

**Geneeskunde
en
maatschappelijke context**



S A Reijneveld

Geneeskunde en maatschappelijke context

Rede

uitgesproken ter gelegenheid van
de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar
Sociale Geneeskunde
aan de *Rijksuniversiteit* Groningen

op dinsdag 30 november 2004

door

prof.dr. S A Reijneveld

Groningen 2004

Geachte dames en heren,

Sociale geneeskunde is het deel van de geneeskunde dat het meest direct gerelateerd is aan de maatschappelijke context waarin wij leven. Dat betekent dat u allen regelmatig te maken hebt met sociale geneeskunde en sociaal-geneeskundigen. Voor de meesten van u was de eerste confrontatie met een herkenbare persoon uit deze professie de consultatiebureauarts. Later volgden op school de schoolarts en tijdens het werk de bedrijfsarts. Misschien ontmoette u bij langdurige ziekte een verzekeringsarts die uw arbeidsgeschiktheid beoordeelde. Of beoordeelde een indicierend arts uw aanvraag voor aanpassingen aan uw woning vanwege ziekte. En mogelijk, laten we het niet hopen, beziet een forensisch arts uw levenseinde om te beoordelen in hoeverre hier sprake is van een natuurlijke dood. Meer op de achtergrond zijn sociaal-geneeskundigen betrokken bij de organisatie van de zorg, en bij de verzekeraar die uw zorg vergoedt. Kortom: u komt sociaal-geneeskundigen regelmatig tegen, maar de settings waarin variëren zozeer dat het velen van u zal ontgaan dat het delen zijn van één grote medische discipline.

Tijdens mijn oratie wil ik u leiden langs deze verschillende onderdelen van de sociale geneeskunde. Ik zal daarbij proberen u een overkoepelend kader te bieden dat deze onderdelen plaatst binnen het geheel van de sociale geneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg, die ik verder samen aanduid als public health. En vervolgens zal ik ingaan op sociale geneeskunde, specifiek in

Groningen. Hoe is dit vak hier ontstaan? En hoe wil ik daar verder vorm aan geven in de komende jaren, wat betreft onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van de discipline in brede zin.

Wat is sociale geneeskunde

Ten eerste wil ik u een kader bieden: wat is sociale geneeskunde? Een oude maar nog steeds actuele omschrijving is die van Muntendam:

"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, die uit deze studie maatregelen ter bevordering van de gezondheid en ter voorkoming en bestrijding van ziekte vaststelt en de mogelijkheid van toepassing van deze maatregelen schept." (Muntendam 1953)

Kern in deze omschrijving is de wisselwerking tussen geneeskunde en de maatschappelijke context waarin deze geneeskunde wordt uitgeoefend. Deze wisselwerking gaat twee kanten uit, van geneeskunde naar maatschappij, maar ook van maatschappij naar geneeskunde. En vervolgens komt dan ook de vraag naar voren hoe dit allemaal moet worden georganiseerd. Ik zal u van elk van deze drie elementen een aantal voorbeelden geven, me daarbij mede baserend op oraties en andere publicaties van vakgenoten (Mackenbach 1992, Post 1993, Van der Wal 1997, Klazinga 2000, Groothoff 2002).

Van geneeskunde naar maatschappij

Ten eerste omvat sociale geneeskunde activiteiten van de geneeskunde

die zijn gericht op de maatschappij. Dat begint met het met een geneeskundige blik *kijken* naar die maatschappij: Welke gezondheidskundige problemen zijn er, wat is hun omvang en wat zijn hun oorzaken. Kennis en kunde wat betreft dit 'kijken' hebben zich ontwikkeld tot een eigen discipline, de epidemiologie. Het vormt een hoeksteen van het sociaal-geneeskundig handelen. Veel sociaal-geneeskundigen zijn ook epidemioloog, evenals overigens veel onderzoekers met een andere vooropleiding.

Epidemiologisch onderzoek is essentieel voor het kunnen verbeteren en bewaken van gezondheid. Op landelijk niveau hebben we daarvoor periodieke Volksgezondheidstoekomstverkenningen, veelal kortweg aangeduid als 'VTVs' (Van Oers 2002, 2004). Deze verkenningen zijn een essentieel instrument voor landelijk gezondheidsbeleid. Op lokaal niveau ondersteunen GGD-en het gezondheidsbeleid van gemeenten evenzeer met epidemiologische gegevens. Ik heb in het verleden laten zien wat daar de mogelijkheden van zijn (Reijneveld 1995).

Medewerkers van GGD-en en Thuiszorg doen dat anno 2004 in steeds geavanceerder vorm. Ze worden daarbij ondersteund door nieuwe informatiesystemen, zoals de landelijke monitoren Volksgezondheid en Jeugdgezondheid (<http://www.ggd Kennisnet.nl/lokale-nationale-monitor>).

De geneeskunde beïnvloedt zijn maatschappelijke context ook in belangrijke mate door te *doen*. Dit beschouw ik als de kern van de sociale geneeskunde. Een klassiek voorbeeld daarvan is preventie; bijvoorbeeld preventie van infectieziekten bij kinderen door het Rijksvaccinatieprogramma, preventie van de gevolgen van aangeboren

afwijkingen als PKU door vroegtijdige opsporing en behandeling, of preventie van sterfte aan longaandoeningen en hart- en vaatziekten door het tegengaan van roken. Dergelijke programma's zijn vaak uitermate effectief en leveren veel waar voor hun geld in vergelijking met andere medische zorg (Verloove-Vanhorick e.a. 2003; Gezondheidsraad 2003). Ze staan echter ook vaak ter discussie. Zo ligt het Rijksvaccinatieprogramma regelmatig onder vuur vanwege deels vermeende bijwerkingen van dit programma. BMR-vaccinatie bijvoorbeeld zou autisme veroorzaken. Onderzoek laat daarvoor echter geen enkele aanwijzing zien. Andere bijwerkingen, zoals langdurig huilen na een kinkhoestvaccinatie, komen wel soms voor. Medisch gezien staat die bijwerking niet in verhouding tot de gezondheidswinst die de vaccinatie oplevert. Wel is ze een reden om het vaccin verder te verbeteren.

Een ander voorbeeld is de grote maatschappelijke ophef als de Gezondheidsraad de kennis over de gevolgen van passief roken samenvat, in de zin van extra sterfte en ziekte bij de meerokers (Gezondheidsraad 2003). Duidelijk is hier dat niet iedereen deze invloed van de geneeskunde op de maatschappij steeds gewenst vindt. Commerciële belangen spelen daarbij ook een belangrijke rol, zeker bij tabaksgebruik en ook bij de ophef over bepaalde vaccins. Wat betreft die vaccins denk ik dat het een volksgezondheidsbelang is om de productie ervan in ons land te behouden. Wat betreft tabak denk ik het tegenovergestelde, namelijk dat noodzakelijke maatregelen makkelijker zijn uit te voeren als we de productie ervan niet in ons land houden.

Preventie is een klassiek onderdeel van het 'doen' binnen de sociale

geneeskunde. Het is echter zeker niet het enige. In feite liggen de wortels van de sociale geneeskunde bij de zorg voor achterstandsgroepen. In het verleden ging het daarbij om basale medische zorg voor armen die woonden en werkten in erbarmelijke omstandigheden (Mackenbach 2003). Later ging het om het bieden van een gezondheidskundig vangnet voor dak- en thuislozen, junks en illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Toen en ook nu hebben sommige geneeskundigen daarbij het gevoel te dweilen met de kraan open. Dat leidde ertoe dat zij preventie gingen bedrijven en dat nog steeds doen. Het resultaat daarvan is Arbeidswetgeving en bedrijfsgezondheidszorg (Leertouwer e.a. 2003), risicoreductie bij heroïneverslaafden (Van Brussel & Buster 2002) en beter toegankelijk maken van medische zorg voor illegalen (Reijneveld & Van Herten 2000).

Zorg is meestal een relatief schaars goed en geneeskundige criteria vormen vaak de basis voor verdeling van dit schaarse goed. Sociaal-geneeskundigen passen deze criteria toe en leveren een bijdrage aan hun formulering. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de traplift die u als gehandicapte nodig heeft om in uw huis te kunnen blijven wonen. In dat geval komt u bij een *indicerend arts*. Of de aanvullende fysiotherapie die u nodig heeft vanwege uw loopprobleem en die u graag vergoed zou krijgen. Uw aanvraag kan dan bij een *adviserend geneeskundige* komen. Het gaat echter niet alleen om verdeling van zorg. Het kan ook gaan om geld ter compensatie van een door ziekte verloren vermogen om te kunnen werken. Dan komen we op het terrein van de *verzekerings-geneeskundige*. Elk van deze drie soorten sociaal-geneeskundigen

verdeelt schaarse collectieve goederen op grond van medische criteria.

Van maatschappij naar geneeskunde

Ten tweede beïnvloedt de maatschappij ook de geneeskunde. Ook deze relatie valt onder de sociale geneeskunde. Onze maatschappelijke ordening heeft invloed op de gezondheid van mensen. Bijvoorbeeld hangt een lage sociaal-economische status veelal samen met een slechtere gezondheid (Stronks & Hulshof 2001). Dat leidt ertoe dat laag opgeleide mannen 5 jaar korter leven dan hoog opgeleide. Dat bewoners van achterstandsbuurten hun gezondheid dubbel zo vaak als slecht beoordelen als bewoners van andere buurten (Van der Lucht & Verkleij 2001; Reijneveld 2002). En dat mensen die niet in Nederland zijn geboren veel meer gezondheidsklachten en beperkingen rapporteren dan autochtone Nederlanders (Reijneveld 1998). Informatie hierover is breed beschikbaar en dat geldt ook voor de mogelijkheden om er iets aan te doen (Stronks & Hulshof 2001; Mackenbach & Stronks 2002). Gebruik maken van die mogelijkheden is echter een politieke en maatschappelijke keuze, die op dit moment maar beperkt wordt gemaakt.

Een heel andere vorm van invloed van de maatschappelijke context op de geneeskunde is de invloed van rampen op gezondheid en op gevoelens van veiligheid. Het gaat daarbij om gebeurtenissen als de vliegcrash in de Bijlmermeer, de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam. Mijn eigen onderzoek naar de gevolgen van enkele van deze rampen laat zien dat die ook effect kunnen hebben op

mensen die niet direct bij de ramp aanwezig waren. De ramp heeft ook voor hen gevolgen doordat hun maatschappelijke context zwaar is geraakt (Reijneveld 1994; Reijneveld e.a. 2003, 2004a). Verder hebben deze rampen grote maatschappelijke effecten gehad op ons denken over gezondheidsrisico's en over de rol van de overheid, o.a. culminerend in een parlementaire enquête over de Bijlmerramp. Weer gaat het hierbij om het raakvlak tussen maatschappij, geneeskunde en gezondheidszorg, een typisch sociaal-geneeskundig probleem.

Een laatste voorbeeld dat ik u wil geven over de wisselwerking tussen maatschappij en geneeskunde betreft de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. De meesten van u zal het niet zijn ontgaan dat de Nederlandse volksgezondheid zeer goed is, hoewel wereldwijd niet meer in de absolute topgroep (Van Oers 2002). De gezondheid van onze beroepsbevolking is echter, gemeten aan het aantal arbeidsongeschikten, ronduit beroerd. Enerzijds kunnen we daarom hopen dat onze nationale volksgezondheid niet verder afglijdt. Dat is overigens gezien onze investeringen in preventie-activiteiten en in onderzoek en ontwikkeling op dat terrein niet geheel denkbeeldig. Maar anderzijds laat dit ook zien dat wij in Nederland afspraken hebben over de vergoeding van loonderving vanwege ziekte uit collectieve middelen die anders zijn dan elders op de wereld. Dat betekent niet dat Nederlandse sociaal-geneeskundigen, i.c. verzekeringsartsen, heel anders in elkaar zitten dan hun collega's in andere landen. Het betekent wel dat de maatschappelijke context in Nederland heeft geleid tot een heel andere regelgeving. Die regelgeving leidt vervolgens tot meer arbeidsuitval vanwege gezondheidsproblemen dan waar ook. De wijze

waarop dit werkt, en de mogelijkheden om daar iets aan te veranderen zijn uitgebreid onderwerp van onderzoek binnen onze afdeling. Mijn collega Groothoff kan u daar veel over vertellen. Hij heeft de kans daartoe in zijn recente oratie dan ook uitgebreid gegrepen (Groothoff 2002).

Organisatie van de zorg binnen de maatschappelijke context

Dit brengt mij direct bij het derde onderdeel van de sociale geneeskunde. Dat omvat de organisatie van de gezondheidszorg binnen de maatschappelijke context waarin deze functioneert. Daarbij gaat het om de opzet van systemen om ziektekosten te financieren, zoals verzekeringen en directe financiering door de overheid. Het gaat echter ook om hoe wij de zorg verder organiseren. U vindt het waarschijnlijk heel normaal dat u naar de huisarts gaat als u buikpijn heeft. Maar in de VS zou u misschien direct naar een internist gaan. En in datzelfde land zou op het consultatiebureau de behandelend arts uw kind een antibioticum voorschrijven bij recidiverende oorontstekingen of zelf verwijzen naar de KNO-arts. In Nederland mag die consultatiebureauarts u alleen verwijzen naar de huisarts, waarna deze beslist wat er verder gebeurt. De vraag is of dit laatste houdbaar is, gezien het groeiende tekort aan geneeskundigen. Ik denk dat het Nederlandse systeem hier efficiënter kan.

Het werk van sociaal-geneeskundigen op dit terrein overlapt met dat van een scala aan andere professionals, van bedrijfskundigen tot juristen en van economen tot sociologen. Die overlap bestaat overigens ook op

andere terreinen van de sociale geneeskunde. Ik kom daar later nog op terug. Hoe dan ook komen binnen de organisatie van de gezondheidszorg veel sociaal-geneeskundige thema's aan bod. Dat geldt bijvoorbeeld voor de financiering van kosten van ziekte inclusief die van loonderving en voor de organisatie van zorg voor chronisch zieken en specifieke patiëntengroepen zoals verstandelijk gehandicapten (Jansen e.a. 2004). Het geldt eveneens voor de relatie tussen preventie en het verdere zorgsysteem en voor het garanderen van de toegang tot zorg voor achterstandsgroepen (Post 2003).

Positie van sociale geneeskunde binnen geneeskunde en binnen public health

Sociaal-geneeskundigen zijn primair geneeskundigen die heel direct in een maatschappelijke context werken. Het aantal artsen dat werkt in een sociaal-geneeskundige setting is groot. Schattingen variëren, afhankelijk van de gehanteerde definitie, maar globaal werkt 30-35% van alle artsen in Nederland in de sociale geneeskunde (Post & Groothoff 2003). Van deze ongeveer 40.000 artsen zijn er echter maar ruim 3.000 geregistreerd als sociaal-geneeskundig specialist (Post & Groothoff 2003, De Boer e.a. 2004). Zij mogen zich dus bedrijfsarts, verzekeringsarts of arts voor maatschappij en gezondheid noemen (CSG 1999). Veel andere artsen bedrijven wel sociale geneeskunde maar zijn niet geregistreerd als sociaal-geneeskundige. Zij doen vaak werk dat een minder lange specialistische opleiding vereist, bijvoorbeeld als consultatiebureauarts. Of ze hebben een zodanig specialistische functie dat die niet goed te vatten is in één van de sociaal-

geneeskundige hoofdtakken. Dat laatste geeft maatwerk binnen het sociaal-geneeskundige veld. Het leidt echter ook tot problemen bij het verzorgen van specifieke opleidingen en registraties (De Boer e.a. 2004). Oplossing van deze problemen is essentieel voor de kwaliteit van de sociale geneeskunde.

Het grote aantal artsen dat werkt in de sociale geneeskunde vertaalt zich niet in een even belangrijke rol binnen de medische faculteiten. Integendeel, aan vrijwel alle faculteiten is de sociaal-geneeskundige groep klein, en ook het aandeel in de opleiding van artsen is beperkt. Kijken we terug in de tijd dan zien we wel enige fluctuatie, maar is de inbreng van sociale geneeskunde aan de medische faculteiten nooit heel groot geweest (Van der Duim-Rogers e.a. 1995), wat overigens ook geldt voor de maatschappelijke en de bedrijfsgezondheidszorg in bredere zin. Deze vakgebieden zijn ook anno 2004 in buitenuniversitaire organisaties veel sterker vertegenwoordigd dan binnen de universiteit (RGO 2003a; 2004). Daardoor zijn verreweg de meeste sociaal-geneeskundigen en sociaal-geneeskundige onderzoekers te vinden binnen deze organisaties. Vooral wat betreft de openbare gezondheidszorg leveren zij ook een grote bijdrage aan de kennisontwikkeling.

Mackenbach geeft daarbij aan dat wetenschappelijk gezien in Nederland openbare gezondheidszorg c.q. public health sterker is ontwikkeld dan sociale geneeskunde (2003). Wat betreft de sterke ontwikkeling van public health is dit zeker waar. Bijvoorbeeld behoort het Nederlandse epidemiologisch onderzoek, belangrijk onderdeel van die public health,

tot de internationale top (KNAW 1999). Als oud-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Epidemiologie doet mij dat genoeg. Het is echter zeer de vraag of deze vergelijking tussen sociale geneeskunde en public health veel toevoegt. Sociale geneeskunde en public health zijn zo sterk met elkaar verweven dat het onderscheid vooral relevant is als we spreken over training van professionals, en veel minder als het onderzoek betreft. Dat onderzoek is vrijwel steeds multidisciplinair. Daarom is voor mij sociale geneeskunde een integraal onderdeel van public health, maar ook van arbeidsgezondheidszorg en ik hoop dit in de toekomst uit te kunnen bouwen.

De toekomst van sociale geneeskunde in Groningen

Hoe zal de toekomst van de sociale geneeskunde in Nederland en in Groningen eruitzien? Ik hoop u ervan te kunnen overtuigen dat deze toekomst veel kansen biedt. Dat geldt met name voor de positie van sociale geneeskunde binnen de Nederlandse opleidingen geneeskunde. Leidraad voor de inhoud van deze opleidingen is het Raamplan Artsopleiding (Metz e.a. 2001). Dit raamplan geeft aan dat typisch sociaal-geneeskundige aspecten als preventie, volksgezondheid en gezondheidszorg essentiële onderdelen zijn van de opleiding van elke arts, meer dan in het verleden het geval was.

Academisering van de sociaal-geneeskundige praktijk

Om kennis en vaardigheden op sociaal-geneeskundig terrein te kunnen

toepassen is echter ook ervaring nodig in de sociaal-geneeskundige praktijk. Die praktijk bevindt zich buiten de muren van het academische ziekenhuis, de traditionele werkplaats van de medische faculteiten. Het gaat dan om Arbo-diensten, GGD-en, Thuiszorginstellingen, Zorgverzekeraars, en uitvoeringsorganisaties van sociale wetgeving. Dat is het veld van maatschappelijke en arbeidsgezondheidszorg.

Investeringen zijn nodig om medisch onderwijs, onderzoek en zorg in deze organisaties vorm te geven en dit veld te academiseren. En het vergt professionals die de academie en het werkveld kunnen verbinden (Reijneveld e.a. 1997; RGO 2000). Overigens speelt dit probleem evenzeer in andere medische disciplines, bijvoorbeeld in de huisartsgeneeskunde, en in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Onderwijs, onderzoek en zorg(ontwikkeling) zijn automatisch gekoppeld in mijn weergave van academisering van het sociaal-geneeskundige werkveld. Helaas is dat niet altijd de praktijk in de verschillende Nederlandse medische faculteiten. Sociaal-geneeskundig en public health onderwijs is daar inmiddels meestal wel ingevoerd, onontkoombaar gegeven de eisen van het Raamplan 2001. Volwaardige invulling van onderzoek en zorgontwikkeling binnen de sociale geneeskunde is dat echter nog lang niet.

Onderwijs

Gegeven deze schets van de landelijke situatie vraagt u zich nu ongetwijfeld af hoe het in het Groningse is gesteld. Ik zal aan het slot van mijn oratie u daarvan een korte schets geven. Ten eerste over het

medisch onderwijs. Traditioneel zit de Groningse geneeskunde opleiding in de top drie van het medisch onderwijs, ook in de laatste net afgeronde landelijke visitatie. In het nieuwe Groningse curriculum G2010 dat vorig jaar startte is de maatschappelijke context waarin geneeskunde opereert prima vertegenwoordigd; onze groep speelt daarin een centrale rol. Voor het disciplinair onderwijs in de sociale geneeskunde geldt dit nog maar ten dele. Positief is hier dat elke student een jaar lang een sociaal-geneeskundige als groepsbegeleider, in Groningse termen: coach, heeft. Een uitstekende voorbereiding op een later beroep in dit vakgebied. Vraag is vervolgens of die student ook een voldoende beeld krijgt van de zeer diverse kanten van dit vakgebied. Beter en vooral meer cursorisch onderwijs daarover is dan ook nodig. Het kan niet zo zijn dat een veld waarin zo veel geneeskundigen terecht komen zo mager uit de verf komt. Wat dit betreft is de discussie ook in het Groningse nog niet afgelopen, want dit moet beter.

Onderzoek

Ten tweede over onderzoek. Traditioneel bestrijken medische vakgroepen met een breed niet-academisch werkveld een scala aan onderzoeksvragen zoals die leven in het veld. Dat geldt voor sociale geneeskunde, dat geldt ook bijvoorbeeld voor huisartsgeneeskunde. Voor academisering van het veld is het belangrijk zoveel mogelijk deze diverse vragen te helpen beantwoorden. Vertaling in een coherent onderzoeksprogramma is echter niet eenvoudig, en op dat aspect wordt onderzoek wel in toenemende mate afgerekend. Voor het sociaal-

geneeskundig onderzoek in Groningen betekent dit dat we ons vooral zullen richten op *jeugdgezondheidszorg* en *arbeidsgezondheidszorg*. Jeugd als groep waar met preventie grote winst is te boeken, arbeid als thema met grote maatschappelijke impact. Binnen deze beide sociaal-geneeskundige velden zullen we ons vervolgens concentreren op twee groepen aandoeningen, psychische problematiek en problemen rond houding en bewegen.

Psychische problemen vormen ongeveer een vijfde van de totale ziektelast in de westerse wereld (WHO 2001). Veel psychische problemen bij volwassenen hebben al voorlopers en oorzaken op jonge leeftijd. Gedurende de adolescentie verdubbelt vervolgens de omvang van de problematiek. Onderzoek onder kinderen en jeugdigen laat zien dat vroegtijdige opsporing en behandeling van dergelijke problemen het beloop gunstig beïnvloedt (Durlak & Wells 1998).

Jeugdgezondheidszorg is een uitstekend medium om deze problemen op te sporen (Brugman e.a. 2001; Reijneveld e.a. 2004b). Het huidige kabinet ondersteunt deze gedachte ook. Het heeft bijvoorbeeld het consultatiebureau een centrale rol gegeven in de vroegtijdige opsporing van gedragsmatige problemen bij jonge kinderen. Wij hopen met ons onderzoek bij te dragen aan de vormgeving daarvan.

Bij jongvolwassenen zijn psychische problemen de belangrijkste reden van vroegtijdige arbeidsuitval en arbeidsongeschiktheid. Van de lopende uitkeringen vanwege arbeidsongeschiktheid is een derde toegekend vanwege psychische stoornissen; bij personen tot 35 jaar is dit zelfs de helft (Van Oers 2002). Daarnaast beïnvloeden psychische problemen de

kans op succes bij het volgen van een (vervolg)opleiding, mede in relatie tot beroepskeuze. Onderzoek op dit terrein is daarmee zowel voor de jeugdgezondheidszorg als voor de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde relevant. Wij zullen u vanuit beide optieken in de komende jaren blijven voorzien van goed onderzoek, dat wordt gepubliceerd in toonaangevende tijdschriften. Dat zullen we doen in samenwerking met onze partners in de sociale psychiatrie en de kinderpsychiatrie, bij TNO Preventie en Gezondheid en het sociaal-geneeskundig werkveld. Door die samenwerking denken we ook te kunnen bereiken dat onderzoeksresultaten veel sneller worden ingezet in de praktijk van alledag. Ons onderzoek rond huilgedrag van baby's en mishandeling (Reijneveld e.a. 2004c) werd bijvoorbeeld binnen een maand verwerkt in de nascholing van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in noord Nederland.

Problemen van het houdings- en bewegingsapparaat vormen een tweede terrein waarop het Groningse sociaal-geneeskundig onderzoek in de komende jaren zal zijn geconcentreerd. Deze problemen vormen een tweede belangrijke oorzaak van, vaak blijvende, arbeidsongeschiktheid (26%; Van Oers 2002). Vroegtijdige opsporing in de arbeidssituatie en gerichte behandeling samen met klinisch specialisten kan uitermate effectief zijn (Groothoff 2002; Geertzen 2003). Een belangrijke vraag is hier hoe deze vroegtijdige opsporing het best vorm kan krijgen. En hoe bij uitval reïntegratie in het werk het meest effectief kan zijn. Dit betekent onderzoek samen met bijvoorbeeld orthopeden en revalidatieartsen (Postema 2001), en met het gehele sociaal-geneeskundige werkveld rond arbeid.

Op het terrein van jeugdgezondheidszorg staat hier het vroegtijdig herkennen van problemen in de motorische ontwikkeling centraal. Vooral bij jonge kinderen komen deze aspecten op het consultatiebureau regelmatig ter sprake. Ook hier kan dit consultatiebureau een centrale rol spelen, evenals bij de vroegtijdige opsporing van gedragsproblemen. Immers, bij ontwikkeling is heel duidelijk dat je meermalen moet kijken en dat een eenmalig onderzoek onvoldoende is om de ontwikkeling van jonge kinderen in kaart te brengen (AAP 2001). Maar ook hier is onderzoek nodig om deze rol van de jeugdgezondheidszorg te onderbouwen met kennis. Dat geldt bijvoorbeeld voor het veelgebruikte Van Wiechen-onderzoek (Brouwers-de Jong e.a. 1996), waarvan we de effectiviteit niet weten. Ook op dit terrein van ontwikkeling, houding en beweging hopen wij u de komende jaren te blijven voorzien van goed onderzoek, dat wordt gepubliceerd in toonaangevende tijdschriften. En ook dit zullen we doen samen met onze samenwerkingspartners, in dit geval in de revalidatiegeneeskunde, de orthopedie, de kindergeneeskunde en de gehandicaptenzorg, en met onze partners in het sociaal-geneeskundige werkveld.

Een derde lijn in ons onderzoek zal de samenhang zijn van maatschappelijke achterstand met gezondheid en toegang tot zorg. Deze lijn vormt een aanvulling op de twee gezondheidskundige thema's die ik u hiervoor noemde en die beide een chronische ziekte als insteek hebben. Voor sociale geneeskunde en public health is naar mijn mening het thema achterstand vrijwel onvermijdelijk. Het raakt immers zo sterk aan de maatschappelijke context. De historie van de sociale geneeskunde is er dan ook mee doortrokken (Van de Mheen e.a. 1996;

Stronks & Hulshof 2001). Het onderzoek binnen dit thema zal vooral gekoppeld zijn aan de andere onderzoeksterreinen van de afdeling, jeugd en arbeid c.q. maatschappelijke consequenties. Het thema achterstand speelt ook in andere landen, bijvoorbeeld in Centraal-Europa. Groningse onderzoekers spelen een rol in het zichtbaar maken van de gevolgen daarvan op gezondheid (Geckova e.a. 2003).

In het voorgaande kwam het sociaal-geneeskundige werkveld al regelmatig ter sprake. Ik beschouw dit werkveld als onmisbaar voor onderwijs, voor onderzoek en voor de ontwikkeling van betere zorg op het terrein van de sociale geneeskunde. Samenwerking tussen het academische vakgebied sociale geneeskunde en het sociaal-geneeskundige werkveld biedt voordelen voor beide partijen. Ik hoop dan ook dat wij erin slagen de goede samenwerking uit te bouwen en verder vorm te geven. Juist in een omschreven gebied als het noorden van Nederland moet het mogelijk zijn om een structurele samenwerking tussen beide op te bouwen. Dat kan in gecombineerde aanstelling van medewerkers, maar het betekent ook gewoon periodiek bij elkaar over de vloer komen. Ik ben dan ook uitermate tevreden dat werkers binnen GGD-en, Arbo-diensten, Zorgverzekeraars, UWV's, thuiszorginstellingen en andere organisaties binnen dit brede veld hier aanwezig zijn. Academisering van dit werkveld is een kernpunt in onze plannen.

Tot slot

Ik wil afsluiten met enkele woorden van dank. Dat betreft ten eerste de personen die hebben bijgedragen aan mijn kennis van en betrokkenheid

bij sociale geneeskunde in de praktijk. Zeker in het begin waren dat vooral personen buiten de academie, binnen het brede buitenuniversitaire sociaal geneeskundig werkveld. Ik leerde het vak in feite binnen de GG&GD Amsterdam. Ik wil daar met name Siem Belleman en Henk Rengelink noemen, maar het areaal aan leermeesters en leervrouwen was er veel groter. Mijn academische interesse was er toen ook al. Ik deed in die jaren onderzoek bij de Utrechtse en de beide Amsterdamse medische faculteiten en promoveerde bij Louise Gunning-Schepers aan de Universiteit van Amsterdam. Vervolgens leerde ik de jeugdgezondheidszorg veel breder kennen vanuit TNO Preventie en Gezondheid en vanuit de koepels van GGD-en en Thuiszorg. Naast heel veel anderen wil ik binnen TNO met name noemen Pauline Verloove-Vanhorick. Het doet mij genoeg dat ik ook de komende jaren met TNO zal blijven samenwerken. Verder wil ik bestuur van faculteit en AZG, vanaf volgend jaar verenigd in het Groninger Universitair Medisch Centrum (GUMC), danken voor hun vraag aan mij om naar Groningen te komen en voor hun positieve reactie op mijn wens om het noordelijke sociaal-geneeskundige werkveld te academiseren. De sectie Sociale Geneeskunde dank ik voor de gastvrijheid waarmee ik tegemoet ben getreden. Dat geldt in het bijzonder ook voor Johan Groothoff in wie ik een collegiaal mede-hoogleraar aantrof. En als laatste dank aan Truuske, Minke, Hanna en Jette; zonder jullie medewerking was dit alles niet mogelijk geweest.

Ik heb gezegd

Referenties

- AAP (American Academy of Pediatrics). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001; 108: 192-6.
- Brouwers-de Jong EA, Burgmeijer RJF, Laurent de Angulo MS. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau : handboek bij het vernieuwde Van Wiechenonderzoek. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems by Preventive Child Healthcare. *Arch Pediatr Adol Med* 2001; 155: 462-9.
(ook: *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1790-5).
- CSG (College voor Sociale Geneeskunde). Titelaanduiding Sociale Geneeskunde. Besluit CSG no. 3 – 1999.
- De Boer J, Rozijn MCJ, Soethout MBM, van der Wal G, de Zoeten M. Opleiding maatschappij en gezondheid: knelpunten, behoeften en oplossingsrichtingen. Utrecht: KNMG, 2004.
- Durlak JA, Wells AM. Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *Am J Community Psychol* 1998; 26: 775-802.
- Geckova A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health* 2003; 13: 44-5.
- Geertzen JHB. Vleugellam de verlenging in. Oratie Rijksuniversiteit Groningen, 2003.
- Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr 2003/21.
- Groothoff JW. Reïntegratie: 'Ga terug naar af ...'. Oratie Rijksuniversiteit Groningen, 2002.
- Jansen DE, Krol B, Groothoff JW, Post D. People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48: 93-102.
- Klazinga NS. Sociale geneeskunde: de derde weg. Oratie Universiteit van Amsterdam, 2000.
- KNAW (Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen), Commissie Geneeskunde. Discipline Report on (Bio)Medical and Health Sciences Research in the Netherlands 1998. Amsterdam: KNAW, 1999.
- Leertouwer H, Van Lieburg MJ, Post D, Groothoff JW. De medische afdeling bij de Arbeidsinspectie van 1991 tot 1940. *TSG* 2003; 81: 483-91.
- Mackenbach JP. De veren van Icarus (oratie Erasmus Universiteit Rotterdam). Utrecht: Bunge, 1992.
- Mackenbach JP. Sociale geneeskunde en 'public health': historische aantekeningen bij de Nederlandse situatie. *TSG* 2003; 81: 450-8.
- Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the

- Netherlands. BMJ 2002; 325: 1029-32.
- Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ (red). Raamplan 2001 artsopleiding. S.I., s.n., 2001.
- Muntendam P. De bijdrage van de arts aan de bevordering der gezondheid. Oratie Rijksuniversiteit Leiden, 1953.
- Post D. Ieder woelt hier om verandering. Oratie Rijksuniversiteit Groningen. Houten / Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- Post D. Een spannende toekomst voor zorg en zekerheid. Afscheidsrede Rijksuniversiteit Groningen, Houten / Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
- Post D, Groothoff JW. Sociale geneeskunde of public health? Houten / Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.
- Posterna K. Groningse dynamiek in revalidatie. Oratie Rijksuniversiteit Groningen, 2001.
- Reijneveld SA. The impact of the Amsterdam aircraft disaster on annoyance from aircraft noise and on reported psychiatric disorders. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 333-40.
(ook: *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1523-8).
- Reijneveld SA. The measurement of local public health: studies on the health status of an urban population. Amsterdam: GG&GD, 1995 (proefschrift Universiteit van Amsterdam).
- Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ, Schadé E. Intra- en extramurale werkplaats voor zorg, onderwijs en onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 484-7.
- Reijneveld SA. Reported health, lifestyles and use of health care of first-generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298-304.
- Reijneveld SA, Van Herten LM. Toegankelijkheid van zorg voor illegalen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000 (TNO-PG/VGZ/00.003).
- Reijneveld SA. Neighbourhood socioeconomic context and self reported health and smoking: a secondary analysis of data on seven cities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 935-942.
- Reijneveld SA, Crone MR, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. The impact of a severe disaster on the mental health of adolescents: a controlled study. *Lancet* 2003; 362: 691-6.
(ook: *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 1785-92).
- Reijneveld SA, Crone MR, Schuller AA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. The decreasing impact of a severe disaster on the mental health and substance misuse of adolescents: follow-up of a controlled study. *Psychol Med* 2004a (in press).
- Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive Child Healthcare. *Arch Ped Adolesc Med* 2004b; 158: 811-7.
(ook: *Ned Tijdschr Geneesk*, in druk).

- Reijneveld SA, Van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004c; 364: 1440-2. (ook: *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 2227-30).
- RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek). Werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis: Den Haag: 2000.
- RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek). Advies kennisinfrastructuur Public Health. Den Haag: 2003a.
- RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek). Advies onderzoek Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Den Haag: 2003b.
- RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek). Advies onderzoek Verzekeringsgeneeskunde. Den Haag: 2004.
- Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Assen: Van Gorcum, 2001.
- Van Brussel GHA, Buster MCA. OGGZ Monitor Amsterdam: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaat verslaafden en uitgaansdrugs ongevallenen. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2002.
- Van de Mheen H, Reijneveld SA, Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 to 1990 in Amsterdam, The Netherlands. *Eur J Public Health* 1996; 6: 166-74.
- Van der Duim-Roger JA, Huisman FG, Van der Kroef R, Lulof LH. Bibliografie hoogleraren Sociale Geneeskunde en hun promovendi in de jaren 1865-1990. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
- Van der Lucht F, Verkleij H (red.). Gezondheid in de grote steden: achterstanden en kansen. Houten/ Bilthoven: Bohn Stafleu van Loghum/RIVM, 2001.
- Van Oers JAM (red.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten/ Bilthoven: Bohn Stafleu van Loghum/RIVM, 2002.
- Van Oers JAM. Voorkomen kan beter; op zoek naar nieuwe wegen in de openbare gezondheidszorg. Oratie Universiteit Tilburg, 2004.
- Van der Wal G. Sociale geneeskunde en verantwoorde zorg. Oratie Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.
- Verloove-Vanhorick SP, Van Leerdam FJM, Verkerk PH, Reijneveld SA, Hira Sing RA. Jeugdgezondheidszorg: veel gezondheid voor weinig geld. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 895-8.
- WHO (World Health Organisation). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.