

SQ
D

MET GEEN PENN TE BESCHRIJVEN

REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN
HET AMBT VAN GEWOON HOOGLERAAR
IN DE SOCIALE GENEESKUNDE
AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN
OP 22 FEBRUARI 1974

DOOR

FRANS DOELEMAN

IBISSTAMBOEKNUMMER

3819/000

UNIVERSITAIRE PERS LEIDEN

ISBN 90.6021.200.2

© 1974 UNIVERSITAIRE PERS LEIDEN

*Dames en heren bestuurders en leden van de Leidse universitaire gemeenschap,
zeer gewaardeerde toehoorders.*

Diegenen onder U die mij langer kennen dan vandaag, zal het niet ontgaan zijn dat gedurende de laatste zes à zeven jaar door mij met grote vasthoudendheid maar vruchteloos geijverd is voor het tot stand komen van een zgn. 'School of Public Health'. Het is thans noch de juiste plaats, noch het juiste moment om met U na te gaan, welke krachten het welslagen van deze onderneming tot nu toe verijdeld hebben. Maar waar ik in dit verband wel met U over zou willen spreken, is een detail dat op het eerste gezicht niet meer dan een pikante bijkomstigheid lijkt, maar dat bij nader inzien toch wel degelijk van betekenis geweest kan zijn voor het uitblijven van resultaat. Ik doel hier op de omstandigheid dat het buitengewoon moeilijk blijkt te zijn, een correcte en goed in het gehoor liggende Nederlandse vertaling te vinden voor de term 'School of Public Health'.

Daarbij gaat het uiteraard niet in de eerste plaats om de vertaling van het woord 'School', hoewel ook daar allerlei alternatieven mogelijk zijn. In elk geval zal tot uitdrukking moeten komen dat het gaat om een onderwijsinstelling van academisch niveau (hetgeen inhoudt dat onderwijs en onderzoek er hand in hand gaan), bestemd voor 'gezondheidskundigen' die, ongeacht hun oorspronkelijke discipline, hetzij een doctoraalstudie, hetzij een hogere beroepsopleiding voltooid hebben en die voortgezette scholing nodig hebben om hun functie goed te kunnen vervullen. Neen, het is niet het woord 'School' dat de grootste moeilijkheden oplevert. Die doen zich pas met recht voor bij de term 'public health'.

Wat is Public Health?

Ook in het Angelsaksische taalgebied waar de term ontstaan is, heeft deze geen scherp omschreven inhoud. Uitgaande van het *openbare* karakter van het begrip 'public health' heeft men er primair twee onderscheidbare zaken op het oog, nl. enerzijds het *beleid* en het *beleidsapparaat* van de overheid ten aanzien van de gezondheidsproblematiek, en dan vooral op nationaal en provinciaal niveau, en anderzijds de *uitvoerende* taken van lagere overheidsorganen op het gebied van milieuhygiëne en preventieve gezondheidszorg. Maar omdat men dan vervolgens de essentie van het begrip 'public health' meer in het *preventieve* dan in het openbare karakter zoekt, worden *die* particuliere organisaties en voorzieningen die zich meer op 'health' dan op

'illness' richten, veelal eveneens tot de sector van de 'public health' gerekend.

Voor deze twee aspecten van het begrip 'public health' hebben wij in Nederland twee verschillende termen.

Daar is in de eerste plaats de term '*volksgezondheid*'. Deze treffen wij aan in allerlei samenstellingen, zoals Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksinstituut voor de Volksgezondheid, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Centrale Raad voor de Volksgezondheid en Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. De term 'volksgezondheid' dekt kennelijk dat aspect van het begrip 'public health' dat betrekking heeft op het ontwikkelen en controleren van het beleid op centraal, provinciaal of gewestelijk niveau.

Daarnaast kennen wij de term '*maatschappelijke gezondheidszorg*'. Hieronder zou ik willen verstaan de som van alle autonome organisaties, instellingen, diensten en bureaus voor ambulante gezondheidszorg, zoals gemeentelijke geneeskundige en/of gezondheidsdiensten, districts geneeskundige diensten, kruisverenigingen, verenigingen voor tbc-bestrijding, bedrijfsgeneeskundige diensten, schoolgeneeskundige diensten, medisch-opvoedkundige bureaus, sociaal-psychiatrische diensten, enz. enz. Dit veld, dat een grote rijkdom aan organisatie- en werkvormen vertoont maar als geheel chaotisch en slecht geïntegreerd is, omvat voorzieningen die in andere landen overwegend tot de openbare gezondheidszorg behoren. De term 'maatschappelijke gezondheidszorg' komt dus overeen met dat deel van de 'public health' dat gericht is op het ambulant uitvoeren van voornamelijk preventief gerichte voorzieningen.

Het bovenstaande voert tot de conclusie dat een 'School of Public Health' in Nederland naar mijn mening zou moeten dienen om mensen voor te bereiden op functies in beleidsorganen voor de volksgezondheid als ook voor uitvoerende taken in de maatschappelijke gezondheidszorg. Maar dan blijft er nog een gat. Dat is het gat van Nederland op het gebied van het management van de gezondheidszorg.

Onvoldoende is hier te lande nog het besef doorgedrongen dat de gezondheidszorg niet beperkt is tot de activiteiten van artsen, psychologen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten, medisch-maatschappelijke werkers en tal van anderen die zich rechtstreeks met gezondheid, ziekte en zieken bezig houden. Naarmate deze zorgverlenende activiteiten meer en meer ingebed worden in organisatorische structuren, en naarmate deze structuren groter en gecompliceerder worden, worden de gezondheidsdeskundigen zelf meer en meer afhankelijk van de steun van andere medewerkers die de verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen voor zaken

als financieel beheer, personeel beheer, materieel beheer en informatie-beheer. Het sluitstuk op deze beheerfuncties is het management.

De manager is nodig om de coördinatie te waarborgen van de beheerfuncties met de uitvoerende gezondheidskundigen, om schakel te zijn tussen bestuur en werkers, om de output van de voorziening te relateren aan de doelstelling, om de belangen van de werkers, de consumenten en de maatschappij met elkaar in evenwicht te houden, en om het toekomstig functioneren van de voorziening te plannen in het kader van te verwachten maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen.

Dit alles betekent dat een Nederlandse 'School of Public Health' tot taak zou moeten hebben mensen die een doctoraalstudie of hogere beroepsopleiding voltooid hebben, te trainen voor functies in de gezondheidszorg op drie verschillende niveaus:

- a. op het uitvoerend niveau van de *maatschappelijke gezondheidszorg*;
- b. op het niveau van het *management* van individuele voorzieningen voor intra- en extramurale gezondheidszorg;
- c. op het niveau van het *volksgezondheidsbeleid*, waar het gaat om de planning, de coördinatie en – in de toekomst – de besturing van tal van verschillend gedifferentieerde voorzieningen voor een bepaalde bevolking.

Deze meervoudige doelstelling nu laat zich bijzonder moeilijk in een korte benaming weergeven. Voor wat elders met 'public health' of 'santé publique' wordt bedoeld, zouden wij drie verschillende termen nodig hebben. Het zou mij niet verbazen, als deze achtergrond mede debet is aan het feit dat, hoewel er thans een positief advies bij de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op tafel ligt, er nog altijd geen 'School of Public Health' in ons land tot stand is gekomen. Hoe kan men immers de betrokken autoriteiten overtuigen van de noodzaak een dergelijke onderwijsinstelling op te richten als men daarvoor niet eens een goede Nederlandse benaming kan bedenken?

Daarbij komt dat ook begrippen als 'beleid' en 'management' op zichzelf nog veelvuldig op weerstand, wantrouwen en onbegrip stuiten.

Het zal U niet verbazen dat getracht is een uitweg te vinden uit deze impasse door een geschikte eigennaam voor de 'School of Public Health' te zoeken. Maar ook dat is niet zo gemakkelijk. 'Delta' is immers al volkomen afgezaagd. 'Euro' komt voor een Nederlandstalig instituut niet in aanmerking. De naam van *Coronel* is al verbonden aan het Laboratorium voor Arbeidshygiëne te Amsterdam. Hierover nadenkend werd mijn aandacht

getrokken door de figuur van Jacobus Penn, en nadat ik mij een beeld gevormd had van de verdiensten en de historische betekenis van Penn, was ik er van overtuigd dat hij de aangewezen figuur was om zijn naam aan de 'School of Public Health' te verbinden. De school zou aldus een posthume Pennevrucht worden.

Wie was Penn ?

Degenen onder U die bekend zijn met de oorsprong van de kruisverenigingen, zullen weten dat Jacobus Penn daar te boek staat als de vader van het Noord-Hollandse Witte Kruis, d.w.z. de grootvader van het Groene Kruis, en dus de oervader van wat wij (niet altijd terecht) het particulier initiatief plegen te noemen. Deze rol van Penn was alles wat mij over hem bekend was, tot ik de uitvoerige necrologie las die na zijn overlijden in 1890 in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen. In dit artikel, waarin zijn grote verdiensten voor de volksgezondheid breed uitgemeten worden, wordt echter met geen woord gerept van zijn aandeel aan de oprichting van het Witte Kruis. Ook in het Nieuw Nederlandsch Biografisch Woordenboek, waarin een korte levensbeschrijving van Penn is opgenomen, wordt in alle talen over het Witte Kruis gezwegen. Wel wordt in beide publicaties gewag gemaakt van het feit dat hij in Hilversum een herstellingsoord heeft opgericht.

Dit bewijst opnieuw hoezeer de betekenis van historische figuren en personen wisselt met de tijd en met het perspectief van waaruit men ze beschouwt.

En opnieuw rijst de vraag: *Wie was Penn?*

Jacobus Penn is in 1821 te Dordrecht geboren. Evenals zijn vader studeerde hij medicijnen in Leiden, waar hij in 1845 zijn studie afsloot met de toen gebruikelijke promotie. 'Daarna (ik citeer het Biografisch Woordenboek) ondernam hij een reis naar Weenen en Parijs, waar hij vele geneeskundigen van naam, hospitalen en andere instellingen bezocht. In het vaderland na anderhalf jaar teruggekeerd, vestigde hij zich als geneesheer te Amsterdam, en verkreeg er weldra een uitgebreide praktijk. Tevens werd hij lid van den gemeenteraad, curator van het athenaeum, schoolopziener en secretaris der Provinciale commissie van geneeskundig toezicht.* Door Minister Thorbecke geroepen, om zitting te nemen in de commissie tot het ontwerpen der geneeskundige wetten van 1865, nam Penn een zeer werkzaam aandeel aan dien arbeid en mocht hij het genoegen smaken ze door Kamers

* Deze Provinciale commissies, die tussen 1818 en 1865 bestaan hebben, namen de chirurgijnsexamens af en hadden een (voornamelijk repressieve) taak bij epidemieën.

en Regeering te zien aangenomen en bekrachtigd. Ook was hij eenige jaren inspecteur van het geneeskundig staatstoezicht in Noord-Holland'.

Wel, dat is dan een uiterst beknopte samenvatting van de veelsoortige functies die Penn vervuld heeft in een tijdsgewricht waarin zowel de opleiding van de geneeskundigen als de structuur van de zorg voor de volksgezondheid drastisch zijn gewijzigd.

Het reeds genoemde in memoriam in het Tijdschrift voor Geneeskunde geeft ons meer inzicht in de persoon van Penn en de idealen waarvoor hij streed. Zijn levensdoel kan in het algemeen omschreven worden als het verbeteren van de volksgezondheid in Nederland. Daarvoor heeft hij op verschillende bestuursniveaus gestreden: op lokaal niveau als gemeenteraadslid van Amsterdam, op provinciaal niveau als lid van de commissie van geneeskundig toezicht, op nationaal niveau als één der architecten van de geneeskundige staatsregeling van 1865.

Als praktiserend arts kende hij de noden en behoeften van de bevolking uit onmiddellijke ervaring en dat zal wel de drijfveer geweest zijn die, in een tijd waarin het begrip sociale verzekering nog onbekend was, hem heeft gebracht tot het oprichten van het Algemeen Ziekenfonds te Amsterdam.

Dat hij geroepen werd om als inspecteur zijn eigen schepping, de Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht, uit te voeren, moet hem een bijzondere voldoening gegeven hebben. Maar niet alleen voldoening, want het magistrale boek waarin Querido in 1965 het honderdjarig bestaan van het Staatstoezicht heeft beschreven, toont hoe zelden de inspecteurs erin slaagden de regering te overtuigen van de juistheid van hun denkbeelden en van de noodzaak de gezondheidszorg en de hygiëne wettelijk te regelen. Met name gedurende de eerste 10 jaren van hun werkzaamheid hebben de inspecteurs van het Staatstoezicht talloze voorstellen en wetsontwerpen ingediend, die vaak pas decennia later, vooral in de periode tussen 1900 en 1920, gerealiseerd zijn. Het was destijds vooral de gemeentelijke autonomie die ontzien moest worden, zoals na 1945 de autonomie van de particuliere organisaties de heilige koe zou worden van de Nederlandse gezondheidszorg.

Maar met dit alles is nog niet genoemd wat voor Penn het meest wezenlijke middel was ter bereiking van zijn doel. Dit middel was het verspreiden van informatie. Niet de wetten, niet de structuren, maar het kennispeil en de mentaliteit, daarop richtten zich de activiteiten die het meest kenmerkend zijn voor de strategie van Penn. Drie groepen mensen waren er waarop deze strategie gericht was: de overheid, de geneeskundigen, en de bevolking.

Als inspecteur was het gedurende bijna 20 jaar zijn taak de *overheid* te

adviseren. Dat hij in dit opzicht bij de centrale overheid weinig gehoor vond, hebben wij al gezien. Maar ook de oren van de gemeentebesturen leden als regel aan een hardnekkige Oost-Indische doofheid als van volksgezondheid sprake was.

Meer succes had hij bij de eigen *beroepsgroep*, de geneeskundigen. In die tijd was dit een heterogene verzameling van chirurgijns en plattelandsheelmeesters van de oude stempel, van universitair opgeleide doctores in de genees-, heel- en verloskunde, en – vanaf 1866 – van het nieuwe genus van de artsen. Zo ergens dan was hier een gemeenschappelijk publiciteitsorgaan nodig om wat wij nu noemen ‘de informatie gelijk te trekken’ en de geneeskundigen op de hoogte te houden van de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskundige wetenschap. Al in 1849 had Penn met enige geestverwanten de ‘Geneeskundige Courant’ opgericht, maar dit blad heeft het niet langer dan één jaar uitgehouden. Twee jaar later werd een nieuwe poging gedaan met de oprichting van het Nederlandsch Weekblad voor Geneeskundigen. Voor ons, die thans met moeite en pijn de gedachte ingang trachten te doen vinden dat de geneeskunde ook een *sociale* wetenschap is, is het pikant te constateren dat de beginselverklaring van het Weekblad uitdrukkelijk vermeldt dat ‘de geneeskunde als een natuurkundige wetenschap moet worden opgevat’. In de historische context van de tijd moet dit als een teken van progressiviteit en van een ver vooruitziende blik gewaardeerd worden.

Tenslotte de voorlichting aan de *bevolking*. Hier voelde hij het als zijn taak ‘waarschuwend, maar ook geruststellend, door onverholven mededeeling, op te treden voor het publiek’. Hier is het dat de oprichting van het Witte Kruis in 1875, het feit dat aan de biograaf ontsnapte, binnen onze gezichtskring komt. Want de oorspronkelijke bedoeling van de Noord-Hollandse Witte Kruisverenigingen was noch om ondersteunen en urinaals uit te lenen, noch om verpleegkundige of preventieve gezondheidszorg te bieden: verpleegsters bestonden nauwelijks, wijkverpleegsters waren even onbekend als straaljagers. Nee, de reeds lang bestaande maar ineffectieve cholera-commissies werden omgezet in plaatselijke kruisverenigingen om in ieder dorp in Noord-Holland een *actiecentrum* te hebben voor de verspreiding van hygiënische en gezondheidsvoorlichting naar de bevolking. Dat was precies wat de besturen van deze plaatselijke kruisverenigingen deden: zij organiseerden avonden in de dorpskerk waar gesproken werd over zuigelingenverzorging of drinkwaterhygiëne, zij verspreidden vlugschriften met hygiënische voorschriften, en verrichtten zelf al dergelijke activiteiten.

Het zal U nu duidelijk zijn, waarom Jacobus Penn, grondlegger van de geneeskundige staatsregeling van 1865, rijksinspecteur van de volksgezondheid, oprichter van de eerste kruisvereniging, promotor van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, sociaal-geneeskundige avant la lettre, mij de aangewezen man leek om zijn naam te lenen aan de 'School of Public Health'. Meer nog dan Coronel is Penn in mijn ogen de patroonheilige voor het volksgezondheidsbestel zoals zich dat na 1865 in ons land feitelijk heeft ontwikkeld. Overeenkomstig de oud-liberale opvatting waarbij de staat slechts de rol van politie-agent behoeft te spelen, kenmerkt dit bestel zich door een grote terughoudendheid van de Rijksoverheid die zich beperkt tot het stellen van eisen van bekwaamheid, tot het houden van toezicht en tot het beschikbaar stellen van deskundigen ter advisering. Hierbij worden de ontwikkeling en de uitvoering van de zorg zelf grotendeels overgelaten aan wat (met een ten onrechte ludieke term) genoemd wordt 'het vrije spel van maatschappelijke krachten', in casu de autonome gemeenten, de autonome particuliere organisaties, de autonome vrijgevestigde beroepsbeoefenaars.

Ik wil er de nadruk op leggen dat het stelsel waarvoor Penn de grondslag heeft gelegd en waarvoor hij, gedwongen door de passiviteit van de état-gendarme, de ontwikkelingsrichting heeft aangegeven, onder de Nederlandse verhoudingen eigenlijk bijzonder goed heeft gefunctioneerd. Dank zij de grote mate van sociale bewegendheid van de Nederlanders heeft zich, vooral na 1900, een snel groeiend assortiment van plaatselijke, provinciale en nationale organisaties voor welzijns- en gezondheidszorg gevormd die met elkaar gezorgd hebben voor een grote rijkdom aan voorzieningen. In de periode na 1920 heeft een levensbeschouwelijk gefundeerde organisatiedrift dit proces nog aanzienlijk versterkt. De honderd jaar tussen 1865 en 1965 mogen daarom voor wat de gezondheidszorg betreft, gerust de Periode-Penn genoemd worden.

Maar als dat zo is, dan is daarmee tevens de reden aangegeven, waarom wij tenslotte toch tot de conclusie moeten komen dat de 'School of Public Health' *niet* naar Penn genoemd dient te worden. De naam van Penn symboliseert immers een aflopend tijdperk. Sinds 1965 wordt met de dag duidelijker dat het liberale organisatiemodel van Penn niet meer toereikend is. De nadelen van het stelsel gaan steeds zwaarder wegen, de voordelen verliezen aan gewicht. Ik behoef slechts te verwijzen naar het recente rapport van de drie organisatiebureaus om duidelijk te maken wat ik bedoel. De tijd van Penn is bijna om. De 'School of Public Health' moet voorbereiden op de toekomst. *En die toekomst is met geen Penn te beschrijven.*

Want het mag dan betrekkelijk gemakkelijk zijn, aan te geven in welke opzichten het 'stelsel van Penn' voor de huidige tijd tekort schiet, het is veel moeilijker te omschrijven op welke beginselen de toekomstige vorm van de gezondheidszorg gebaseerd zal moeten worden. Toch is er wel materiaal waaraan we aanknopingspunten kunnen ontlenuen. Is het een wonder dat ik bij het woord 'ontlenen' onmiddellijk denk aan Leenen, wiens inaugurele rede over 'systeem-denken in de gezondheidszorg' nu juist zo'n uiterst belangrijk aanknopingspunt biedt?

Systeemleer en gezondheidszorg

Hoe meer ik erover nadenk, en vooral na het lezen van de fascinerende artikelen van Miller over 'living systems', hoe boeiender ik het vind om de gezondheidszorg te beschouwen met het begrippen-apparaat van de systeemleer. Wat dit inhoudt? Dit betekent vóór alles dat wij bepalen welke subsystemen, elementen en relaties tot het systeem behoren, welke interne structuur deze onderdelen met elkaar vertonen, welke relaties het systeem heeft met de buitenwereld, en in hoeverre de uitwisseling met de omgeving (input en output) van materiële, van energetische of van informatieve aard is.

Het eerste dat ons dan duidelijk wordt, is dat de Nederlandse gezondheidszorg als geheel van mensen, apparaten, voorzieningen, processen, organisaties en regelingen beschouwd moet worden als een open subsysteem van de Nederlandse samenleving. Daarbij doet zich onmiddellijk de vraag voor, hoe de relatie met andere subsystemen, met name dat van de welzijnszorg, gestructureerd dient te worden. Het is de samenleving als geheel met haar politieke organen, die daarover tot klaarheid zal moeten komen.

Een tweede fundamentele notie die zich aan ons opdringt, is dat de relaties van de gezondheidszorg met de omgeving niet in de eerste plaats door uitwisseling van materie of energie gekenmerkt worden, maar door de systematische opsporing, verzameling, verwerking en produktie van *informatie*. Het is dit informatie-verwerkend karakter dat in de hiernavolgende beschouwingen op de voorgrond zal staan.

Vervolgens de gezondheidszorg als geheel overziende, kunnen wij ons afvragen of dit ensemble *feitelijk* al wel als een systeem in de zin van de systeemleer beschouwd mag worden. *A system is a set of units with relationships among them*. Uit allerlei studies blijkt echter telkens weer, dat gebrek aan communicatie tussen de diverse personen en voorzieningen in de gezondheidszorg een op de voorgrond tredend verschijnsel is. Bovendien blijkt de gezondheidszorg als geheel niet beheersbaar te zijn. Ik zou daarom willen

stellen dat de Nederlandse gezondheidszorg een *wordend systeem* is: een conglomeraat van losse elementen dat onderweg is om een systeem te worden.

Dit is uiteraard een langzaam verlopend groeiproces. Bedenken wij dat er vóór 1800 alleen een beperkt aantal van *locale* systemen voor gezondheidszorg bestond, gereguleerd door de stedelijke vroedschap en de Plaatselijke Commissie voor Geneeskundig Toezicht. In de eerste helft van de 19e eeuw worden *provinciale* organen ingesteld, waarvan de taak overigens zeer beperkt was. In 1865 komt er een *landelijk* orgaan, het staatstoezicht, maar dit werkt aanvankelijk nog geheel gedecentraliseerd. Pas in 1901 worden hoofdinspecteurs in Den Haag gestationeerd. Ook de gezondheidsraad als centraal orgaan dateert van 1901. Maar deze organen hebben geen bestuurende bevoegdheid, evenmin als de Centrale Raad voor de Volksgezondheid die in 1956 werd ingesteld. De gezondheidsnota 1966 van Veldkamp en Bartels was een eerste poging om de totaliteit van de gezondheidszorg systematisch en op basis van een bepaalde filosofie te beschrijven als een min of meer samenhangend geheel. Is het dan wonder dat met deze voorgeschiedenis wij thans nog niet in staat zijn de gezondheidszorg in ons land als één systeem te concipiëren, laat staan te realiseren?

Dat neemt niet weg dat wij wel bepaalde aanzetten hiertoe kunnen maken. Daarbij kan opnieuw gebruik gemaakt worden van het onderscheid in drie niveaus: het microniveau van de zorgverlening, het mesoniveau van de individuele voorziening of organisatie voor gezondheidszorg, en het macroniveau van het beleidsorgaan dat met tal van voorzieningen in een bepaald territorium te maken heeft.

Op het microniveau van de *uitvoering* van de zorgverlening aan de consument bestaat momenteel grote onzekerheid over de aard van de informatie die voor een arts relevant is. Ik bedoel dit. De medicus wordt nog steeds en terecht primair opgeleid om lichamelijke gezondheidsproblemen van mensen te onderzoeken en te behandelen. Door middel van het stellen van gerichte vragen, en met behulp van ingenieuze fysische en chemische onderzoeksmethoden zal hij trachten zo veel mogelijk relevante informatie te verzamelen over het somatisch functioneren en disfunctioneren van de patiënt. Daarbij is het echter noodzakelijk dat deze patiënt niet beschouwd en behandeld wordt als een object waarin informatie verborgen is, maar ook als een subject waarmee een tussenmenselijke relatie wordt aangegaan.

De vraag is nu of de arts eventuele signalen van emotionele of psychosociale aard die hij in deze relatie opvangt, beschouwt als *ruis* die het proces

van het zoeken naar relevante informatie over het *somatisch* functioneren alleen maar stoort, dan wel dat hij dergelijke signalen in principe wel van betekenis acht voor het begrijpen en adequaat kunnen behandelen van een somatisch probleem, een probleem dat bovendien wellicht slechts de verschijningsvorm is van daar achter verborgen liggende vraagstelling.

In het eerste geval zullen emotionele en psychosociale 'stoorsignalen' immers zoveel mogelijk worden afgedempt en niet in het medische informatiesysteem worden verwerkt. In het tweede geval moeten ze net als biologische gegevens gedecodeerd worden, geassocieerd worden met bestaande kennispatronen, betrokken worden bij de uiteindelijke beslissing en in het informatiesysteem worden verwerkt en opgeslagen.

Nu ontwikkelt zich in ons land een communis opinio dat, in elk geval in het eerste echelon, de voorkeur gegeven moet worden aan een gedragspatroon, waarbij informatie van emotionele en psychosociale aard wel relevant geacht wordt. Is de consequentie daarvan dat de eerstelijnsmedicus (tenminste als diagnost) *even* bekwaam moet zijn op psychosociaal gebied als op somatisch terrein? Zo ja, dan moet zijn opleiding nog veel ingrijpender veranderd worden. Zo nee, hoe ver moeten dan zijn diagnostische vaardigheden op psychosociaal terrein reiken, wie bepaalt dit, en langs welke weg wordt zijn opleiding dienovereenkomstig aangepast? Even zovele vragen waarop nog geen antwoord gegeven kan worden. Toch zijn deze antwoorden essentieel, zowel voor de opleiding tot arts als voor de wijze waarop het eerste echelon gestructureerd zal moeten worden.

Op het *mesoniveau* van de individuele organisatie of voorziening voor gezondheidszorg (vereniging, stichting, dienst) is het vooral de managersfunctie waarvoor ik de aandacht zou willen vragen. Ook daar is de *informatie*-uitwisseling binnen het mesosysteem en tussen dit systeem en de buitenwereld het cardinale punt. Alleen op grond van relevante informatie over de interne relaties en over de mate waarin de voorziening tegemoet komt aan de objectieve en subjectieve behoeften van de consument, kunnen adequate stuurimpulsen naar binnen en naar buiten afgegeven worden.

Maar het zich kunnen permitteren van een full-time manager die voor zijn specifieke taak in een non-profit gezondheidsbedrijf is opgeleid, veronderstelt een bepaalde omvang en interne complexiteit van een organisatie. Ook uit dien hoofde is schaalvergroting, met name in de maatschappelijke gezondheidszorg, gewenst. Dit is echter een moeizaam en gevoelig proces dat niet alleen financiële prikkels, maar ook begeleiding door niet emotioneel

betrokken deskundigen nodig heeft om goed te verlopen. Maar door het fuseren van kleine, thans autonome en verschillend gefinancierde voorzieningen tot geïntegreerde, districtale of gewestelijke instituten met multidisciplinaire staven, kan bereikt worden dat de gezondheidszorg overzichtelijker wordt voor consument en producent, dat de communicatiepatronen eenvoudiger worden, dat het management op een hoger plan komt, en dat mede daardoor de gezondheidszorg als geheel efficiënter functioneert.

U vraagt zich af of het aanstellen van managers geen toenemende verzakelijking en bureaucratisering van de zorg impliceert? Dat zal vooral van de kwaliteit van het management afhangen: één van de belangrijkste taken van de manager in de gezondheidszorg is er op toe te zien dat voorziening zo goed mogelijk tegemoet komt aan de behoeften van de consument.

Het macroniveau van het *volksgezondheidsbeleid* is het vlak waarop momenteel organisatiebureaus, adviesraden en ministeriële commissies hun schijnwerpers gericht houden. Hier is het wel voor ieder duidelijk dat het 'wordend systeem' van de gezondheidszorg momenteel een nog zo zwak gecoördineerd conglomeraat van autonome eenheden is, dat ook als de kostenstijging er niet toe zou dwingen, het de hoogste tijd is voor een totale herstructurering.

Het is in zekere zin zelfs te betreuren dat het de 'centen' zijn geweest die ons overhaast tot een planningswet en tot allerlei blauwdrukken voor herstructurering hebben genoopt. Niet geheel ten onrecht zongen wij 20 jaar geleden: 'Money is the root of all evil'. Want de blauwdrukken moeten nu noodgedwongen te veel aandacht geven aan het kosten-aspect en de planning van de gezondheidszorg is daardoor begonnen aan het verkeerde eind: nl. bij de intramurale instellingen, de sector die het sluitstuk van de curatieve zorg vormt, de sector waarvan de functie in het geheel immers mede bepaald wordt door het aandeel van de extramurale voorzieningen.

Het toepassen van de systeemleer op de gezondheidszorg zou ook de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (die nog zo duidelijk de sporen vertoont van ontwikkeld te zijn uit een ziekenhuis**bouw**wet) wellicht hebben behoed voor een andere, dieperliggende structurele fout. Want deze wet, uitlopend op een vergunningenstelsel, gaat impliciet uit van de conceptie dat de gezondheidszorg een optelsom is van een groot aantal individuele elementen (consultatiebureaus, huisartsen, plaatselijke kruisverenigingen, ziekenhuizen, enz.) die stuk voor stuk vergunning moeten krijgen om te functioneren. De fragmentatie van de gezondheidszorg is ons zo vertrouwd, dat we ons daaraan uiterst moeilijk kunnen onttrekken. Weliswaar kunnen aan de vergunning voor-

waarden verbonden worden ten aanzien van de samenwerking met andere voorzieningen, maar daarmee wordt toch het *relatienetwerk* dat de elementen met elkaar moet verbinden en dat zo essentieel is voor hun functioneren in een systeem, als zodanig uit het oog verloren.

Dan is daar nog een ander aspect. De Leeuw vestigt er de aandacht op dat een besturend orgaan dat effectief wil zijn, over een model van het te besturen systeem moet beschikken. Evenals de manager om zijn taak goed te kunnen uitvoeren, over relevante informatie moet beschikken, zo zal ook een bestuursorgaan op de hoogte moeten zijn en blijven van wat er omgaat in de eenheden waarvoor het verantwoordelijk is.

Dit betekent dat een Nationale Raad voor de Volksgezondheid, toegerust met executieve bevoegdheden, zoals thans unisono aanbevolen door de drie organisatie-adviesbureaus en door de commissie-Festen, pas dan goed als stuurmechanisme kan gaan werken, als deze Raad over voldoende informatie beschikt over het functioneren van het te besturen systeem en over de interne relaties tussen de verschillende sub-systemen en samenstellende elementen. De Nationale Raad zal, evenals de Staatssecretaris thans, aanvankelijk daarom weinig anders kunnen doen dan 'sturen met de rem' zoals Pulles het zo treffend heeft uitgedrukt. Maar tegelijk zal de Raad zo spoedig mogelijk moeten beginnen met na te gaan, welke gegevens hij nodig heeft om de gezondheidszorg werkelijk naar een bepaald doel te kunnen sturen.

Tot zover mijn voorlopige beschouwingen over de waarde en betekenis van het systeem-denken voor de gezondheidszorg, waarbij ik ter voorkoming van misverstand nog uitdrukkelijk zou willen stellen dat dit niet mag en ook niet hoeft te leiden tot een technocratisch bestuurd gezondheidsmechanisme; integendeel, de gezondheidszorg zal altijd een sterk gedecentraliseerd apparaat moeten blijven: dóór mensen, vóór mensen.

Sociaal-geneeskundig onderwijs en onderzoek

De gedachten en overwegingen die ik tot nu toe aan U heb voorgelegd en die overigens verre van origineel zijn, liggen ook ten grondslag aan het onderwijs dat onder de naam 'sociale geneeskunde' aan medische studenten gegeven wordt. Ik prijs mij gelukkig deel te mogen uitmaken van een instituut, waarvan de medewerkers in staat zijn mijn persoonlijk aandeel aan dit onderwijs in velerlei opzicht aan te vullen en te verbeteren.

Het sociaal-geneeskundig onderwijs zal er allereerst op gericht zijn, duidelijk te maken dat de *geneeskunde* deels van natuurwetenschappelijke, deels

van sociaal-wetenschappelijke aard is en dat voor de uitoefening van de geneeskunst zowel op het ene als op het andere vlak specifieke vaardigheden nodig zijn. Dit geldt voor het kunnen hanteren van de arts-patiënt relatie evenzeer als voor het kunnen samenwerken met andere disciplines. In beide situaties moet men rekening kunnen houden met het 'anders-zijn' van de ander.

De basisarts zal er zich voorts van bewust moeten zijn dat hij zelf altijd binnen een bepaalde structuur zal werken, om het even of dit een zo eenvoudige constructie is als een solo-praktijk van een huisarts, de meer samengestelde vorm van een sociaal-geneeskundige dienst of de uiterst gecompliceerde machinerie van een groot ziekenhuis. Van de doelstelling van deze structuren en van de implicaties daarvan voor het eigen werk zullen zij een beeld moeten hebben.

Tenslotte zal de arts in welke richting hij zich ook specialiseren wil, zijn eigen plaats in de totaliteit van de gezondheidszorg moeten kennen en zal hij zich van de relatieve maar *complementaire* betekenis van de gedifferentieerde preventieve en curatieve voorzieningen in de gezondheidszorg bewust moeten zijn.

Daarbij heeft het Instituut voor Sociale Geneeskunde nog de specifieke taak, de medisch student die overwegend wordt opgeleid in de uitzonderlijke atmosfeer van een academisch ziekenhuis, enigszins vertrouwd te maken met de preventieve, extramurale vormen van gezondheidszorg en met de sociaal-geneeskundige specialisaties waarvan de activiteiten zich niet in het ziekenhuis maar in de maatschappij afspelen. En dan spreek ik nog niet over het onderwijs in de hygiëne, dat formeel wel niet tot mijn leeropdracht behoort, maar dat gelukkig voor het grootste deel wel in het kader van het Leidse Instituut voor Sociale Geneeskunde gegeven wordt.

Dit alles is voor een klein instituut een geweldige opgave, die onder de huidige omstandigheden slechts zeer ten dele uitgevoerd kan worden. Is het vreemd dat er voor wetenschappelijk onderzoek weinig tijd overblijft? Maar voor zover er ruimte is voor research, stellen mijn medewerkers en ik ons voor, onze studies en andere activiteiten te concentreren op Leiden en omstreken en daar als een soort katalysator te werken voor het groeien naar een gewestelijk patroon van elkaar aanvullende, onderling communicerende en op de behoeften van de bevolking afgestemde voorzieningen voor gezondheidszorg.

Aan het eind gekomen van de overwegingen die ik vandaag aan U *allen* voor wilde leggen, zou ik mij thans tot een aantal personen in het bijzonder willen richten.

In de eerste plaats zij het mij vergund uitdrukking te geven aan mijn dankbaarheid aan Hare Majesteit de Koningin, die mij tot deze eervolle en verantwoordelijke functie geroepen heeft.

Mevrouw Hornstra

De basis voor mijn opleiding tot sociaal-geneeskundige is gelegd gedurende de zes jaren dat ik in het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht op een zeer persoonlijke en wat wij nu zouden noemen 'non-directieve' wijze door Uw man ben ingevoerd in de wereld van de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen en die van de sociale geneeskunde in het bijzonder.

Ik had gehoopt dat Robijn Hornstra vandaag in ons midden zou kunnen verkeren. Helaas, het heeft niet zo mogen zijn, en dit onherstelbare werpt voor mij een schaduw over deze dag. Ik heb er des te meer behoefte aan om op dit moment en vanaf deze plaats, aan U, mevrouw Hornstra, uitdrukking te geven aan mijn grote dank voor wat Uw man voor mijn vorming als sociaal-geneeskundige heeft betekend.

Voorzitter, leden, secretarissen en administratieve medewerkers van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Het vijftal jaren waarin ik het voorrecht heb gehad om onder de bezielende leiding van Wester te mogen werken, hebben mij een begin van inzicht gegeven in het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland en in de sterke en zwakke kanten van dit sociale systeem. Al ben ik dan sinds kort geen lid meer van de Raad zelf, ik hoop nog vaak in staat gesteld te worden, kritische maar constructieve bijdragen tot het werk van Raadscommissies te leveren.

Directie, Raad van Beheer, en medewerkers van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO

Bij mijn afscheid, enige weken geleden, heb ik reeds getracht uit te drukken wat 8½ jaar werken in dit unieke instituut voor mij als mens en als sociaal-geneeskundige betekend hebben. Ik kan daarom thans volstaan met U *allen*, maar in het bijzonder de wetenschappelijke en administratieve medewerkers van de afdeling onderwijs, nogmaals te danken voor Uw steun, Uw vriend-

schap, Uw vertrouwen en bovenal voor de toewijding waarmee aan het sociaal-geneeskundig onderwijs wordt gewerkt.

Leden van de Faculteit der Geneeskunde

Sinds ik, nog geen drie maanden geleden, de waterscheiding tussen TNO en RUL definitief heb overschreden, heb ik met vreugde kunnen vaststellen dat ik door U met de grootste openheid en welwillendheid ben tegemoet getreden.

Wel zal ik nog enige tijd nodig hebben om U allen te leren kennen en om mijn plaats in dit voor mij nog onbekende systeem te vinden. Daarbij hoop ik in het bijzonder ertoe bij te dragen om de samenwerking die er reeds bestaat met de leerstoel van de Algemene Geneeskundige Praktijk en met het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, verder te verstevigen.

In het algemeen kunt U mijnerzijds van twee dingen verzekerd zijn.

Het eerste is mijn grote belangstelling voor onderwijskundige vraagstukken en voor de didactische mogelijkheden om medische studenten zo goed mogelijk voor te bereiden op hun toekomstig functioneren in de gezondheidszorg.

Het tweede is dat ik steeds zal zoeken naar wegen om de spanningen tussen de klinische en de sociaal-geneeskundige benadering van gezondheidsvraagstukken te verkleinen en zo veel mogelijk constructief te gebruiken. Ik hoop U te vinden in de overtuiging dat beide aspecten complementair zijn en dat verwaarlozing van één van beide onherroepelijk schade toebrengt aan de patiënt, aan de gezondheidszorg en aan de samenleving.

Leden van de Faculteit der Sociale Wetenschappen

Zoals U zonder twijfel bemerkt zult hebben, is door mij in deze oratie zorgvuldig vermeden enige expliciete definitie van het vak 'sociale geneeskunde' te geven. Als één ding echter zeker is, dan is dat dat de sociale geneeskunde in het universitaire kader een duidelijke *brugfunctie* dient te vervullen.

Gegeven het feit dat de uitoefening van de geneeskunst zowel natuurwetenschappelijke en technische als sociale vaardigheden vereist, zijn op alle fronten contacten tussen de medische en de sociale faculteit meer dan broodnodig. Maar de sociale geneeskunde dient als zodanig tussen beide faculteiten een specifieke vierbaansverbinding te onderhouden die intensief verkeer in beide richtingen mogelijk maakt. Mijn afkomst uit een multidisciplinair bemand instituut als het N.I.P.G. TNO (een afkomst die ik overigens gemeen heb met sommige vooraanstaande leden van Uw faculteit) zij er garant voor

dat ik de verdere ontwikkeling van deze brugfunctie maar al te gaarne zal stimuleren.

Waarde Muntendam

De oplettende toehoorder zal opgemerkt hebben dat – terecht of ten onrechte – in deze oratie tot nu toe een toon van groot zelfvertrouwen heeft doorgeklonken. Mijn vroegere werkzaamheden en ervaringen geven mij inderdaad voldoende moed om de uitdaging van het hoogleraarschap te durven aanvaarden.

Maar als ik dan bedenk dat het hier *jouw* leerstoel betreft, Muntendam, dan word ik toch wel wat onzeker. Je hebt vóór en tijdens je hoogleraarschap de hoogste functies in de gezondheidszorg bekleed, je hebt je carrière bekroond gezien met het voorzitterschap van het College van Bestuur van deze Universiteit, er stond geen pannetje pap in de volksgezondheidskeuken op het vuur of je had er één of meer vingers in (en het knapste is dat je daarbij zelden of nooit je vingers gebrand hebt!), en in al deze jaren heb je een zo verbijsterende werkkraacht getoond, dat ik me daar heel klein bij voel.

Het is dan ook met grote bescheidenheid dat ik mij neerlaat op jouw leerstoel, een stoel die bovendien partieel op onnavolgbare wijze door de Kock van Leeuwen is warmgehouden. Ik wil daarbij duidelijk laten weten dat het bezetten van de stoel van Muntendam voor mij allerminst impliceert dat ook de Mantel van Muntendam mij om de schouderen zou glijden. Dit neemt niet weg dat het opvolgen van een zo illustere voorganger verplichtingen oplegt en de uitdaging van het ambt vergroot. Ik kan alleen maar zeggen dat ik hoop dat ik de door Muntendam en de Kock van Leeuwen in mij gestelde verwachtingen niet zal beschamen.

Medewerkers van het Instituut voor Sociale Geneeskunde

Het is uiteraard voor mij niet mogelijk geweest om van de ene dag op de andere mijn identiteit, mijn betrokkenheid, mijn loyaliteit over te brengen van de afdeling onderwijs naar de medewerkers van het I.S.G. Maar jullie hebben alles gedaan om dit proces te vergemakkelijken door mij van begin af aan als één van jullie in je midden op te nemen. Ik ben daarvoor zeer erkentelijk.

In het bijzonder wil ik in dit verband jou, Mart van Nieuwenhuijzen, bedanken voor de ruimte en het vertrouwen dat je me gegeven hebt. Jarelang heb je in feite de verantwoordelijkheid gedragen voor het Instituut en voor het sociaal-geneeskundig onderwijs. Je hebt een staf opgebouwd die

competent en sterk gemotiveerd is. Onder die omstandigheden is de komst van een nieuwe hoogleraar maar al te vaak een groot persoonlijk en moreel en ook opvattingen betreffende de wetenschap. Het is natuurlijk in deze situatie te denken aan de verwachting dat wij allen ook in de toekomst van de kennis, de ervaring en de vaardigheid zullen mogen blijven profiteren. Ik ben jullie beide daarvoor buitengewoon dankbaar.

Wat nu de toekomst betreft, dan heb ik de indruk dat de meeste van de leden van de decaanale werkgroep ontleende voorbeelden geven van mensen die promotie maakten tot zij hun 'level of incompetence' bereikt hadden. Op dat niveau werden zij tot in lengte van jaren gehandhaafd omdat zij wegens gebreken incompetentie voor verdere promotie niet meer in aanmerking kwamen.

Ik heb de indruk dat de meeste leden van de decaanale werkgroep van mening zijn dat het noodzakelijk is om spoedig in staat te worden gesteld te constateren of ook in mijn geval het niveau van incompetentie al bereikt is. Gelukkig waren enkele leden van de eerste studentenwerkgroep die ik mocht leiden, bereid mijn prestaties met een 7 te honoreren. Dat is in elk geval voldoende voor U om mij voor mijzelf te kwalificeren.

Ik heb de indruk dat de meeste leden van de decaanale werkgroep van mening zijn dat het noodzakelijk is om spoedig in staat te worden gesteld te constateren of ook in mijn geval het niveau van incompetentie al bereikt is. Ik ben niet radicaal genoeg om met deze traditie te breken, en dat betekent dat mijn 'parting shot' voor U bestemd is.

Ik zou dan willen eindigen met het uitspreken van de hoop en de verwachting dat U, voorzitter van de decaanale werkgroep, samen met de ontwikkelingen van het 'smeedend systeem' van de Nederlandse gezondheidszorg. Dat immers is het voorland waarin U allen binnen afzienbare tijd een zinvolle en bevredigende taak zult moeten vinden.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- Cannegieter, D.: *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*. van Gorcum, Assen 1954.
- Hanken, A. F. G.: Systeemleer, een overzicht. *Intermediair* 9 (23 maart 1973) 33-39.
- Leenen, H. J. J.: *Systeem-denken in de gezondheidszorg*. Samsom, Alphen aan de Rijn, 1971.
- Leeuw, A. C. J. de: Grondslagen van de systeemleer. *Intermediair* 9 (30 maart 1973) 33-37.
- Miller, James G.: Living systems: basic concepts. *Behavioral science*, 10 (1965) 193-237.
- Miller, James G.: Living systems: structure and process. *Behavioral science*, 10 (1965) 337-411.
- Samenwerkende organisatie-adviseurs voor de gezondheidszorg, *Onderzoek beheersbaarheid gezondheidszorg*. GITP, Nijmegen, 1973.
- Querido, A.: *Een eeuw staatstoezicht op de Volksgezondheid*. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1965.
- Redactie: In memoriam Dr. J. Penn. *Weekblad van het N. T. v. Geneeskunde*, 1890, Eerste deel, 85-88.