

Dr. F. DOELEMAN

1005
C. de S.

PERSOONLIJKE BESCHOUWINGEN
OVER
SOCIALE GENEESKUNDE

Overdruk uit Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, nrs 18, 19, 20, 21, 22, 41ste jaargang, 1963

SQ
D 56

89
D 56

VOORWOORD

Toen ik in 1951 assistent geworden was aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht, had ik er de grootste behoefte aan zo spoedig mogelijk te weten te komen wat „sociale geneeskunde” eigenlijk was. Nu, dat bleek niet zo eenvoudig te zijn als ik had gedacht.

Toen ik mij in de literatuur over dit onderwerp verdiepte, merkte ik al gauw dat er op dit punt een ongehoorde spraak- en begripsverwarring heerste. Ik kwam destijds tot de conclusie dat sociale geneeskunde zich in drie vormen aan ons voordoet, t.w. als wetenschap, als vak, en als aspect van de integrale (= socio-psycho-somatische) geneeskunde (Doelman 1951).

Toen ik in 1962 medeverantwoordelijkheid mocht gaan dragen voor het beleid van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, was — opnieuw — mijn eerste behoefte te weten wat wij nu, 11 jaar later, als Vereniging, onder „sociale geneeskunde” zouden moeten verstaan en hoe wij in verband daarmee het doel en de functie van de A.N.V.v.S.G. in deze tijd zouden moeten zien.

Wat destijds al geen gemakkelijke opgave was, bleek nu haast nog moeilijker te zijn. De spraakverwarring was er in de loop van de vijftiger jaren niet kleiner op geworden. Maar daar stond tegenover dat de lijn van de feitelijke ontwikkeling wat duidelijker gemarkeerd was. Een tweede — onschatbaar — voordeel was, dat ik in het D.B. van de Vereniging een team aantrof van ervaren sociaal-geneeskundigen, die evenals ikzelf geïnteresseerd waren in het wezen van de sociale geneeskunde en in de wijze van functioneren van de Vereniging. Met hen kon ik de concepten bespreken waarin ik telkens trachtte een bepaald aspect van het vraagstuk te belichten. Uit een serie van dergelijke voorstudies, waarvan één versie ook in het H.B. ter discussie geweest is, zijn ten slotte de volgende beschouwingen voortgevloeid. Ik stel er dan ook prijs op hier mijn levendige dank te betuigen aan mijn drie medeleden in het Dagelijks Bestuur, die door hun inspirerende gesprekken en hun opbouwende kritiek het mij mogelijk gemaakt hebben deze artikelenreeks het licht te doen zien.

Ter voorkoming van misverstand vestig ik er de aandacht op, dat ondanks het intensieve overleg in het D.B. toch slechts mijn *persoonlijke* opvattingen in deze publikatie zijn neergelegd. Pas nadat men zich van verschillende zijden in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde over de door mij ontwikkelde gedachten zal hebben uitgelaten en er in en buiten de secties een zekere algemene meningsvorming heeft plaats gehad, zal het H.B. eventueel concrete voorstellen over de organisatie en de werkwijze van de Vereniging aan de Algemene Vergadering voorleggen.

Tot slot wil ik niet nalaten ook mijn hartelijke dank te betuigen aan prof. dr J. A. A. van Leent, wiens dissertatie mij de inspiratie voor hoofdstuk 5 geleverd heeft, en aan de collegae Zielhuis en Van Zonneveld, wier fundamentele kritiek mij tot een laatste herwaardering van mijn denkbeelden heeft gedwongen.

Ik ben mij er van bewust, dat het laatste woord over de sociale geneeskunde hiermee nog niet is gesproken. Integendeel, ik hoop en verwacht dat deze „persoonlijke beschouwingen over sociale geneeskunde” tot uitvoerige gedachtenwisseling en tot verdergaande meningsvorming zullen voeren.

Juli 1963.

IBISSTAMBOEKNUMMER

3817/000

BIBLIOTHEEK-NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE
WASSENAARSEWEG 56 - LEIDEN

INHOUD

Hoofdstuk 1	Probleemstelling	1
Hoofdstuk 2	Sociale geneeskunde en „public health”	2
	2.1. De rol van Ryle	
	2.2. Geen sociale geneeskunde!	
	2.3. De persoonlijke en de maatschappelijke gezondheidszorg	
Hoofdstuk 3	Sociale geneeskunde als vak	5
	3.1. Vak en tak	
	3.2. De schoolartsen en de bedrijfsartsen	
	3.3. De verzekeringsgeneeskundigen	
	3.4. De artsen voor gezondheidsbeleid	
	3.5. Sociaalgeneeskundigen voor speurwerk en onderwijs	
	3.6. Het gemeenschappelijk kenmerk van de sociaalgeneeskundige functies	
	3.7. Wie is dus een sociaalgeneeskundige?	
Hoofdstuk 4	Sociale geneeskunde als wetenschap	10
	4.1. Van Dale en de takken	
	4.2. De theoretische naderingsweg	
	4.2.1. Etymologisch uitgangspunt	
	4.2.2. Mens en milieu	
	4.2.3. Wetenschap op drie niveaus	
	4.3. De behoefte van de praktijk	
Hoofdstuk 5	De betekenis van het micro-macro-schema voor de sociale geneeskunde	16
	5.1. Micro en macro in de sociale wetenschappen	
	5.2. Micro en macro in de sociale geneeskunde	
	5.3. De vier kwadranten	
	5.4. Consequenties voor het onderzoek	
	5.5. Geen micro en macro in de gezondheidszorg!	
Hoofdstuk 6	Het universitaire onderwijs in de sociale geneeskunde, de hygiëne en de gezondheidszorg	23
Hoofdstuk 7	Doelstelling en organisatievorm van de A.N.V.v.S.G.	26
	7.1. De naam	
	7.2. De doelstellingen	
	7.3. Het lidmaatschap	
	7.4. De middelen	
	7.5. De secties	
	7.6. De plaats van de Vereniging ten opzichte van andere organisaties	
Samenvatting	30
Literatuur	32

PERSOONLIJKE BESCHOUWINGEN OVER SOCIALE GENEESKUNDE

Dr F. DOELEMAN
te Rotterdam

HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING

Vóór 1930 was men in Nederland, zoals dat ook met de geneeskunde in het algemeen vóór de oorlog het geval was, ten aanzien van de sociale geneeskunde sterk op Duitsland georiënteerd. Daar hadden de standaardwerken van Ewald (1911) en Grotjahn (1912) een solide grondslag voor de sociale geneeskunde gelegd, waardoor de medici enigszins vertrouwd geraakt waren met termen als *Soziale Hygiene* en *Soziale Medizin*.

Het werk en de gedachten van deze pioniers (vooral van Grotjahn) vonden in Nederland weerklank en naast de reeds bestaande term „sociale hygiëne” kwam „sociale geneeskunde” hier steeds meer in zwang. Het Nederlandse Congres voor Openbare Gezondheidsregeling heeft van 1899 tot 1934 een eigen blad gehad, dat aanvankelijk „Tijdschrift voor *Sociale Hygiëne* en Openbare Gezondheidsregeling” heette; de woorden „*Sociale Hygiëne*” zijn echter na enkele jaren uit de titel verdwenen. De eerste leerstoel voor *sociale geneeskunde* werd in 1918 te Utrecht gevestigd. Het Tijdschrift voor *Sociale Geneeskunde* is (na twee jaar „*Sociaal Medisch Maandschrift*” geheten te hebben), in 1924 voor het eerst verschenen. De Algemene Nederlandse Vereniging voor *Sociale Geneeskunde* kwam in 1930 tot stand door fusie van de Nederlandse Vereniging van Schoolartsen met de Nederlandse Vereniging van Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging.

Na 1945 is het vooral de ontwikkeling in Engeland geweest die voor de theoretische betekenis van het begrip „sociale geneeskunde” en voor het onderwijs in de sociale geneeskunde van belang is geweest. Sindsdien is er in ons land veel geschreven over de inhoud die „sociale hygiëne” en vooral „sociale geneeskunde” zouden moeten hebben, maar tot een algemeen aanvaard en on dubbelzinnig spraakgebruik heeft dit niet geleid. Dit is op den duur een ongewenste toestand, niet in het minst omdat de betekenis die men aan het begrip „sociale geneeskunde” hecht, tot op zekere hoogte mede bepalend is voor de doelstelling van de A.N.V.v.S.G. Daarom wordt hier nogmaals getracht tot een beter begrip te komen van de bete-

kenis die wij aan een aantal termen dienen te geven.

Het komt mij voor dat wij moeten beginnen ons ervan rekenschap te geven, dat wij in het dagelijks leven „sociale geneeskunde” in drie totaal verschillende betekenissen gebruiken. Dat wij ons daarvan veelal niet bewust zijn, is een van de redenen voor de bestaande begripsverwarring.

Deze drie betekenissen zijn de volgende:

- A die van sociale geneeskunde als *public health*, d.w.z. als aanduiding voor de totaliteit van de maatschappelijke gezondheidszorg;
- B die van sociale geneeskunde als *vak*, d.w.z. als verzamelbegrip voor een aantal uiteenlopende vormen van medische beroepsuitoefening (de zgn. „takken” van sociale geneeskunde);
- C die van sociale geneeskunde als *wetenschap*, d.w.z. als min of meer afgerond complex van geordende kennis met daarbij behorende onderzoekstechnieken en onderwijsmethoden.

In de volgende hoofdstukken zullen deze drie „schiïngestalten” van de sociale geneeskunde stuk voor stuk onder de loep worden genomen.

In hoofdstuk 2 hoop ik aan te tonen dat „*public health*” en sociale geneeskunde twee begrippen zijn die wel veel aanrakingspunten met elkaar vertonen, maar die verre van identiek zijn.

In hoofdstuk 3 wordt nagegaan, welke kenmerken de functies die in Nederland algemeen als sociaalgeneeskundig beschouwd worden, met elkaar gemeen hebben. Onder het motto „aan de takken kent men de boom” wordt een operationele definitie van de sociaalgeneeskundige ontwikkeld.

In het vierde hoofdstuk wordt eerst langs theoretische weg en vervolgens uitgaande van de behoefte van de sociaalgeneeskundige praktijk nagegaan wat de inhoud van de sociale geneeskunde als wetenschap zou moeten zijn.

Het vijfde hoofdstuk behandelt de toepassing van de termen *micro* en *macro* in de sociaalgeneeskundige wetenschap. Hieruit vloeit een aantal desiderata voor de ontwikkeling van het sociaalgeneeskundig onderzoek voort.

In het zesde hoofdstuk worden de consequenties

van de voorafgaande beschouwingen getrokken voor het universitaire onderwijs in de sociale geneeskunde.

Het zevende hoofdstuk is gewijd aan de doel-

stelling en de organisatievorm van de A.N.V.v.S.G., zoals deze zich in het licht van de voorafgaande hoofdstukken thans aan de schrijver voordoen, die daarmee op zijn punt van uitgang is teruggekeerd.

HOOFDSTUK 2

SOCIALE GENEESKUNDE EN „PUBLIC HEALTH”

2.1. De rol van Ryle

Enige maanden geleden heeft in de „Medical Officer” een nogal polemisch artikel gestaan, waarin een Medical Officer of Health, James Grant, het verschil tussen „social medicine” en „public health” voor mijn gevoel bijzonder duidelijk in het licht heeft gesteld (Grant 1962). Omdat ik meen dat de beschouwingswijze van Grant ons kan helpen een scherper beeld te krijgen van wat wij in ons eigen land onder „sociale geneeskunde” moeten verstaan, geef ik hier enkele punten van dit artikel weer.

„Public Health” is volgens de schrijver in Engeland begonnen toen in 1847 de stad Liverpool een Medical Officer of Health „uitvond”. In het jaar daarop volgde Londen en in de loop van de tijd gingen ook andere bevolkingscentra ertoe over dergelijke medici aan te stellen. Op den duur omvatte de taak van de Public Health Service o.a. de zorg voor de hygiëne van het milieu (voedsel, water, melk), de moederschapszorg en kinderrygiëne, de schoolgezondheidszorg en het bevorderen van de ontwikkeling van alle plaatselijke voorzieningen die van overheidswege op het terrein van de gezondheidszorg bestonden, zoals sanatoria, psychiatrische inrichtingen, non-voluntary ziekenhuizen, e.d. Dat de National Health Service Act in 1946 de werkingssfeer van de Public Health Service sterk heeft beknot, kan hier verder buiten beschouwing blijven, al ligt hierin wel één van de wortels van de polemische toon van het artikel van Grant.

Pas tijdens de laatste wereldoorlog is in Engeland de term „social medicine” in zwang gekomen. Grant laat zijn sarcasme de vrije loop als hij beschrijft hoe dit in zijn werk gegaan is. „An eminent professor of medicine suddenly rediscovered the fact that the health of people and their recovery from ill health depended on their habits and environment. He coined the term „Social Medicine” and through the magnetism associated with the word „social” attracted the

attention of many who, although not in the true field of public health, were discovering its implications. Thus certain universities appointed as professors of public health men who had never practised in that capacity and yet who were expected to instruct the future medical officers of health in the duties of their office”.

Hoewel de schrijver geen namen noemt is het duidelijk dat met de „eminent professor of medicine” niemand minder bedoeld wordt dan John A. Ryle, de man die tijdens de oorlog zijn leerstoel in de interne geneeskunde te Cambridge verwisselde voor die van de sociale geneeskunde te Oxford. Ryle heeft een merkwaardige geestelijke ontwikkeling doorgemaakt die zich niet alleen in zijn carrière maar ook in zijn geschriften weer spiegelt. In 1936 publiceerde hij een verzameling voordrachten en klinische lessen onder de pakkende titel „The natural history of disease”. Dat het woord „natural” hierin het sleutelwoord is, blijkt al dadelijk uit het openingshoofdstuk dat „the physician as naturalist” heet: de arts moet vóór alles zijn „a humble, reverent and exact follower and student of Nature”, d.w.z. een natuurwetenschappelijk gevormde waarnemer en onderzoeker.

Na de oorlog, in 1948, verscheen „Changing disciplines. Lectures on the history, method and motives of social pathology”, waarin Ryle (inmiddels hoogleraar in de sociale geneeskunde geworden) blijk geeft dat hij medische vraagstukken met een andere optiek is gaan bezien: „We no longer believe that medical truths are only or chiefly to be discovered under the microscope. Psychological and sociological studies have an important part to play”. Leest men de voordrachten die in dit boekje verzameld zijn, dan blijkt dat het woord „sociological” niet al te letterlijk genomen moet worden. Maar men mag het een man, die dertig jaar lang als internist de patiënt in het ziekenhuisbed had geobserveerd, niet kwalijk nemen, dat, als hij zijn blik op de patiënt in de samenleving gaat richten, hij aan een waarlijk

sociologische vraagstelling nauwelijks toekomt en dat hij zich dan voornamelijk bezig houdt met demografische en statistische onderzoeken. Integendeel, het ware te wensen dat ieder medisch student tijdens zijn opleiding de ontwikkeling van R y l e in een „verkurzte Rekapitulation” zou door- maken en dat iedere arts geleerd zou hebben om met behoud van zijn natuurwetenschappelijke training ook sociaal-wetenschappelijk te observeren, te denken en te handelen.

Maar R y l e is in zijn enthousiasme voor het maatschappelijk aspect van ziekten verder gegaan en hij heeft de term „social medicine” ingevoerd en wel als aanduiding voor een beter soort public health. Ten onrechte ervan uitgaande dat de „public health” zich beperkt tot het fysisch-chemisch-bio- logisch milieu en tot de bestrijding van besmette- lijke ziekten, zag hij „social medicine” als een veel bredere activiteit met de daarbij behorende weten- schappelijke onderbouw: „Social medicine em- braces, on the one hand, the whole of the activities of the public health administration and of the remedial and allied social services, and, on the other hand, the special disciplines necessary for the advancement of knowledge relative to sickness and health in the community” (R y l e 1948). Hier hebben wij dus een duidelijk voorbeeld van het gebruik van de term „sociale geneeskunde” in de zin van „public health”.

Voordat wij ons nu bezig gaan houden met de vraag, of dit een juiste opvatting is, dienen wij ons eerst een voorstelling te maken van wat ge- meenschappelijk met „public health” bedoeld wordt.

De omschrijving van Public Health, die door de Wereldgezondheidsorganisatie in navolging van een definitie van W i n s l o w gebruikt wordt en waarvan vooral de laatste vier woorden belangrijk zijn, luidt in verkorte vorm:

„Public Health is the science and art of pre- venting diseases, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized community efforts” (W.H.O. 1961).

Ik ben het met M u n t e n d a m eens, dat het woord „science” hier minder op zijn plaats is dan „art” (M u n t e n d a m 1960). Public Health is meer een complex van activiteiten dan een weten- schap, al zijn tal van wetenschappen bij de uit- oefening van de public health betrokken.

2.2. Geen sociale geneeskunde!

Ik vind het vooral daarom verwarrend voor dit complex van uiteenlopende activiteiten de term „sociale geneeskunde” te gebruiken, omdat hierbij veel meer disciplines betrokken zijn dan de genees- kunde alleen: op dit terrein werken immers niet alleen artsen, maar ook apothekers, dierenartsen, psychologen, economen, juristen, chemici, technici, statistici, verpleegsters, maatschappelijk werkers en anderen. In dit opzicht ben ik van mening dat wij de terminologie van R y l e dus *niet* moeten volgen.

De vraag is, welke term wij in ons land dan wel voor „public health” moeten gebruiken. Door de overheid wordt veelal het woord „volksgezondheid” gebruikt. Ik vind dit in zoverre minder gelukkig, dat „gezondheid” meer op een toestand duidt dan op een bewuste activiteit. Aan dit bezwaar wordt tegemoet gekomen, indien men spreekt van public health *care*, resp. volksgezondheidszorg. Het nadeel hiervan is — althans voor mijn gevoel — dat men bij „volksgezondheidszorg” toch in de eerste plaats aan overheidsmaatregelen (vooral aan meer tech- nische maatregelen op grote schaal) denkt dan aan de in ons land zo belangrijke particuliere sector. De vroeger wel gebruikte term „openbare gezond- heidsregeling” ligt zeker te veel in de sfeer van regulerende overheidsbemoelingen om thans nog aanvaardbaar te zijn.

In Nederland wordt, vooral in de kringen van de Kruisverenigingen, van „Maatschappelijke Ge- zondheidszorg” gesproken. Hoewel men daar ge- neigd schijnt te zijn de betiteling „maatschappelijke gezondheidszorg” voor het werk van de kruisver- enigingen te reserveren (Ruimte en Grens 1963), zou ik er voor willen pleiten deze term algemeen te gebruiken als verzamelbegrip voor alle curatief, preventief of „positief” gerichte activiteiten op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezond- heidszorg, de hygiëne van het milieu en de medisch- sociale zorg, voor zover georganiseerd door open- bare lichamen en/of particuliere groeperingen (= „through organized community efforts”) en met inbegrip van de organisaties met hun instellingen, diensten, outillage en personeel.

Ik wil graag toegeven dat ik „maatschappelijke gezondheidszorg” geen mooie term vind. Het is een typisch Nederlandse kleurloze benaming die de bondigheid en lenigheid van „public health” vol- komen mist. Maar ik weet vooralsnog geen betere. Als vertaling van „public” heeft het adjectief

„maatschappelijk” in dit verband de betekenis van: uitgevoerd in het kader van een maatschappelijk orgaan met rechtspersoonlijkheid, d.w.z. van een overheidsorgaan, een stichting of een vereniging.

2.3. De persoonlijke en de maatschappelijke gezondheidszorg

De maatschappelijke gezondheidszorg omvat in feite al die instellingen voor gezondheidszorg die in de loop van de tijd naast de praktijken van vrij gevestigde huisartsen en specialisten zijn ontstaan. Er onder vallen dus de G.G. en G.D.'en, de kruisverenigingen, de specifieke verenigingen en stichtingen, de ziekenhuizen, sanatoria en psychiatrische inrichtingen, de bedrijfsgeneeskundige diensten, de schoolgeneeskundige diensten, de departementsafdelingen, het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de Rijksinstituten (R.I.V., R.I.D., R.I.G.O., enz.) en de wettelijke adviesorganen (Gezondheidsraad, Centrale Raad, Ziekenfondsraad, enz.), maar ook het medisch-maatschappelijk werk, de Keuringsdiensten voor Waren, de Vleeskeuringsdiensten, enz.

De totaliteit van de gezondheidszorg kan onderscheiden worden in de persoonlijke en in de maatschappelijke gezondheidszorg. Het kenmerk van de persoonlijke gezondheidszorg is, dat deze in het kader van de eigen praxis van een „natuurlijk persoon” (huisarts, specialist, apotheker) wordt uitgevoerd. De maatschappelijke gezondheidszorg functioneert in het kader van een rechtspersoonlijkheid bezittende organisatie.

Dit onderscheid naar organisatievorm valt niet samen met het onderscheid tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg. De curatieve zorg wordt wel voor een belangrijk deel in de sfeer van de persoonlijke gezondheidszorg gegeven, maar in ziekenhuizen en dergelijke inrichtingen wordt curatieve zorg verstrekt in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg. De preventieve gezondheidszorg wordt voor een groot deel in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg uitgeoefend, maar de zuiver medische preventie (immunisaties bijv.) vindt ten dele in de persoonlijke gezondheidszorg plaats. Daarbij komt dat men bij preventieve en curatieve zorg eigenlijk alleen denkt aan de activiteiten zelf die op behoud of herstel van de gezondheid gericht zijn, terwijl men bij

persoonlijke en maatschappelijke gezondheidszorg tevens voor ogen heeft de maatschappelijke structuur waarbinnen de zorg gegeven wordt. Ik vestig er de aandacht op dat ook de uitoefening van de geneeskunde in vrije vestiging een maatschappelijke structuur vertoont, bestaande uit wettelijke voorschriften, morele normen, gewoonten en regels, die wel niet tot een juridische constructie gestold zijn (zoals bij de maatschappelijke gezondheidszorg het geval is), maar die toch wel degelijk een stabiel maatschappelijk patroon te voorschijn roepen.

Het is opmerkelijk, hoe snel de maatschappelijke gezondheidszorg zich sedert 1900 ontwikkeld heeft, vooral als men bedenkt dat er eeuwen lang vrijwel alleen persoonlijke gezondheidszorg bestaan heeft. De stadsheermeesters, de „commissiën van geneeskundig toezicht” en de activiteiten van lokale overheden op het gebied van de bestrijding van epidemieën en van de hygiëne van water, voedsel, arbeid, e.d. hebben in het geheel van de gezondheidszorg altijd slechts een bescheiden plaats ingenomen naast de vrije doctores, apothekers, chirurgijns, steensnijders, kwakzalvers, enz.

Het is hier niet de plaats na te gaan, welke maatschappelijke krachten ertoe geleid hebben dat na 1900 rondom de persoonlijke zorg een groot en nog steeds groeiend aantal lokale, regionale en nationale organisaties, diensten en instellingen is ontstaan, die alle tot doel hebben de gezondheid van de mensen en de veiligheid van het milieu te bevorderen. Wel kan geconstateerd worden dat deze ten dele particulier, ten dele door de overheid georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg de medewerking van zoveel en zo verschillend opgeleide deskundigen vereist, dat zij al lang geen zaak meer is van medici alléén. Daarbij komt dat voor het leiden en beheren van het totale apparaat en zijn onderdelen ook steeds meer deskundigheid (beleidsdeskundigheid) nodig is. De maatschappelijke gezondheidszorg (als verzamelbegrip voor het totaal van door openbare lichamen of particuliere groeperingen georganiseerde activiteiten en instituten voor de bevordering, de bescherming, het behoud en het herstel van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de mensen) is een multiprofessioneel bedrijf geworden, waarvoor de term „sociale geneeskunde” niet meer passend is.

HOOFDSTUK 3

SOCIALE GENEESKUNDE ALS VAK

3.1 Vak en tak

Als wij over „sociaalgeneeskundigen” spreken, hebben wij meestal slechts een vage voorstelling van wie wij daarmee bedoelen. Duidelijker is meestal, wie wij er *niet* mee bedoelen: de huisartsen, de vrij gevestigde specialisten en de specialisten die aan ziekenhuizen e.d. verbonden zijn.

Het is veelzeggend dat de groep der sociaal-geneeskundigen gemakkelijker negatief te omschrijven is dan door middel van gemeenschappelijke positieve kenmerken. Toch wil ik in dit hoofdstuk trachten na te gaan of het mogelijk is dergelijke gemeenschappelijke kenmerken op te sporen door de verschillende categorieën van sociaalgeneeskundigen achtereenvolgens de revue te laten passeren, in de hoop dat langs die weg de inhoud van de sociale geneeskunde als *vak* aan de dag zal treden.

Eén van de redenen, waarom wij geen eenvoudige methode hebben om vast te stellen of iemand al dan niet als sociaalgeneeskundige beschouwd mag worden, is dat er nog geen voor allen geldende erkenningsregeling bestaat, zoals voor de medische specialisten het geval is. Een dergelijke regeling bestaat momenteel nog slechts voor twee groepen van sociaalgeneeskundigen. De arbeids- en bedrijfs-geneeskunde en de jeugdgezondheidszorg zijn de eerste twee „*takken*” van sociale geneeskunde die officieel door de Stichting tot Opleiding in de Sociale Geneeskunde erkend zijn. Binnen afzienbare tijd zullen waarschijnlijk het gezondheidsbeleid en de verzekeringsgeneeskunde eveneens als „*takken*” van sociale geneeskunde erkend worden. Er blijft echter nog een aantal groepen van sociaal-geneeskundigen over, waarvan de status niet geregeld is.

Om de totaliteit van erkende en niet erkende sociaalgeneeskundigen enigszins te kunnen overzien, zou ik vier hoofdgroepen willen onderscheiden.

3.2 De schoolartsen en de bedrijfsartsen (groep 1)

Dit zijn de twee groepen van sociaalgeneeskundigen waarvoor reeds een officiële erkenningsregeling bestaat. Beide „*takken*” zijn wat **V o o r z a n g e r** (1961) kenschetsend genoemd heeft: *situatiespecialismen*.

Naar analogie van het „ingebouwd maatschap-

pelijk werk” zou men hier ook van „ingebouwde gezondheidszorg” kunnen spreken, omdat in beide gevallen een preventief-medische dienst is ingebouwd* in een maatschappelijk milieu (school resp. bedrijf), dat niet primair op het verlenen van deze zorg is ingesteld. Dit is daarom van belang, omdat een dergelijk niet-medisch milieu aan de daarin ingebouwde sociaalgeneeskundige zorg nu eenmaal zijn eisen stelt en de aard van deze zorg meer of minder beïnvloedt.

In de eerste plaats brengt de situatie van het ingebouwd-zijn mee, dat de te verzorgen personen niet vrij zijn in de keuze van hun schoolarts resp. bedrijfsarts en dat dientengevolge deze sociaal-geneeskundigen zich vrijwel geheel moeten onthouden van het zelf verlenen van curatief-medische zorg. *Waarom?*

In de tweede plaats is daar de beperking tot de mensen die aan het betrokken milieu gebonden zijn: de kinderen op de school, de werknemers van het bedrijf. Dit geeft deze vorm van gezondheidszorg het karakter van zorg voor de leden van een omschreven collectiviteit.

In de derde plaats brengt de binding aan het milieu met zich mee, dat de medische problematiek een volstrekt eigen karakter krijgt. Het is niet alleen doordat de te verzorgen collectiviteiten specifieke biologische en maatschappelijke kenmerken (leeftijd, welstand) vertonen, maar ook doordat het milieu zelf meer of minder specifieke gevaren voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid in zich bergt, dat in beide gevallen een speciale gezondheidsproblematiek gepresenteerd wordt.

In de vierde plaats hebben schoolartsen en bedrijfsartsen naast hun uitvoerende functie ook een adviserende functie ten opzichte van school resp. bedrijf. De bedrijfsarts is formeel een staffunctionaris van de bedrijfsleiding, de schoolarts heeft een

* Ik zie hierbij gemakshalve over het hoofd dat de schoolgezondheidszorg niet formeel in het onderwijs is ingebouwd op de wijze als de bedrijfs-geneeskunde in het bedrijf is geïncorporeerd en dat de schoolarts niet zonder meer als de „bedrijfsarts van de school” is te beschouwen. In de organisatieleer maakt men onderscheid tussen interne en externe advisering (**B e c k e r** 1963). De bedrijfsarts is voor de onderneming een intern adviseur, de schoolarts is voor de school een extern adviseur.

analoge rol ten opzichte van de directie van de school en de leerkrachten. Voor de uitvoering van allerlei maatregelen ter bevordering van de hygiëne, de veiligheid en het psychohygiënisch klimaat in het betrokken milieu zijn zij immers afhankelijk van de betrokken directies; deze zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen die voor de collectiviteit als geheel gelden.

Deze positie brengt mede dat deze sociaalgeneeskundigen zich tot op zekere hoogte met de niet-medische doelstellingen van bedrijf resp. school zullen moeten identificeren, willen zij niet het gevaar lopen dat hun staffunctie onvervulbaar wordt. De spanning tussen hun op de collectiviteit als geheel gerichte taak en de taak ten opzichte van de te verzorgen individuele leden van deze collectiviteit geeft een eigen kleur en problematiek aan deze functies.

3.3 De verzekeringsgeneeskundigen (Groep 2)

Deze groep, waarvoor een opleiding en een erkenningsregeling in voorbereiding is, omvat de controlerend artsen en medisch adviseurs van ziekenfondsen, van uitvoeringsorganen van de sociale verzekering en van de varia- en levensverzekeringsmaatschappijen.

Hun taak en arbeidsomstandigheden zijn totaal verschillend van die van de hierboven genoemde groepen. In de eerste plaats is de levenssituatie en vooral de arbeidssituatie van de verzekerden, waarmee deze artsen bij hun diagnostiek en bij het uitbrengen van hun advies ter dege rekening behoren te houden (D o e l e m a n 1961), veel minder specifiek dan die waarmee schoolarts en bedrijfsarts in hun werk te maken hebben. Hier kan dan ook moeilijk van een situatie-specialisme gesproken worden in de zin waarin dit hierboven gedaan is.

In de tweede plaats zijn de verzekeringsgeneeskundigen sterk gebonden aan de administratief-juridische bepalingen en regelingen die in de betrokken sector gelden.

Het belangrijkste is echter dat de verzekeringsgeneeskundige primair een staffunctionaris is die advies uitbrengt aan de directie van ziekenfonds, uitvoeringsorgaan van de sociale verzekering of verzekeringsmaatschappij. Voorzover hij advies geeft aan de patiënt, heeft dit in het algemeen niet het karakter van het verlenen van „zorg”. Voor het inzicht in de specifieke moeilijkheden die hier-

uit voortvloeien voor de verzekeringsgeneeskundige, die „niet primair hulpvaardig, maar rechtvaardig” moet zijn, moge ik verwijzen naar het verslag van de voordracht die H o r n s t r a niet lang geleden hierover gehouden heeft (V a n d e r P a s 1962).

3.4 De artsen voor gezondheidsbeleid (Groep 3)

Hiermee zijn bedoeld de sociaalgeneeskundigen in organisatorische en bestuurlijke functies. Deze sector van de sociale geneeskunde komt overeen met wat men in Angelsaksische landen „medical administration” noemt, omvattende de volgende werkzaamheden: „planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting” (H a n l o n 1960).

De term „gezondheidsbeleid” behoeft enige toelichting. Het is natuurlijk waar dat het de besturen zijn die de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen voor het beleid. De vaststelling van het beleid is daarom ook geen taak voor functionarissen. Maar de „medical administrator” is de functionaris die door middel van zijn deskundige adviezen het beleid moet helpen vormen, die het beleid vaak zal moeten formuleren en die (als hij tevens hoofd van een uitvoerend apparaat is) het uitvoeren van de beleidsbeslissingen moet leiden en regelen. Het is zijn functie een goed gefundeerd en praktisch uitvoerbaar beleid mogelijk te maken. Daarom ben ik van mening dat „gezondheidsbeleid” het karakteristieke van de hier bedoelde sociaalgeneeskundige functies beter weergeeft dan weinigzeggende termen als „algemene gezondheidszorg” of „algemene sociale geneeskunde”.

De groep artsen die in Nederland in de sector gezondheidsbeleid werkzaam zijn, omvat o.a. de medici in volambtelijke dienst bij de departementen, bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de Arbeidsinspectie en de Adviesraden (Gezondheidsraad, Centrale Raad, Ziekenfondsraad, enz.); de directeurs van G.G. en G.Diensten en van Provinciale Raden voor de Volksgezondheid; de medische directeurs van ziekenhuizen, sanatoria, psychiatrische inrichtingen, van stedelijke of provinciale kruisverenigingen of van specifieke organisaties voor gezondheidszorg; volambtelijke medische secretarissen van kruisverenigingen of van medische organisaties, enz.

Dit zijn functies waarbij men niet met de „consumenten” van de gezondheidszorg in aanraking komt, maar alleen met de „producenten”. Hier

gaat het niet meer om de zorg zelf, maar om het ontwerpen, voorbereiden of uitvoeren van beleidsbeslissingen en organisatorische maatregelen die het geven van een (kwalitatief en kwantitatief) adequate zorg zoveel mogelijk bevorderen. Bij de vooral op *beleidsvorming* gerichte functies (bijv. secretaris-generaal van een Kruisvereniging, directeur van een Provinciale Raad) valt het accent vooral op het analyseren van behoeften en mogelijkheden en het concipiëren van plannen; bij de functies waarbij men tevens de *directie* voert over een uitvoerend apparaat (bijv. directeur G.G. en G.D.) staat het voorbereiden en doen uitvoeren van concrete maatregelen meer op de voorgrond.

Deze functies zijn primair staffuncties: al deze artsen adviseren als medisch deskundigen hun besturen over het te voeren beleid zonder dat zij voor de genomen beslissingen de verantwoordelijkheid dragen.

Deze functies vertonen onderling veel overeenkomst met elkaar, hoewel zij onder zeer verschillende omstandigheden vervuld moeten worden. Organisatorische elementen zijn hier veelal van groter gewicht dan zuiver medische elementen, wat niet wegneemt dat voor de meeste van deze functies medische ervaring niet gemist kan worden. De additionele kennis die ervoor nodig is (en die soms zelfs met het afleren van verkregen beroepsdeformiteiten gepaard moet gaan) ligt vooral op organisatorisch en bestuurskundig terrein.

3.5 Sociaalgeneeskundigen voor spuurwerk en onderwijs (Groep 4)

Dit is een kleine groep van artsen die op wetenschappelijk gebied werkzaam zijn, met de bedoeling de sociaalgeneeskundige kennis uit te breiden en/of over te dragen aan anderen. Hieronder vallen de hoogleraren in de sociale geneeskunde en — voor zover medici — de leden van de staven van de instituten voor sociale geneeskunde en van het N.I.P.G. en eventueel andere artsen die zich met sociaalgeneeskundige onderzoekingen bezig houden.

Er is wat voor te zeggen, deze groep te combineren met de onder 3.4 genoemde, omdat ieder die dit soort van onderzoekingen doet, daarmee een bijdrage wil leveren tot de voorbereiding en vorming van het gezondheidsbeleid. Anderzijds is de positie van deze sociaalgeneeskundigen toch wel weer zo verschillend van de artsen in organisatorische en bestuurlijke functies, dat het zeker zin heeft ze een aparte plaats te geven.

3.6 Het gemeenschappelijk kenmerk van de sociaal-geneeskundige functies

Er blijft nog een aantal categorieën over van artsen die geen huisarts zijn, geen gewone specialistische praktijk uitoefenen, niet in een onderwijsfunctie of researchfunctie werkzaam zijn en waarvan het toch niet zo gemakkelijk is te zeggen of zij al dan niet als sociaalgeneeskundigen te beschouwen zijn. Ik denk hier aan leiders van consultatiebureaus, aan leiders van sociaal-psychiatrische diensten, aan provinciale artsen voor revalidatie, e.d.

De beantwoording van de vraag of deze medici al dan niet als sociaalgeneeskundigen zijn te beschouwen, hangt af van de prelabelle vraag — en hier raken wij het kernpunt van deze beschouwing — *wat wij als het wezenlijke kenmerk van sociaal-geneeskundig werk beschouwen*. Omdat ik in dit deel van mijn beschouwingen niet van theoretische concepties wil uitgaan, zijn wij genoodzaakt na te gaan, welke kenmerken de hierboven genoemde vier groepen van artsen, die algemeen als sociaal-geneeskundigen aanvaard worden, gemeen hebben. Dit is niet zo eenvoudig, want zelfs als wij de onderwijs- en researchfuncties (die voor het „gezicht” dat de sociale geneeskunde-als-vak aan de maatschappij presenteert, van secundair belang zijn) buiten beschouwing laten, vallen bij het vergelijken van de drie overblijvende groepen de verschillen meer op dan dat wat zij gemeen hebben. Bij de schoolarts en de bedrijfsarts staat voorop het geven van preventieve zorg aan individuen van omschreven collectiviteiten, maar bij de beide andere groepen vinden wij dit element niet terug. „Groepsgeneeskunde” (Buma 1950) in de zin van „geneeskundige zorg voor groepen” is dus geen karakteristieke aanduiding voor sociale geneeskunde. Het verrichten van medisch-diagnostisch werk „ter wille van de rechtvaardigheid” is iets dat alleen kenmerkend is voor de verzekerings-geneeskundige. Werkzaamheid als medicus op organisatorisch en bestuurlijk terrein zonder met de „patiënt” in aanraking te komen, onderscheidt de arts voor gezondheidsbeleid van de beide andere groepen van sociaalgeneeskundigen.

Het ligt voor de hand zich af te vragen of de sociaalgeneeskundigen wellicht dit gemeen hebben, dat zij zich in het bijzonder bezig houden met de sociale achtergronden of met de maatschappelijke situatie van de mensen met wie zij als arts in aanraking komen. Dit geldt in elk geval niet voor

de sector van het gezondheidsbeleid. Maar ook van de andere „takken” van sociale geneeskunde kan men niet zeggen dat zij in de eerste plaats hierdoor zijn gekenmerkt, dat voor de uitoefening ervan een speciale kennis nodig is van de relaties van gezondheid en ziekte met maatschappelijke factoren.

Voor de bedrijfsarts zijn arbeidsfysiologie, ergonomie, toxicologie en milieuhygiëne stuk voor stuk even belangrijk als kennis over de invloed van het sociale arbeidsmilieu op de gezondheid. Voor de schoolarts zijn ontwikkelingsfysiologie, ontwikkelingspsychologie, hygiëne van het schoolmilieu (licht, lucht, bankhoogte, sanitair), paedagogiek en didactiek even noodzakelijk als kennis over de invloed op de gezondheid van de sociale verhoudingen in school en klas. Voor de verzekeringsarts zijn zuiver medisch-diagnostische en verzekerings-technische kennis even belangrijk als inzicht te hebben in het verband tussen de arbeidssituatie of andere maatschappelijke omstandigheden van de verzekerde en diens gezingskansen.

Kortom: voor de hierboven genoemde groepen van sociaalgeneeskundigen heeft het sociaal-wetenschappelijke aspect van ziekte en gezondheid een betekenis, die niet of nauwelijks groter is dan voor de huisarts of specialist, die integrale geneeskundige zorg wil geven.

Ik heb mij wel eens afgevraagd of het kenmerkende van het werk van de sociaalgeneeskundige dan wellicht alleen hierin gelegen is, dat het in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg (public health) wordt uitgeoefend en dat dientengevolge de sociaalgeneeskundigen hun werk altijd in dienstverband verrichten. Ik ben echter thans van mening, dat wij — gelukkig — met een zo mager en onwezenlijk kenmerk geen genoegen behoeven te nemen. Noch het werken in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg, noch het werken in dienstverband is typerend voor de sociaalgeneeskundige. Er zijn functies (bijv. die van specialist in een gesloten ziekenhuis) die in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg uitgeoefend worden *zonder* sociaalgeneeskundige functies te zijn. Hetzelfde geldt voor het dienstverband: een huisarts in Eindhoven die in dienst is bij Philips wordt daardoor evenmin een sociaalgeneeskundige als de Engelse huisartsen dit zijn.

Er is echter een ander kenmerk, dat wel van wezenlijke aard is en dat alle drie de genoemde

groepen van sociaalgeneeskundigen gemeen hebben. Negatief geformuleerd luidt het dat het werk van de sociaalgeneeskundige niet (of niet alléén) op het individu gericht is. Dat men er tot nog toe niet in geslaagd is, hiervoor een positieve formulering te vinden, komt in de eerste plaats doordat men zich in de medische wereld te weinig bewust is dat sociologisch de samenleving niet alleen uit sociale *groepen* bestaat, maar ook uit maatschappelijke *structuren*. Een industriële onderneming is meer dan de groep werknemers, een organisatie als een provinciale kruisvereniging is meer dan de leden, een bedrijfsvereniging is meer dan de verzekerden. In de tweede plaats zitten wij nog zo vast aan het zorgverlenende karakter dat de geneeskunde door de eeuwen heen gekenmerkt heeft, dat wij medische arbeid moeilijk anders kunnen zien dan als curatieve, preventieve of „positieve” *zorg*. Het is echter zo dat elke functie waarin een arts beroepshalve van zijn medische kennis en ervaring gebruik maakt (zoals bijv. bij het uitbrengen van een advies aan een bestuurlijk orgaan), een medische functie is. In de derde plaats hebben wij ons onvoldoende gerealiseerd dat werkzaamheden die zich op een collectiviteit, een gemeenschap of een sociale structuur *als totaliteit* richten en die dus niet via duizendvoudige individuele contacten verlopen, noodzakelijkerwijs het centraal orgaan moeten passeren dat deze totaliteit bestuurt. Dit betekent dat een sociaalgeneeskundige of zelf (als directeur) deel moet uitmaken van een bestuursorgaan, of als staffunctionaris aan een directie of bestuur advies moet uitbrengen. Inderdaad vinden wij deze twee vormen bij alle genoemde groepen van sociaalgeneeskundigen terug.

Op grond van deze overwegingen ben ik ten slotte tot de volgende conclusie gekomen over het kenmerk, dat de functies, die wij onomstotelijk als sociaalgeneeskundige functies beschouwen, gemeen hebben en dat derhalve als toetssteen voor het al of niet sociaalgeneeskundige karakter van een functie gebruikt moet worden:

Wij beschouwen in Nederland een arts als sociaalgeneeskundige indien hij beroepshalve zijn medische kennis en ervaring via openbare of particuliere bestuursorganen ten dienste stelt van de samenleving als geheel, van sociale groeperingen of van maatschappelijke structuren.

Indien men ervan uitgaat dat schoolartsen, be-

drijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en artsen voor gezondheidsbeleid allen sociaalgeneeskundigen zijn, dan houdt dit in dat de sociaalgeneeskundige kern van hun werk daar ligt, waar zij als directeur of als staffunctionaris optreden en op die wijze een groep of een apparaat *als geheel* dienen. Dat de schoolarts zijn adviezen aan de school ten dele moet funderen op zijn bevindingen bij het individueel onderzoek van de kinderen, dat de bedrijfsarts zijn directie moeilijk van advies kan dienen zonder contact met individuele werknemers, dat de verzekeringsarts zelfs alleen op grond van individueel medisch onderzoek mag adviseren, dit alles is secundair omdat deze individuele contacten nodig zijn om de primaire taak ten opzichte van de totaliteit te vervullen. Om in staat te zijn deze primaire taak te vervullen, zal men nu eens op individuele gegevens moeten steunen, dan weer op statistische informatie over groepen of structuren als totaliteit.

De formulering „via bestuursorganen” in plaats van „in dienst van bestuursorganen” is gekozen omdat het dienstverband als zodanig niet essentieel is. Een specialist kan in dienstverband staan tot de directie van een ziekenhuis, maar zijn medische kennis en ervaring stelt hij rechtstreeks ten dienste van individuele patiënten. Het is alleen de directeur-geneesheer die zijn medische kennis ten behoeve van het ziekenhuis als totaliteit gebruikt. De directeur van het bureau van een Provinciale Raad is als medicus werkzaam ten behoeve van de Raad als maatschappelijke structuur. Schoolarts en bedrijfsarts bevorderen de gezondheid van school resp. bedrijf *als geheel* via hun advies aan schoolhoofd en directie. (Men zou zelfs kunnen zeggen dat voor zover schoolgeneeskunde alleen maar „scholierengeneeskunde” is, het nog geen sociale geneeskunde is!). De verzekeringsgeneeskundige stelt het bestuur van het uitvoeringsorgaan van de sociale verzekering in staat de wet naar behoren uit te voeren.

Het dienstverband als zodanig is ook daarom niet essentieel, omdat het zeer wel denkbaar is dat bijv. een deskundige op het terrein van het gezondheidsbeleid zich vrij vestigt en als consulent door organisaties voor gezondheidszorg geraadpleegd wordt. Deze stelt dan zijn medisch kennen en kunnen ten dienste van groeperingen of structuren via de betrokken bestuursorganen zonder dat hij echter in dienst van deze organen staat.

3.7 Wie is dus een sociaalgeneeskundige?

Thans kunnen wij aan de hand van de bovenstaande „operationele definitie” nagaan, of de functies van leiders van consultatiebureaus e.d. als sociaalgeneeskundige functies te beschouwen zijn.

De leiders van c.b.'s voor zuigelingen en kleuters beperken zich tot individuele contacten met kinderen en hun moeders en zij oefenen hoegenaamd geen invloed uit via het bestuur van de kruisverenigingen. Zij zijn dus geen sociaalgeneeskundigen in de zin van de definitie.

Leiders van c.b.'s voor tuberculosebestrijding, voor bestrijding van reumatische ziekten, voor epilepsiebestrijding e.d. zijn eveneens vrijwel uitsluitend met en ten behoeve van individuele patiënten werkzaam. Zij voldoen dus evenmin aan de gestelde criteria. De artsen die op provinciaal of nationaal niveau de besturen adviseren over de organisatie van de betrokken specifieke tak van maatschappelijke gezondheidszorg of die als directeur hierin een organisatorische functie hebben, zijn echter wel als sociaalgeneeskundigen te beschouwen.

Leiders van sociale adviesbureaus voor reuma-bestrijding die zelf als regel niet met patiënten in aanraking komen, maar de directie voeren over het bureau en die aan de beleidsvorming medewerken door voor hun besturen plannen uit te werken voor de organisatie van de reuma-bestrijding in hun district, zijn eveneens sociaalgeneeskundig werkzaam.

Leiders van sociaal-psychiatrische diensten en provinciale artsen voor revalidatie zijn op analoge wijze alleen dan als sociaalgeneeskundigen te beschouwen, indien zij primair hetzij als directeur van een dienst organisatorisch werkzaam zijn, hetzij via adviezen aan hun besturen hun deskundigheid vruchtbaar weten te maken ten behoeve van bevolkingsgroepen of organisaties. Of zij hiervoor zelf al of niet regelmatig individueel contact met patiënten moeten hebben, doet niet ter zake. Indien zij zich echter beperken tot dergelijke individuele contacten en tot het geven van advies over behandeling, verwijzing, opnamemogelijkheid e.d. aan de patiënten zelf of aan de huisartsen, voldoen zij niet aan de criteria van de definitie van sociale geneeskunde. Voor andere niet genoemde of wellicht nog in ontwikkeling zijnde functies is dezelfde redenering toe te passen.

De ontwikkeling van de maatschappelijke ge-

zondheidszorg binnen en buiten de sfeer van de kruisverenigingen lijkt in de richting te gaan dat er meer en meer artsen nodig zullen zijn die als directeur voor de leiding van bepaalde takken van maatschappelijke gezondheidszorg (kinderhygiëne, chronische ziekten en bejaardenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie) verantwoordelijk zijn. Indien het voor hun sociaalgeneeskundige taak nodig is dat zij (net als schoolartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen) als regel individuele patiëntencontacten hebben, dan zou te overwegen zijn, voor hen een aparte „tak” van sociale geneeskunde in te stellen. Indien de taak van deze

sociaalgeneeskundigen echter zo gestructureerd is, dat zij als regel zelf geen rechtstreekse bemoeienissen met individuele patiënten hebben en dat zij zich richten op maatschappelijke groepen of structuren als totaliteit, dan kunnen deze functies bij de tak „gezondheidsbeleid” ondergebracht worden. De beste oplossing zou m.i. dan zijn, de tak „gezondheidsbeleid” nader te differentiëren in *a* algemeen gezondheidsbeleid (inspectie, G.G.D., kruisvereniging), *b* specifiek gezondheidsbeleid (t.b.c., reuma, revalidatie, sociale psychiatrie, enz.), *c* ziekenhuisbeleid en *d* sociaalgeneeskundig onderzoek en onderwijs.

HOOFDSTUK 4

SOCIALE GENEESKUNDE ALS WETENSCHAP

4.1 Van Dale en de takken

Men kan zich de vraag stellen of er wel zo iets bestaat als een sociaalgeneeskundige wetenschap, d.w.z. een meer of minder afgerond complex kennis en kunde met een eigen object, een eigen problematiek en een eigen methodiek, dat niet geheel te herleiden is tot andere wetenschappen. Deze vraag kan pas beantwoord worden wanneer wij ons een duidelijke voorstelling van de inhoud van deze wetenschap hebben gevormd. Nu is dit hier nog minder gemakkelijk dan voor de sociale geneeskunde-als-vak het geval was, omdat daar de erkende „takken” tenminste een concreet uitgangspunt bieden.

In principe zijn er drie wegen denkbaar waarlangs wij de inhoud van de sociale geneeskunde-als-wetenschap kunnen benaderen.

In de eerste plaats zouden wij uit de onderwerpen van dissertaties en andere wetenschappelijke publikaties op sociaalgeneeskundig gebied kunnen afleiden welke problemen in Nederland in feite de aandacht van het sociaalgeneeskundig onderzoek hebben. Ik zal deze weg niet gaan, omdat deze te tijdrovend is maar bovenal omdat wij dan in een cirkelredenering dreigen te raken: wij zouden immers eerst moeten bepalen welke onderzoekingen wij als sociaalgeneeskundige studies beschouwen!

De tweede weg is die van de theoretische beschouwing, uitgaande van een meer of minder aprioristische opvatting over de betekenis van het adjectief „sociaal”. Dat er hier voldoende ruimte voor diverse interpretaties bestaat, moge blijken uit het feit dat wij in de nieuwste druk (1961)

van *V a n D a l e* vijf (in de vorige druk nog maar vier!) betekenissen opgegeven vinden van het adjectief „sociaal”.

De derde weg waarlangs men kan trachten de inhoud van de sociaalgeneeskundige wetenschap vast te stellen, is die welke uitgaat van de sociale geneeskunde-als-vak. Men zou dan voor de verschillende takken stuk voor stuk kunnen nagaan, welke wetenschappelijke kennis vereist is voor een optimale uitoefening ervan en wat voor vraagstukken wetenschappelijk bestudeerd dienen te worden om elke tak tot algehele ontplooiing te brengen.

In de volgende paragrafen zal ik eerst de tweede weg opgaan en daarna de derde weg bewandelen.

4.2 De theoretische naderingsweg

4.2.1 *Etymologisch uitgangspunt*

In de 8e druk vermeldt *V a n D a l e* 's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal de volgende betekenissen van het woord „sociaal”:

- 1 tot aaneensluiting geneigd, gezellig levend
- 2 van een maatschappij
- ✓ 3 betrekking hebbend op de menselijke samenleving, de menselijke maatschappij en de verhoudingen, het leven, de vormen en toestanden daarin
- ✓ 4 betrekking hebbend of gericht op de voorziening in maatschappelijke noden
- 5 gevoel of begrip hebbend of tonend voor de belangen en noden van de medeleden van de maatschappij waarin men leeft.

Voor ons doel hebben wij alleen te maken met de derde en de vierde betekenis. Historisch gezien heeft de vierde de oudste rechten. In de 19de en het begin van de 20ste eeuw was de „sociale” kwestie immers een eufemistische uitdrukking voor het arbeidersvraagstuk. De sociale verzekering was een arbeidersverzekering. Sociale zorg was armenzorg. En sociaalgeneeskundigen, dat waren de gemeente-arts die de armenpraktijk deed, de ondernemingsarts die fabrieksongevallen behandelde, de schoolarts die de leerplichtige kinderen op scrofulose, luizen en debiliteit onderzocht en — niet te vergeten — de medisch adviseur die aan de Rijksverzekeringsbank over de door een ongeval getroffen arbeider rapport uitbracht.

Als **Brenkman** Sr dus zegt dat de sociale geneeskunde is verwekt door de sociologie en ontsproten aan de geneeskunde (**Brenkman** 1947), dan acht ik dit genetisch gezien onjuist. Niet de sociologie, maar de sociale beweging, de behoefte te voorzien in bepaalde maatschappelijke noden, heeft aan de wieg gestaan van de sociale geneeskunde.

Later is de associatie van het woord „sociaal” met arbeiders, armen en andere misdeelden weliswaar vervaagd, maar in tal van woordverbindingen wijst het toch nog onmiskenbaar naar collectiviteiten die uit hoofde van economische, lichamelijke, psychische of sociale onmacht bijzondere tegemoetkomingen vragen. Vandaar dat de mensen zich liever niet tot „sociale zaken” om hulp wenden. Voor hen die niet in het vrije bedrijf te werk gesteld kunnen worden, zijn er de sociale of beschuttende werkplaatsen. Wie niet zelfstandig wil of kan reizen, zoekt een plaats in de autobussen van het sociaal toerisme. In overeenstemming daarmee kan men de sociale geneeskunde zien als de leer van de gezondheidszorg voor collectiviteiten die uit hoofde van een bijzondere kwetsbaarheid speciale voorzieningen vragen. Een dergelijke „leer” mist echter een eigen object, een eigen problematiek en een eigen methodiek en is daarom niet geschikt om een wetenschappelijke fundering voor de praktijk van de sociale geneeskunde te verschaffen.

Tegenwoordig wordt in theoretische beschouwingen de term „sociale geneeskunde” veelal gebruikt voor de wetenschappelijke benadering van de relaties tussen samenleving en ziekten. Een goed voorbeeld van een dergelijke omschrijving is de

definitie die **Muntendam** niet lang geleden gegeven heeft en die als volgt luidt:

„De sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde dat het verband tussen gezondheid en ziekte enerzijds en de maatschappij en haar groeperingen anderzijds tot onderwerp van studie heeft, de uit deze studie voortkomende maatregelen ter bevordering van de gezondheid en ter voorkoming, bestrijding en herstel van ziekte vaststelt, en de voorwaarden bestudeert ter uitvoering van deze maatregelen” (**Muntendam** 1962a).

In de regel wordt bij de verdere uitwerking van een dergelijke omschrijving gewezen op de snelle ontwikkeling waarin de sociale wetenschappen zich bevinden en op de noodzaak, de denkwijzen, de begrippen, de methoden en de inhouden van deze wetenschappen vruchtbaar te maken voor de geneeskunde. Het is met opzet dat ik hier het meervoud „wetenschappen” gebruik, omdat men wel eens de mening tegenkomt dat sociale geneeskunde in bovengenoemde zin min of meer synoniem zou zijn met medische sociologie. Dit lijkt mij te beperkt gezien. Immers, de wetenschappen die betrekking hebben op „de menselijke samenleving, de menselijke maatschappij en de verhoudingen, het leven, de vormen en toestanden daarin” zijn niet alleen de sociologie, maar ook de economie, de rechtswetenschap, de geschiedenis, de bestuurswetenschappen, e.d. Zij zullen alle hun bijdragen moeten leveren voor het verwezenlijken van een symbiose van de geneeskunde met de wetenschappen die het leven in maatschappijverband tot object hebben.

„Leven in maatschappijverband”. Dat deze uitdrukking, die afkomstig is van **Julius**, hier gebruikt wordt, is niet toevallig, want de gedachte dat de geneeskunde zich door de sociale wetenschappen de weg moeten laten wijzen om tot sociale geneeskunde te worden, is waarschijnlijk in Nederland door niemand met meer kracht en welsprekendheid verdedigd dan door **Julius**. In de — nog altijd bijzonder lezenswaardige — inleiding die hij 14 jaar geleden voor de ledenvergadering van de A.N.V.v.S.G. gehouden heeft, definieert hij de sociale geneeskunde als de wetenschap die zich bezig houdt met de studie der wisselwerkingen van geneeskunde met de mens, levend in maatschappijverband (**Julius** 1949). Hij vervolgt dan: „Door het zo uit te drukken bedoel ik *zeer positief* de opvatting uit te bannen als zou ’maat-

schappij' identiek zijn met 'massa' ". En hij wijst er met klem op dat medische verschijnselen die bij een groep, een massa, een groot aantal mensen voorkomen, daarom nog geen sociaalgeneeskundige verschijnselen zijn. Als typisch sociaalgeneeskundige problemen noemt hij: „Waarom worden de regels, die door de geneeskunde aangegeven worden om een goede pokkenvaccinatiegraad te verkrijgen, niet nageleefd? Welke objectieve factoren bepalen de functie van het ziekenfondswezen? Waarom slaagt revalidatie in het ene geval wel en in het andere geval niet?" Met dergelijke voorbeelden illustreert J u l i u s waarin volgens hem het sociale van de sociale geneeskunde-als-wetenschap gele-gen is.

Het lijkt mij duidelijk dat J u l i u s hier stil-zwijgend is uitgegaan van de betekenis van het woord „sociaal" die overeenkomt met die welke V a n D a l e op de derde plaats noemt, een be- tekenis, die het ook heeft in samenstellingen als sociale psychologie en sociale geografie. Evenals de psychologie en de geografie zich kunnen ver- binden met de sociale wetenschappen, zo kan de geneeskunde zich verbinden met de maatschappij- wetenschappen om de vraagstukken op te lossen die samenhangen met het „leven in maatschappij- verband".

4.2.2 Mens en milieu

Het levensmilieu van de mens bestaat echter niet alleen uit dit maatschappij-verband, maar om- vat ook het milieu in fysisch-chemisch-biologische zin („environment"). Een sociaalgeneeskundige wetenschap als symbiose van geneeskunde met sociale wetenschappen heeft daarom als complement nodig een symbiose van geneeskunde met die natuurwetenschappen die zich bezig houden met fysische, chemische en (micro)biologische milieu- factoren zoals voeding, huisvesting, water, bodem, lucht, etc. Hiervoor wordt veelal de aanduiding „milieu-hygiëne" gebruikt, een ook al niet zo ge- lukkige term omdat het woord „milieu" psycho- fysisch neutraal is en evenzeer gebruikt wordt in sociale zin (bijv. „gezinsmilieu").

In feite is het totale levensmilieu van de mens één en ondeelbaar. Maar omdat er wetenschappen zijn die zich alleen met de materie of met levende organismen bezig houden, terwijl het geheel andere wetenschappen zijn die zich op de menselijke samenleving richten, legt ons denken en onze wetenschappelijke benadering dit totale levens-

milieu kunstmatig uiteen in twee geheel verschil- lende complementaire complexen. Bij ons handelen, en in het bijzonder bij het manipuleren met het milieu om het zo te maken dat het de gezondheid en de veiligheid zo veel mogelijk ten goede komt, hebben wij echter bijna altijd met het milieu in zijn totaliteit te maken. Want als men wijzigingen aanbrengt in het ene milieu, is men vroeg of laat gedwongen ook aandacht te geven aan de reper- cussies daarvan in het andere milieu.

Er is daarom alle reden zich af te vragen of de sociaalgeneeskundige wetenschap in de zin van J u l i u s niet met de milieu-hygiëne tot één disci- pline (medische ecologie?) geïntegreerd zou moeten worden. Hiervoor is te meer aanleiding, omdat de aard van het milieu in materiële zin ten gevolge van de maatschappelijke ontwikkeling meer en meer „man-made" wordt. De fysische en chemische milieu-elementen die heden ten dage onze gezondheid bedreigen, zijn immers groten- deels afkomstig van industrie en verkeer. De in- secticiden, de chemische toevoegingen aan levens- middelen, de afvalstoffen van fabrieken en ver- brandingsmotoren waardoor de lucht en het water in toenemende mate verontreinigd worden, de machines, de kunststoffen en andere materialen waartegen de industriearbeiders beschermd moeten worden: al deze elementen worden zo niet willens dan toch wetens door onze hoog ontwikkelde maat- schappij geproduceerd en de bescherming ertegen moet meestal via maatschappelijke organen bewerk- stelligd worden.

Kortom: voor de artsen en anderen die zich met de gezondmaking van het milieu van de men- sen bezig houden, wordt de scheiding tussen de natuurwetenschappelijke en de sociaal-wetenschap- pelijke benadering steeds minder relevant.

Nu zijn er stemmen die ervoor pleiten de sociale geneeskunde te beschouwen als de wetenschap die het verband tussen de geneeskunde en het *totale* milieu bestudeert. Ik denk hier in de eerste plaats aan M u n t e n d a m zelf, die zijn eigen definitie in een latere publikatie (M u n t e n d a m 1962b) zo uitlegt, dat met de woorden „de maatschappij en haar groeperingen" niet alleen het milieu in psycho-sociale zin bedoeld wordt, maar ook het fysisch-chemisch-biologische milieu.

Uit zijn toelichting blijkt hoe M u n t e n d a m ertoe komt, de hygiëne uitdrukkelijk bij de sociale geneeskunde-als-wetenschap in te lijven. „We weten uit recente voorbeelden, waarbij we denken

aan de Planta-ziekte en het softenon-drama, hoe zelfs het sociaalgeneeskundig onderzoek, de epidemiologie, in de bewijsvoering vooraan kan gaan, terwijl het laboratorium, de toxicologie, ons nog geen nadere inzichten heeft geboden" (M u n t e n d a m 1962b). Deze voorbeelden, en met name het gelijkstellen van sociale geneeskunde met epidemiologie en het tegenover elkaar stellen van sociaalgeneeskundig onderzoek en laboratorium-onderzoek brengen ons midden in de problematiek.

Planta- en softenon-affaires demonstrenen bijzonder duidelijk, hoe nauw in onze maatschappij de samenhang is tussen het natuurwetenschappelijke en het sociaal-wetenschappelijke. Het is de maatschappelijke ontwikkeling die het fabriceren en in de handel brengen van nieuwe chemische en farmaceutische middelen mogelijk maakt. Dat één van deze stoffen bij sommige mensen tot ziekelijke afwijkingen leidt, is daarentegen een zaak die als zodanig geheel in het natuurwetenschappelijke vlak ligt. Maar voor de samenleving is het feit, dat een aantal mensen door het eten van margarine ziek wordt of door het innemen van slaapmiddelen misvormde kinderen krijgt, een maatschappelijk vraagstuk dat om maatschappelijke maatregelen vraagt. Eén van deze maatregelen is het instellen van een onderzoek naar de oorzaken van de ziekte. Het onderzoek zelf heeft zich echter in beide gevallen geheel in het natuurwetenschappelijke vlak afgespeeld. Hier zijn geen sociale wetenschappen bij te pas gekomen. Noch de sociologie, noch de economie, noch andere maatschappij-wetenschappen hebben hun aandeel gehad in de ontwarring van het raadsel. Indien wij dus vasthouden aan het begrip sociale geneeskunde in de zin van J u l i u s en aan de derde betekenis van „sociaal”, dan is het duidelijk dat bij de door M u n t e n d a m genoemde voorbeelden niet van sociaalgeneeskundig maar van milieu-hygiënisch onderzoek gesproken moet worden. Het feit dat het onderzoek niet tot het laboratorium beperkt is gebleven en dat de bewijsvoering overwegend op epidemiologisch-statistische bevindingen steunt, doet hieraan niets af.

Epidemiologie is „the study of the distribution and determinants of disease prevalence in man” (T e r r i s 1962). De determinanten die de spreiding van ziekten in een bevolking bepalen, kunnen zowel van maatschappelijke aard (beroep, welstand, ontwikkeling, levenswijze) als van fysische, chemische of (micro)biologische aard zijn. De

epidemiologie is daarom een vak dat als zodanig dwars door de denkbeeldige scheidslijn tussen de twee milieus heenloopt. Omdat de epidemiologie zich met de „prevalence in man” bezighoudt moet zij doorgaans werken met aantallen mensen in plaats van met individuen. Maar, zoals J u l i u s zegt: dat maakt er nog geen sociale geneeskunde van, evenmin als de statistiek een sociale wetenschap of methode is omdat zij met groepen werkt. „Massa kan maatschappij-karakter krijgen, doch dat behoeft in het geheel niet. Er zijn massa-verschijnselen, die geheel buiten maatschappij-verband omlopen en er zijn typische maatschappelijke omstandigheden, die zich bij de enkeling voordoen. Het voorkomen van positieve en negatieve Schick-reacties onder alle schoolkinderen van een grote stad is geen sociaalgeneeskundig studie-object. Het is er één uit de gezondheidsleer, infectieleer, epidemiologie, immunologie, wat men maar wil, maar is niet als probleem sociaalgeneeskundig”. (J u l i u s 1949).

4.2.3 *Wetenschap op drie niveaus*

Al is het epidemiologisch onderzoek bij de Planta- en softenon-intoxicaties dus geen sociaalgeneeskundig vraagstuk, het nemen van organisatorische maatregelen om herhalingen van dergelijke drama's te voorkomen, is dat wel. Het herzien van de Warenwet of van de Geneesmiddelenwet is niet mogelijk zonder inzicht in al de maatschappelijke implicaties van dergelijke maatregelen. Maar deze problematiek ligt op een ander niveau dan dat van het verband tussen „gezondheid en ziekte enerzijds en de maatschappij en haar groeperingen anderzijds”.

Het komt mij voor, dat de gebruikelijke definities te weinig rekening houden met het feit, dat er verschillende niveaus te onderscheiden zijn waarop zich relevante relaties tussen medische en sociale verschijnselen voordoen, en dat deze relaties op elk niveau een ander karakter hebben.

Daar is in de eerste plaats het niveau van de interactie tussen de individuele arts en de individuele patiënt. Onafhankelijk van de vraag, of deze interactie zich in de sfeer van de persoonlijke gezondheidszorg afspeelt dan wel in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg, heeft de arts in zijn persoonlijk contact met de individuele patiënt vrijwel steeds te maken met de sociale verbanden en maatschappelijke structuren waarin deze patiënt leeft en waardoor zijn gezondheid,

zijn ontvankelijkheid voor lichamelijke en psychische stoornissen, zijn genezingskansen en zijn revalideerbaarheid mede bepaald worden. Huisarts, specialist, schoolarts, bedrijfsarts, verzekerings-geneeskundige: zij allen hebben indien zij hun werk optimaal willen uitvoeren, rekening te houden met deze maatschappelijke achtergronden.

Er is dus behoefte aan een sociaal-geneeskundige wetenschap in de zin van systematisch geordende kennis over de betekenis van alle mogelijke samenlevingsverbanden voor de gezondheid van de mensen en over de wijze waarop bij de individuele diagnostiek, preventie of therapie met deze invloeden rekening gehouden kan worden.

Bij de sociale geneeskunde in deze zin staat de patiënt centraal. Het onderzoek en het onderwijs moeten erop gericht zijn de interactie tussen arts en patiënt zo vruchtbaar mogelijk te doen zijn. Zonder de bijdragen van deze sociaal-geneeskundige wetenschap kan van een integrale geneeskunde geen sprake zijn. Het komt mij voor dat het vooral dit aspect van de sociale geneeskunde is geweest dat Julius destijds voor ogen heeft gestaan.

Er is nog een ander veld waar het medische en maatschappelijke element elkaar ontmoeten, nl. dat van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg gezien als maatschappelijke institutie, waarin zowel de interactie tussen arts en patiënt als andere vormen van medisch handelen zijn ingebed in een complex van regelingen, normen, rolverwachtingen en organisatorische structuren, die ten dele formeel, ten dele formeel en ten dele zelf wettelijk van karakter zijn.

De maatschappelijke gezondheidszorg, die gekarakteriseerd wordt door het bestaan van organisaties, diensten en instellingen, is per definitie een terrein waar het medische en het maatschappelijke elkaar doordringen. In mindere mate is dit ook het geval bij de persoonlijke gezondheidszorg: de wettelijke verplichtingen, de voorschriften van het ziekenfonds, het systeem van normen met betrekking tot praktijkoverdracht, de intercollegiale regeling van de zondagsdienst — dit zijn enkele willekeurige voorbeelden die duidelijk maken dat ook in de persoonlijke gezondheidszorg de interactie met de patiënt wordt omgeven met een netwerk van meer of minder stabiele sociale gedragspatronen.

Er is dus ook ruimte voor een sociale geneeskunde als wetenschap aangaande de betekenis van maatschappelijke elementen voor de persoonlijke

en maatschappelijke gezondheidszorg en aangaande de wijze waarop hiervan gebruik gemaakt kan worden om de praktijkvoering en de wijze van functioneren van organisaties, diensten en instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg zo goed mogelijk aan hun doel te doen beantwoorden. Bij deze wetenschap staat de behoefte van sociale groepen als totaliteit en van maatschappelijke structuren aan medische deskundigheid centraal.

Dan is daar het derde niveau waar het medische en het maatschappelijke elkaar ontmoeten. Dat is het niveau waar het nationale volksgezondheidsbeleid wordt voorbereid en vastgesteld en waar de aanwijzingen voor de uitvoering van dit beleid worden opgesteld. Hier komen medische problemen in het gezichtsveld voor zover ze zich voordoen als maatschappelijke vraagstukken die om maatregelen op landelijke schaal vragen. Verder gaat het hier om het „plannen” van de gezondheidszorg als totaliteit en om het bewerkstelligen van het samenspel en de coördinatie tussen de talloze meer of minder autonome organisaties, diensten en instellingen voor gezondheidszorg. De sociale, de economische, de bestuursrechtelijke en de politieke structuur van het gehele land vormen hierbij de maatschappelijke achtergrond waarmee het nationale gezondheidsbeleid heeft rekening te houden.

Er is dus ook behoefte aan een sociaal-geneeskundige wetenschap die een objectieve beschrijving kan geven van de gezondheidszorg als antwoord van de samenleving als geheel op medische vraagstukken. Deze wetenschap zou het verband tussen de gezondheidszorg en de algemene economische, politieke en culturele situatie in het land moeten kunnen belichten en aanwijzingen moeten kunnen geven, hoe van de maatschappelijke mogelijkheden gebruik gemaakt kan worden om de gezondheidszorg als geheel zo goed mogelijk tot haar recht te doen komen. Bij een sociaal-geneeskundige wetenschap in deze zin staat centraal de behoefte van de bevolking in haar geheel aan adequate landelijke maatregelen om het behoud en het herstel van de gezondheid van ieder zo veel mogelijk te garanderen.

De conclusie van bovenstaande theoretische beschouwingen moet deze zijn, dat de sociale geneeskunde als wetenschap zich bezighoudt met wetenschappelijke benadering van de relaties tussen gezondheid, ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg enerzijds en de samenleving en maatschappe-

lijke groepen, structuren en krachten anderzijds; dat zij aangeeft hoe van sociale verschijnselen en technieken gebruik gemaakt kan worden om de deskundigheid van de arts zo vruchtbaar mogelijk te maken door zo goed mogelijk te voldoen aan de behoefte van individuen, groepen, maatschappelijke structuren en de gehele samenleving.

Deze wetenschap beweegt zich op drie verschillende niveaus. Op het niveau van de interactie tussen arts en patiënt zal het sociaalgeneeskundig onderzoek vooral moeten steunen op de hulp van de sociologie en de sociale psychologie. De sociale therapie in dit vlak mondt uit in het medisch-maatschappelijk en psychiatrisch-sociaal werk. Op het niveau van de gezondheidszorg zal de sociale geneeskunde vooral moeten steunen op de bedrijfs-sociologie en de organisatieleer. Op het vlak van de nationale gezondheidspolitiek zal de sociale geneeskunde zich moeten verbinden met economie, rechtswetenschappen, staatsinrichting, bestuurswetenschappen e.d. Voor het vervullen van haar taak op alle drie de niveaus zal de sociale geneeskunde over adequate onderzoekstechnieken en onderwijsmogelijkheden moeten beschikken.

4.3 De behoefte van de praktijk

In het derde hoofdstuk is getracht de „profiles” te schetsen van de verschillende „takken” van sociale geneeskunde. Wat ligt meer voor de hand dan uit te gaan van deze bestaande vormen van sociaalgeneeskundige vakuitoefening en na te gaan welke wetenschappelijke kennis hieraan ten grondslag dient te liggen en wat voor soort van onderzoekingen nodig zijn om deze takken zo volledig mogelijk te doen uitgroeien? Dan zal immers vanzelf blijken of men hiervoor met bestaande wetenschappen toekomt dan wel dat er ruimte is voor een aparte wetenschap „sociale geneeskunde” met een eigen gezicht, een eigen wijze van probleemstellen, een eigen wijze van oplossingen zoeken. Ook zal dan blijken, of de inhoud van deze wetenschap zoals die in de vorige paragraaf theoretisch ontwikkeld is, inderdaad aan de behoefte van de praktijk tegemoet komt.

Nu lijkt het mij niet nodig voor de verschillende „takken” stuk voor stuk na te gaan, in hoeverre zij een wetenschappelijke fundering nodig hebben. Wij hebben gevonden dat de kern van de sociaal-geneeskundige beroepsuitoefening hierin gelegen is dat medische kennis en ervaring ten dienste

van maatschappelijke groepen of structuren gesteld wordt en dat dit niet (of niet uitsluitend) door middel van individuele contacten met patiënten gebeurt maar (ook) via die bestuursorganen die de betrokken groep of structuur als totaliteit „bespelen”.

Dit betekent dat alle sociaalgeneeskundigen behoefte hebben aan wetenschappelijk inzicht in de behoeften van de belangrijkste maatschappelijke groeperingen en structuren aan medische zorg resp. adviezen; dat zij geleerd moeten hebben hoe deze behoeften te peilen zijn; dat zij moeten weten wat voor maatregelen aan dergelijke behoeften tegemoet kunnen komen; hoe de organisatorische structuur en de bestuurlijke verhoudingen liggen in het betrokken veld en wat hun eigen plaats daarin is; dat zij geleerd moeten hebben hoe zij van al deze kennis gebruik moeten maken om te bereiken dat de verantwoordelijke instanties inderdaad de maatregelen nemen of laten nemen die uit gezondheids-oogpunt het meest gewenst zijn.

Dit zijn allemaal maatschappelijke en sociaal-geneeskundige feiten en kundigheden die passen bij de sociale geneeskundige wetenschap op het tweede niveau als in de vorige paragraaf geschetst. Daarnaast moeten die sociaalgeneeskundigen die ook met individuele patiënten te maken hebben, bovendien voldoende kennis hebben van de maatschappelijke factoren en krachtvelden die op de mensen in het algemeen en op de betrokken groep in het bijzonder van invloed zijn. De artsen voor gezondheidsbeleid die functies op nationaal niveau bekleden, hebben vooral behoefte aan een wetenschappelijke fundering van de landelijke volksgezondheidspolitiek.

Het blijkt dus dat voor alle vormen van sociaal-geneeskundige vakuitoefening de sociale geneeskunde-als-wetenschap, zoals deze in de vorige paragraaf voor drie onderscheiden niveaus is aangeduid, nodig is, zij het dan dat de accenten bij de verschillende „takken” verschillend gelegd moeten worden.

Behalve zuiver medische kennis en sociaal-geneeskundig inzicht moeten de sociaalgeneeskundigen uiteraard ook beschikken over de voor de uitoefening van hun vak noodzakelijke kennis betreffende de invloed van fysisch-chemisch-biologische milieu-factoren op de gezondheid. In het algemeen zal de post-universitaire opleiding van sociaalgeneeskundigen dan ook uit verschillende elementen bestaan: additionele informatie van

zuiver medische aard (zowel op somatisch als op psychiatrisch terrein), informatie over de fysisch-chemisch-biologische milieu-invloeden en ten slotte sociaalgeneeskundige informatie op drieërlei niveau.

Wij kunnen nu antwoord geven op de vraag die aan het begin van dat hoofdstuk gesteld werd: of de sociale geneeskunde een wetenschap op zich zelf is. Ik zou deze vraag (die ik overigens niet erg belangrijk vind) bevestigend willen beantwoorden. Dit kan echter alleen indien wij uitgaan van de 3de betekenis van „sociaal”. Gaan wij uit van de 4de betekenis dan doet de sociale genees-

kunde zich aan ons voor als een onsamenhangend conglomeraat van activiteiten. „Een samenraapsel zonder ziel”, zei Julius (1949) zelfs. Dan zien wij wel „takken”, maar geen boom. De sociale geneeskunde als symbiose van geneeskunde met sociale wetenschappen en technieken is echter een wetenschap die wellicht formeel tot andere wetenschappen te herleiden is, maar die een zo eigen object en een zo eigen problematiek heeft, dat noch de geneeskunde, noch de sociale wetenschappen alléén in staat zijn haar vraagstukken op te lossen.

HOOFDSTUK 5

DE BETEKENIS VAN HET MICRO-MACRO-SCHEMA VOOR DE SOCIALE GENEESKUNDE

5.1 Micro en macro in de sociale wetenschappen

In verschillende wetenschappen wordt tegenwoordig onderscheid gemaakt tussen micro- en macro-aspecten. Een dergelijk onderscheid klinkt ons, medici, niet zo vreemd in de oren, omdat wij immers sinds het begin van onze opleiding vertrouwd zijn met begrippen als micro- en macroscopische anatomie. Het blijkt nu dat de sociale wetenschappen de menselijke samenleving als microcosmos en als macrocosmos kunnen bestuderen.

Bij Pen (1962) vinden wij aanwijzingen hoe het micro-macro-schema in de economie wordt gehanteerd. Volgens hem gaan micro-economische onderzoekingen primair uit van het economisch gedrag van individuele consumenten en producenten. De macro-economie zoekt haar uitgangspunt echter bij „grote” verschijnselen als nationaal inkomen, werkloosheid, in- en deflatie, geldvoorziening, e.d. Daartussen bevindt zich de economische problematiek van middelbare structuren als bedrijfstakingen.

In de sociologie wordt met een soortgelijke indeling gewerkt, al wordt zelden duidelijk omschreven wat men precies met de losweg gebruikte termen micro en macro bedoelt. Bijzonder verhelderend in dit verband is de recente dissertatie van de sociaal-psycholoog Van Leent (1962), die hierin bovendien de verhouding tussen psychologie en sociologie betreft. Volgens deze schrijver werkt men als socioloog op micro-niveau als men zich bezig houdt met stabiele sociale relaties van mens tot mens (man-vrouw, ouder-kind, baas-

arbeider, sergeant-soldaat) en met kleine (face to face) groepen zoals gezin, werkgroep, club, schoolklas, peloton, enz. Het gaat hier om elementaire sociale verschijnselen als interactie en communicatie die door Van Doorn en Lammer (1959) als fundamentele begrippen voor de sociologie worden beschouwd. Dit niveau is ook het terrein van de groepsdynamica.

Op het macro-niveau in de sociologie komen verschijnselen in het gezichtsveld zoals de samenleving in haar geheel, categoriale groepen zoals leeftijdsgroepen, beroepsgroepen en sociale klassen en verder grote sociale structuren als bijv. de industrie, de landbouw, een kerkgenootschap, de luchtmacht. Op dit niveau bewegen zich de cultuursociologie, de plattelandsociologie, de demografische sociologie, e.d.

Op het tussengebied (door Van Leent „meso-niveau” genoemd) treffen wij aan de buurt, het bedrijf, de school, de universiteit, het bataljon, enz. In deze groepen en structuren hebben de mensen overwegend indirecte sociale betrekkingen met elkaar door middel van tussenpersonen, apparaten of communicatiemiddelen. Dit is o.a. het terrein van de bedrijfssociologie en de sociologie van de organisatie.

5.2 Micro en macro in de sociale geneeskunde

Het komt mij voor dat het onderscheiden tussen micro-, meso- en macroverschijnselen in de sociaal-geneeskundige wetenschap verhelderend kan werken, mits deze termen niet al te achteloos gebruikt worden en men zich eerst afvraagt wat men er

SCHEMA 1

INDIVIDU			GROEP		
micro-niveau	meso-niveau	macro-niveau	micro-niveau	meso-niveau	macro-niveau
<p><i>Micro-systemen:</i> mentale functies als denken, voorstellen, waarnemen en gewaarworden; motorische functies als elementaire gewoonten en reacties, geconditioneerde en gewone reflexen.</p>	<p><i>Meso-systemen:</i> attitudes, interessen, sentimenten, vaardigheden, roldisposities, specifieke karaktertrekken en temperamentseigenschappen, ambitieniveau en cultureel referentiekader, e.d.</p>	<p>A. <i>Persoonlijkeheid:</i> B. <i>Macro-componenten:</i> structuren, sectoren, zónes, lagen en syndromen, zoals Id, Ego en Super-Ego, begaafdheid, karakter en temperament, introversie en extraversie, e.d.</p>	<p>A. <i>Elementaire relaties:</i> vader en zoon, vriendenpaar, baas en arbeider, leraar en leerling, pastor en gelovige, sergeant en soldaat, e.d. B. <i>Kleine groepen:</i> buren, gezin, vriendenkring, discussieclub, werkploeg, schoolklas, huisgemeente, peloton, e.d.</p>	<p><i>Meso-groepen:</i> wijk – buurt, bedrijf – bedrijfsafdeling, universiteit – faculteit, kerkelijke gemeente – parochiële vereniging, regiment – bataljon, e.d.</p>	<p>A. <i>Samenleving</i> B. <i>Macro-groepen:</i> sociale categorieën op grond van nabijheid, verwantschap of overeenkomstige positie (sexe, leeftijd, klasse, beroep, e.d.) in een bepaalde samenleving. <i>Macro-structuren:</i> functionele segmenten (het industriële, educatieve, kerkelijke, militaire, enz.) en grote onderdelen daarvan (een bedrijfstak, het hoger onderwijs, een kerkgenootschap, de luchtmacht, e.d.)</p>

Dit schema is woordelijk overgenomen van blz. 32 van de dissertatie van VAN LEENT, met dit verschil dat het een kwart slag gedraaid is.

precies mee bedoelt. Want ook hier zijn weer verschillende interpretaties mogelijk.

Meestal gaat men bij het gebruik van het micro-macro-schema in de sociale geneeskunde stilzwijgend uit van de sociologische groepsindeling. Men rekent dan het verband van gezondheid en ziekte met tussenmenselijke betrekkingen in kleine groepen tot de microsfeer; dat met wijk, buurt, bedrijf, school, enz. tot de mesosfeer en dat met de samenleving als geheel en met grote organisaties tot de macrosfeer.

Ik geloof dat dit toch niet de meest gewenste

manier is om de micro-macro-terminologie op de sociale geneeskunde toe te passen, omdat men zich hierbij beperkt tot de sociale factoren die op de patiënt inwerken. Deze factoren kunnen uitgaan van kleine groepen, van middelgrote structuren en van grote, categoriale verbanden. Het is echter niet het formaat van de sociale verbanden waarin de patiënt leeft, dat beslissend is voor het micro- of macro-karakter van sociaal-geneeskundige verschijnselen. Indien wij uitgaan van de in hoofdstuk 4 onderscheiden niveaus waarop de sociaal-geneeskundige wetenschap kan opereren, dan wordt ons

een veel wezenlijker verschil in schaal en problematiek gedemonstreerd dan wanneer wij alleen van de patiënt uitgaan.

Dit betekent dat m.i. de *micro*-sociaalgeneeskundige sfeer gekarakteriseerd wordt door *micro*-, *meso*- en *macro*-sociologische verschijnselen in hun relatie tot individuele patiënten. In de *meso*-sfeer vinden we de sociaal-geneeskundige problematiek van de organisaties en instellingen van de maatschappelijke gezondheidszorg. In de *macro*-sociaal-geneeskundige sfeer liggen de vraagstukken die zich voordoen met betrekking tot de totaliteit van de gezondheidszorg en tot de nationale gezondheidspolitiek.

In de volgende paragraaf zal deze korte aanduiding nader uitgewerkt worden.

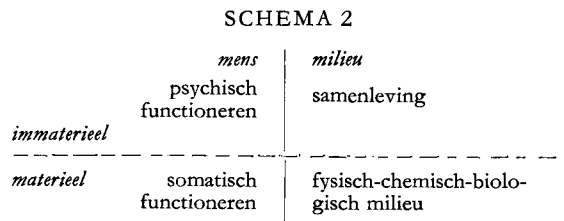
5.3 De vier kwadranten

Zoals ik hierboven reeds vermeldde, heeft Van Leent in zijn bijzonder heldere en belangwekkende dissertatie het *micro-macro*-schema niet alleen toegepast op de sociologie, maar ook op de psychologie. In het psychische *micro-vlak* plaatst hij mentale functies als denken, voorstellen en waarnemen, en motorische functies als elementaire gewoonten en reacties, reflexen en geconditioneerde reflexen. Als *meso*-systemen worden genoemd: attitudes, interesses, vaardigheden, specifieke karaktertrekken, ambitieniveau, e.d. In het psychologische *macro-vlak* onderscheidt hij persoonlijkheid, karakter, temperament, begaafdheid en structuren als Ego en Super-ego. (Het verschil tussen *micro* en *macro* is hier niet een onderscheid tussen klein en groot, maar dat tussen elementaire en samengestelde verschijnselen).

De schrijver past daarna een bijzonder interessante kunstgreep toe door de drie psychologische en de drie sociologische niveaus samen te brengen in één sociaal-psychologisch continuum, waarin het psychologische *macro-niveau* grenst aan het sociologische *micro-niveau* (zie *Schema 1*). Gesteund door een indrukwekkende kennis van de literatuur weet hij vervolgens aan te tonen dat „historisch de sociologie en de psychologie hun academische carrière op de uiterste niveaus van het schema (d.i. de *macro*-sociologie en de *micro*-psychologie) zijn begonnen en dat zij gaandeweg de tussliggende niveaus hebben bezet. Daarmee is ook het verband dat men tussen sociologie en psychologie heeft trachten te leggen in de loop der jaren van karakter veranderd. Terwijl men aanvankelijk

grote sprongen over de *macro-micro*-ladder maakte, waarbij vooral het sociale *micro*- en het individuele *macro-niveau* lange tijd zijn overgeslagen, heeft men later de betekenis van de tussenniveaus ontdekt” (Van Leent 1962).

Men zal zich afvragen, wat dit alles met het sociaal-geneeskundig onderzoek te maken heeft. Dit wordt echter duidelijk als men zich realiseert, dat de gedachtengang van Van Leent ook toegepast kan worden op de verhouding tussen de geneeskunde en de sociale wetenschappen en de leer van de milieuhygiëne. Ik zou dan willen uitgaan van het volgende diagram (zie *Schema 2*) betreffende de mens-in-zijn-milieu.



In dit schema is de grens tussen de individuele mens en zijn milieu aangegeven door een getrokken verticale lijn; *getrokken* omdat individu en „Umwelt” ondanks alle relaties scherp gescheiden zijn en *verticaal* omdat beide naast elkaar staan. De grens tussen het materiële aspect en het immateriële aspect is aangegeven door een gebroken horizontale lijn; *gebroken* omdat hier niet van een scheiding, maar alleen van een onderscheiding sprake is en *horizontaal* omdat het psychisch functioneren slechts mogelijk is op de bodem van het somatisch functioneren en de menselijke samenleving slechts bestaanbaar is op de bodem van een gegeven fysisch-chemisch-biologisch milieu*.

In het volgende diagram (zie *Schema 3*) is het *micro-meso-macro*-schema van Van Leent op elk van de vier sectoren van *Schema 2* toegepast. Het psychosociale continuum heeft nu een fysisch-chemisch-biologische onderbouw gekregen.

De wetenschappen die zich met de *gezonde* mens en het normale milieu bezighouden, zijn de fysiologie (die in *Schema 3* links onder opereert), de psychologie (links boven), de sociologie (rechts boven) en de vele technische en natuurwetenschappen, wier terrein in de sector rechts onder ligt.

* Dit is ook de reden waarom ik het schema van VAN LEENT een kwart slag gedraaid heb.

De wetenschappen betreffende de *niet*-gezonde of in zijn gezondheid bedreigde mens en diens milieu zijn de individuele geneeskunde, de sociale geneeskunde en de leer van de milieuhygiëne.

Men ziet dat de individuele geneeskunde zich voornamelijk beweegt in de linker helft van het schema, te weten de somatische geneeskunde in het kwadrant links onder en in de microsfeer van het stoffelijk milieu, de psychiatrie in het linker bovenkwadrant overgrijpend in de microsfeer van de sociale kwadrant. De milieuhygiëne legt in de eerste plaats verband tussen het somatisch functioneren en de micro-, meso- en macro-elementen van het fysisch-chemisch-biologische milieu. Omdat deze elementen tevens van invloed kunnen zijn op het psychische leven (M u n t e n d a m 1955) en omdat het fysisch-chemische milieu steeds meer van de maatschappelijke ontwikkeling afhankelijk wordt, heeft de milieuhygiëne ook met de beide bovenkwadranten te maken.

Op analoge wijze verbindt de sociaalgeneeskundige wetenschap het rechterbovenkwadrant met de

drie andere. Ik kan nu de zojuist gegeven korte aanduiding van micro-, meso- en macrosociale geneeskunde verder uitwerken aan de hand van *Schema 3*.

In de *micro-sociaalgeneeskundige sfeer* hebben we in de eerste plaats te maken met de wisselwerking tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de *individuele* mens enerzijds en de sociale verbanden waarin hij leeft anderzijds. Voorzover deze wederzijdse beïnvloeding plaats heeft via fysische, chemische of biologische milieu-elementen, dient ook aan het verband tussen maatschappelijke en stoffelijke milieuelementen aandacht gegeven te worden. Omdat de gezondheid van de individuele patiënt door alle mogelijke sociale betrekkingen beïnvloed wordt, beperkt de micro-sociale geneeskunde zich niet tot de invloed van elementaire (microsociologische) relaties en van kleine face to face groepen, maar bestudeert zij ook het verband met grotere (meso- en macrosociologische) structuren. De beperking ligt in het uitgangspunt: de gezondheid van de individuele

SCHEMA 3

micro	meso	macro	micro	meso	macro
denken	attitudes	<i>mens</i> persoonlijkheid	<i>milieu</i> elementaire relaties	wijk	samenleving als geheel
waarnemen	interessen	karakter	kleine groepen (gezin, klas, werkploeg, peloton)	buurt	abstracte groeperingen
voorstellen	sentimenten	temperament		bedrijf	
reflexen	ambitie-niveau	begaafdheid		school	grote structuren (industrie, onderwijs, stijdmacht)
conditionele reflexen		ego		bataljon	
		<i>psychisch</i> <i>functioneren</i>	<i>samenleving</i>		
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>					
cellen	organen orgaan- systemen	<i>somatisch</i> <i>functioneren</i> organisme als geheel	<i>fysisch-chemisch-biologisch</i> <i>milieu</i> kleding voedsel geneesmiddelen woonvertrek werkplaats micro-organis- men	woongebouw woonwijk fabriek schoolgebouw	water bodem lucht ruimte flora fauna

mens. Micro-sociaalgeneeskundige vraagstellingen zijn bijv.: de invloed van de gezinsverhoudingen op de behoefte aan huisartsenhulp; invloed van de structuur van een schoolklas op het schoolverzuim; het verschil in morbiditeit tussen twee compagnieën, twee fabrieksafdelingen of twee woonwijken; invloed van beroep, welstand, leeftijd, enz. op de behoefte aan ziekenhuisopname, enz.

In de *mesosfeer* liggen de sociaalgeneeskundige vraagstukken die samenhangen met de praktijkvoering en met de wijze van functioneren van organisaties, diensten en instellingen voor gezondheidszorg. Het aan zijn doel beantwoorden van de gezondheidszorg staat hier centraal. Indien het geven van curatieve of preventieve zorg aan een groep als totaliteit tot deze doelstelling behoort, dan brengt dat met zich mee dat de gezondheidsvraagstukken van deze collectiviteit ook in deze sfeer thuisbehoren. Voorzover de betrokken instellingen hun zorg richten op de hygiëne en de veiligheid van het milieu, komen fysische, chemische of biologische milieu-elementen binnen de gezichtskring van de sociale geneeskunde in deze sfeer.

Meso-sociaalgeneeskundige problemen zijn bijv.: de samenstelling van de staf van een M.O.B.; het organiseren van een periodiek te herhalen operationeel onderzoek naar de wijze waarop een consultatiebureau aan zijn doel beantwoordt; de werkwijze van een entgemeenschap; de organisatie van het „home team”; de hygiëne op een school; de veiligheid in een bedrijf.

In de sfeer van de *macro*-sociale geneeskunde hebben we te maken met de sociale achtergronden van volksgezondheidsvraagstukken en met de maatschappelijke implicaties van maatregelen op nationale schaal ter bevordering van de gezondheidszorg en ter beveiliging van het milieu. Macro-sociaalgeneeskundige problemen zijn bijv. de organisatievorm van de tuberculosebestrijding; de herziening van de Warenwet; het vraagstuk van de luchtverontreiniging; de regeling van het ziekenfondswezen.

Deze wijze van onderscheid maken tussen micro-, meso- en macro-sociaalgeneeskundige verschijnselen brengt m.i. wezenlijke verschillen aan het licht. Ook hier is het zo dat schaalverschillen kwalitatieve veranderingen met zich meebrengen (Van Doorn 1960). Elk niveau vraagt om een andere optiek, een andere aanpak, een andere wijze van sociaalgeneeskundig denken. De volgende

voorbeelden, die telkens binnen een bepaald kader van de gezondheidszorg gekozen zijn, kunnen dit wellicht nog beter duidelijk maken. Hierbij is met opzet getracht voor het micro-sociaalgeneeskundig niveau ook telkens een voorbeeld te vinden van verband tussen gezondheid en meso- of macro-sociologische factoren.

Schoolgezondheidszorg

Micro-sociaalgeneeskundige vragen: Heeft het, gezien het beroep van haar vader en het ontwikkelingspeil van haar ouders, enige zin Annie naar het M.O.B. te verwijzen? Heeft de welstand invloed op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van schoolkinderen?

Meso-sociaalgeneeskundige vragen: zal in de 3de klassen gewoon periodiek onderzoek dan wel gericht onderzoek op indicatie gedaan worden? Moet er voor de dienst een schoolverpleegster of een administratieve kracht aangesteld worden?

Macro-sociaalgeneeskundige vragen: Moet de schoolgezondheidszorg wettelijk geregeld worden? Moet de schoolpsychologie in de schoolgezondheidszorg geïntegreerd worden?

Verzekeringsgeneeskunde

Micro-sociaalgeneeskundige vragen: Kan Van IJzeren die machine-bankwerker is en die een voetoperatie ondergaan heeft, al weer aan het werk? Wat zijn de meest voorkomende fracturen in de landbouw?

Meso-sociaalgeneeskundige vragen: Hoeveel controlerende artsen zijn in een bepaald rayon nodig? Wat is de reden dat de huisarts Verwijs drie maal zoveel patiënten naar de specialist stuurt als zijn collega's?

Macro-sociaalgeneeskundige vragen: Moet de controle door full-time verzekeringsgeneeskundigen gebeuren of door huisartsen die part-time als controle-arts optreden? Hoe moet het samenspel tussen de controlerend artsen voor de Z.W. en de verzekeringsgeneeskundigen voor de W.A.O. geregeld worden?

Curatieve zorg

Micro-sociaalgeneeskundige vragen: Moet het debiele dochtertje van het gezin Patsers wel of niet naar een inrichting? Zijn kinderen van ongetrouwde moeders vaker ziek?

Meso-sociaalgeneeskundige vragen: Zal ik als huisarts zelf c.b. houden voor de zuigelingen in mijn praktijk of zal ik dit in het wijkgebouw van het Groene Kruis doen, samen met de wijkverpleegster? Hoe moet de organisatorische structuur zijn van het uitvoerend apparaat van een provinciale kruisvereniging?

Macro-sociaalgeneeskundige vragen: Moet de wet van 1865 herzien worden? Moet de behandeling van slachtoffers van verkeersongevallen in speciale traumatologische afdelingen geconcentreerd worden?

5.4 Consequenties voor het onderzoek

Tot nu toe heeft het sociaalgeneeskundig onderzoek in ons land zich vrijwel beperkt tot de micro-sociale geneeskunde. Objectieve bestudering van de sociologische, economische, juridische of organisatorische aspecten van de organisaties, diensten en instellingen voor gezondheidszorg heeft nog slechts sporadisch plaats gehad, waarbij de „Amsterdamse school” met ere genoemd moet worden (Querido 1963). Wel beginnen de organisatorische aspecten van het ziekenhuiswezen en de huisartsenpraktijk meer aandacht te krijgen. Maar de sociaalgeneeskundige benadering van volksgezondheidsvraagstukken in de macrosfeer heeft in de regel nog altijd meer een politiek dan een wetenschappelijk karakter.

Maar ook binnen de microsociale geneeskunde, die de wisselwerking bestudeert tussen de gezondheid van de individuele patiënt en zijn leven-inmaatschappijverband vinden wij een soortgelijke ontwikkeling en soortgelijke sprongen als Van Leent bij de sociale psychologie constateerde.

De meeste sociaalgeneeskundige onderzoeken hebben betrekking op het verband tussen gezondheid en het behoren tot categoriale (macro)groepen (sexe, beroep, welstandsklasse). Omdat daarbij de sociologische meso- en de micro-sferen worden overgesprongen, weet men in vele gevallen uit de statistische correlaties geen conclusies te trekken over de aard van het verband. Wat hebben wij bijv. er aan te weten dat de sterfte aan „cerebrovasculair accidents” het hoogst is onder „divorcees” en het laagst onder gehuwden, indien niet onderzocht wordt welke tussenschakels in de micro-sociale en macro-psychische sfeer voor dit verband verantwoordelijk zijn?

Over de relatie tussen de gezondheid van de mensen en microsociologische elementen in gezin

of arbeidsmilieu heeft men zich eigenlijk pas sinds de laatste oorlog bekommerd. Vooral de psychosomatiek heeft de belangstelling voor deze invloeden gestimuleerd. De dissertatie van Ter Bals (1955), het grote onderzoek van Querido (1955), de Leidse driehoekbesprekingen (Veeneklaas e.a., 1960) en het recente proefschrift van Brenkman (1963) mogen hier als voorbeelden gelden. Het is overigens bij een socioloog als Milikowski opvallend hoe hij telkens van de micro-sociologische verschijnselen die hij in het milieu van de onderzochte patiëntjes constateert, de sprong neemt naar verklaringen in het macro-sociologische veld (Veeneklaas e.a. 1960).

Uit deze opmerkingen vloeit vanzelf een toekomstprogramma voor de sociale geneeskunde-als-wetenschap voort.

Het onderzoek zou zich in de eerste plaats meer moeten richten op het wetenschappelijk doorlichten van de sociaalgeneeskundige vraagstukken van de organisaties en instellingen voor gezondheidszorg en op de nationale gezondheidsvraagstukken.

Binnen de micro-sociale geneeskunde zou meer aandacht gegeven moeten worden aan de onderlinge samenhang tussen de micro-, meso- en macrosociologische factoren die de gezondheid van de patiënt raken. Hoe vaak gebeurt het niet dat correlaties tussen het vóórkomen van bepaalde afwijkingen en allerlei macrosociale kenmerken (welstand, beroepsgroep, enz.) vastgesteld worden, zonder dat men hieruit conclusies kan trekken omtrent de aard van het verband tussen het een en het ander. Dit komt ten dele omdat men bij sociaalgeneeskundige onderzoeken te weinig uitgaat van een werkhypothese die getoetst kan worden. In plaats van een sociaalgeneeskundig model te ontwerpen, waarvan de overeenkomst met de werkelijkheid nagegaan kan worden, verzamelt men dikwijls een groot aantal gegevens in de hoop dat er iets uit zal komen. Een andere tekortkoming is, dat, als correlaties met macrofactoren zijn vastgesteld, nagelaten wordt in een vervolgonderzoek de strik nauwer aan te halen en na te gaan of er tussenschakels in de meso- en de microsociologische sfeer of in het fysisch-chemisch-biologische milieu zijn waardoor de macrofactor op de gezondheid kan aangrijpen. De verschijnselen in de verschillende sferen hangen immers met elkaar samen: de arbeidsploeg maakt deel uit van het bedrijf, het bedrijf is op zijn beurt een onder-

deel van de industriële sector. Het *Schema 3* geeft reeds een soort van algemeen model aan de hand waarvan men werkhypothese kan opstellen voor verschillende mechanismen waarlangs sociale verschijnselen de psychische en de lichamelijke gezondheid van de mens kunnen beïnvloeden — ten goede en ten kwade.

Gaarne onderstreep ik in dit verband de waar-schuwing van Van Leent, dat het micro-macro-schema niet meer dan een hulpmiddel is. Het is geen doel in zichzelf en men mag over de grenzen tussen de sferen van mening verschillen. Dit is niet belangrijk. Wel is belangrijk, dat het schema het begrip voor de plaats en de problematiek van de sociale geneeskunde kan verdiepen en dat het ons een visueel beeld kan geven van de vele terreinen die nog op ontginning wachten. Hierbij dient nog in aanmerking genomen te worden dat ter wille van de overzichtelijkheid in dit hoofdstuk de sociale wetenschappen beperkt zijn tot de sociologie. Zoals ik in hoofdstuk 4 heb betoogd, heeft de sociaalgeneeskundige wetenschap echter ook met de economie, de rechtswetenschap, de bestuurswetenschappen, enz. te maken!

5.5 Geen micro en macro in de gezondheidszorg!

Tot dusverre is er in dit hoofdstuk met opzet slechts gesproken over de betekenis van het micro-macro-schema voor het wetenschappelijk onderzoek. De wetenschap moet nu eenmaal uit de werkelijkheid de voor haar toegankelijke problemen isoleren en deze op zichzelf bestuderen. Met de geneeskunde en de gezondheidszorg is dat anders. Daar heeft men steeds met meer facetten te maken dan door één wetenschap belicht kunnen worden.

De huisarts heeft in zijn werk in de eerste plaats te maken met micro-sociaalgeneeskundige aspecten van gezondheid, ziekte en geneeskunde, maar daarnaast moet hij zijn eigen praktijkvoering regelen en komt hij in aanraking met de instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg. De volksgezondheidspolitiek, het ziekenfondswezen, de sociale

verzekering: zij hebben alle hun invloed op het werk van de huisarts. Hij mag daarom niet blind zijn voor meso- en macro-sociaalgeneeskundige vraagstukken. Hetzelfde geldt voor de specialist.

De schoolarts, de bedrijfsarts en de verzekeringsgeneeskundige hebben zowel te maken met de micro-sociaalgeneeskundige aspecten van de individuele personen waarmee zij als arts in aanraking komen als met de meso-sociaalgeneeskundige vragen die de school, het bedrijf, de bedrijfsvereniging of het ziekenfonds betreffen.

De artsen voor gezondheidsbeleid worden voornamelijk geconfronteerd met macro-sociaalgeneeskundige vraagstukken, maar om deze goed te kunnen oplossen, moeten zij ook de relevante meso- en microproblematiek kennen.

In de persoonlijke en de maatschappelijke gezondheidszorg is het dus zaak, dat men zich in zijn werk los kan maken van het onderscheid in micro- en macro-gezichtspunten, ook al zal de sociaalgeneeskundige problematiek in iedere functie voornamelijk op een bepaald niveau geconcentreerd zijn. Het lijkt mij daarom onjuist en gevaarlijk de huisarts een micro-sociaalgeneeskundige te noemen, de bedrijfsarts een meso-sociaalgeneeskundige en de hoofdinspecteur een macro-sociaalgeneeskundige.

Het „specialisme” van de huisarts moet m.i. hierdoor gekenmerkt zijn dat het in principe verschijnselen in *alle* vier de kwadranten en, binnen elke kwadrant, in *alle* drie de sferen betreft bij de diagnostiek, de preventie en de behandeling. Het zwaartepunt zal hierbij in de omgeving van het centrum van *Schema 3* liggen: in de macro-sferen van het lichamenlijk en psychisch functioneren en in de micro-sferen van de beide milieu's. Vanuit dat zwaartepunt kan de huisarts meer of minder incidenteel de verschijnselen in de periferie van de kwadranten in zijn werk betrekken.

Als de huisarts deze centrumpositie werkelijk zal weten te bezetten, zal hij de stelling waar kunnen maken, dat hij de spil is waar de gezondheidszorg om draait.

HOOFDSTUK 6

HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS IN DE SOCIALE GENEESKUNDE, DE HYGIENE EN DE GEZONDHEIDSZORG

Wij hebben in hoofdstuk 2 onderscheid gemaakt tussen gezondheidszorg en sociale geneeskunde. De gezondheidszorg omvat de praktijkvormen, de organisaties, de instellingen, de outillage, de bemanning en de activiteiten van het ingewikkelde apparaat dat gericht is op het bevorderen, behouden, beschermen en herstellen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de mensen. Hierbij zijn behalve de medici ook tal van andere professies betrokken: farmaceuten, dierenartsen, verplegenden, paramedici, psychologen, sociologen, maatschappelijk werkenden, juristen, gezondheidstechnici, enz. Wij hebben de gezondheidszorg verder onderscheiden in de persoonlijke gezondheidszorg (vrij gevestigd) en de maatschappelijke gezondheidszorg (public health).

De sociale geneeskunde als vak heeft een beperkter karakter. In de eerste plaats kunnen alleen artsen sociaal-geneeskundigen zijn. In de tweede plaats omvat de sociale geneeskunde als vak een aantal omschreven medische functies, die, zoals wij in hoofdstuk 3 gezien hebben, dit gemeen hebben dat de sociaal-geneeskundigen beroepshalve hun medische kennis en ervaringen ten dienste stellen van de samenleving, sociale groeperingen of maatschappelijke structuren en wel via openbare of particuliere bestuursorganen.

De sociaal-geneeskundige wetenschap hebben wij in hoofdstuk 4 gedefinieerd als de wetenschappelijke benadering van de relaties tussen gezondheid, ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg enerzijds en de samenleving, maatschappelijke groepen, structuren en krachten anderzijds. Hieruit vloeit voort het geven van regels en aanwijzingen, hoe van sociale verschijnselen en technieken gebruik gemaakt kan worden om zo goed mogelijk te voldoen aan de behoefte die individuen, groepen, structuren en de samenleving als geheel hebben aan de deskundigheid van de arts.

De leer van de milieu-hygiëne ten slotte is omschreven als de wetenschappelijke benadering van de relaties tussen gezondheid en ziekte enerzijds en de fysische, chemische en (micro) biologische milieufactoren anderzijds (inclusief water, voedsel, bodem, lucht, huisvesting, enz.).

De vraag is nu wat hiervan in het *universitaire*

onderwijs voor medische studenten een plaats moet vinden en hoe dit verwerkelijk zou kunnen worden.

Aan de sociaal-geneeskundige wetenschap op micro-, meso- en macroniveau dient m.i. hier een belangrijke plaats ingeruimd te worden, omdat hierdoor de studenten op hun toekomstige taakuitoefening kunnen worden voorbereid. Voortbouwend op hetgeen de student in zijn praeklinische jaren aan psychologische en sociologische grondbeginselen bijgebracht zou moeten zijn, dient hij, zodra hij met patiënten in aanraking komt, deze te leren zien als psychosomatische eenheden, levend in maatschappij-verband. De micro-relaties staan hierbij dus op de voorgrond. In de laatste jaren van zijn opleiding moet de student leren dat niet alleen de patiënt in een maatschappij leeft, maar dat ook de individuele geneeskunde in een sociale structuur is ingebed en dat een groot deel van de geneeskundige arbeid tegenwoordig in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg wordt uitgevoerd. Dan moet de student dus in aanraking gebracht worden met de organisatievorm en de wijze van functioneren van de gezondheidszorg en met sociaal-geneeskundige vraagstukken op meso- en macroniveau.

Het lijkt mij duidelijk dat sociale geneeskunde en gezondheidszorg in de leerstof voor medische studenten zo verweven moeten zijn, dat beide vakken door één hoogleraar gegeven moeten worden. Het is echter tevens zonneklaar dat deze hoogleraar in de sociale geneeskunde en de gezondheidszorg dit terrein onmogelijk alleen kan overzien. Hij zal dus voor die terreinen, waar hij zelf minder deskundig is, over medewerkers moeten beschikken. Volgens art. 68 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs is het thans mogelijk voor bepaalde terreinen een tweede hoogleraar aan te stellen, die zijn onderwijs inricht in overleg met de eerste hoogleraar.

Bij een verdeling van het totale arbeidsveld over twee leerstoelen kan men verschillende kanten uit. Denkbaar is een verdeling in somatische en psychiatrische gezondheidszorg. Ook zou men de micro-sociaal-geneeskundige vraagstukken aan de één, de meso- en macro-sociaal-geneeskundige vraagstukken aan de ander kunnen toewijzen. Het komt mij echter voor dat men het vruchtbaarst kan werken

door aansluiting te zoeken bij de bestaande indeling in persoonlijke en maatschappelijke gezondheidszorg.

De ene hoogleraar zou zich dan kunnen bezighouden met de *persoonlijke* gezondheidszorg en met de sociaalgeneeskundige problemen die daarmee samenhangen. Dit zijn wel in de eerste plaats de micro-sociaalgeneeskundige vraagstukken die met ziekte en gezondheid en geneeskunde samenhangen, maar daarnaast zouden de meso- en macro-sociaalgeneeskundige aspecten van de persoonlijke gezondheidszorg (praktijkuitvoering, informele en wettelijke regelingen, enz.) niet verwaarloosd mogen worden. De betrokken hoogleraar zou nauw met klinieken en huisartsenpraktijken moeten samenwerken, zowel wat onderzoek als wat onderwijs betreft.

In verband met de plannen te Utrecht en Leiden voor speciale leerstoelen voor micro-sociale geneeskunde (H u y g e n 1962), zou ik nog het volgende willen opmerken. Indien men een aparte hoogleraar aanstelt voor de persoonlijke gezondheidszorg en de daarbij passende sociaalgeneeskundige problematiek, dan behoort de huisartsgeneeskunde tot zijn arbeidsveld. Het lijkt mij echter onjuist, als deze hoogleraar en zijn staf zich alléén met de huisartsenproblematiek zouden bezig houden. De sociale problematiek van de ziekenhuispatiënt en het medisch-maatschappelijk werk in en buiten het ziekenhuis zouden toch zeker ook tot zijn arbeids-terrein moeten behoren. Hij zou de studenten bij hun contacten met patiënten kunnen begeleiden en de klinische demonstraties kunnen aanvullen met sociaalgeneeskundige besprekingen over dezelfde patiënten. Hij zou in het academisch ziekenhuis en in huisartsenpraktijken katamnestiche onderzoekingen kunnen laten verrichten om te trachten een beeld te krijgen van de efficiency van de gegeven zorg. Daarnaast kan hij experimenteren met medisch-maatschappelijk werk in het kader van een home-team, met de organisatie van periodiek-geneeskundig onderzoek in huisartsenpraktijken, met de structurele aspecten van de praktijkvoering, e.d. Wat de specialistische geneeskunde betreft, hier zou hij zijn aandacht kunnen geven aan de problemen van het teamwork met andere specialisten en met niet-medici die zich voordoen in de revalidatie, bij de behandeling van astmatische ziekten, in de geestelijke gezondheidszorg, etc.

Al deze werkzaamheden zouden het de hoog-

leraar met zijn staf niet moeilijk maken, de studenten in te voeren in al wat de persoonlijke gezondheidszorg méér omvat dan individuele geneeskunde.

De tweede hoogleraar zou belast kunnen worden met het onderwijs in de *maatschappelijke* gezondheidszorg (zowel de „somatische” als de geestelijke) en de daarbij passende sociaalgeneeskundige problemen. Deze hoogleraar zou nauwe relaties met kruisverenigingen, bedrijfsgeneeskundige diensten, diensten voor schoolgezondheidszorg, medische diensten van uitvoeringsorganen van de sociale verzekering en met artsen voor gezondheidsbeleid moeten hebben, eveneens zowel met het oog op de research als op het onderwijs.

Deze hoogleraar zal zich bezig houden met de organisatorische structuur en de wijze van functioneren van de „public health” en speciaal met de plaats en de werkwijze van de sociaalgeneeskundige. Ik kan wat de organisatorische problematiek betreft volstaan met te verwijzen naar de bijzonder instructieve inleiding die H o l l a n d e r (1963) onlangs voor de algemene vergadering van de A.N.V.v.S.G. heeft gehouden. Door zelf zitting te nemen, als hem daartoe de gelegenheid geboden wordt, in de besturen van organisaties, diensten en instellingen, kan de hoogleraar de bestuurlijke problematiek „participerend meebeleven”. Hij kan stimuleren tot en leiding geven aan sociaalgeneeskundige onderzoekingen in instellingen voor lichamelijke of geestelijke gezondheidszorg. Speciale aandacht verdient hierbij het experimenteren met „operational research”, om na te gaan in hoeverre een instelling of dienst aan het gestelde doel beantwoordt. Een ander probleem is dat van de verbetering van de coördinatie van de verschillende autonome organisaties en instellingen terwille van de continuïteit van de behandeling van de patiënt. Binnen de instellingen en diensten doet zich het probleem voor van de samenwerking — al of niet in teamverband — van artsen met andere academici en met functionarissen van lager opleidingsniveau.

Als de hoogleraar op deze wijze bij allerlei takken van de maatschappelijke gezondheidszorg betrokken is, heeft hij in zijn onderwijs aan de medische studenten niet te volstaan met de descriptieve behandeling van de maatschappelijke gezondheidszorg. Door de bijzonder weinig overzichtelijke structuur (dit is eigenlijk een eufemisme voor structuurloosheid!) van de maatschappelijke

gezondheidszorg in Nederland als totaliteit is dit voor studenten een weinig boeiend onderwerp. Door hen in de problematiek in te voeren en hen begrip bij te brengen voor de wijze waarop de gezondheidszorg functioneert en de taak van de sociaalgeneeskundige gestructureerd zou moeten worden, zal wellicht bereikt kunnen worden dat de studenten er anders tegenover gaan staan.

Ook deze hoogleraar zal medewerkers moeten hebben. De beste taakverdeling tussen hen zal van allerlei omstandigheden afhangen, waaronder in de eerste plaats van de vraag of het betrokken instituut opleidt tot bepaalde sociaalgeneeskundige functies. Een hoogleraar die door de Stichting tot Opleiding in de Sociale Geneeskunde erkend zou worden als opleider bijv. tot schoolarts, zal een hoofdassistent moeten hebben die zelf grote ervaring heeft van de jeugdgezondheidszorg en die aan dit postgraduate onderwijs leiding kan geven.

De twee hoogleraren zouden in een gezamenlijke staf eventueel een socioloog, een organisatiedeskundige en een statisticus, al of niet part-time, kunnen opnemen. Met een dergelijke bezetting zouden zij hun drievoudige taak: het geven van onderwijs aan studenten, het opleiden van assistenten en het leiden van het wetenschappelijk onderzoek op de meest verantwoorde wijze kunnen uitvoeren.

Het spreekt vanzelf dat hier, in aansluiting aan de beschouwingen in de vorige hoofdstukken, een min of meer ideaal-typisch beeld van een instituut voor sociale geneeskunde is geschetst. In hoeverre realisatie hiervan mogelijk is, hangt uiteraard van tal van factoren (waaronder financiële!) af. Men zal echter een heel eind kunnen komen met het aantrekken van part-time docenten voor bepaalde onderwerpen en van consultants voor vakken als sociologie, sociale psychologie, statistiek, enz. Geregelde stafbesprekingen zijn dan echter noodzakelijk om het verband niet te laten desintegreren.

Behalve over de sociaalgeneeskundige vraagstukken en over de gezondheidszorg zullen de medische studenten voldoende theoretische en praktische kennis moeten opdoen over de invloed die fysische, chemische en (micro) biologische milieu-factoren op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de hedendaagse mens hebben en over de middelen die ten dienste staan om de gezondheid van de bevolking in dit opzicht zoveel mogelijk te beschermen.

Dit is het arbeidsveld van de hoogleraar in de *hygiëne van het milieu*. Deze zou in de praeklinische jaren onderwijs kunnen geven over de wijze waarop fysieke en chemische milieufactoren en micro-organismen het lichamen functioneren van de mens beïnvloeden. In de latere jaren zou het verband tussen gezondheid en voeding, huisvesting, microklimaat, e.d. behandeld kunnen worden. Vooral bij deze laatste onderwerpen is aansluiting aan het sociaalgeneeskundig onderwijs nodig, omdat deze milieu-elementen nu eenmaal sterk onder invloed staan van de maatschappelijke ontwikkeling en omdat de maatregelen om het milieu te beschermen ten dele binnen de maatschappelijke gezondheidszorg vallen.

Ook hier is het totale arbeidsveld zo groot en gedifferentieerd, dat de hoogleraar in de hygiëne medewerkers voor speciale onderdelen, zoals de voeding, de toxicologie, e.d. nodig zal hebben.

Het instituut voor sociale geneeskunde en het hygiënisch laboratorium zouden bij voorkeur in één gebouw gehuisvest moeten zijn, opdat er een intensieve samenwerking mogelijk is tussen de betrokken hoogleraren en hun respectievelijke staven. Gecoördineerd en vooral geïntegreerd onderwijs is pas mogelijk indien er goede persoonlijke betrekkingen tussen de verschillende docenten bestaan. Wat het geïntegreerd onderwijs betreft zou men zich kunnen richten naar systemen als reeds in sommige medical schools in de Verenigde Staten worden toegepast (D o e l e m a n 1957). Maar ook met oog op eventuele post-universitaire opleidingen voor bepaalde takken van sociale geneeskunde (bijv. bedrijfsgeneeskunde) zou een dergelijk gecombineerd universitair *instituut voor gezondheidszorg en medische ecologie* een grondvlak kunnen scheppen, dat èn wetenschap èn door zijn verbindingen met de maatschappij wellicht voldoende draagkracht en voldoende breedheid heeft om te kunnen voldoen aan de eisen die de Stichting tot opleiding in de Sociale Geneeskunde ten aanzien van B-opleidingen stelt. Zouden deze opleidingen uitgroeien tot „Schools of Public Health” waar niet alleen artsen maar ook anderen op functies in de maatschappelijke gezondheidszorg voorbereid worden, dan zou een dergelijk instituut een der belangrijkste constituerende elementen kunnen vormen van een (para-universitaire) Academie voor Maatschappelijke Gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 7

DOELSTELLING EN ORGANISATIEVORM VAN DE A.N.V.v.S.G.

7.1 De naam

De Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde is in 1930 voortgekomen uit een fusie van de vereniging van schoolartsen en de vereniging van gemeenteartsen. Sinds de oprichtingsdatum luiden de doelstellingen volgens de Statuten (art. 3) als volgt:

- a het bevorderen van de algemene belangen, de studie en de ontwikkeling van de sociale geneeskunde in de ruimste zin
- b het bevorderen van de belangen der geneeskundigen, werkzaam op het sub a genoemde gebied
- c het samenwerken met andere organisaties, die een soortgelijk doel nastreven.

In de statuten wordt niet nader omschreven wat onder „sociale geneeskunde in de ruimste zin” verstaan moet worden. Met de onder b genoemde geneeskundigen zijn echter kennelijk de schoolartsen en gemeenteartsen bedoeld, die destijds met de medische adviseurs van de R.V.B. de eerste sociaalgeneeskundigen waren.

Loopt men de jaargangen van het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde door, dan blijkt al spoedig dat men daarin betrekkelijk weinig publikaties aantreft over de invloed van levenswijze, arbeidsituatie en andere maatschappelijke omstandigheden op ziekte en gezondheid, en dat verslagen van wetenschappelijke onderzoeken over de sociaal-geneeskundige problematiek van organisaties, diensten of instellingen voor gezondheidszorg zeer zeldzaam zijn. De vraagstukken, waarvoor men zich in de kringen der sociaalgeneeskundigen steeds geïnteresseerd heeft, betreffen vooral de praktische uitoefening van de kinderhygiëne, de schoolgeneeskunde, de verzekeringsgeneeskunde, de bedrijfs-geneeskunde en de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen. Dit wil zeggen dat de belangstelling voornamelijk is uitgegaan naar de sociale geneeskunde als vak en naar de maatschappelijke gezondheidszorg.

Gaan wij vervolgens na, welke secties de Vereniging momenteel kent, dan zien wij dat er voor de twee erkende „takken” (schoolgeneeskunde en bedrijfs-geneeskunde) eigen secties-verenigingen bestaan. De verzekeringsgeneeskundigen zijn verdeeld over twee secties, waarvan één de status van vereniging heeft. Dan is er een sectie revalidatie, die

niet alleen provinciale artsen voor revalidatie omvat, maar ook klinische revalidatieartsen die wel erkend zijn als medisch specialist, maar niet voldoen aan de in hoofdstuk 3 ontwikkelde operationele definitie van een sociaal-geneeskundige. Ten slotte is er de sectie epidemiologie en milieuhygiëne. De belangstellingssfeer van deze sectie ligt in beginsel naast die van de sociale geneeskunde, maar het door haar bestreken terrein is voor de gezondheidszorg van het grootste belang. Bovendien zijn een epidemioloog van een G.G. en G.D. en een arts die beroepshalve aan particuliere of openbare bestuursorganen advies uitbrengt over de beveiliging van het fysisch-chemisch-biologisch milieu, zonder twijfel als sociaal-geneeskundigen te beschouwen.

Verder zijn tientallen huisartsen lid van de Vereniging. Voor hen bestaat geen speciale sectie.

Het lijkt mij onjuist de taak van de Vereniging te beperken tot het bevorderen van de sociaal-geneeskundige wetenschap en van de erkende en nog te erkennen takken van sociale geneeskunde. Integendeel, ik vind het een gelukkige omstandigheid dat er in de Vereniging ruimte is voor anderen dan alleen sociaal-geneeskundigen. Ik zou dit echter in de naam tot uitdrukking willen laten komen en de Vereniging willen noemen:

Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, Hygiëne en Gezondheidszorg.

De keuze van een zo ruime formulering van de werkingssfeer heeft echter belangrijke implicaties voor de concrete doelstellingen en voor de toelating tot het lidmaatschap.

7.2 De doelstellingen

Het voordeel van de nieuwe naam is, dat duidelijker aangegeven kan worden voor wie en voor wat de Vereniging bedoeld is.

In de statuten zou in de eerste plaats vastgelegd moeten worden, wat met „sociale geneeskunde, hygiëne en gezondheidszorg” bedoeld wordt.

De *doelstelling* zou ik als volgt willen omschrijven:

- a het bevorderen van de studie en de verdere ontwikkeling van de sociale geneeskunde, de hygiëne en de gezondheidszorg

- b het bevorderen dat allen die beroepshalve in de gezondheidszorg werkzaam zijn, hun maatschappelijke functie zo goed mogelijk kunnen vervullen
- c het verbreiden van kennis over sociale geneeskunde, hygiëne en gezondheidszorg, speciaal ten behoeve van personen en organen die bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg.

Het komt mij voor dat dit een scherpere definitie is dan de thans geldende, waarin immers niet duidelijk is wat de „algemene belangen” van de sociale geneeskunde zijn, noch wat „sociale geneeskunde in de ruimste zin” is. Het huidige art. 3 noemt sub b het bevorderen van de belangen der sociaalgeneeskundigen. Dit is echter een taak die, voorzover het de materiële belangen betreft, gevoelig aan de L.A.D. overgelaten kan worden. Het behartigen van de materiële belangen van de anderen, die in de maatschappelijke gezondheidszorg werkzaam zijn, kan eveneens beter aan hun beroepsorganisaties overgelaten worden. De positie van de A.N.V. als wetenschappelijke vereniging is sterker als zij zich uitdrukkelijk tot de bevordering van wetenschappelijke belangen en tot de verbetering van de beroepsuitoefening beperkt.

Dat sub b gesproken wordt van het „vervullen van een maatschappelijke functie” heeft deze betekenis, dat het zuiver medisch functioneren als zodanig niet primair tot de interessesfeer van de Vereniging behoort. Voor de gezondheidszorg gaat het erom, hoe men in het maatschappelijk leven zijn deskundigheid hanteert.

De thans onder artikel 3 sub c genoemde doelstelling (samenwerking met soortgelijke organisaties) is m.i. geen doel op zichzelf, maar een middel dat zo vanzelfsprekend is dat het niet expliciet genoemd behoeft te worden.

7.3 Het lidmaatschap

Van groot gewicht is de vraag, voor wie de Vereniging open dient te staan. In overeenstemming met de naam en de doelstelling zouden voor het gewone lidmaatschap van de Vereniging in aanmerking dienen te komen:

allen die beroepshalve werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

Thans is het zo, dat als gewone leden alleen artsen kunnen worden aangenomen. Art. 7 van de

huidige statuten legt dit op een bijzonder ontwikkelde manier vast:

„Als gewone leden kunnen worden aangenomen alle bezitters van het Nederlandse artsdiploma of daarmee gelijkgestelde diploma's, die in overheidsdienst of in particuliere dienst of zelfstandig, uitsluitend of ten dele werkzaam zijn op het gebied der sociale geneeskunde of daarvoor belangstelling hebben”.

Uit deze omschrijving blijkt dat men zich in hoofdzaak heeft willen richten op medici in de maatschappelijke gezondheidszorg zonder andere artsen uit te sluiten. De door mij voorgestelde redactie is veel eenvoudiger. De groep van hen die beroepshalve in de gezondheidszorg werkzaam zijn omvat niet alleen de sociaalgeneeskundigen, maar ook huisartsen, klinische revalidatieartsen en andere specialisten. De toevoeging „beroepshalve” is aangebracht om hen die bijv. alleen als bestuurslid bij de gezondheidszorg zijn betrokken, uit te sluiten van het gewoon lidmaatschap van de Vereniging.

Zeer belangrijk is, dat volgens de nieuwe redactie ook niet-medici tot het gewoon lidmaatschap worden toegelaten. Ik meen dat de gezondheidszorg (en met name de maatschappelijke gezondheidszorg) heden ten dage niet meer als een zuiver medische zaak gezien mag worden. Ook die juristen, economen, technici, psychologen, sociologen en andere academici, die beroepshalve werkzaam zijn in de maatschappelijke gezondheidszorg, moeten op voet van gelijkheid met de medici tot de Vereniging toegang hebben, zoals dit ook het geval is met de Royal Society of Health en de American Public Health Association. (Het is vooral de laatste organisatie waarmee ik onze Vereniging zou willen vergelijken.) Men kan van mening verschillen over de vraag, of het zin heeft verpleegsters, medisch-maatschappelijk werksters, paramedici en andere middelbare krachten toe te laten (persoonlijk zou ik daar wel voor willen pleiten), maar het lijkt mij niet te verdedigen om nog langer aan academici die in de maatschappelijke gezondheidszorg werkzaam zijn en op het lidmaatschap prijs stellen, het recht op medeverantwoordelijkheid voor het beleid van de Vereniging te ontzeggen, omdat zij geen arts zijn. Aan hen, die bevreesd zijn dat hierdoor de mogelijkheid geopend wordt dat niet-medici in de Vereniging de overhand zouden krijgen, kan geantwoord worden, dat zuiver

numeriek hierop weinig kans bestaat. Bovendien kan desgewenst in de statuten vastgelegd worden, dat de meerderheid van het bestuur uit artsen moet bestaan.

7.4 De middelen

Wat de middelen betreft waarmee de Vereniging haar doel dient te bereiken, het volgende.

Het bevorderen van de studie en de verdere ontwikkeling van de sociaalgeneeskundige wetenschap en de hygiëne zal kunnen gebeuren door het stimuleren van het speurwerk op micro-, meso- en macroniveau van deze terreinen, door het laten houden van voordrachten door deskundigen en door het publiceren van resultaten van onderzoeken in het Tijdschrift.

De doelstelling ten aanzien van het bevorderen van de gezondheidszorg zou langs de volgende wegen te bereiken zijn:

1 Door het bijeenbrengen van kennis en ervaring omtrent de wijze waarop deskundigen en rechts-personen het best aan de behoeften van de bevolking aan gezondheidszorg tegemoet kunnen komen, omtrent de meest doeltreffende wijze om werkzaamheden, taken en functies te verdelen en omtrent de meest bevredigende wijze waarop deze werkzaamheden verricht, deze taken uitgevoerd en deze functies vervuld kunnen worden.

De Vereniging kan dit trachten te doen door het instellen van commissies van deskundigen, door het laten samenstellen van rapporten, door het laten houden van voordrachten, etc.

2 Door te stimuleren dat de aanwezige kennis en ervaring zoveel mogelijk ter beschikking komen van de deskundigen die op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn.

Zij kan dit doen door te bevorderen dat adequate opleidingsmogelijkheden tot stand komen en gebruikt worden, door het in stand houden van een tijdschrift, door het publiceren van rapporten, door het houden van wetenschappelijke vergaderingen, etc.

3 Door de aanwezige kennis en ervaring, voorzover van belang, eveneens ter beschikking te stellen van de personen en bestuursorganen die verantwoordelijk zijn voor voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg en voor de gezondheidszorg als geheel.

Zij kan dit doen door het organiseren van vergaderingen en congressen en door het uitbrengen van rapporten of adviezen, zowel rechtstreeks als

door middel van haar vertegenwoordigers in lichamen als de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid en besturen van particuliere organisaties.

Het Tijdschrift (bij voorkeur te noemen: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, Hygiëne en Gezondheidszorg) is en blijft een der belangrijkste communicatiemiddelen van de Vereniging. Het zal voor een goede uitoefening van zijn functie nodig zijn, dat de redactie nauw voeling houdt niet alleen met het Hoofdbestuur, maar ook met de besturen der secties.

7.5 De secties

Een levenskwestie voor de Vereniging is de verhouding van de A.N.V. tot de secties.

De American Public Health Association kent momenteel 11 sections, t.w. Food and Nutrition, Health Officers, Laboratory, Maternal and Child Health, Medical Care, Mental Health, Occupational Health, Public Health Education, Public Health Nursing, School Health, Statistics.

Als wij nagaan, welke secties binnen de gereorganiseerde Vereniging een plaats zouden moeten kunnen vinden, dienen wij ons eerst ervan bewust te zijn, dat er secties zijn, waarvan de arbeids-terreinen elkaar min of meer uitsluiten („verticale” secties), terwijl er daarnaast secties zijn waarvan de problematiek ook voor de meeste andere secties van belang is („horizontale” secties). De „horizontale” secties moeten a.h.w. door het verdiepen van het inzicht of door het ontwikkelen van betere methoden in staat zijn de „verticale” secties met nieuwe gedachten te voeden.

Als „verticale” secties van de Vereniging is te denken aan secties voor:

- Arbeidsgeneeskunde en Bedrijfsgezondheidszorg
- Schoolgezondheidszorg
- Verzekeringsgeneeskunde
- Algemeen en specifiek gezondheidsbeleid (Medical administration)
- Ziekenhuisbeleid
- Geestelijke gezondheidszorg
- Milieuhygiëne
- Voedingsleer en -hygiëne
- Gezondheidszorg voor chronische en/of bejaarde zieken
- Moederschapszorg en Kinderhygiëne
- Revalidatie

Verpleging in de maatschappelijke gezondheidszorg (wijkverpleegster, districtsverpleegster, verpleegsters in algemene dienst)

Medisch-maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrisch werk (maatschappelijk werk in ziekenhuis, bij revalidatie, asthma, rheuma).

Enzovoort.

Deze „verticale” secties zouden zich als autonome verenigingen binnen de A.N.V. kunnen constitueren op analoge wijze als thans het geval is.

Als „horizontale” secties van de Vereniging is te denken aan secties voor:

Gezondheidsstatistiek

Sociaal-geneeskundig onderzoek

Epidemiologie

Opleiding en onderwijs

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

(„health education”)

Ongevallenpreventie en verkeersveiligheid

Enzovoort.

Deze „horizontale” secties zullen waarschijnlijk minder neiging hebben zich als autonome verenigingen te constitueren, omdat de leden ervan merendeels hun beroep zullen uitoefenen op de terreinen van de „verticale” secties. In tegenstelling tot de „verticale” secties die een soort beroepsorganisaties zijn, is te verwachten dat de „horizontale” secties, die zich meer op een bepaalde problematiek of methodiek richten, minder homogen van samenstelling zullen zijn.

Het Bestuur van de A.N.V. zal de „verticale” secties-verenigingen zo goed als volledige vrijheid kunnen laten. Nieuwe „verticale” secties zullen alleen dan opgericht kunnen worden, indien de werkers op het betrokken gebied er behoefte aan hebben. Zij zullen ook vrij moeten zijn om uit te maken of zij niet-medici al of niet als gewoon lid zullen toelaten.

Met de oprichting en de leiding van de „horizontale” secties, wier werk de „verticale” secties zal moeten bevruchten, zou het bestuur van de A.N.V. zich echter wel degelijk moeten inlaten.

Organisatorisch zou men een en ander zo op kunnen lossen, dat de bestaande situatie, waarin de voorzitters van de secties adviserend lid zijn van het hoofdbestuur, voor beide soorten van secties gehandhaafd wordt. Hierdoor wordt immers bereikt dat de besturen der verticale en horizontale secties steeds op de hoogte zijn van wat er in het D.B. van de A.N.V. omgaat en dat zij aan het overleg in het H.B. volledig kunnen deel-

nemen, zonder dat zij formeel mede-verantwoordelijkheid dragen voor het beleid van de A.N.V. Daarnaast zou vastgesteld kunnen worden dat in het bestuur van elke horizontale sectie één lid van het H.B. (bij voorkeur een D.B. lid) met adviserende stem zitting heeft, zodat het bestuur steeds in staat is, zijn standpunt in de besturen van deze secties bekend te maken en te verdedigen.

Op deze wijze zal het bestuur van de A.N.V. de elementen van algemene en methodische aard kunnen leveren die het cement vormen dat de verticale secties samenbindt, en waardoor de middelpuntvliedende krachten in de A.N.V. in toom kunnen worden gehouden. Anders gezegd: de horizontale secties zijn het fundament en de vloeren, de verticale secties zijn de zuilen en muren, het hoofdbestuur van de A.N.V. is het dak. Te zamen moeten zij de werkruimten en de verbindende gangen en trappen vormen van het gebouw (de A.N.V.), waarin eendrachtig aan de harmonische ontplooiing van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland gearbeid kan worden.

7.6 De plaats van de Vereniging ten opzichte van andere instellingen

Het speurwerk op het gebied van de gezondheidszorg kan worden overgelaten aan T.N.O., het N.I.P.G., de universiteiten en eventuele particuliere instituten. De Vereniging zal bij de vervulling van haar taak herhaaldelijk problemen tegenkomen die wetenschappelijk onderzoek vereisen. Zij kan dan trachten te bereiken dat deze onderzoekingen inderdaad plaats vinden.

Het opleiden van deskundigen is de taak van een groot aantal instellingen. Voor de medici in de maatschappelijke gezondheidszorg zijn het N.I.P.G. en het Veeger-Instituut momenteel de enige instellingen voor postuniversitair onderwijs. Daarnaast is het waarschijnlijk dat universitaire instituten voor sociale geneeskunde zich, wat stafbezetting en verbindingen met de maatschappij betreft, zodanig ontwikkelen dat ook daar B-opleidingen gegeven kunnen worden. Ik ben van mening dat een aantal van deze instituten zich op den duur dient te ontwikkelen tot para-universitaire Academies voor Maatschappelijke Gezondheidszorg (Schools of Public Health), waar ook niet-medici (voor zover mogelijk en wenselijk gezamenlijk) met de medici opgeleid worden.

Een intensieve samenwerking tussen de Vereniging en al deze opleidingsinstituten zal niet

gemist kunnen worden. Immers, de aard van de gegeven opleiding is voor een groot deel bepalend voor de omschrijving van de functies die door de opgeleiden vervuld zullen worden, terwijl omgekeerd de functie-omschrijving bepaalt welke opleidingseisen aan de vervuller ervan gesteld moeten worden. Hier zijn dus twee onderling afhankelijk variabelen, die niet los van elkaar gezien mogen worden. Het H.B. is reeds vertegenwoordigd in het bestuur van de Stichting O.S.G. Het is wenselijk dat daarnaast de opleidingsinstituten in het H.B. van de Vereniging vertegenwoordigd zijn.

De taak van de officiële adviesorganen van de landelijke en provinciale overheid op het gebied van de gezondheidszorg blijft uiteraard onverlet. Niet uitgesloten is, dat in bepaalde gevallen deze lichamen beter in staat zullen zijn gefundeerde adviezen uit te brengen, als de Vereniging de meningsvorming in eigen kring wetenschappelijk beter heeft voorbereid. De vertegenwoordigers van de Vereniging in deze Raden hebben daarom de belangrijke taak als communicatiemedium te dienen. Zij moeten de Vereniging tijdig inlichten over vraagstukken die in de Raden aan de orde zullen komen en zij moeten omgekeerd de Raden in kennis stellen van de opvattingen en aanbevelingen die in de Vereniging leven.

Het Nederlandse Congres voor Openbare Ge-

zondheidsregeling is een instelling die min of meer een doublure vormt van de Vereniging, nl. ten aanzien van een onderdeel van de onder 3 genoemde taak. Het Congres richt zich in het bijzonder tot de gemeentelijke en provinciale besturen door middel van jaarlijkse congressen. De Vereniging kan deze vorm van kennis-verspreiden ook in de toekomst zonder bezwaar overlaten aan het Congres, in het bestuur waarvan zij door een D.B. lid is vertegenwoordigd.

De taakverdeling tussen de Vereniging en de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst wordt duidelijker dan thans het geval is. De K.N.M.G. met zijn belangenverenigingen beperkt zich tot de geneeskunst en de belangen van de geneeskundige stand. De Vereniging richt zich op de gezondheidszorg en op de uitoefening van de maatschappelijke functie van ieder die daarin beroepshalve werkzaam is. De belangen van de deskundigen worden gediend door de beroepsverenigingen (waarvan de L.A.D. optreedt voor de artsen in de maatschappelijke gezondheidszorg), die niet als zodanig deel uitmaken van de structuren van de Vereniging.

Deze taakverdeling zal de voortzetting van de bestaande cordiale samenwerking tussen de Vereniging en de K.N.M.G. op geen enkele wijze in gevaar brengen.

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1

In het spraakgebruik wordt de term „sociale geneeskunde” soms gebruikt in de zin van „public health”, soms in de betekenis van een wetenschap betreffende de maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheid, soms voor de inhoud van de diverse sociaalgeneeskundige functies. Deze drie betekenissen vertonen wel raakpunten, maar aan de andere kant toch ook zo grote verschillen, dat begripsverwarringen niet uit kunnen blijven. Mede met het oog op de doelstelling van de A.N.V.v.S.G. is het nodig tot een heldere en algemeen te aanvaarden voorstelling van het begrip sociale geneeskunde te komen.

Hoofdstuk 2

Als vertaling van „public health” wordt voorgesteld te spreken van „maatschappelijke gezondheidszorg”, een verzamelbegrip voor alle curatief,

preventief of „positief” gerichte activiteiten op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, de hygiëne van het milieu en de medisch-sociale zorg, voorzover georganiseerd door openbare lichamen en/of particuliere groeperingen en met inbegrip van de betrokken organisaties met hun instellingen, diensten, outillage en personeel. Tegenover deze maatschappelijke gezondheidszorg die functioneert in het kader van een rechtspersoon, staat de persoonlijke gezondheidszorg die functioneert in het kader van een veel lossere, maar niettemin stabiele sociale structuur, de vrije vestiging als huisarts of specialist. Omdat in de maatschappelijke gezondheidszorg niet alleen artsen, maar ook farmaceuten, tandartsen, juristen, economen, psychologen, sociologen, ingenieurs, maatschappelijk werkers en vele andere niet-medici werkzaam zijn, dient de term „sociale geneeskunde” niet in de zin van „public health” gebruikt te worden.

Hoofdstuk 3

Analyse van de twee officieel erkende en van een aantal niet officieel maar wel algemeen als zodanig aanvaarde „takken” van sociale geneeskunde, doet zien dat deze functies het volgende gemeenschappelijke kenmerk hebben: de functie wordt uitgeoefend door een arts die beroepshalve zijn medische kennis en ervaring via openbare of particuliere bestuursorganen ten dienste stelt van de samenleving als geheel, van sociale groeperingen of van maatschappelijke structuren. De sociaal-geneeskundige behoeft dus geen „zorg” te verlenen: de verzekeringsgeneeskundige en de arts voor gezondheidsbeleid doen dit ook niet. Het verlenen van (veelal preventieve) zorg kan echter wel in zijn taak opgenomen zijn, zoals bij schoolartsen en bedrijfsartsen het geval is. Essentieel is echter dat hij als arts werkzaam is ten behoeve van een groep als totaliteit (schoolbevolking, werknemers van een bedrijf) of ten behoeve van een organisatie als geheel (bedrijfsvereniging, provinciale raad). Dit is alleen mogelijk door bemiddeling van het bestuursorgaan van de groep of van de organisatie.

Door bovengenoemd kenmerk als operationele definitie te hanteren, kan men uitmaken of een medische functie al of niet een sociaal-geneeskundige functie is.

Hoofdstuk 4

Na vergelijking van verschillende opvattingen wordt op theoretische overwegingen de sociale geneeskunde-als-wetenschap gedefinieerd als: de wetenschappelijke benadering van de relaties tussen gezondheid, ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg enerzijds, en de samenleving en maatschappelijke groepen, structuren en krachten anderzijds. Hieruit vloeit voort het geven van aanwijzingen hoe van sociale verschijnselen en technieken gebruik gemaakt kan worden om zo goed mogelijk te voldoen aan de behoefte van individuen, groepen, maatschappelijke structuren en van de samenleving als geheel aan de deskundigheid van de arts. Deze wetenschap beweegt zich op drie niveaus: dat van de interactie tussen arts en patiënt (patient-centered); dat van de organisaties, diensten en instellingen voor gezondheidszorg (agency-centered) en dat van de nationale volksgezondheidspolitiek (nation-centered).

De verschillende „takken” van sociale geneeskunde hebben uiteenlopende behoeften aan wetenschappelijke informatie. Voorzover deze kennis

ligt op het gebied van de sociaal-geneeskundige wetenschap, moet deze informatie geleverd kunnen worden door een wetenschap als hierboven theoretisch gedefinieerd. Daarnaast is voor de uitoefening van sociaal-geneeskundige functies zuiver medische kennis en ervaring en kennis van de milieu-hygiëne nodig.

Hoofdstuk 5

In aansluiting aan de drie niveaus die in hoofdstuk 4 genoemd zijn, kan onderscheid gemaakt worden tussen micro-, meso- en macro-sociaal-geneeskundige verschijnselen. Op micro-niveau liggen de vraagstukken die verband houden met de samenwerking van de samenleving en de grotere of kleinere sociale groeperingen daarin met de gezondheid van de individuen in die groeperingen. Op meso-niveau liggen de sociaal-geneeskundige vraagstukken van de organisaties, diensten en instellingen voor gezondheidszorg; op macro-niveau de sociaal-geneeskundige problematiek die zich op landelijke schaal presenteert.

Het sociaal-geneeskundig onderzoek dient aan de vragen op alle drie de niveaus aandacht te geven.

Hoofdstuk 6

Bij het universitair onderwijs aan medische studenten dient een integratie van sociale geneeskunde, hygiëne en gezondheidszorg nagestreefd te worden. Samenbrenging van het instituut voor sociale geneeskunde met het hygiënische laboratorium in een gecombineerd instituut voor gezondheidszorg en medische ecologie is gewenst. De leerstoel in de sociale geneeskunde en de gezondheidszorg is eventueel te splitsen in een leerstoel voor persoonlijke gezondheidszorg en sociale geneeskunde, en een leerstoel voor maatschappelijke gezondheidszorg en sociale geneeskunde.

Hoofdstuk 7

Gegeven het onderscheid tussen sociale geneeskunde, hygiëne van het milieu en gezondheidszorg is het gewenst de naam van de A.N.V.v.S.G. te wijzigen in: Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, Hygiëne en Gezondheidszorg. Ook niet-medici, werkzaam in de gezondheidszorg moeten gewoon lid kunnen worden. Uit deze verbreding van de basis en van de algemene doelstelling vloeit voort dat het aantal secties uitgebreid zou kunnen worden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen „verti-

cale" secties-verenigingen die om functies gecentreerd zijn en „horizontale" niet-autonome secties die gecentreerd zijn om probleem-eenheden waarmee tal van „verticale" secties te maken hebben.

LITERATUUR

- Bals, B. J. ter, De maatschappelijke betekenis van de reumatoïde arthritis voor de patiënt zelf. Dissertatie Utrecht, Van Gorcum, Assen, 1955.
- Becker, H. A., Interne sociaal-wetenschappelijke advisering, *Sociol. Gids* 10 (1963) 30.
- Brenkman, C. J., Inleiding in de sociale geneeskunde. N.-Holl. Uitg. Mij. Amsterdam 1947.
- Brenkman, C. F., De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Dissertatie Utrecht, Van Gorcum, Assen, 1963.
- Buma, J. T., De ziel der sociale geneeskunde. *T. soc. Geneesk.* 28 (1950) 39.
- Doelman, F., Nogmaals: De ziel der sociale geneeskunde. *T. soc. Geneesk.* 29 (1951) 159.
- Doelman, F., Amerikaanse pogingen tot vernieuwing van het onderwijs in de klinische en in de sociale geneeskunde. *T. soc. Geneesk.*, 35 (1957) 303.
- Doelman, H., Een les in sociale verzekeringsgeneeskunde. *T. soc. Geneesk.* 39 (1961) 707.
- Doorn, J. A. A. van, Schaalvergroting als een proces van sociale verandering. *Sociol. Gids* 7 (1960) 2.
- Doorn, J. A. A. van en C. J. Lammers, *Moderne sociologie*. Aulaboeken, Utrecht, 1959.
- Ewald, W., *Soziale Medizin*. Springer, Berlijn 1911.
- Grant, James, The changing trends in medical practice. *The Public Health Service. Med. Officer* (1962) 355.
- Grotjahn, A., *Handwörterbuch der Sozialen Hygiene*. Vogel, Leipzig 1912.
- Hanlon, John J., *Principles of Public Health Administration* 3d ed. Mosby St. Louis, 1960.
- Hollander, H., Beleid en deskundigheid. *T. soc. Geneesk.* 41 (1963) 643.
- Huygen, J. F. A., Huisarts en Universiteit. *Huisarts en Wetenschap* 5 (1962) 353.
- Julius, H. W., De sociale geneeskunde als vak en als wetenschap. *T. soc. Geneesk.* 27 (1949) 247.
- Leent, J. A. A. van, De macro-microverhouding bij de sociologie, de psychologie en de sociale psychologie. Diss. Leiden 1962.
- Muntendam, P., Hygiëne, gezondheid en ziekte. *T. soc. Geneesk.* 33 (1955) 13.
- Muntendam, P., *Wetenschap en Volksgezondheid*. *T. Soc. Geneesk.* 38 (1960) 501.
- Muntendam, P., *Sociale Geneeskunde*. *T. soc. Geneesk.* 40 (1962a) 699.
- Muntendam, P., *Nogmaals sociale geneeskunde*. *Ons Ziekenhuis* 24 (1962b) 380.
- Pas, J. H. R. van der, De positie van de controlerend geneeskundige als arts en als sociaalgeneeskundige. *Gids voor Personeelsbeleid, Arbeidsvraagstukken en Soc. Verz.* 42 (1962) 104.
- Pen, J., *Het aardige van de economie*. Aulaboeken, Utrecht 1960.
- Querido, A., *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. Stenfert Kroese, Leiden 1955.
- Querido, A., *The efficiency of medical care. A critical discussion of measuring procedures*. Stenfert Kroese, Leiden 1963.
- Ryle, John A., *The natural history of disease*. Oxford Univ. Press. 2nd ed., 2nd impr., Londen, 1949 (1st ed. 1936).
- Ryle, John A., *Changing disciplines*. Oxford Univ. Press, Londen, 1948.
- Ruimte en Grens, *Verslagboek Klein Congres 1962 Nat. Fed. Het Wit-Gele Kruis*, Utrecht 1963.
- Terris, M., *The scope and methods of epidemiology*. *Am. publ. Hlth* 52 (1962) 1371.
- Veeneklaas, G. M. H., H. Ph. Milikowski, en J. A. M. Schouten, *Driehoeksbesprekingen in de Leidse Kinderkliniek*. De Haan, Zeist 1960.
- Voorzanger, H., *Bedrijfsgeneeskunde*. *T. soc. Geneesk.* 39 (1961) 460.