is gereduceerd. De gewonnen levensjaren worden goeddeels in gezondheid doorgebracht. Dit geldt zowel voor hoger- als voor lager-opgeleiden. Wetenschappers tonen aan dat de verbetering van de volksgezondheid in de eenentwintigste eeuw voor ca. 75% moet worden toegeschreven aan investeringen in de onderwijs- en sociale zekerheidssector, aan het inkomensbeleid, en aan het integratiebeleid. Iedereen is gelijkelijk in de welvaart gaan delen, het heeft de armoede doen afnemen en de inkomensverschillen verkleind. Iedereen wordt, ongeacht opleidingsniveau gewaardeerd om wat hij of zij doet, en etnische herkomst is niet langer een segmentatiecriterium. De probleemwijken uit het begin van de vorige eeuw zijn prachtwijken geworden en vrijwel alle scholieren verlaten de school met een diploma. Verder hebben gerichte maatregelen in de sfeer van de collectieve preventie een substantiële bijdrage geleverd. Sigaretten zijn door de accijnsheffingen onbetaalbaar geworden; roken is alleen nog pal voor de eigen voordeur toegestaan. Gemeenten zijn veel gaan investeren in sportvoorzieningen; sportkantines bieden slechts gezonde voeding aan. Alcohol is door de jeugd niet meer te krijgen. Door de hoge brandstofprijzen en investeringen in een groene en veilige omgeving is de fiets het meest gebruikte vervoermiddel voor de korte afstand.

We keren terug naar 1 juni 2007, naar de ambitie onze volksgezondheid in de toekomst substantieel te verbeteren, Nederland in de top van Europa te zetten en gezondheidsverschillen te verkleinen. Door te doen alsof we vanuit het jaar 2107 terugkeken in de tijd, zijn we in staat ons los te maken van discussies over bestuurlijke en institutionele kwesties als het gebrek aan regie in het preventiebeleid, de verhouding tussen nationaal en lokaal en de financiering van preventie. Daarmee scheppen we voor onszelf ruimte om naar onze ambities te kijken en ons af te vragen of we die echt kunnen waarmaken.

Het is mijn overtuiging dat een *koerswijziging* nodig is, dat we de gedragsgerichte benadering die momenteel in het preventiebeleid domineert, moeten verlaten als we onze ambities willen realiseren. Dat de volksgezondheid in de afgelopen anderhalve eeuw zo spectaculair is verbeterd, danken we aan een overheid die investeerde in collectieve maatregelen waarmee de oorzaken van gezondheidsproblemen bij de wortel werden aangepakt. Een verdere verbetering van de volksge-

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

zondheid zullen we alleen dan realiseren als we ook in de toekomst de maatschappelijke oorzaken van die problemen weten weg te nemen. Daarbovenop zal een individuele benadering nodig blijven, maar dan wel een die met die maatschappelijke oorzaken rekening houdt.

	1850	1920	2007	2107
Gezondheid	Levensverwachting = 40 jaar • infectieziekten	levensverwachting = 60 jaar • welvaartsziekten	levensverwachting = 76 – 81 jaar • ↓ welvaartsziekten • SEGV	levensverwachting = 90 jaar • ↓ welvaartsziekten • ↓ SEGV
determinanten	• hygienische - en sociale omstandigheden	• welvaartsproblemen	gezondheid schadend gedrag • roken • overgewicht • overmatig alcoholgebruik • ...	levensomstandigheden • opleiding/geletterdheid • financiële situatie • verkeer • culturele & sociale integratie •
Individuele preventie	• voorlichting en bewustwording	• voorlichting en bewustwording	• Individuele preventie gebaseerd op sociaal cognitieve gedragsmodellen	• Individuele preventie afgestemd op inkomen, taalvaardigheid, cultuur
Collectieve preventie	• aanleg van riolering en waterleiding • verbetering van huis- vesting en arbeids- omstandigheden • toegenomen welvaart	• Rijks Vaccinatie Programma • ouder- en kindzorg • school- en bedrijfsartsen • stelsel van ziekenfondsen	• prijs en aanbod regulering roken, alcohol	• onderwijs & inkomensbeleid • Integratiebeleid • Investeren in wijken • prijs en aanbod regulering roken, alcohol, voeding • vervoersbeleid

Figuur 2: Overzicht van de volksgezondheid 1850-2107

De koerswijziging die ik voorsta, vereist dat we op een andere manier tegen ziekte en gezondheid aankijken, dat we gezondheid niet in de eerste plaats zien als een individueel goed, dat primair afhankelijk is van het rook-, eet-, drink-, beweeggedrag van het individu. Als iets waar je mensen via persoonlijke coaching naartoe kunt geleiden. We moeten in onze analyse van gezondheidsbepalende factoren een stap dieper gaan en die primair zoeken in maatschappelijke omstandigheden als het niveau van geletterdheid en opleiding, de mate van welvaart en het ruim beschikbaar zijn van energierijke voeding. Vervolgens moeten we, net als 150 jaar geleden, de maatschappij weer als medicijn inzetten.

KARIEN STRONKS

In het eerste deel van mijn betoog zal ik deze stelling uitwerken. In het tweede deel ga ik na welke opdrachten dan zichtbaar worden voor de sociale geneeskunde in het algemeen, en voor de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC in het bijzonder.

Verleden	Heden	Toekomst
verbetering volksgezondheid vooral door collectieve maatregelen	individuele, gedragsgerichte preventie dominant	koerswijziging vereist om doelstellingen te realiseren
gezondheid = product van maatschappelijke omstandigheden: huisvesting, welvaart, hygiënische omstandigheden,	gezondheid = product van gedrag: rook- eet- en drink- en beweeggedrag van het individu	gezondheid = product van maatschappelijke omstandigheden: geletterdheid, opleiding, migratie, welvaart, verkeer, prestatiedruk, invloeden voedingsindustrie.....

Figuur 3: Grondslagen van preventie in verleden, heden en toekomst

Maatschappelijke invloeden op de volksgezondheid

Waarom is het zo belangrijk naar maatschappelijke invloeden te kijken als we de volksgezondheid willen *begrijpen en verbeteren*? Om die vraag te kunnen beantwoorden, is het allereerst nodig nader aan te geven wat ik in dit verband versta onder de centrale begrippen uit mijn betoog, ‘volksgezondheid’ en ‘maatschappij’.

Volksgezondheid kan hier gedefinieerd worden als ‘de omvang en spreiding van ziekte, handicap en sterfte in een bevolking’.⁵ Het begrip verwijst naar de gezondheid van de bevolking als geheel en is, simpel gezegd, de optelsom van de gezondheidsproblemen van de individuen die samen de bevolking vormen, inclusief de spreiding ervan.⁶

Maatschappij kan hier begrepen worden als het systeem waarin mensen, binnen een bepaalde geografische eenheid, samenleven. Daarbij gaat het niet alleen om de relaties tussen mensen – ook wel de burgermaatschappij genoemd – maar ook om de instituties die gecreëerd zijn om in dat samenleven ordening aan te brengen en voor een deel behorend tot wat we de ‘staat’ of ‘overheid’ noemen. Ook de markt of economie, dat wil zeggen de organisatie van de bedrijvigheid tussen mensen, valt onder het begrip ‘maatschappij’.⁷ Het kan verder worden onderscheiden in

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

subsystemen, zoals de gezondheidszorg en het sociale zekerheidssysteem. Ten slotte zijn mensen nog in te delen op basis van hun onderlinge relaties in subsystemen, bijvoorbeeld naar sociale klasse.

Begrijpen van maatschappelijke invloeden op de volksgezondheid

Hoe hangen de begrippen ‘volksgezondheid’ en ‘maatschappij’ met elkaar samen? Honderdvijftig jaar geleden was deze vraag niet moeilijk te beantwoorden. De maatschappelijke oorzaken van ziekte, zoals een gebrek aan schoon water en slechte huisvesting, waren toen letterlijk op straat zichtbaar. Die van onze tijd hebben een ander gezicht. Dat wil ik graag illustreren met een drietal voorbeelden: opleiding en mate van geletterdheid, de veranderde etnische samenstelling van de bevolking en het verkeer.

Allereerst opleiding. Opleidingsniveau kan worden gezien als een operationalisering van de positie die iemand op de maatschappelijke ladder inneemt. Het is in onze kennismaatschappij het dominante segmentatiecriterium:⁸ iemands opleidingsniveau bepaalt in hoge mate ook de uitkomst op andere maatschappelijke verdelingsprocessen, zoals beroeps- en inkomensniveau, participatie in het culturele leven, sportactiviteiten en... gezondheid!

Figuur 4: Levensverwachting bij geboorte, totaal en zonder lichamelijke beperkingen naar opleidingsniveau [Bron: RIVM, Nationaal Kompas]

De bovenstaande figuur laat zien dat mensen met een laag opleidingsniveau gemiddeld korter leven dan mensen met een hogere opleiding. Voor mannen bedraagt het verschil vijf jaar, voor vrouwen circa de helft daarvan. De verschillen in jaren die men in een goede gezondheid doorbrengt lopen op tot veertien jaar bij vrouwen.

Iemands sociaal-economische status, en meer specifiek zijn of haar opleiding, heeft dus een enorm gezondheidseffect. We kunnen dat ook nog op een andere manier uitdrukken, namelijk vanuit een volksgezondheidsperspectief. Een recente publicatie uit de VS becijfert dat het aantal mensen dat (op een bepaalde leeftijd) overlijdt, substantieel zou dalen wanneer degenen met als hoogste opleiding basisschool of middelbare school, het sterfterisico zouden hebben van degenen die een hbo- of universitaire opleiding hebben genoten. De sterftedaling zou acht keer zo groot zijn, zo schatten de auteurs, als de daling die we met de medische zorg bereiken.⁹

Ook voor Nederland zijn dit soort berekeningen gemaakt. Specifiek is dat bijvoorbeeld gedaan voor geletterdheid, een aspect dat samenhangt met opleiding, maar er zeker niet mee samenvalt. Onderzoek van de Taalunie heeft laten zien dat ongeveer 1 op de 9 Nederlanders, dat wil zeggen 1,5 miljoen mensen, onder hen 1 miljoen van allochtone herkomst, moeite heeft met lezen en schrijven.¹⁰ Deze zogenaamde ‘laag- of ongeletterden’ kunnen hun eigen naam en adres lezen, en belangrijke documenten herkennen, maar zijn bijvoorbeeld niet in staat informatie op te zoeken in dienstregelingen, of de kern van een krantenartikel te pakken te krijgen. Epidemiologisch onderzoek laat zien dat geletterdheid samenhangt met gezondheid. Zo blijken laaggeletterden een grotere sterftkans te hebben dan meer geletterden.¹¹ Dit verband loopt vermoedelijk deels via ongezond gedrag, zoals te weinig bewegen. Ook stelt een hogere opleiding mensen in staat beter de gevolgen van hun eigen gedrag te overzien, wat weer de bereidheid verhoogt om directe behoeftebevrediging uit te stellen. Ongeletterdheid heeft daarom een enorme impact op de volksgezondheid. Vorig jaar schatten Groot & Maassen van den Brink dat het aantal huisartsbezoeken in Nederland met maximaal 8% zou dalen als we in staat zouden zijn ongeletterdheid uit te bannen,¹⁰ wat vermoedelijk veel meer is dan we ooit met de invoering van een no-claimkorting in het ziektekostenverzekeringstelsel kunnen bereiken.

Opleidingsniveau en de ermee samenhangende mate van geletterdheid zijn dus belangrijke determinanten van de volksgezondheid. Omgekeerd kunnen we de

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

volksgezondheid bevorderen door iedereen, gegeven zijn of haar capaciteiten, een zo hoog mogelijk opleidingsniveau te garanderen. Hierdoor zullen gezondheidsproblemen afnemen. Zo rookt van de mensen met alleen basisonderwijs bijna 50%, terwijl dat in hoogste opleidingsgroep 20% is. Het verschil in ernstig overgewicht bedraagt zelfs een factor 5. Investeren in het opleidingsniveau van de bevolking is dan ook een strategie waarvan, vanuit volksgezondheidsperspectief, veel rendement te verwachten is. Sterker nog, de kabinetsdoelstelling het percentage rokers terug te dringen van 28% naar 20%,¹² zal alleen worden bereikt als het percentage rokers in de lagere opleidingsgroepen substantieel afneemt. Het kabinet zal hiertoe moeten investeren in het opleidingsniveau van degenen die tot deze groepen behoren.

Natuurlijk kent dit streven een grens; mensen verschillen immers in capaciteiten. Dat neemt niet weg dat er op dit moment nog volop ruimte is voor winst, gegeven – alles in Europees vergelijkend perspectief – het grote aantal jongeren dat zonder diploma de school verlaat, het juist lagere gemiddelde opleidingsniveau en de lagere gemiddelde duur van onderwijsdeelname.^{13,14} Ook het recente jaarverslag van de Inspectie van het Onderwijs laat zien dat op deze punten substantiële verbeteringen mogelijk en nodig zijn.¹⁵ Wanneer we erin slagen die verbeteringen te realiseren, zal ook het niveau van de volksgezondheid stijgen.

Het tweede voorbeeld betreft de etnische samenstelling van onze bevolking. Op dit moment is ruim 3 miljoen mensen in Nederland van allochtone afkomst, van wie ruim de helft uit niet-westerse landen komt. In de toekomst zal deze groep groeien tot naar schatting bijna 5 miljoen in 2050, ca. 30% van de totale bevolking.¹⁶ In de grote steden gaat het aantal allochtonen op dit moment al naar de 50% toe.

Deze veranderde en veranderende samenstelling van onze bevolking heeft grote gevolgen voor de volksgezondheid. Enerzijds komt dat door de positie van de nieuwkomers in onze maatschappij. Zo is hun sociaal-economische situatie, in termen van bijvoorbeeld opleidingsniveau, inkomen en werkloosheid, gemiddeld ongunstiger dan die van de autochtone bevolking. Ook de sociale exclusie kan hun gezondheid, bijvoorbeeld in termen van welbevinden, negatief beïnvloeden. Daarnaast zijn kenmerken die de verschillende allochtone groeperingen met zich meebrengen van belang. Zo verschillen zij aanzienlijk qua culturele gewoonten, die vervolgens weer van invloed zijn op gezondheidsgerelateerd gedrag. Het hoge percentage rokers onder Turkse mannen is daarvan een bekend voorbeeld.¹⁷ Verder

kan een genetisch bepaalde, verhoogde vatbaarheid voor bepaalde ziekten, zoals suikerziekte, een rol spelen.

De invloed van etnische herkomst op gezondheid is uiteraard veel complexer dan ik hier in een kort bestek kan bespreken. Maar zelfs uit deze globale aanduiding blijkt van welke betekenis de groei van allochtone bevolkingsgroepen is voor de volksgezondheid, en daarmee voor onze ambities om die te verbeteren. De sterke toename van suikerziekte kan dit laatste goed illustreren. Op dit moment zijn er ruim 600.000 mensen in Nederland bekend met deze ziekte, en jaarlijks komen daar 70.000 nieuwe gevallen bij. Bij een gelijkblijvende trend zal het absolute aantal mensen met suikerziekte in 2025 met eenderde zijn gestegen. Het kabinet heeft in de nota 'Kiezen voor gezond leven' als doel gesteld die stijging om te buigen tot maximaal 15%.¹² De positie van allochtone bevolkingsgroepen is in dit streven cruciaal. Immers, een aantal niet-westerse allochtone groepen heeft een sterk verhoogde kans op suikerziekte. Uit eigen onderzoek weten we bijvoorbeeld, dat onder de Hindoestaanse bevolking in de leeftijd van 45-60 jaar bijna 1 op de 2 mensen aan de ziekte lijdt.¹⁸ Dit betekent dat alleen al de stijging van het aantal mensen van allochtone herkomst de realisatie van bovenstaande kabinetsdoelstelling zal frustreren, tenzij we erin slagen de trend ook onder dit bevolkingsdeel te keren. Dat vraagt in de eerste plaats van de overheid dat zij investeert in verbetering van de maatschappelijke positie van de groepen die ertoe behoren. Daarnaast is een vereiste dat programma's die in het kader van preventieve zorg worden geboden, zijn afgestemd op de leefomstandigheden van die groepen, zowel in sociaal-economisch als cultureel opzicht.

Mijn derde voorbeeld betreft het verkeer. Het meest zichtbare effect van deze factor op de volksgezondheid is dat er dagelijks in het verkeer mensen overlijden of gewond raken. Naar verwachting zullen dit jaar ca. 800 mensen als gevolg van verkeersongevallen de dood vinden en ca. 250.000 zodanig gewond raken dat ze medische zorg behoeven.³

Maar er zijn ook minder zichtbare invloeden. Denk daarbij aan morbiditeit en mortaliteit als gevolg van luchtverontreiniging, meer specifiek door fijn stof. Een recente Amerikaanse studie laat zien dat de longen van tieners die opgroeien binnen een straal van 500 meter van een snelweg, zich minder goed ontwikkelen dan die van kinderen wonend op een afstand van 1,5 kilometer of meer van de weg.¹⁹

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

Een effect dat een leven lang blijft gelden. De blootstelling aan fijn stof lijkt bovendien een verhoogd risico op hart- en vaatziekten te geven.²⁰

Een tweede meer verborgen invloed is die van de geluidshinder, zowel van het verkeer in de lucht als op de weg. Die hinder kan, via stress en slaapproblemen, eveneens hart- en vaatziekten veroorzaken. Het RIVM schat dat 2-5% van de ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren, waarbij blootstelling aan fijn stof en geluidsoverlast, beide als gevolg van verkeer, de belangrijkste factoren zijn.³

Ten slotte beïnvloedt de factor verkeer de volksgezondheid nog via beweeggedrag, met overgewicht als resultaat. Dat Nederland in internationaal perspectief een relatief lage prevalentie van overgewicht heeft, schrijven sommige onderzoekers toe aan het feit dat wij in ons land, vergeleken met andere landen, veel fietsen. Het moge echter duidelijk zijn dat deze factor moeilijk te kwantificeren is; wel is uiteraard aannemelijk te maken dat, als we meer bewegen in ons verkeersgedrag, de kans op overgewicht afneemt.

In het verleden zijn vooral veel maatregelen genomen om de zichtbare effecten van het verkeer terug te dringen. Niet voor niets noemt het Amerikaanse Center for Disease Control de sterke daling van het aantal verkeersdoden in de afgelopen decennia een van de grootste *public health*-successen van de twintigste eeuw.²¹ Infrastructurele maatregelen als het veiliger maken van auto's, het verlagen van de maximumsnelheid en het aanleggen van rotondes hebben, samen met wetgeving en voorlichting gericht op het individuele gedrag, zoals verplicht gebruik van een gordel en een beperkt toegestaan alcoholgebruik in het verkeer, Nederland tot een van de meest verkeersveilige landen ter wereld gemaakt.³ Tegelijkertijd laat de stijging van het aantal fietsers onder de verkeersdoden in de afgelopen jaren, mogelijk mede veroorzaakt door het steeds groter worden van auto's, zien, dat niet iedereen van genoemde maatregelen profiteert. De minder zichtbare effecten van het verkeer – blootstelling aan luchtverontreiniging, verkeerslawaaï en gewichtstoename – worden van overheidszijde veel minder krachtig bestreden. Overwegingen van economische aard en de asfaltlobby zorgen ervoor dat aan die effecten gemakkelijk wordt voorbijgegaan.

Ingrijpen in maatschappelijke invloeden om de gezondheid te verbeteren

Tot zover deze schets van maatschappelijke invloeden op de volksgezondheid. In overheidsnota's wordt in plaats van de term 'volksgezondheid' overigens steeds vaker de aanduiding 'publieke gezondheid' gebruikt. Dat is dan weer een vrij letterlijke vertaling uit het Engels, waarin men over 'public health' spreekt. Het mooie van die Engelse term is dat hij niet alleen een descriptieve betekenis heeft, dat wil zeggen verwijst naar de staat van de volksgezondheid, maar ook een 'actie-element' in zich bergt, duidt op maatregelen, veelal collectief of maatschappelijk van aard, die noodzakelijk zijn om de volksgezondheid te verbeteren. Volgens een officiële Engelse definitie: *Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society.*²²

Wat wordt bedoeld met die collectieve of maatschappelijke inspanningen? De invulling die er zo'n 150 jaar geleden aan werd gegeven, heb ik al aan het begin geschetst. Zaken als de aanleg van de waterleiding en riolering zijn in jargon 'gezondheidsbeschermende maatregelen'. Ook nu nog eisen zij het grootste deel voor zich op van wat we uitgeven aan preventieve maatregelen: bijna 10 miljard van de in totaal 12,5 miljard per jaar.²³ Deze maatregelen, waarvan de kosten grotendeels buiten de gezondheidszorg worden gemaakt, zijn zó vanzelfsprekend dat we er ons vaak helemaal niet bewust van zijn. Het gaat bijvoorbeeld om regels ter bevordering van de verkeersveiligheid, controle op drink- en zwemwaterkwaliteit en op lucht- en woningkwaliteit.

Vooraf welvaartsziekten hebben ervoor gezorgd – ik schetste dat al in mijn doorkijkje naar de toekomst – dat we aan de gezondheidsbevorderende maatregelen nog twee andere vormen van preventieve maatregelen moeten toevoegen, te weten ziektepreventie en gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Voorbeelden van ziektepreventie zijn behandeling door middel van anti-hypertensiva en cholesterolverlagers, en bevolkingsonderzoeken op kanker. De kosten hiervan worden geschat op ca. 2 miljard euro per jaar. Voorlichting over de gezondheidsrisico's van roken en alcoholgebruik is een voorbeeld van gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Daaraan geven wij in Nederland op dit moment ca. 0,5 miljard euro per jaar uit.²³ Overigens is gezondheidsvoorlichting, die ik hier presenteer als iets van de huidige tijd, in feite van alle tijden. Ik refereerde al eerder aan de voorlichtingsfunctie ten tijde van de hygiënist, maar ook de collectie volksgezondheidsaffiches, afkomstig uit de Faculteit Geneeskunde van het AMC, laat hiervan

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

fraaie voorbeelden zien. De affiches zijn door Hubertien Hermans, historica bij de afdeling Sociale Geneeskunde, toegankelijk gemaakt. De in haar boek opgenomen en geanalyseerde voorbeelden laten zien dat ook in een tijd waarin gezondheidsrisico's heel zichtbaar gelegen waren in de omgeving waarin men leefde of werkte, het individu werd aangesproken op zijn gedrag. Het volgende affiche uit 1923, is hiervan een sprekend voorbeeld. Het richt zich tot de havenarbeider.

Figuur 5: Gezondheidsboodschap voor de havenarbeider²⁴

Hoewel het budget voor gedragsgerichte gezondheidsbevordering ten opzichte van de budgetten voor beide andere vormen van preventieve maatregelen het kleinst is (0,5 miljard), speelt juist die gedragsgerichte preventie een hoofdrol in het huidige volksgezondheidsbeleid. Ik doel hiermee niet op het feit dat juist over dit budget de laatste jaren zoveel politieke en maatschappelijke discussie bestaat,²⁵ maar op een hoofdrol in inhoudelijk opzicht. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de doelstellingen

van dat volksgezondheidsbeleid, zoals die te vinden zijn in de nota 'Kiezen voor gezond leven'.¹² Eerder haalde ik daaruit het streven aan het percentage rokers terug te brengen naar 20% in 2010, alsook de stijging van het aantal mensen met suikerziekte om te buigen tot maximaal 15% in 2025. Andere doelstellingen uit de nota zijn het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren naar het niveau van 1992 en het zorgen voor een gelijk blijvend percentage volwassenen met overgewicht in 2010. Hiervoor betoogde ik dat nu wordt geprobeerd deze doelstellingen primair te realiseren met op het individu gerichte interventies. Ook in het beleidsmatige debat ligt de nadruk op individu gerichte preventie. Een voorbeeld daarvan is de discussie rondom individuele aanspraken op preventie in het verzekeringspakket, waartoe begin dit jaar een motie is aangenomen in de Tweede Kamer.²⁶

Hoe waarschijnlijk is het dat met deze strategie de kabinetsdoelstellingen gehaald worden? Het moge u langzamerhand duidelijk zijn, dat ik er niet van overtuigd ben dat dat gaat lukken. Daarvoor is enerzijds de invloed van een factor als opleidingsniveau of ongeletterdheid op bijvoorbeeld roken of overgewicht veel te groot, terwijl aan de ander kant de huidige, meestal individu gerichte maatregelen juist in die hoogrisicogroepen weinig effectief zijn, getuige bijvoorbeeld het feit dat niet-roken inmiddels de norm is in hogere, maar nog lang niet in lagere sociaal-economische groepen. Om gezondheidsschadend gedrag terug te dringen, zullen we toch echt de achterliggende maatschappelijke oorzaken van dat gedrag moeten bestrijden en maatschappelijke condities moeten scheppen waarbinnen ieder een gelijke kans heeft gezond te zijn. Hoe dat zou kunnen heb ik in het voorgaande, waar ik sprak over opleidingsniveau en geletterdheid, al aangegeven. Ik voeg er nog een aantal andere voorbeelden aan toe:

- niet meer accepteren dat een groeiend aantal kinderen, op dit moment ruim een half miljoen, in achterstandswijken opgroeit,²⁷ maar ervoor zorgen dat ook zij kunnen opgroeien in een omgeving waarin ze voldoende kunnen sporten, gezond kunnen eten, en zich kunnen ontplooiën;
- blootstelling van bewoners in grote steden aan fijn stof als gevolg van verkeer krachtig aanpakken, en in het kader van het verkeersbeleid fietsgebruik onder kinderen stimuleren om overgewicht terug te dringen;
- sociale exclusie van allochtone bevolkingsgroepen bestrijden;
- door prijsmaatregelen de beschikbaarheid van sigaretten en alcohol nog sterker beïnvloeden dan nu het geval is.

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

Internationale vergelijkingen ondersteunen de noodzaak van een koerswijziging in het preventiebeleid. Zo blijkt bij een vergelijking van het alcoholbeleid in OECD-landen dat hoe strenger het beleid is, hoe lager ook de consumptie van alcohol. In Nederland is de wetgeving op dit gebied, vooral ten aanzien van beschikbaarheid en prijs, veel toleranter dan in veel andere OECD-landen.²⁸ Dit suggereert op zijn minst dat er in ons land nog veel winst te behalen valt op dit gebied. Wanneer landen worden vergeleken op hun politieke traditie, dringt zich een vergelijkbare conclusie op. Landen met een lange sociaal-democratische traditie, blijken ook de landen te zijn met een universele ziektekostenverzekering, een geringe inkomensongelijkheid en een universeel sociale-zekerheidssysteem, én met de laagste kindersterfte en de hoogste levensverwachting. Zweden is een voorbeeld van zo'n land.²⁹ Omdat Nederland zowel in levensverwachting, als wat betreft de onderliggende sociale determinanten ongunstig afsteekt bij Zweden, ondersteunt ook deze analyse de gedachte dat door de aanpak van sociale oorzaken van ziekte en ongezondheid een verdere verbetering van onze volksgezondheid mogelijk is.

Deze landenvergelijking legt overigens ook direct de kwetsbaarheid bloot van de strategie om maatschappelijke oorzaken aan te pakken, namelijk dat men dan afhankelijk is van de politieke kleur van een regering. Zijn ook conservatieve of liberale regeringen meestal wel bereid tot het nemen van collectieve (vrijheidsbeperkende) maatregelen om de overlast voor anderen te beperken, zoals in het geval van roken, hun aarzelingen zullen groter worden bij maatregelen die bijvoorbeeld ingrijpen in de inkomensverdeling. Zonder conflicterende belangen en waarden te willen ontkennen, moet echter gewezen worden op het onvermijdelijke van deze strategie, als we de slogan 'making the healthy choice the easy choice' serieus nemen. En dat laatste doen we, want juist dat wordt in Nederland als beleidsdoelstelling nummer 1 gezien, blijktens de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Dat betekent tevens dat de verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid en de vermindering van gezondheidsverschillen niet alleen naar het lokale niveau geschoven kan worden, zoals nu vaak gebeurt. Veel van de maatschappelijke oorzaken van ziekte en ongezondheid, zoals hiervoor besproken, zijn immers op lokaal niveau niet te beheersen.

Met mijn pleidooi voor de aanpak van sociale determinanten van ongezondheid wil ik overigens niet zeggen dat we moeten stoppen met individugerichte preventie. We moeten sowieso voorlichting geven om iedereen in staat te stellen voor gezond

gedrag te kiezen. Verder zal er altijd behoefte blijven aan ondersteuning bij gedragsverandering. En ten slotte laat het verleden zien dat juist successen in het preventiebeleid gebaseerd zijn op een *gecombineerde* aanpak: op het individu gerichte maatregelen in samenhang met maatregelen die de fysieke of sociale omgeving beïnvloeden. Het eerder gegeven voorbeeld van een afname van verkeersslachtoffers illustreerde dat. Ook het affiche van de havenarbeider uit 1923 laat mooi de complementariteit van beide strategieën zien: de werkomgeving wordt zo veilig mogelijk gemaakt en bovendien krijgt de arbeider instructies zich zo veilig mogelijk te gedragen. Ook de hygiënist waren er destijds van overtuigd dat individuen pas dan met effect op hun onhygiënische gedrag konden worden aangesproken wanneer de maatschappelijke omstandigheden hygiënisch gedrag bevorderden.

Een individuele aanpak blijft dus nodig. Wel zal daarbij meer rekening moeten worden gehouden met de maatschappelijke context waarbinnen het individu keuzen maakt. Alleen dan kunnen we ervoor zorgen dat gezondheidsbevorderende maatregelen ook effectief zijn voor groepen waarbinnen ongunstige sociale omstandigheden en gezondheidsproblemen zich opstapelen.

Waarom zo weinig aandacht voor maatschappelijke invloeden op de volksgezondheid?

Mijn oproep om de maatschappelijke oorzaken van ziekte en ongezondheid aan te pakken, ligt geheel in de lijn van het gedachtegoed van voorgangers op mijn leerstoel. Zo luidde de leeropdracht van Henk Leenen, die de leerstoel van 1970-1991 bezette 'Sociale achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg'. En Arie Querido, die aan de basis van onze afdeling stond, benoemde bij zijn openingscollege in 1952 als een van de hoofdtaken van de sociale geneeskunde 'het bestuderen van de consequenties van maatschappelijke verhoudingen over ziekte en gezondheid'.³⁰ De roep klinkt dus al een aantal decennia. Toch vindt die in ons land veel minder weerklank dan in het internationale wetenschappelijke en publieke debat. Zo stelt het *Oxford Textbook of Public Health* als een vanzelfsprekendheid: 'To be most effective, modern public health research and practice should be based on an up to date understanding of the broad determinants'.³¹ Ook de instelling van de WHO Commission on Social Determinants, onder voorzitterschap van Michael Marmot, met als taak landen over de hele wereld te ondersteunen bij het ontwikkelen van beleid en interventies ten aanzien van sociale determinanten van ziekte en gezondheid,

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

wijst op het belang dat er internationaal aan deze invalshoek wordt gehecht.³² Ook op Europees niveau zijn allerlei activiteiten gaande. Zo beoogt het EU-project 'Closing the gap' ervaringen die in het kader van het gezondheidsbeleid in verschillende Europese landen worden opgedaan met het aanpakken van sociale achterstanden, ook voor andere toegankelijk te maken.³³

Waarom is hiervan in ons land dan zo weinig terug te vinden in beleid en onderzoek? Waarom hebben we de koers van ons preventiebeleid niet allang gewijzigd?

Het heeft alles te maken met de wijze waarop wij in Nederland gezondheid in het wetenschappelijke, publieke en politieke debat conceptualiseren. Gezond zijn of niet gezond zijn wordt primair gezien als iets wat afhankelijk is van wat je als individu wel en niet doet. Verwijzingen naar de sociale context waarin gedrag gevormd wordt, of naar fysieke barrières voor gezond gedrag, zijn slechts uitstapjes binnen dit model, die niet beklijven omdat ze voortbouwen op de conceptualisatie van gezondheid als een individueel goed. Het neo-liberale politieke klimaat van de afgelopen jaren is hier mede debet aan. Het heeft het individu als het ware losgemaakt van zijn omgeving en steeds meer voor zijn eigen gedrag verantwoordelijkheid gehouden. Zelfs overgewicht, door experts als vanzelfsprekend in het kader van een brede maatschappelijke context geplaatst – denk aan invloeden vanuit de voedingsindustrie, aan een maatschappij waarin de noodzaak om te bewegen steeds verder wordt teruggedrongen – blijkt in dat maatschappelijke debat toch vaak te worden afgespiegeld als een individueel probleem.³⁴

Die individugerichte benadering van gezondheidsproblemen is ook goed zichtbaar in het beleidsmatige debat over preventie. Zo benoemt de eerdergenoemde preventienota 'Kiezen voor gezond leven' die problemen primair in termen van ongezond gedrag.¹² De nota stelt (p. 12): 'Mensen hoeven niet te roken of overmatig te drinken, maar velen doen het wel.' En: 'Mensen kunnen voldoende bewegen, maar (slechts) minder dan de helft van de bevolking wil dagelijks een half uur bewegen.' Daarmee wordt voorbijgegaan aan de maatschappelijke omstandigheden waarbinnen mensen moeten kiezen, die in sterke mate hun gezondheid beïnvloeden: een gering inkomen, de onveilige buurt, de sociale norm dat alcoholgebruik gezellig is en bij het maatschappelijke verkeer hoort, de prestatiedwang en het groeiend aantal verplichtingen dat onze maatschappij aan jongeren oplegt.³⁵

Dit individuele model sijpelt vanuit de beleidsnota's weer via subsidieprogramma's door in de wereld van de onderzoekers. Die programma's staan op dit mo-

ment vooral open voor onderzoek naar individuele determinanten van gezondheid en individugerichte maatregelen om de gezondheid te verbeteren, met als gevolg dat er nauwelijks gelegenheid is voor de financiering van onderzoeksvoorstellen over de invloed van inkomen, cultuur of ongeletterdheid op gezondheid, en evenmin voor onderzoek naar de gezondheidseffecten van investeringen in het onderwijs of van de metamorfose van achterstandswijken in 'prachtwijken'.

Ook wij onderzoekers zelf versterken de individuele conceptualisatie van gezondheid. De focus van veel onderzoek ligt op determinanten van ziekten die te meten zijn aan het individu, zoals gezondheidsgedrag als roken en drinken en biomedische risicofactoren als hypertensie en dyslipidemie. Dit zijn de factoren die relatief gemakkelijk te meten en te publiceren zijn.³⁶ Daar waar we naar sociale invloeden kijken, hebben we veel nadruk gelegd op de factor sociaal-economische status. Maar ook in de causale modellen die we daarvoor ontwikkelden, redeneren we weer primair vanuit het perspectief van het individu, in plaats van vanuit maatschappelijke invloeden. En juist die laatste komen hiermee niet goed in beeld.³⁷

Kortom, het beleidsmatige, politieke maar ook wetenschappelijke debat is doordrenkt van de notie dat gezondheid primair afhankelijk is van wat het individu wel en niet doet. Het debat ontstijgt nauwelijks dat individuele niveau, bereikt niet het niveau van de maatschappelijke condities die voor gezondheid zo bepalend zijn. Voor een koerswijziging in het debat en het beleid, zullen we eerst de manier waarop we gezondheid conceptualiseren moeten veranderen. We zullen de oorzaken van gezondheidsproblemen en ziekte moeten conceptualiseren in termen van zaken als de beschikbaarheid van energierijke voedingsmiddelen, de toereikendheid van financiële middelen in de lagere inkomensgroepen en culturele invloeden, in plaats van vooral in ongezond gedrag.

Opvallend is dat wanneer het in het debat en beleid wél over omgevingsgerichte maatregelen gaat, het meestal maatregelen betreft die 'dichtbij' gezondheid liggen: wetgeving die de beschikbaarheid dan wel de mogelijkheden tot het consumeren van alcohol, tabak of ongezonde voeding beïnvloedt, of plannen om wijken zo in te richten dat kinderen er kunnen spelen en fietsen. Minder zichtbare oorzaken, dat wil zeggen factoren waarbij de link met gezondheid minder direct is, zoals opleiding, mate van geletterdheid, etniciteit, armoede en inkomen, zijn ook in het debat onzichtbaar. Ik hoop u ervan overtuigd te hebben, dat juist ten aanzien van die factoren nog veel gezondheidswinst te behalen is.

Opgaven voor de sociale geneeskunde

Wat nu kan de sociale geneeskunde bijdragen aan het realiseren van die gezondheidswinst? We raken hier de kern van ons vak. De sociale geneeskunde gaat immers over de relatie tussen maatschappij en gezondheid. Het woord ‘sociale’, rechtstreeks overgenomen uit het Engelse begrip ‘social medicine’, zegt het al. In deze context is het te begrijpen als – en ik citeer nu Van Dale – ‘betrekking hebbend op de menselijke samenleving, de menselijke maatschappij ...’. Zo gezien is ‘maatschappelijke gezondheidszorg’ eigenlijk een meer veelzeggende vertaling³⁸ en heet de opleiding tot een van de twee hoofdtakken van de specialisatie sociale geneeskunde niet voor niets opleiding tot ‘arts maatschappij en gezondheid’.

Met de basis van de sociale geneeskunde zit het dus wel goed. Door de eenzijdige focus op het individu en zijn gezondheidsgedrag, heeft zij zich de laatste tijd echter van die basis verwijderd en bovendien haar werkkerrein verengd tot dat van de preventie. Ten onrechte. Ons vak moet allereerst en vooral gaan over het analyseren van de maatschappelijke invloeden waarbinnen gezondheid gevormd wordt, om daarin vervolgens te kunnen ingrijpen. In het resterende deel van mijn betoog wil ik analyseren welke concrete opgaven voor de sociale geneeskunde hieruit voortvloeien. Ik concentreer me daarbij op de opgaven voor het onderzoek, om van daaruit kort iets te zeggen over de implicaties voor de praktijk, het onderwijs en de plicht tot maatschappelijke dienstverlening. Daarbij geef ik ook aan wat wij vanuit de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC doen om die opgaven gestalte te geven.

Determinantenonderzoek

Ten eerste is meer onderzoek nodig naar de wijze waarop maatschappelijke factoren op de gezondheid inwerken. Dit klinkt misschien als iets vanzelfsprekends, maar is het niet. De heersende cultuur in het volksgezondheidsbeleid is er een van ‘we hebben voldoende kennis over determinanten van gezondheid; we moeten ons vooral richten op het verkrijgen van kennis over effecten van preventieve maatregelen’. Niets is minder waar. Natuurlijk, onderzoek naar effecten van maatregelen is hard nodig – daar kom ik zo op terug –, maar tegelijkertijd zullen we, veel meer dan de beschikbare subsidieprogramma’s op dit moment toelaten, determinantenonderzoek moeten uitvoeren. Anders lopen we het gevaar dat onze kennis

op dit gebied opdroogt. Neem als voorbeeld de gezondheidseffecten van armoede. Ongeveer 10% van de bevolking in Nederland heeft een inkomen beneden de armoedegrens, gedefinieerd als een inkomen van ca. 850 euro per maand voor een alleenstaande (zogenaamde lage inkomensgrens).³⁹ Onderzoek laat zien dat er een relatie bestaat tussen inkomen en gezondheid in het algemeen en het leven onder de armoedegrens en gezondheid in het bijzonder.⁴⁰ Maar is dit een oorzakelijke relatie, met andere woorden, zijn de mensen in deze groep ongezonder *omdat* ze in armoede leven? Of zijn er misschien andere factoren in het spel, zoals intelligentie? En mogen we veronderstellen dat, als mensen een hoger inkomen krijgen, hun gezondheid dan verbetert? Het is een belangrijke vraag voor gezondheidsbeleid, waarop we het antwoord niet kennen. We moeten daarbij niet vergeten dat ook (quasi)experimentele studies licht kunnen werpen op etiologische mechanismen. Een creatief voorbeeld daarvan zijn studies naar de gezondheidseffecten van het winnen van een loterij. Deze studies geven overigens wel degelijk steun aan de gedachte dat het effect van inkomen op welzijn en gezondheid een causaal effect is.⁴¹

Een ander voorbeeld waaruit blijkt hoe weinig we nog weten over de effecten die maatschappelijke factoren op de gezondheid hebben, komt uit eigen onderzoek, waarin we naar gedragsveranderingen tussen de eerste en tweede generatie Turkse en Marokkaanse migranten hebben gekeken.

Figuur 6: Odds ratio's (OR) voor roken, eerste en tweede generatie Turken en Marokkanen in Nederland, 15-30 jaar (OR=1 autochtone bevolking)⁴²

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

In het algemeen wordt gedacht dat het gezondheidsgedrag van tweedegeneratiemigranten zich ontwikkelt in de richting van dat van de autochtone bevolking. We hebben deze hypothese getoetst in een studie onder Turkse en Marokkaanse jongeren en jongvolwassenen, van 15 tot 30 jaar. Inderdaad bleek de tweede generatie qua gezondheidsgedrag meer op de Nederlandse bevolking van autochtone herkomst te lijken, maar er waren ook uitzonderingen. Zo bleek het percentage rokers onder Turkse vrouwen van de tweede generatie juist hoger te zijn dan dat van de eerste generatie, terwijl ook de eerste generatie al meer rookte dan Nederlandse, autochtone vrouwen.⁴² Een mogelijke verklaring, die verder getoetst moet worden, is dat de vrouwen van de tweede generatie, gezien hun opleidingsniveau, in hun rookgedrag vooral toegroeien naar dat van de lager opgeleide autochtone bevolking.¹⁷ En in die klasse wordt nog steeds relatief veel gerookt, zo zagen we eerder. Dit vormt dus een mooi voorbeeld van de invloed van culturele en sociaal-economische invloeden en de complexiteit ervan, en laat tevens zien hoe weinig we daarover nog weten.

Behalve dat meer empirisch onderzoek nodig is, zullen we een heldere conceptuele visie moeten ontwikkelen over wat we precies met sociale invloeden bedoelen.^{43,44} In Nederland, evenals in landen om ons heen, ligt de nadruk op sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar de voorbeelden uit het eerste deel van mijn betoog illustreren dat iemands gezondheid niet alleen afhangt van zijn positie op de maatschappelijke ladder, maar ook van zijn etnische herkomst, zijn woonsituatie, zijn verkeersgedrag etc. Bovendien kan iemands gezondheid niet alleen begrepen worden uit zijn leefsituatie op een bepaald moment. We moeten ook rekening houden met invloeden vanuit het verleden, die misschien wel cumuleren of met elkaar interacteren. De werkelijkheid is dikwijls complexer dan we ons realiseren.

Voor onderzoekers is een belangrijke taak weggelegd om die complexiteit te vervatten in een heldere verbeelding van maatschappelijke invloeden op de volksgezondheid. Deze bekende 'regenboogfiguur' van Whitehead en Dahlgren kan daarbij als inspiratie dienen.⁴⁵

Figuur 7: Verbeelding van maatschappelijke invloeden op gezondheid⁴⁵

Het aardige aan de figuur is dat deze een breed scala van maatschappelijke omstandigheden weergeeft: sociale netwerken, opleiding, arbeid, cultuur, etc. Bovendien wordt, door die omstandigheden in de banen van de regenboog te plaatsen, letterlijk zichtbaar gemaakt dat ze het individuele niveau overstijgen.

Een van de doelstellingen van het onderzoek van de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC is het genereren van kennis over de invloed van maatschappelijke omstandigheden op gezondheid. De focus ligt daarbij op bevolkingsgroepen van allochtone afkomst, en dan met name op de grootste daarvan: Surinamers, Turken en Marokkanen. Een aantal lopende studies zullen we van longitudinale metingen gaan voorzien, zodat we meer grip krijgen op causale effecten van onder meer sociale positie, migratieprocessen en integratie. De grote variatie in die onderzoekspopulaties, gelet op etnische herkomst, migratiegeschiedenis, gedrag, sociale positie en genetica, en de snelle veranderingen als gevolg van het verblijf in een nieuwe woon- en leefomgeving, maken de populaties interessant en belangwekkend voor etiologische vraagstellingen, onder meer met betrekking tot de interactie tussen omgeving en genetica. Om meer zicht te krijgen op de invloed van maatschappelijke invloeden waaraan de gehele bevolking is blootgesteld, bijvoorbeeld de inrichting van ons gezondheidszorgsysteem, of het sociale zekerheidsstelsel, gaan we internationaal vergelijkend onderzoek opzetten. Zo willen we de

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

Surinamers in Amsterdam wat betreft hun gezondheid gaan vergelijken met soortgelijke etnische groepen in onder meer het Verenigd Koninkrijk.

Deze studies zijn primair kwantitatief epidemiologisch van opzet. De epidemiologie geldt terecht als de kerndiscipline van het *public health*-onderzoek.⁴⁶ Tegelijkertijd stellen we vast dat die benadering niet altijd tot een goed zicht op de complexe oorzaken van bepaalde gezondheidsproblemen leidt. Om dat te krijgen gebruiken we weer kwalitatieve onderzoeksmethoden. Een voorbeeld daarvan is een onderzoek naar de wijze waarop patiënten met suikerziekte van Surinaamse afkomst hun ziekte beleven en ermee omgaan. Daarbij moet overigens bedacht worden dat ook deze benadering, juist in deze context, beperkingen kent. Wanneer je als onderzoeker probeert de werkelijkheid te begrijpen door de bril van de respondent, loop je het risico maatschappelijke invloeden te missen. Die worden pas goed zichtbaar wanneer je boven het individu uitstijgt. Het benadrukt nog eens de complementariteit van beide onderzoeksmethoden.

Evaluatieonderzoek: upstream policies

Het onderzoek binnen de sociale geneeskunde gaat, net als dat van andere takken binnen de geneeskunde, verder dan beschrijven en verklaren. Ook het ontwikkelen en onderzoeken van therapieën behoort tot ons vakgebied. Geheel in lijn met de idee van *evidence based health care*, hebben we als wetenschappers de taak kennis te produceren over de gezondheidseffecten van preventieve maatregelen – niet alleen wat betreft de gemiddelde gezondheid, maar ook over de spreiding van gezondheid over verschillende bevolkingsgroepen. Het moet me van het hart dat we in discussies binnen de *public health*-sector vaak wat verzuurd en vanaf de zijlijn commentaar leveren op maatschappelijke ontwikkelingen die vanuit volksgezondheidsperspectief ongewenst zijn, maar nogal eens met een mond vol tanden staan wanneer ons gevraagd wordt naar effectieve methoden om gezondheidsproblemen te voorkomen. U kunt de positieve titel van mijn oratie daarom tevens lezen als een oproep om meer te investeren in onderzoek naar ‘therapieën’ om de volksgezondheid te verbeteren.

Ik begin met de bredere beleidsmaatregelen die de maatschappelijke oorzaken van ongezondheid kunnen wegnemen. Ze liggen bijvoorbeeld op het terrein van armoedebestrijding, onderwijsbeleid of het ‘empoweren’ van inwoners van een be-

paalde wijk om zelf gezondheidsproblemen te lijf te gaan – de kern van de zogenaamde *community based* aanpak. In de Engelse taal worden ze heel treffend aangeduid als ‘*upstream*-maatregelen’. Hoewel het belang ervan voor de volksgezondheid als geheel en voor gezondheidsverschillen in het bijzonder al enkele decennia wordt benadrukt, weten we aangaande deze beleidsmaatregelen nog nauwelijks wat werkt en wat niet.⁴⁷ Te vaak blijven we op dit moment hangen in allerlei ‘softe’ evaluaties rondom goedbedoelde initiatieven – soft, omdat we vaak alleen een procesbeschrijving geven, en wat betreft de effecten alleen meten hoe de interventie door de verschillende betrokkenen wordt ervaren. We zullen die effecten echter ook op ‘harde’ uitkomstmaten moeten meten. Immers, goedbedoelde initiatieven hoeven niet per se goed uit te pakken. Zo laten effectevaluaties rondom de eerdergenoemde *community based interventions* zien dat deze ofwel geen effect hebben op de gezondheid van de bewoners,⁴⁸ ofwel soms een negatief effect. Het *community based* Sure Start-programma in Engeland bijvoorbeeld bleek de ontwikkeling van kinderen in de meest gedepriveerde gezinnen schade te doen.⁴⁹

Alle reden dus om beleidsmaatregelen te evalueren op hun effect om te zien of we ons geld goed besteden en om ervan te leren in verband met toekomstige maatregelen. Gemakkelijk is de hier beoogde evaluatie niet altijd, zoals we hebben ervaren tijdens het werk voor de Programmacommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen (SEGV)-II, de commissie Albeda. Een probleem dat zich kan voordoen, is dat het niet goed mogelijk is randomisatie toe te passen, omdat degenen die voor de uitvoering van het beleid of de interventie verantwoordelijk zijn daar niet hun medewerking aan willen verlenen. Ook kan het gebeuren, om nog een voorbeeld te geven, dat de dataverzameling die nodig is om de effecten in kaart te brengen, niet in de praktijk in te passen is.⁵⁰ Aan de andere kant zijn er zijn heel mooie en goede voorbeelden te vinden van robuuste evaluaties van bredere beleidsmaatregelen. Evaluaties van bijvoorbeeld renovatieprogramma’s van huizen⁵¹ laten zien dat de vorm van evalueren die ik hier bepleit, wel degelijk mogelijk is. Een van de opdrachten voor het onlangs opgerichte centrum Gezond Leven bij het RIVM, zou moeten zijn om de kennis die er op dit gebied bestaat te verwerken in *systematic reviews*. Daarbij zou niet alleen gekeken moeten worden naar de effecten, maar ook naar de neveneffecten en de randvoorwaarden die nodig zijn om specifieke maatregelen te implementeren.⁵² Vervolgens is natuurlijk ook van belang om die informatie voor GGD-en en andere relevante partijen beschikbaar te maken. In het buitenland zijn mooie voorbeelden te vinden van docu-

menten waarin op basis van dergelijke kennis de praktijk op allerlei niveaus handvatten krijgt aangereikt voor de aanpak van de fundamentele oorzaken van gezondheidsproblemen.⁵³

Een reden waarom dit soort bredere beleidsmaatregelen weinig op zijn effect op de volksgezondheid wordt geëvalueerd, is ongetwijfeld ook dat deze maatregelen niet door onderzoekers te initiëren zijn. Laten we ze eens vergelijken met specifieke, op het individu gerichte interventies, zoals programma's om lichamelijke activiteit of goede voeding te bevorderen. Weliswaar zijn onderzoekers vaak niet in staat de structurele inbedding van die programma's te beheersen, maar ontwerp en projectmatige implementatie ervan liggen dikwijls wel binnen hun bereik. Hoe anders is het gesteld met genoemde beleidsmaatregelen, waarbij we voor de implementatie ervan in veel gevallen afhankelijk zijn van politieke keuzen die bijvoorbeeld door de overheid worden gemaakt. In zo'n situatie zullen we het veel meer moeten hebben van natuurlijke experimenten, die overigens een goede traditie vormen binnen ons vakgebied. Het bekendste voorbeeld van een natuurlijk experiment gaf ongetwijfeld John Snow, die in 1854 de spreiding van cholera-sterfte over de stad Londen wist te relateren aan een waterpomp en aan de verschillende locaties waar het water verkregen werd.⁴⁶ Lang voordat de bacteriële oorzaak van cholera werd ontdekt, wist hij door goed te kijken kennis te genereren om de volksgezondheid te verbeteren. Er is dus niks mis met natuurlijke experimenten.⁵⁴

Tegen deze achtergrond is het belangrijk de kansen te grijpen die het beleid van het kabinet-Balkenende IV biedt. Uit het regeerakkoord spreekt op een aantal punten het streven sociaal-economische determinanten als woonomgeving en opleiding te beïnvloeden. Weliswaar is de intentie achter dit streven niet het verbeteren van de volksgezondheid, maar dat effect zouden de voorgestelde maatregelen wel degelijk kunnen hebben. Van belang in dit kader is het voorgenomen beleid om van een aantal achterstandswijken 'prachtwijken' te maken, om schooluitval te beperken en armoede te bestrijden. Vanuit *public health*-perspectief bieden deze voornemens een belangrijke kans meer zicht te krijgen op de effecten van bredere maatregelen op de volksgezondheid en de verdeling van gezondheid – iets wat vervolgens weer zou kunnen leiden tot het vergroten van de *evidence base* voor het doen afnemen van gezondheidsachterstanden. Ik zou mijn pleidooi nog wat zwaarder willen aanzetten: het zou *onethisch* zijn om deze kans om te leren niet te grijpen. Er wordt immers veel geld geïnvesteerd met als *doel* de leefsituatie, en

daarmee uiteindelijk ook de gezondheid van de betrokken bevolkingsgroepen, te verbeteren. Dat verplicht ons na te gaan of dit doel ook bereikt wordt.

In de komende jaren hopen we vanuit de afdeling Sociale Geneeskunde meer van dergelijke effectevaluaties rondom bredere beleidsmaatregelen op te zetten. Een voorbeeld van een project dat we binnenkort starten, is een evaluatiestudie rondom een gezondheidsmakelaarsfunctie op gemeentelijk niveau. Die functie behelst dat op gemeentelijk niveau personen of instituties vanuit de sector volksgezondheid verbindingen gaan leggen met verschillende andere beleidssectoren, zoals ruimtelijke ordening en sociale dienst. Op basis daarvan kunnen bijvoorbeeld maatregelen worden genomen ter verbetering van speelvoorzieningen in wijken, met als doel overgewicht onder kinderen terug te dringen. De inrichting van het gezondheidszorgsysteem is een ander thema van ons onderzoek. U kunt hierbij denken aan de evaluatie van maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten van allochtone afkomst, bijvoorbeeld door scholing van zorgverleners, maar ook aan de inrichting van de vangnetfunctie van de GGD in relatie tot de gezondheidstoestand van de doelgroep – een onderwerp dat we in het kader van de academische werkplaats met de GGD Amsterdam onderzoeken.

Evaluatieonderzoek: downstream interventies

Veel van de hiervoor besproken *upstream*-interventies zullen op andere beleidsterreinen dan die van het ministerie van VWS of, lokaal gezien, van de GGD worden genomen. We komen nu dichterbij huis, bij de gezondheidszorg, want ook veel van de activiteiten binnen ons eigen werkveld, zowel in de preventieve als curatieve sector, hebben als doel een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de volksgezondheid. Veelal gaat het hierbij om maatregelen die ingrijpen op factoren die heel dicht bij gezondheid, en bij het individuele gedrag liggen – in het Engels aangeduid als *downstream*-interventies. Ik gaf in het voorgaande al een aantal voorbeelden van dit soort individuerichte interventies en heb bovendien betoogd dat ze heel waardevol zijn in samenhang met de eerderbesproken *upstream*-interventies.

Willen *downstream*-interventies effectief zijn, dan zullen ze afgestemd moeten worden op de condities waarbinnen een bepaald gedrag tot stand komt. Dat is simpel

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

voor te stellen aan de hand van het ‘regenboogplaatje’ van Whitehead en Dahlgren: wanneer maatregelen op het laagste niveau, dat van het individu, tegengewerkt worden door hogere lagen, bijvoorbeeld door beleid ten aanzien van de financiële situatie van mensen, dan zullen ze niet werken. Omgekeerd zal het de effectiviteit van een interventie ten goede komen wanneer deze rekening houdt met de maatschappelijke condities waarin mensen leven. Een voorbeeld hiervan is het afstemmen van de in voorlichtingsmateriaal gebruikte taal op de geringe taalvaardigheid van een doelgroep. Een soortgelijke redenering kan overigens worden gevolgd voor de curatieve zorg. Ook in die sector is goede zorgverlening afgestemd op de sociale context van de patiënt. Door Querido werd dit destijds al erkend, toen hij sprak over de noodzaak van *integrale geneeskunde*.³⁰ Niets nieuws onder de zon dus, maar tegelijkertijd is bij de voorbereiding van het nieuwe AMC geneeskundecurriculum, Curius, geconstateerd dat dit aspect in de ‘oude’ geneeskunde-opleiding op de achtergrond was geraakt. Het is verheugend dat het, onder de vlag van ‘diversiteit’, in Curius door het gehele curriculum heen is verankerd. Vanuit onze afdeling wordt aan dit thema in verschillende blokken een bijdrage geleverd.

Dat ‘targeted’ interventies nodig zijn vanuit het oogpunt van *effectiviteit*, daarover lijkt weinig discussie te bestaan. Toch is de voortgang die op dit terrein in Nederland wordt geboekt zeer gering. Hoewel Nederlandse onderzoekers in ons vak in hoge mate gericht zijn op het aantonen van effecten van gedragsgerichte interventies, daarin onder meer gestimuleerd door het Preventieprogramma van ZonMw, vermijden zij vaak op een wat krampachtige wijze de vraag naar benodigde aanpassingen voor specifieke, met name allochtone doelgroepen. Illustratief is dat, waar in het tweede Preventieprogramma van ZonMw allochtone bevolkingsgroepen nog als prioriteit werden genoemd, deze prioriteit in het derde programma is geschrapt. Met die keuze komen we verder op achterstand te staan in onze ambitie de volksgezondheid te verbeteren. Juist bij een aantal van die groepen komt ongezond gedrag immers veel voor. Ook in dit opzicht liggen sommige landen (VS, Verenigd Koninkrijk) vóór op ons, omdat het daar veel vanzelfsprekender lijkt te zijn om in de gezondheidszorg rekening te houden met de diversiteit binnen de bevolking.

Met het onderzoek op onze afdeling proberen we meer zicht te krijgen op de aanpassingen die nodig zijn om op het individu gerichte interventies ter bevorde-

ring van gezond gedrag in specifieke groepen in de grote stad, met name allochtone en lagere sociaal-economische groepen, effectief te maken. Het is een van de centrale thema's in de academische werkplaats die we als AMC met de GGD Amsterdam hebben. Het moge duidelijk zijn dat het om een voor de GGD heel belangrijke zaak gaat. De diversiteit in de Amsterdamse bevolking is enorm groot, maar we weten niet of het nodig is om bij verschillende bevolkingsgroepen verschillende interventies voor bijvoorbeeld preventie van overgewicht toe te passen. Om hierop meer zicht te krijgen, zullen we onderzoeken wanneer het voldoende is om oppervlakkige aanpassingen te maken, bijvoorbeeld in de presentatie van voorlichtingsmateriaal, of de benadering van een doelgroep,⁵⁵ en wanneer meer inhoudelijke aanpassingen nodig zijn. Voorbeelden van laatstgenoemde aanpassingen zijn het inspelen op culturele invloeden ten aanzien van beweeg- en eetgedrag, het goedkoper maken van gezond gedrag of het openen van de mogelijkheid tegen een relatief lage prijs deel te nemen aan een beweegprogramma. Onze onderzoeksvragen zullen we zoveel mogelijk in gerandomiseerde studies proberen te beantwoorden. Een voorbeeld daarvan is een studie die we met de GGD Den Haag uitvoeren naar het effect van een beweeg- en voedingsinterventie op de ontwikkeling van suikerziekte onder Hindoestaanse Surinamers.

De academische werkplaats met de GGD is dus om te beginnen een plaats waar onderzoek wordt verricht. Daarnaast vormt de werkplaats ook een kanaal om de kennis die we in het onderzoek opdoen, naar de praktijk te laten doorvloeien. Dit gebeurt onder meer in het kader van een leergang voor artsen binnen de GGD Amsterdam. Op deze manier hopen we een bijdrage te leveren aan het ideaal van het gezondheidszorgsysteem als een lerende organisatie – een van de uitgangspunten in denken en werk van Niek Klazinga, mijn directe voorganger op deze leerstoel.⁵⁶

Overigens zit aan dit vraagstuk van aangepaste interventies een aantal *ethische* aspecten die aandacht behoeven. Een aspect dat voor mijn betoog vooral van belang is, is de vraag wanneer we kunnen spreken van een effectieve interventie. Is dat wanneer mensen uit verschillende sociale klassen, of verschillende etnische groepen, in dezelfde mate voor gezond gedrag kiezen? Wat mij betreft is dat niet per se het geval. Het antwoord hangt af van wat we als doel van gezondheidsbevordering zien: Is dat ervoor te zorgen dat iedereen zo gezond mogelijk is? Of dat iedereen uit vrije keuze wel of niet voor gezond gedrag kan kiezen? Als we die laatste opvat-

ting serieus nemen, dan zou de te kiezen effectmaat niet het uiteindelijke gedrag moeten zijn, maar veeleer de condities waaronder de keuze voor bepaald gedrag wordt gemaakt. Tot die condities behoren kennis, financiële middelen, sociale druk en culturele opvattingen. Uiteraard ligt de kwestie ingewikkelder dan ik hier kan schetsen. Zo blijft de filosofische vraag of je culturele invloeden primair moet zien als een reflectie van sociale omstandigheden, of als een element van wat mensen maakt tot wat ze zijn, buiten beschouwing.⁵⁷ Feit is dat dergelijke vragen discussie behoeven, onder beleidsmakers en onderzoekers.

Hoe zetten we de koerswijzigingen in?

Ten slotte, hoe kunnen we ervoor zorgen dat we onze maatschappij weer als medicijn gaan inzetten? Ik zet een paar implicaties van mijn betoog op een rijtje.

1. In het beleidsmatige, politieke en wetenschappelijke debat moeten we de oorzaken van gezondheid weer gaan conceptualiseren in termen van de fundamentele maatschappelijke omstandigheden waarbinnen gezondheid gevormd wordt, zoals inkomen, etnische herkomst, opleidingsniveau en verkeersdeelname.
2. Onderzoeksprogramma's moeten worden aangepast, zodat ze ruimte bieden voor zowel onderzoek naar de maatschappelijke oorzaken van ziekte en gezondheid, als naar de effecten van beleidsmaatregelen die die oorzaken aanpakken en naar de effecten van op het individu gerichte interventies die met die maatschappelijke condities rekening houden.
3. Als wetenschappers genereren we kennis, maar besluiten over maatschappelijke investeringen worden door de politiek of het beleid genomen. In de woorden van Thomas Oliver (p. 195): 'Science can identify solutions to pressing public health problems, but only politics can turn most of these solutions into reality'.⁵⁸ We kunnen als onderzoekers hieraan bijdragen in het kader van onze taak van *maatschappelijke pleitbezorging*. Concreet zullen we in het publieke en politieke debat meer aandacht moeten vragen voor mogelijkheden om via de maatschappij de volksgezondheid te verbeteren. Ik hoop daaraan vanuit mijn functie een bijdrage te leveren.

4. Ook het beleid en de praktijk van de volksgezondheid hebben een belangrijke rol in pleitbezorging, namelijk bij andere sectoren dan de volksgezondheid. Om de maatschappij tot medicijn te maken is het nodig voortdurend alert te zijn op mogelijkheden in die andere sectoren om de volksgezondheid te verbeteren; en het belang van beleidswijzigingen op die andere terreinen vervolgens vanuit volksgezondheidsperspectief te bepleiten. Het uiteindelijke doel is dat ook in het onderwijs-, het armoede- of het verkeersbeleid de ‘volksgezondheid toetsteen van beleid’ wordt, om met de titel van de oratie van Louise Gunning te eindigen.⁵⁹

Dankwoord

Dames en heren, ik sluit af met enkele woorden van dank. Allereerst wil ik de Raad van Bestuur van het AMC dankzeggen voor het in mij gestelde vertrouwen. Beste Louise, vanuit Rotterdam ben ik via Den Haag in Amsterdam beland. Ik ben je dankbaar voor de kansen die je me hebt geboden en vind het een eer dat ik mag voortzetten wat jij destijds mede hebt opgebouwd. Binnen de divisie Klinische Methoden en Public Health ervaar ik veel steun. Met name wil ik in dit verband Bert Schadé noemen. Beste Bert, veel dank voor je steun en vertrouwen. Het is goed te merken dat het glazen plafond voor jou niet bestaat.

Graag wil ik ook mijn collega's van de afdeling Sociale Geneeskunde bedanken. Toen ik hier tien jaar geleden kwam, viel me direct op dat er zulke aardige mensen werken. Maar, belangrijker nog, ik trof er onafhankelijke denkers met hart voor de zaak. Het afgelopen jaar ben ik erg in dat gevoel gesterkt. Veel dank voor jullie steun, maar bovenal voor jullie commitment, en het gedeelde streven met ons onderzoek en onderwijs verschil te maken.

Een aantal mensen van de afdeling wil ik met name noemen, zonder anderen tekort te willen doen: Niek Klazinga, Sjef Gevers, Henriëtte van Dijk en Noor Oosterhof. Beste Niek, ik ben je dankbaar dat je me stimuleerde om mijn eigen onderzoekslijn op te bouwen, en dat je me steeds kritisch bevroeg op implicaties voor beleid en praktijk. Beste Sjef, je bent de afgelopen tien jaar de constante factor geweest en twee keer in een ‘hoofdloos tijdperk’ ingesprongen. Dank voor je vertrouwen. Henriëtte kwam ruim een jaar geleden op ons secretariaat, en dat heb ik geweten. Zelden heb ik iemand meegemaakt die zo efficiënt en zo geordend

MAATSCHAPPIJ ALS MEDICIJN

zóveel werk uitdeelt. Samen met Noor Oosterhof bied je een fantastische basis voor de afdeling. Beste Henriëtte en Noor, veel dank daarvoor!

De basis voor mijn werkzame leven is gelegd aan het instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, in het bijzonder door Johan Mackenbach. Beste Johan, ik heb het al vaker gezegd: ik had mij geen betere leermeester kunnen wensen. Ik ben je dankbaar voor deze solide basis, en vind het een eer nu je collega te mogen zijn. Op MGZ werkte ik intensief samen met Dike van de Mheen. Beste Dike, nu ik zelf onderzoekers begeleid, besef ik des te meer hoeveel we destijds aan elkaar hadden. Ik vind het erg leuk dat jij hier nu ook in toga zit.

En dan mijn roots als persoon. Lieve papa en mama, wat ben ik blij met alles wat ik van jullie heb meegekregen. Ik vind eigenlijk dat vooral jullie vandaag gefeliciteerd moeten worden. Papa, mijn Engelstalige proefschrift corrigeren ging helaas niet. Gelukkig kon ik dat met mijn Nederlandstalige oratie goedmaken. Dankjewel!

Ten slotte, als basis van alles, mijn drie mannen. Lieve Joris en Berend, hopelijk zijn jullie de oratie goed door gekomen door te denken aan het toetjesbuffet later op deze dag. En dan te bedenken, Joris, dat *jij* mij destijds het idee aan de hand deed voor deze baan. Nadat ik bevestigend had geantwoord op jouw vraag of ik onderzoeker was, vroeg je: 'Zoek je ook wel eens *boven*'? Welnu, als *hoogleraar* ben ik het *hogerop* gaan zoeken, en dat bevalt prima.

Tot slot, lieve Eric. Zónder jou had ik hier niet gestaan. Mét jou is er zoveel meer dan dit. Dankjewel

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Mackenbach JP. *De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitities in Nederland*. Utrecht: Bunge 1992
2. BMJ. Medical Milestones. Celebrating key advances since 1840. *BMJ* 2007;334: supplement s1-s20
3. Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red.). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheids Toekomst Verkenning 2006*. Houten: BSL 2006
4. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326:1419
5. Mackenbach JP, Maas PJ van der (red.). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarsen: Elsevier 2004
6. Later in mijn betoog zal blijken dat dit te simpel is voorgesteld, juist vanwege de maatschappelijke context waarbinnen gezondheid tot stand komt. Zie: Arah OA. On the Evaluative Space for Measuring Public Health Performance. *Journal of Applied Philosophy* [in press]
7. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton UP 1993
8. Ganzeboom HBG, Ultee WC. *De sociale segmentatie van Nederland in 2015*. Den Haag: WRR 1996
9. Woolf SH, Johnson RE, Philips RL, Philipsen M. Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination of Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances. *Am J Public Health* 2007;97:679-683
10. Groot W, Maassen van den Brink H. *Stil vermogen. Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid*. Amsterdam: UvA 2006
11. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S et al. Limited Literacy and Mortality in the Elderly. *J Gen Intern Med* 2006;21:806-812
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kiezen voor gezond leven*. Kamerstuk 2006-2007, 22894, nr. 110. Den Haag, december 2006
13. Groot W, Maassen van den Brink H. Onderwijs en arbeidsmarkt: investeren in de toekomst. In: Veld RJ in 't, Veen JH van der, Basten FMRC. *Ijsberenplaaq op de Veluwe. Essays over de toekomst*. Den Haag: COS 2007
14. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Amsterdam: AUP 2006
15. Inspectie van het Onderwijs. *Staat van het onderwijs*. Onderwijsverslag 2005/2006. Utrecht, 2007
16. CBS. Kerncijfers van de allochtonenprognose 2006-2050. www.cbs.nl [bezoekt op 21 april 2007]
17. Nierkens V. *Smoking in a multicultural society: implications for prevention* [diss.]. Amsterdam: AMC/UvA 2006

18. Bindraban NR. *The Cardiovascular Risk Profile of Hindustani and Creole Surinamese in the Netherlands compared to white Dutch people* [diss.]. Amsterdam: AMC/UvA 2007
19. Gauderman WJ, Vora H, McConnell R. Effect of exposure to traffic and lung development from 10 to 18 years of age: a cohort study. *The Lancet* 2007; 369:571-577
20. Miller KA, Siscovick DS, Sheppard L. Long-Term Exposure to Air Pollution and Incidence of Cardiovascular Events in Women. *NEJM* 2007;356:447-458
21. Centers for Disease Control. Ten great public health achievements. United States, 1900-1999. *MMWR* 1999;48:241-243
22. Acheson D. *Public health in England. The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. Londen: HMSO 1988
23. Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte KE, Mackenbach JP, Meerding WJ. *Kosten van Preventie in Nederland 2003*. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/iMGZ EMC 2006
24. Hermans HJE. *Een monster loert... De collectie historische gezondheidsaffiches van de Universiteit van Amsterdam*. Amsterdam: Vossiuspers 2007
25. Zie o.a.: Polder J, Mackenbach J. De achterstand inlopen. Preventieve gezondheidszorg behoeft financiële inhaalslag. *Medisch Contact*, 11 mei 2007, p. 828-831
26. Tweede Kamer. *Motie van der Veen c.s. Vergaderjaar 2006-2007*, 30800 XVI, nr. 74
27. Zie: www.kinderenintel.nl
28. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PloS Medicine* 2007, p. 752-759
29. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, Verges N, Pasarin MI. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006;368:1033-1037
30. Querido A. Openingscollege 24 maart 1952. Archief Instituut Sociale Geneeskunde
31. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H (red.). *Oxford Textbook of Public Health* [vierde druk]. Oxford: OUP 2004. Grote namen die met deze visie verbonden zijn, zijn onder meer die van de Amerikaan Leonard Syme en de Brit Michael Marmot.
32. Zie: http://www.who.int/social_determinants
33. Costongs C, Stegeman I, Bensaude De Castro Freire S, Weyers S. *Closing the gap. Taking Action on Health Equity*. Mei 2007, via: <http://www.health-inequalities.eu/>
34. Lawrence RG. Framing obesity. *The evolution of news discourse on a public health issue*. Press/Politics 2004;9:56-75
35. Hurrelman K, Mathias A. Jugend 2006. 15. *Shell Jugendstudie. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Amazone 2007
36. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet* 2004;363:2084-2086
37. Kerkhoff AHM. *Openbare gezondheidszorg. Uitgangspunten voor een multidisciplinaire benadering*. Damon 2006
38. Vgl. de benaming van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum, en van de recent ingestelde Beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Gezondheidsraad

39. Otten F, Bos, Vrooman C, Hoff S (red.). *Armoedebereicht 2006*. Heerlen/Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek 2006
40. Stronks K, Mheen HD van de, Mackenbach JP. A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *J Epidemiol Comm Health* 1998;52:548-557
41. Lindahl M. Estimating the effect of income on health and mortality using lottery prizes as exogenous source of variation in income. *J Human Resources* 2005;40:144-168. Gardner J, Oswald AJ. Money and mental well-being: a longitudinal study of medium-sized lottery wins. *J Health Economics* 2007;26:49-60
42. Hosper K, Nierkens V, Nicolaou M, Stronks K. Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population? *Eur J Epidemiol* 2007;22:163-172
43. Regidor E. Social determinants of health: a veil that hides socio-economic position and its relation with health. *J Epidemiol Comm Health* 2006;60:896-901
44. Kelly MP. The development of an evidence-based approach to tackling health inequalities in Britain. In: Killoran A, Swann C, Kelly MP. *Public Health Evidence. Tackling health inequalities*. Oxford: OUP 2006
45. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling up: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. 2006
46. Young TK. *Population health. Concepts and methods*. Oxford: OUP 2005
47. Killoran A, Swann C, Kelly MP. *Public Health Evidence. Tackling health inequalities*. Oxford: OUP 2006
48. Harting J, Assema P van. *Community projecten in Nederland: de eeuwige belofte?* Maastricht: Universiteit Maastricht 2007
49. Belsky J, Melhuish, Barnes J et al. Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimentel, cross-sectional study. *Br Med J* 2006;332:1476-1482
50. Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health* 2006;16:346-353.
51. Howden-Chapman P, Matheson A, Crane J et al. Effect of insulating existing houses on health inequality: cluster randomised study in the community. *Br Med J* 2007;334:460-469
52. Petticrew M. Presumed innocent. Why we need Systematic Reviews of Social Policies. *Am J Prev Med* 2003;24:2-3
53. Ontario Prevention Clearinghouse, Ontario Chronic Disease Prevention Alliance and the Canadian Cancer Society. *Primer to action: Social Determinants of Health. A resource for health professionals, lay workers, volunteers and activist to explore how the social determinants of health impact chronic disease*. Toronto 2007 (www.ocdpa@opha.on.ca)

54. Petticrew M, Cummins S, Ferrell C et al. Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health* 2005;199:751-757
55. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz DC, Clark EM, Sanders-Thompson S. Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Educ Behavior* 2003;30:133-146
56. Klazinga NS. *Sociale geneeskunde: de derde weg*. Oratie UvA. Amsterdam: AUP 2000
57. Stronks K. *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?* [diss.] Rotterdam: EUR 1997. Zie voor een recente discussie over ethische aspecten ten aanzien van gezondheidsbevordering ook: Kooiker S, Velden K van der. *Een nuchtere kijk op gezond gedrag*. Den Haag: SCP 2007
58. Oliver TR. The Politics of Public Health Policy. *Annu Rev Public Health* 2006;27:195-233
59. Gunning-Schepers LJ. *Volksgezondheid toetssteen van beleid*. Oratie UvA 1992