

1980-2010



De NVAG is de thuishaven voor artsen die werken in Beleid, Management of sociaal-geneeskundig Onderzoek (BMO), en die daarbij het volledige systeem rond volksgezondheid en gezondheidszorg als perspectief nemen. De leden van de NVAG, of artsen BMO, zijn veelal geregistreerd als arts voor maatschappij en gezondheid, arts M&G, een BIG-erkend specialisme, met profiel 'Beleid & Advies'.

De NVAG ziet het volgende competentieprofiel als kenmerkend voor al haar leden, geregistreerd of niet. Er kunnen variaties bestaan door de mate waarin de leden op micro-meso, dan wel op meso-macro niveau actief zijn:

De arts BMO is op de hoogte van de belangrijke ontwikkelingen in de geneeskunde en in de gezondheidszorg, zeker de Nederlandse. De arts BMO heeft en houdt feeling met de processen en dilemma's binnen de directe patiëntenzorg. De arts BMO stelt zich jegens cliënten en patiënten op als arts, met alle verantwoordelijkheden van dien, en zorgt voor een dergelijke opstelling van de eigen organisatie. De arts BMO blijft, beeldend gezegd, de taal van de geneeskunde spreken.

Tegelijkertijd is de arts BMO er zich van bewust dat de geneeskunde ingebed is binnen het bredere terrein van de gezondheidszorg en binnen de totale maatschappij. Op individueel niveau bestaat een belangrijke wisselwerking tussen gezondheid en sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Op meso- en macro-niveau bestaat een wisselwerking tussen enerzijds gezondheidszorg en anderzijds het recht, de financieringssystematiek, het beleid en de politiek. De arts BMO spreekt de 'talen' die bij die gebieden horen, en functioneert zo als een bruggenbouwer tussen vaak zeer verschillend denkende werelden. De arts BMO is daarnaast in staat snel te schakelen tussen micro-, meso- en macroniveau, en heeft voortdurend zowel het individuele als het collectieve belang voor ogen.

Colofon

In opdracht van het bestuur van de NVAG vervaardigd bij het 30 jarig jubileum

redactie: Jan Vosters en Henk Rengelink

2010, oplage 400

Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek

p/a Cantrijn

postbus 8003, 3503 RA Utrecht

secretariaat@nvag.nl

telefoon 030 686874

www.nvag.nl

Inhoud jubileumboek ter gelegenheid van 30 jaar NVAG

Vereniging voor Artsen Beleid, Management en sociaal-geneeskundig Onderzoek

1. Voorwoord Paulien van Hessen	2
2. Inleiding, dertig jaar NVAG in vogelvlucht Henk Rengelink en Jan Vosters	4
3. Aanloop Henk Rengelink	9
4. 30 jaar veranderingen in de gezondheidszorg Jan Vosters	15
5. Overheidsdenken Dirk Ruwaard	19
6. Sociale Geneeskunde en de KNMG Arie Kruseman	23
7. Mensenrechten Joost den Otter	27
8. Kwetsbare groepen Yvonne van Pareren	30
9. Asielzoekers Geesje Nijhof	33
10. Het ontstaan van de VIA Ciska Koning	37
11. Forensische geneeskunde Kees Das	41
12. Van 'Algemeen' naar 'iets Anders' Jan Huurman	44
13. Het tot stand komen van de NSP(O)H Jeanette de Boer	47
14. Europa Niek Klazinga	50
15. Verenigingsactiviteiten Jan Vosters	52
16. Dromen over de toekomst Bestuur	57
Bijlagen	
- Auteurs	60
- Besturen	61
- Onderwerpen themamiddagen	62

1. Voorwoord

Paulien van Hessen, voorzitter



De sociale geneeskunde bestaat al honderden jaren, ook al werden er steeds andere namen, of helemaal geen namen, voor gebruikt. Het werd vroeger ook niet als een apart vak beschouwd, maar als een bezigheid die inherent was aan het medische beroep. Jan Pieter Heije, huisarts en lid van de gemeenteraad van Amsterdam, stelde in 1854 dat gemeenteartsen geregeld onderzoek moesten doen naar de sociale omstandigheden waarin de Amsterdamse armen verkeerden. Aan het eind van de negentiende en begin van de twintigste eeuw begon de professionalisering van wat we nu de sociaal geneeskundigen noemen. Toen kwamen ook de beroepsverenigingen tot stand.

In de hele rijke historie van de sociale geneeskunde was de algemene gezondheidszorg een betrekkelijke nieuweling. In 1961 werd de 'tak' erkend. Het was een bijzondere tak, omdat niet de zorg voor individuen of specifieke groepen het doel was, maar de tak zich richtte op de gezondheid van de gehele bevolking en het functioneren van de organisatie van de gezondheidszorg. De eerste werknaam van de NVAG was dan ook 'Nederlandse Vereniging voor de Organisatie van de Gezondheidszorg'. In 1980 werd de NVAG officieel opgericht, en heette toen de 'Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg', die ook de beroepsvereniging voor de 'tak' algemene gezondheidszorg werd.

Dertig jaar later kijken wij terug op de ontwikkeling van de NVAG. Er is in die tijd veel gebeurd. De problemen van de volksgezondheid veranderden, de gezondheidszorg veranderde. De NVAG heeft hier steeds op gereageerd, en heeft mede sturing gegeven aan veranderingen.

Binnen het vakgebied trad een verdere professionalisering op en ontstonden specifieke beroepsverenigingen. De naam veranderde in 'NVAG Vereniging voor Artsen Beleid, Management en sociaal-geneeskundig Onderzoek'. De NVAG werd één van de verenigingen binnen de KAMG, de Koepel van Artsen werkzaam in het domein Maatschappij en Gezondheid.

Dit jubileumboek heeft niet de pretentie een exacte historie van de NVAG te schrijven, maar wil een impressie geven van de interne en externe veranderingen. Het bestuur verzocht de eerste voorzitter van de NVAG, Henk Rengelink, en de huidige secretaris, Jan Vosters, de redactie te vormen. Zij benaderden verschillende mensen voor een bijdrage. Zo ontstond een caleidoscopisch beeld van de NVAG tot nu toe.

Het jaar 2010 is niet alleen een jubileumjaar, maar ook het jaar dat wij de oorspronkelijke binding tussen de sociale en de curatieve geneeskunde krachtig kunnen herstellen. Via de KAMG treden wij per 1 januari 2011 toe tot de KNMG. Dat maakt dit jubileumjaar extra gedenkwaardig. Ik wens u veel leesplezier.

2. Inleiding: dertig jaar NVAG in vogelvlucht



Henk Rengelink en
Jan Vosters, redacteurs

Tussen 1980 en 2010 is er, als wij aan de ontwikkeling van de NVAG denken, veel veranderd. Er zijn veranderingen opgetreden in de volksgezondheid, in het gezondheids(zorg)beleid, in de positie van artsen in de beleidscycli en het algemeen management en in de taken van agz'ers. Binnen het vak algemene gezondheidszorg maakten specifieke groepen hun eigen professionaliseringsslag, er ontstonden binnen ons vakgebied nieuwe verenigingen. Deze ontwikkelingen hadden ook hun weerslag op de NVAG, zoals de NVAG zelf ook weer nieuwe initiatieven nam waardoor de omgeving weer veranderde. Reuring genoeg dus.

Bedoeling van deze jubileumuitgave is niet om al die ontwikkelingen nauwgezet te beschrijven of in hun onderlinge samenhang te analyseren. Dit boekje wil slechts een indruk geven van de onderwerpen waarmee de NVAG zich bezig hield en waardoor de NVAG zich ontwikkelde.

De NVAG ontstond in 1980 toen het veld van de sociale geneeskunde toe was aan een nieuwe ordening van de verschillende verenigingen.

Henk Rengelink beschrijft in zijn bijdrage hoe men zich die nieuwe ordening voorstelde. De NVAG startte als een vereniging die zich als multidisciplinaire club vooral wilde bezig houden met de structuur en de werkwijze van de gezondheidszorg. Het moest een vereniging worden waarvan de leden zelf betrokken waren bij beleidsontwikkeling en management. Het moest ook de beroepsvereniging zijn voor de sociaal geneeskundigen van de tak algemene gezondheidszorg. De weinige agz'ers die er toen waren, zaten ook meestal op centrale punten in hun organisatie waardoor de doelgroepen van de vereniging elkaar sterk overlaptten. De activiteiten van de NVAG waren dus meer gericht op ontwikkelingen van de gezondheidszorg en minder op de belangen van de individuele leden. Wij participeerden sterk in het tot stand komen van de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG) binnen de KNMG. De huidige voorzitter van de KNMG (Arie Kruseman) refereert er in zijn bijdrage aan.

Over de ontwikkelingen in de volksgezondheid schrijft Jan Vosters. Van departementale zijde laat Dirk Ruwaard zien wat er zoal gebeurde, of niet gebeurde. Joost den Otter plaatst de activiteiten van sociaal geneeskundigen in het perspectief van de mensenrechten. De sociale geneeskunde blijft zich ook de positie van kwetsbare groepen in de samenleving aantrekken. Yvonne van Pareren schrijft er over. Geesje Nijhof richt zich daarbij specifiek op de zorg voor asielzoekers.

Op het gebied van onderzoek organiseerde de NVAG, gekoppeld aan de jaarvergadering, de jaarlijkse dag van het gezondheidszorgonderzoek.

Dit initiatief werd snel door universiteiten gedragen en overgenomen en wij zien de resten ervan nog steeds bij het jaarlijkse Nederlands Congres Volksgezondheid. Steeds meer artsen deden de opleiding agz waardoor de NVAG van karakter veranderde. Niet meer de gezondheidszorg als object van bemoeienis, maar de ontwikkeling van de professie zelf kreeg de nadruk. Sociaal medische advisering werd een belangrijke inhoudelijke ontwikkeling van veel agz'ers.

Wij zagen eigen verenigingen zich ontwikkelen binnen de wereld van de public health zoals de infectieziektebestrijding, de drugshulpverlening, de forensische geneeskunde, de epidemiologie en nog meer. Veel leden van de NVAG waren ook lid van een 'eigen' vereniging. Over een van die verenigingen, de VIA, schrijft Ciska Koning een hoofdstuk. Kees Das maakt vanuit de FMG kritische opmerkingen in zijn bijdrage over de forensische geneeskunde.

Gevolg van dit alles was wel dat de betekenis van de NVAG voor de individuele leden veranderde terwijl de oude doelstelling in de richting van structuur en functioneren van de gezondheidszorg wat uit het oog was verdwenen. Een heroriëntatie van de NVAG bleek noodzakelijk. De NVAG is dan ook weer in belangrijke mate terug gekeerd naar de oorspronkelijke doelstellingen: Beleid, Management en Onderzoek. Hoe dat gebeurde beschrijft Jan Huurman.

Inmiddels ontstond ook de Netherlands School of Public Health, een belangrijk initiatief van de NVAG. Hoe dat gegaan is schetst Jeannette de Boer.

Van meet af aan vond de NVAG het noodzakelijk zich ook internationaal te oriënteren en organiseerde dus bezoeken aan het buitenland. De eerste reis was naar Berlijn. Er zouden nog vele volgen.

In internationaal verband stelde de Europese Unie vast dat er in de sociale geneeskunde twee, internationaal erkende specialismen zouden komen, de public health en de occupational health, beide met een vierjarige opleiding. Het College voor Sociale Geneeskunde, waarin de NVAG vertegenwoordigd was, stelde de opleidingseisen bij. De verenigingen pasten zich daarbij langzaam aan. Het tot stand komen van de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid, krachtig gestimuleerd door de NVAG, is een gevolg van deze ontwikkeling.



Berlijn 1987

Niek Klazinga beschrijft de ontwikkelingen in het perspectief van de Europese Unie. In de negentiger jaren werd de Public Health het nieuwe containerbegrip, gezondheid en gezondheidszorg waren niet langer het domein van artsen. Sterker nog, veel functies die van oudsher door artsen werden ingenomen, werden nu vervuld door economen, bedrijfskundigen, gezondheidswetenschappers en organisatiesociologen. De algemene gezondheidszorg verloor de, overigens zichzelf toebedeelde, centrale positie en werd een medespeler binnen de Public Health.

Er trad een nieuwe versnippering op; verschillende disciplines, verschillende verenigingen, verschillende organisaties hielden zich met de bevordering van de volksgezondheid bezig.

Het was opnieuw de NVAG die, samen met de vereniging V&W, het initiatief nam om al die clubs met elkaar te verbinden. Zo ontstond de Nederlandse Public Health Federatie. Via deze bleef de NVAG weer een belangrijke initiator van nieuwe ontwikkelingen als het bundelen van verschillende congressen in het Nederlands Congres Volksgezondheid, de ontwikkeling van het blad 'G'. De NVAG zelf hield een belangrijke stem in het systeem van opleiding en registratie.

Een overzicht van de activiteiten van de NVAG, voor zover in de archieven terug te vinden, geeft Jan Vosters.

De NVAG was en is een vereniging die zich aanpast aan veranderingen en zelf ook veranderingen in gang zette. Dat zal zo blijven en dat wordt beschreven in de laatste bijdrage over de toekomst van de NVAG.

In de bijlagen worden alle bestuurders sedert 1980 vermeld en krijgt u een overzicht van de verschillende themadagen.

Paulien van Hessen

Van harte gefeliciteerd, collega's

Want vandaag 15 april werd 30 jaar geleden onze NVAG opgericht. De Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg was een initiatief van artsen die werkzaam waren als sturende kracht op diverse plaatsen in de gezondheidszorg.

Als ziekenhuisbestuurder, bij de GGD, als inspecteur, men vond elkaar op de behoefte vanuit een geneeskundig perspectief te kijken naar het systeem van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

De NVAG heeft in die 30 jaar veranderingen ondergaan, erg veel eigenlijk, als je er op terugkijkt. Ik noem hier de afsplitsing van takken als infectieziektebestrijding en medische milieukunde, en de ontmanteling van de LVSG als Koepelorganisatie met vervolgens de oprichting van de KAMG. Die veranderingen hingen samen met veranderingen om ons heen: in de organisatie van de zorg, de registratie van artsen, de techniek, de maatschappij. Op dit moment werken enthousiaste leden aan een boekje over de historie van de NVAG, dat we op ons jubileumcongres tegemoet kunnen zien. Het zal een doorkijkje geven naar die veranderingen om ons heen, en ons leren over onszelf: hoe hebben we die veranderingen opgevangen en aangewend ten behoeve van onze ontwikkeling. Ik verheug me nu al op een feest der verbazing én herkenning.

En natuurlijk is dit dan ook een mooi moment om stil te staan bij onze huidige positie. Ik denk dat we er als vereniging goed voorstaan: na jaren van krimp weer een groei van het aantal leden, actieve commissies Opleiding, Nascholing en PR, een begin van secties Management, Beleid en Onderzoek, een overtekende reis naar Estland, een nieuwe website, het bruijt in de vereniging. Er zijn ook zorgen, met name over de aanwas van (actieve) jonge leden en de bijbehorende problemen met de opleiding. Maar problemen heten tegenwoordig uitdagingen, en we zijn druk doende die het hoofd te bieden door partnerships met zusterverenigingen als VAGZ en VIA, met Defensie, met een universitaire opleiding tot medisch leiderschap, met bedrijfsartsen in meso-macro functies.

Maar, collega's als we na verleden en heden ook kijken naar de toekomst: moeten we onze ambities niet iets hoger leggen? Onze illustere voorgangers, de oprichters van de NVAG, zagen 30 jaar geleden de vereniging niet alleen als doel op zich, maar ook als middel om gezondheid en zorg te verbeteren. Zij meenden een unieke positie te hebben door hun combinatie van enerzijds wortels als behandelend arts, en anderzijds bestuurlijke en beleidsmatige ervaring en affiniteit. Zij wilden volksgezondheid en gezondheidszorg vanuit dat perspectief verbeteren, en

claimden een positie. En hoewel het moeilijk zal zijn hun precieze invloed te traceren, hebben ze die wel degelijk gehad.

Ik wil met u de uitdaging aangaan deze ambitie levend te houden als stip aan de horizon. We komen er nooit, het zal nooit af zijn, maar we zijn wel voortdurend op weg. Op weg naar optimale gezondheid en zorg, samen in een schip dat fungeert als gemeenschap van artsen die op diverse plaatsen in de maatschappij hun invloed uitoefenen. Dat schip, onze NVAG, moet stevig zijn, maar het gaat uiteindelijk om de koers. Als we daar samen vertrouwen hebben, moeten we die koers ook durven uitdragen. Want in de eeuwige storm van gezondheid en zorg, hebben wij iets te zeggen. En vanwege die storm kunnen we niet volstaan met fluisteren, maar zullen we hard moeten roepen. Ik wens ons een goede vaart, op naar de volgende 30 jaar NVAG.

3. NVAG, het begin na een lange aanloop



Henk Rengelink, mede oprichter

Op 11 en 12 maart 1977 vond in 'De Leeuwenhorst' te Noordwijkerhout een symposium over de toekomst van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) plaats. Deze vereniging was in 1930 opgericht tijdens een gecombineerde vergadering van de Nederlandse Vereniging van Schoolartsen en de Vereniging voor Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging. De twee verenigingen werden samengevoegd en gingen als ANVSG verder. In loop der jaren traden veel andere sociaal geneeskundigen toe. Deze organiseerden zich daarnaast ook in hun eigen specialistische verenigingen. De ANVSG fungeerde voor deze verenigingen als een soort koepelorganisatie. Langzamerhand werden de beroepsspecifieke verenigingen veel belangrijker voor de leden dan de ANVSG. Deze laatste bleef vooral van belang voor die sociaal geneeskundigen die geen eigen beroepsvereniging hadden. Dat waren hoofdzakelijk de mensen uit de Algemene Gezondheidszorg (AGZ). Het gemeenschappelijk belang bestond in de uitgave van het TSG. Als vereniging boette de ANVSG sterk aan belang in en werd door voorzitter Hogerzeil (1977) als ongestructureerd gekenschetst.

Om aan de onduidelijke structurering van de wereld van de sociaal geneeskundigen een einde te maken nam het ANVSG bestuur het initiatief tot dit symposium. De deelnemers kwamen tot aanbevelingen waarna het hoofdbestuur van de ANVSG al in augustus de volgende besluiten aan de algemene vergadering voorlegde:

1. De sociaal geneeskundigen worden per tak georganiseerd in wetenschappelijke verenigingen. Dat betekent dat er voor de agz-ers een vereniging moet worden opgericht met als naam: Nederlandse Vereniging voor de Organisatie van de Gezondheidszorg (NVOG).
2. De ANVSG wordt omgevormd tot een federatie van de wetenschappelijke verenigingen. Verenigingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en op dat van de milieuhygiëne worden als nieuwe participanten uitgenodigd



Londen 1989:

1. Klaas Kunst, 2. Willem vd Ouweland, 3. Martin Klomp, 4. Maarten Hoeijenbos, 6. Tom Landheer, 8. Ivo Ekker, 10. Bob Berkemeyer, 17. Bas van Wijk, 22. Pim van Arkel, 24. Jan Huurman, 26. Frans Doeleman, 29. Mw van Wijk

3. Er moet een LVSG binnen de KNMG worden opgericht.
4. Voor overleg en afstemming zullen ANVSG en LVSG in elkaars besturen participeren
5. Het verdient aanbeveling de behartiging van de juridische, economische en positionele belangen (van sociaal geneeskundigen) binnen de KNMG aan een afzonderlijk orgaan te delegeren .

Dit waren weliswaar voorstellen van het hoofdbestuur aan de leden van de ANVSG, maar voor enkele ervan was geen toestemming van de ledenvergadering noodzakelijk. Sociaal geneeskundigen konden immers zelf het initiatief nemen. Met name gold dit de voorstellen om te komen tot de oprichting van de NVOG en de LVSG.

Het tweede voorstel van het hoofdbestuur om tot een federatie te komen resulteerde in een jaren lopende discussie en uiteindelijk in 1983 in een impasse. Over mogelijke oplossingsrichtingen bracht Harry van der Water in september 1984 een zeer gedegen rapport uit. Het bevatte aanbevelingen, maar ook de optie de ANVSG op te heffen. Dat gebeurde uiteindelijk in 1985.

Mede op initiatief van de voorzitter van de ANVSG werd al in 1977 een paar sociaal geneeskundigen gevraagd stappen te ondernemen voor de oprichting van respectievelijk een LVSG en een NVOG.

Schrijver dezes kreeg het verzoek het initiatief te nemen tot de oprichting van wat toen nog heette een Nederlandse Vereniging voor de Organisatie van de Gezondheidszorg.

De initiatiefgroep

In goed overleg met de voorzitter van de ANVSG (Hogerzeil) en de directeur van de GGD Utrecht, tevens voorzitter van de vereniging van GGD directeuren (Van Dijk) besloten wij een initiatiefgroep samen te stellen waarin belangrijke groepen functionarissen die mede sturend waren in de organisatie van de gezondheidszorg vertegenwoordigd waren. Van meet af aan was helder dat de vereniging de wetenschappelijke vereniging voor agz-ers moest worden, maar we realiseerden ons dat ook niet agz-ers bezig waren met de organisatie van de gezondheidszorg. De vereniging moest multidisciplinair kunnen worden. Wij kwamen tot de volgende samenstelling van de initiatiefgroep:

- Klaas Kunst uit de wereld van de Kruisverenigingen (secretaris).
- Tom Landheer uit de wereld van de Inspectie.
- Peter Redingius uit de wereld van medisch adviseurs bij verzekeringsinstellingen (penningmeester).
- Henk Rengelink uit de wereld van de GGD'en (voorzitter).
- Dik Spoelstra, ziekenhuisdirecteur, secretaris van de NVZD.



Kopenhagen 1992

Wij kwamen regelmatig bij elkaar, afwisselend bij Peter Redingius bij 'Het Groen Land' in Zwolle en bij Dik Spoelstra in het Burger Ziekenhuis in Amsterdam. Het waren vrolijke en intensieve vergaderingen.

Wij besloten te functioneren als voorlopig bestuur van een vereniging i.o.

De eerste discussies gingen over het doel en de naamgeving van de vereniging. Wij besloten, net als andere beroepsverenigingen, het specialisme in de naam te laten doorklinken en het werd dus NVAG.

De groep agz-ers van toen was heel anders samengesteld dan die van nu. In die tijd werden de agz-ers ook wel eens de dure jongens van de sociale geneeskunde genoemd. De agz opleiding werd vooral gevolgd door artsen met leiding gevende posities of met functies daar net onder.

Mijn eigen agz-opleiding 1969/70 aan het NIPG bestond uit zes mensen, twee leiding gevende universiteitsartsen, een ziekenhuisdirecteur, een hoofd van een grote bedrijfsgeneeskundige dienst, het hoofd van een gvo-afdeling van een kruisvereniging en mijzelf als waarnemend hoofd van een grote GGD-afdeling en beoogd adjunct directeur van de Amsterdamse GGD. Sociaal medische advisering rekenden wij toen nog niet tot de agz.

Wij wilden ons in de eerste plaats richten op artsen met leiding gevende of belangrijke beleidsadviserende posities in de gezondheidszorg. Bijna automatisch vielen daar de meeste agz-ers al in. Als potentiële leden dachten wij vooral aan directeuren en hoofden van afdelingen van GGD'en, aan directeuren van Provinciale Raden, aan ziekenhuisdirecties, aan adviserend geneeskundigen van Kruisverenigingen en Zorgverzekeraars, aan beleidsadviserende artsen op het ministerie. Totaal kwamen wij aan een potentieel aantal leden van 150 tot 200 mensen. Wij vonden dat een voldoende draagvlak en zo gingen wij als voorlopig bestuur van de NVAG i.o. aan de gang.

Peter Redingius maakte de begroting en stelde de hoogte van de contributie vast.

Klaas Kunst zorgde, als buitengewoon toegewijd en hard werkende secretaris, voor de statuten. Wij hadden geen cent. Onze reiskosten werden door onze eigen organisaties betaald.

Tom Landheer

Als wij samen wilden eten deden wij dat bij Dik Spoelstra in het Burgerziekenhuis. Hoewel met name hij steeds om gebraden fazant vroeg, bleken het toch steeds weer broodjes met soep te worden.

In eigen kring gingen we aan het lobbyen, want samen hadden wij een geweldig groot netwerk.

Zelf vertegenwoordigde ik de vereniging naar buiten en trad dus toe tot het bestuur van de LVSG i.o. en het hoofdbestuur van de ANVSG.

In 1980 waren wij klaar. De NVAG werd opgericht. De eerste ledenvergadering stelde de statuten vast en benoemde het voorlopig bestuur tot bestuur. De NVAG kon aan de gang.

Het doel van de NVAG

Het doel van de NVAG werd in art.2, lid 1 van de statuten als volgt geformuleerd:

- a. Het op wetenschappelijke wijze bestuderen van de organisatie en de wijze van functioneren van de gezondheidszorg in Nederland en van de mogelijkheden deze te optimaliseren.
- b. Het op wetenschappelijke wijze bestuderen van de doelmatigheid en doeltreffendheid van het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen.
- c. Het leveren van bijdragen aan de wetenschappelijke kennis met betrekking tot het leiding geven aan en het adviseren over de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland.
- d. Het adviseren inzake eisen die moeten worden gesteld aan opleidingen van diegenen die hun taak zullen vinden in het leiding geven en adviseren over de organisatie van de gezondheidszorg.



Hiermee stond de vereniging dicht bij de doelstellingen die op het symposium van 1977 waren voorgesteld voor een op te richten NVOG.

Duidelijk is ook dat de vereniging de belangen van het gezondheidszorgsysteem wilde dienen. Opvallend is dat op geen enkele wijze wordt gesproken over belangenbehartiging van de leden. Deze belangen immers zouden, voor zover het artsen betrof, door de KNMG (LVSG en LAD) worden behartigd.

De eerste initiatieven

Een NSPH

Van meet af aan wilden wij dat er een School of Public Health zou komen.

Op het congres ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de ANVSG pleitte staatssecretaris Veder Smit voor het tot stand komen van een 'School of Public Health naar Angelsaksisch model'. De kersverse NVAG heeft die handschoen opgenomen en 10 jaar later kon de NSPH de deuren openen

De GZO-dagen

De NVAG wilde een wetenschappelijke vereniging zijn. De nadruk lag daarbij wat ons betreft op het gezondheidszorgonderzoek. Om dit streven gestalte te geven hebben wij bij onze eerste jaarvergaderingen ruimte gegeven aan jonge onderzoekers om daar hun resultaten te presenteren. Dit bleek een succesvolle formule. Wij organiseerden deze GZO-dagen samen met een universiteit. Later is dit initiatief overgenomen door de in 1985 opgerichte vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (V&W). Resten van de GZO-dagen zijn ook nu nog te zien als posterpresentaties tijdens het Nederlands Congres voor Volksgezondheid. Overigens, een dergelijk initiatief zou anders door anderen zeker zijn genomen.

Met deze initiatieven heeft de NVAG zich al snel een plaats in de wereld van de sociaal geneeskundigen verworven. Dat veel van onze leden op sleutelposities zaten heeft daarbij zeer geholpen.

Jan Maarten Boot

Verder herinner ik me als lid van de commissie Onderwijs een schier eindeloze hoeveelheid bijeenkomsten ten huize van de NSPH (multidisciplinair!). Eindeloos, omdat de besprekingen over de nieuwe opleiding volgens het ABC-advies op zeker moment inhielden de aankondiging van wederom een laatste start van de oude opleiding.

4. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg; 30 jaar veranderingen



Jan Vosters, secretaris

Gezondheid hangt vooral samen met economie (armoede), technologie (van industrialisatie naar automatisering), cultuur (multiculturele samenleving), medische kennis (hypertensiebehandeling), kwaliteit van de zorg (protocollen, intervisie, samenwerking, ketenzorg), beleid, (zorgsysteem, capaciteitsplanning, financiering), internationale verdragen (recht op zorg vastgelegd in de International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) en wetgeving (Ziektekosten verzekeringswet). Hierdoor is de gezondheidszorg per definitie dynamisch. Het is daarom ook moeilijk een identiteit op te bouwen en te behouden. Welke elementen hebben in de laatste 30 jaren vooral bijgedragen aan die dynamiek? In deze paragraaf wordt een poging gedaan om de belangrijkste op een rijtje te zetten.

(Sociaal) Geneeskundig Onderzoek

- De bevolking nam toe door minder sterfte, meer ouderen en immigranten.
- De gezonde levensverwachting stagneerde vergeleken met overige Europese landen, mannen halen de vrouwen in.
- Mobiliteit van ouderen nam toe (orthopedie), gehoor verbeterde door meer gehoortoestellen en het gezicht door meer staaroperaties.
- Daling sterfte aan verkeersdoden (helm, gordels, wegen), hart-vaatziekten (acetosalicyl) en longkanker bij mannen (roken) en toename kanker (bevolkingsonderzoeken, leeftijd van de moeder bij geboorte eerste kind), heupfracturen (leeftijd, bewegingsarmoede). Infectieziekten namen weer toe t.g.v. de globalisering, AIDS en resistentie. Er is ervaring opgedaan met pandemiebestrijding. Verder namen adipositas, angststoornissen en depressies toe.

Beleid

- Nota 2000 met een nieuw ziekteverklaringsmodel, Milleniumdoelen en sociale determinanten (WHO nota Closing the gap in a generation van de commissie Marmot) werden geformuleerd.
- Toekomstverkenningen RIVM kwamen tot stand.
- Accijnsverhoging, rookverbod en reclamerestrictie bleken effectieve instrumenten voor beleid.
- Aandacht voor het levenseinde. De discussie over euthanasie verschoof gedeeltelijk naar palliatieve zorg.
- Meer aandacht voor gezondheidsverschillen als uitgangspunt van beleid.
- Ziektebestrijding maakte deels plaats voor bestrijding van beperkingen.
- Besef groeide dat volksgezondheid vooral ook gebaat is door beïnvloeding van omgevingsdeterminanten (sociale geneeskunde wordt situatieve gezondheidszorg of 'new public health'), tegelijk werd geleidelijk ook duidelijk dat gedrag ook genetisch bepaald wordt.
- De BIG-registratie wordt ingevoerd.
- Discussie over gezondheidszorg als investering ipv als kostenpost verdiept.
- De privatisering en de marktwerking lieten zijn beperkingen zien (bureaucratisering, corrumpering van de ARBO-zorg, verschraling van de ouderenzorg etc).
- In de jaren 80-90 verdween de sociale psychiatrie (van Londen 2001) onder invloed van het neoliberalisme (sociaal is ondergeschikt aan biologisch).
- Pieter Muntendam overleed in 1986, was vooral begaan met gezondheidslot van de armoede en streed voor fluoridering van het drinkwater.
- De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid werd Wet Publieke Gezondheid.

Management

- De Diagnose Behandelcombinaties en privé klinieken namen een hoge vlucht.
- De indicatiecommissies ontwikkelden zich tot Centrale Indicatie-instellingen voor de Zorg.
- De competenties van de CanMed worden geaccepteerd en leidde tot meer competentiegericht onderwijs.
- Academisering van de Public Health nam weer toe (toename van aantal hoogleraren sociale geneeskunde na 1990, de ontwikkeling van Universitaire Medische Centra en academische werkplaatsen).
- Tropische geneeskunde werd global health. De sociale geneeskunde internationaliseerde. Europa wordt geleidelijk belangrijker. De congressen van de EUPHA en de ASPHER worden meer bezocht en de kwaliteit neemt toe (zie paragraaf over Europa).
- Sociale geneeskunde werd nog meer multidisciplinair (sociologen, statistici, gezondheidswetenschappers, toxicologen, ecologen, bestuurskundigen,



Praag 2005

pedagogen, andragogen, juristen) en dus meer Public Health. Dat is ook terug te zien het aantal disciplines, dat het Nationaal Congres VolksgeZondheid bezoekt. De meerwaarde van de arts moet zich bewijzen. De arbeids- en verzekerings-geneeskunde onderscheidde zich van de community health.

- De sociaal geneeskundige Algemene GezondheidsZorg werd opgenomen binnen het register het specialisme Maatschappij en Gezondheid (profiel Beleid en Advies). De profieldiscussie startte in de sociale geneeskunde. Sociaal medische Advisering ging naar hetzelfde register maar met profiel Indicatie en Advies.
- In 1980 waren er zo'n 1500 sociaal geneeskundigen waarvan 250 artsen AGZ (1998 456 artsen AGZ, 3584 sociaal geneeskundigen, 42900 artsen). Dat aantal verdubbelde zich tot het jaar 2000. Vanaf de samenvoeging van de sociaal geneeskundigen tot artsen Maatschappij en Gezondheid zijn we aangewezen op de tellingen in de profielregistratie door de SGRC (april 2009 135 aanmeldingen voor registratie in profielregister arts M&G profiel B&A).
- Preventie, zo belangrijk in de Public Health is nu vanuit meerdere invalshoeken ingedeeld. Aanvankelijk moest men het doen met primaire, secundaire en tertiaire preventie, individuele of collectief. Daarna werden gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie populair. Nu wordt ten behoeve van de discussie over financiering ook gesproken over universele, selectieve,

geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

- Ontwikkelingen in de automatisering brachten het Elektronisch PatiëntenDossier dichterbij.
- Leiderschap krijgt meer aandacht.

5. 30 jaar NVAG: wat er allemaal niet is gebeurd



Dirk Ruwaard, directeur directie Publieke Gezondheid, Ministerie van VWS

NVAG: van harte gefeliciteerd met het 30-jarig bestaan! Ik heb deze bijdrage de titel 'Wat is er allemaal niet gebeurd' gegeven. Die titel kent immers twee kanten: we zijn verwonderd over wat er allemaal in de periode 1980-2010 op ons af is gekomen en is veranderd, maar ook dat er zich nauwelijks veranderingen voorgedaan zouden hebben. De eerste helft van de jaren 80 studeerde ik geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden en heb later de vervolgopleiding als sociaal geneeskundige afgerond. Ik startte mijn loopbaan in de tweede helft van de jaren 80 en ben daarna op meerdere plaatsen werkzaam geweest in de wetenschap (universiteit en RIVM), het beleid, de diplomatie, de nationale en internationale dimensies maar steeds op het terrein van de openbare gezondheidszorg of de zorg in de volle breedte. Vanuit die achtergrond wil ik met de lezer enkele persoonlijke indrukken delen.

Nu kan ik met alle gemak vele afzonderlijke onderwerpen aankaarten uit de afgelopen 30 jaar die het verdienen om bij stil te staan. Dat doe ik bewust niet. Ik wil vooral wat persoonlijke noties kwijt over de positionering van de openbare gezondheidszorg/sociale geneeskunde in relatie tot de cure en care. Hopelijk sluit dat ook goed aan bij de viering van 30 jaar NVAG; de NVAG als thuishaven voor artsen werkzaam in beleid, management en sociaal geneeskundig onderzoek. Toen ik in 1986 afstudeerde had ik ternauwernood een indruk van de grote maatschappelijke vraagstukken in de volksgezondheid en het volksgezondheidsbeleid. Je werd toch vooral opgeleid als dokter die individuele patiënten behandelde. Ik kreeg wat colleges over sociale geneeskunde en liep coschap bij een bedrijfsarts, maar inzicht in hoe de organisatie en financiering van de zorg er uitzagen, had ik niet. Begin jaren 90 werd bij het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS (destijds WVC) een start gemaakt met het opstellen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) waar ik gedurende een aantal jaren intensief aan heb mogen meewerken. Die VTV heeft mijns inziens een belangrijke kentering teweeg gebracht in het



Stockholm 2007

objectiveren van het belang van preventie en de openbare gezondheidszorg in het leveren van een bijdrage aan een gezond Nederland.

Het objectiveren van het belang van preventie en openbare gezondheidszorg wil nog niet zeggen dat er beleidsmatig iets verandert. Je kunt je afvragen wat er nu terecht gekomen is van de Healthy Cities beweging, de Nota 2000, de GezondheidsEffect Rapportages, de aanbevelingen van de commissies Albeda en van de beleidsreacties op de inmiddels vijf VTV's die de afgelopen 20 jaar zijn verschenen. De balans neigt dan door te slaan naar 'wat er allemaal niet is gebeurd', met de klemtoon op het woord 'niet'.

Ik ben veel optimistischer als ik de ontwikkelingen van de afgelopen jaren de revue laat passeren. Ik noem er een paar:

- Er is een sterkere interactie gekomen tussen de rijksoverheid en de gemeentelijke overheid via de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en nu de Wet Publieke Gezondheid (WPG) door de wettelijk verplichting vierjaarlijks een kabinetsnota gezondheidsbeleid en gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid op te stellen met prioriteiten op het terrein van de openbare gezondheidszorg gevoed door de informatie uit de landelijke en regionale VTV's.

- VWS heeft in 2007 een preventievisie opgesteld waarin het belang wordt aangegeven van het koesteren van het verworvene op het terrein van gezondheidsbescherming en ziektepreventie en daarop te innoveren, het versterken van het intersectorale beleid op terreinen die buiten het primaire domein van de volksgezondheid vallen (o.a. onderwijs, arbeid, ruimtelijke ordening, openbare orde en veiligheid), het versterken van de interactie tussen de openbare gezondheidszorg en de reguliere zorg en ten slotte het versterken van de bestuurlijke samenhang en tegengaan van versnippering in de openbare gezondheidszorg. Deze visie is door het veld goed ontvangen.
- Er is een duidelijk toenemende aandacht voor en besef van het belang van preventie ook binnen de kolommen van het ministerie die zich primair bezig houden met de cure en care getuige ook het voornemen om 'stoppen met roken' in 2011 en de 'beweegkuur' in 2012 onderdeel van de zorgverzekeringswet (ZVW) te laten zijn.
- Er is veel politieke en maatschappelijke aandacht voor preventie getuige de overleggen in de Tweede Kamer, de vele vragen van de Kamer die op VWS afkomen en de vele berichten in de media.
- Er gaat veel aandacht uit naar preventie in het beleid van koepels, organisaties



Tallinn 2010

en adviesorganen, zoals de KNMG, CVZ, NPCF, verzekeraars, de Gezondheidsraad, de RVZ, etc.

- De Nederlandse Public Health Federatie, een samenwerkingsverband van beroepsverenigingen, fondsen, (kennis)instituten en brancheorganisaties op het terrein van de public health, kent inmiddels ruim 50 leden;
- Het Nationaal Congres Volksgezondheid kende dit jaar meer dan 900 deelnemers;
- Er is door VWS veel geïnvesteerd in onderzoek via ZonMw, waaronder de Academische Werkplaatsen en de diverse op preventie gerichte programma's;
- De Samenwerkende Gezondheidsfondsen investeren gezamenlijk in onderzoek en initiatieven op het terrein van preventie;
- De belangstelling voor infectieziekten nam weer toe (Mexicaanse griep, Q-koorts, antibioticaresistentie in de veehouderij, intensieve veehouderij);
- Er zijn gesprekken gaande op welke wijze de financiering geregeld dient te worden voor de tweede fase van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid in relatie tot hoe dit voor de opleiding tot huisarts en specialist is geregeld;
- Er is een kentering gaande van het benadrukken van ongezondheid als een kostenpost naar gezondheid als een maatschappelijke kapitaal.

Maar daarmee zijn we er niet. We moeten het momentum van deze aandacht voor het belang van preventie aangrijpen. Vanuit een inhoudelijk perspectief zonder domeinstrijd dienen we gezamenlijk te kijken naar de organisatie en financiering van preventie dwars door alle schotten van de wetgeving heen. Preventie speelt niet alleen een rol binnen het kader van de WPG maar ook binnen de WMO, de ZVW en de AWBZ. Dit heeft momenteel ook de aandacht binnen VWS en allerlei organisaties in het veld. Laten we de kabinetswisseling benutten om daadwerkelijke stappen te zetten vanuit het adagium 'van nazorg naar voorzorg'. Hier ligt ook een mooie taak voor de NVAG als thuishaven voor artsen werkzaam in beleid, management en sociaal geneeskundig onderzoek. Mijn voorspelling is dat als we in 2040 terugblikken naar de afgelopen 30 jaar preventie prominent en duurzaam op de politieke en maatschappelijke agenda staat. 'Wat er allemaal niet is gebeurd', met de klemtoon op 'gebeurd'.

Tijdens de reis naar Londen werd een bezoek gebracht aan een Hospice. Destijds een volledig nieuw begrip. De leden van de NVAG kregen uitgebreid de gelegenheid om in gesprek te geraken met de patiënten. Dat lukte zo slecht dat de leiding van het Hospice voortijdig een einde maakte aan het bezoek. Hoe is het mogelijk dat artsen niet met patiënten kunnen communiceren!

6. De KNMG en de sociale geneeskunde



Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter KNMG

De NVAG is de thuishaven voor artsen die werken in Beleid, Management of sociaal-geneeskundig Onderzoek Met deze openingszin introduceert de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg zichzelf op haar website. Even verderop treft men nog het volgende aan: Op individueel niveau bestaat een belangrijke wisselwerking tussen gezondheid en sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Op meso- en macroniveau bestaat een wisselwerking tussen enerzijds gezondheidszorg en anderzijds het recht, de financieringssystematiek, het beleid en de politiek.

Wanneer ik deze introductie tot mij laat doordringen vraag ik mij af waarom niet alle artsen lid van deze vereniging zijn. Immers, de wisselwerking met betrekking tot gezondheid en ziekte tussen de mens en zijn materiële en immateriële omgeving is voor alle artsen van belang, op welke plek in de zorgketen men ook werkzaam is. De geschiedenis van de publieke gezondheidszorg, zoals o.a. beschreven door Mackenbach et al (2008), laat zien dat al in de middeleeuwen gemeenteartsen betrokken waren bij de uitvoering van gezondheidsverordeningen, o.a. met betrekking tot veilig drinkwater en de bestrijding van lepra. In Nederland heeft, veel later, de beweging die met de term 'Hygiënist' werd aangeduid (met Ali Cohen en Samuel Senior Coronel als belangrijke trekkers) een belangrijke stimulans gegeven aan de verdere ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg. Een tastbaar bewijs daarvan was de oprichting van de eerste Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst in Amsterdam in 1893, en er zouden er vele volgen. De door Mackenbach et al beschreven grote successen die in de twintigste eeuw konden worden geboekt (o.a. vaccinatie tegen veel voorheen vaak dodelijke infectieziekten, verbeterde arbeidsomstandigheden, reductie van zuigelingensterfte, bestrijding van roken) waren mede te danken aan de toegenomen kennis en de steeds betere organisatie van de openbare gezondheidszorg zelf.

Een term die we dan naast vele andere steeds vaker zien opduiken is die van de

Sociale Geneeskunde. Een wat merkwaardig begrip zo op het eerste oog, immers, er bestaat geen asociale geneeskunde en het artsendom is per definitie een sociaal beroep. Over de definitie van dit begrip, sociale geneeskunde, zijn vele publicaties verschenen. In 1966 verscheen van een van de nestoren op dit gebied, prof. dr. P. Muntendam, een 'Plaatsbepaling van de Sociale Geneeskunde'. Uit zijn uitvoerige betoog citeer ik, beseffend hem daarmee onrecht te doen, een enkele zin die steun geeft aan mijn overpeinzingen: "...dat het ontstaan van de meeste ziekten is terug te voeren op sociale oorzaken, voortspruitend uit armoede en onwetendheid...". Dat er dan toch behoefte bestaat aan specialismen die zich binnen de geneeskunde in het bijzonder bezig houden met die wisselwerking tussen mens en omgeving komt denk ik vooral voort uit het feit dat de relatie complex is, dat interventies op dit gebied specialistische kennis vergen, en dat de geneeskunde in het algemeen ook al lang niet meer in zijn volle omvang door die ene dokter kan worden overzien. Overigens was dit besef een van de redenen tot oprichting van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, 1849), die zich wilde inzetten voor drie idealen: de eenheid van de medische stand, van het medisch onderwijs en van de medische wetenschap (Huisman en van Lieburg 2009). Diezelfde NMG pleitte er al





in een uit 1921 daterend rapport ('Het Hoger onderwijs in Sociale Geneeskunde en Sociale Hygiëne') voor om het onderwijs in de sociale geneeskunde verplicht te stellen. Bekende en beroemde collegae uit die beginperiode zijn J.M. Baart de la Faille, de al gememoreerde Samuel Senior Coronel en Piet Muntendam, Toon Mertens en Reinier Zielhuis. Zij allen, en dan doe ik er nog velen tekort, hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de preventie van veel gezondheidsproblemen in relatie tot die belangrijke wisselwerking waarnaar de NVAG terecht verwijst. Dat deze inspanningen ook erg noodzakelijk waren behoeft geen betoog. Dat ze dat nog steeds zijn evenmin. Als ik met grote stappen van de voorlopers naar de huidige tijd loop zie ik daar tal van argumenten voor. De grote volksgezondheidsproblemen van de middeleeuwen zijn vervangen door de grote volksgezondheidsproblemen van de 21e eeuw. Die zijn nog steeds voor een belangrijk deel terug te voeren op omgevingsfactoren: een relatief vrij aanbod van rookartikelen, van ongezond voedsel en alcohol, ongezonde werkomstandigheden, oprukkende nieuwe infectieziekten, gebrek aan stimulansen om te bewegen, een grote nadruk op steeds meer presteren en produceren, en de toenemende bedreigingen van eenzaamheid en sociaal isolement in bepaalde bevolkingsgroepen. Dat mensen in dit verband vaak ook zelf verkeerde keuzes

maken doet aan deze bedreigende omgeving niets af, maar het geeft wel aan hoe ingewikkeld de oplossingen zijn waarnaar we steeds zoeken.

En dan is het begrip Sociale Geneeskunde wel een mooi begrip, dat we binnen de Domus Medica graag blijven koesteren. Natuurlijk, de sociaal geneeskundige van vandaag, waar hij of zij ook werkt, heeft meer dan ooit te maken met samenwerkingsverbanden, in en buiten de zorgketen. De komende jaren zullen wij met elkaar in gesprek blijven over de noodzakelijke vernieuwingen in de zorg, die ook voor de specialismen binnen de sociale geneeskunde gevolgen zullen hebben. De inbreng van sociaal geneeskundige expertise binnen de Domus zal versterkt moeten worden om al deze ontwikkelingen in goede banen te leiden.

Met de opheffing van de LVSG, die jarenlang (van 1981 tot en met 1998) het sociaal geneeskundig gezicht binnen de Domus vormde, is die inbreng onder een verantwoord minimum weggezaakt. Gelukkig hebben de bedrijfsartsen en de verzekeringsgeneeskundigen dit nadien voor een deel opgevangen. Maar een representatieve inbreng van sociaal geneeskundig Nederland ontbreekt nog steeds binnen de KNMG. Tijd voor verandering. Wij onderhouden graag intensief contact met alle beroepsverenigingen die daaraan een bijdrage kunnen leveren.

De NVAG heeft al 30 jaar trendzettend en richtinggevend werk gedaan, en ik verwacht dat hieraan vooralsnog geen einde komt. Ik feliciteer de vereniging met haar verjaardag, maar vooral met haar succesvolle bijdrage aan de volksgezondheid van ons land. De KNMG is trots op u.

- Muntendam P. Plaatsbepaling van de Sociale Geneeskunde. Rapport geschreven op verzoek van de Sociaal-Wetenschappelijke Raad van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Amsterdam 1966
- Huisman FG, van Lieburg MJ. Canon van de geneeskunde in Nederland. Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam 2009
- Mackenbach JP, van der Maas PJ (redactie). Volksgezondheid en gezondheidszorg. Vierde druk, Elseviers Gezondheidszorg, Maarssen 2008

7. Hoofdstuk 11 Mensenrechten en public health

Joost den Otter, arts M&G-epidemioloog



In deze bijdrage volgt eerst een korte algemene inleiding gevolgd door een oproep om binnen de 'Public health' (meer) te gaan werken met de principes van een 'human rights-based impact assesment' (HRBIA) en een 'human rights based approach' (HRBA) omdat slechts zo werkelijk vorm gegeven zal worden aan 'the right to health'. De Universele Verklaring van de rechten van de mens (UVRM) is inmiddels twee keer zou 'oud' als de NVAG. Dé dag van de mensenrechten wordt jaarlijks op 10 december gevierd. UVRM samen met het ESOCUL- en het BUPO verdrag (inclusief het Optioneel Protocol) vormen de 'International Bill of Human Rights' (zie tabel voor meer VN-verdragen). Staten die deze verdragen hebben geratificeerd verplichten zich periodiek te rapporteren aan het betreffende Comité welke maatregelen genomen zijn inzake het betreffende verdrag en welke vooruitgang er is geboekt over die periode. NGO's worden door het Comité uitgenodigd om schaduwrapportages in te dienen. In alle VN-verdragen in de tabel als ook in die van de Raad van Europa speelt het recht op gezondheid een prominente rol.

Artikel 12 van het ESOCUL-verdrag verwoordt het duidelijkst wat het recht op gezondheid betekent: "the States Parties to the covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health". Het Comité heeft dit recht verder uitgewerkt in 'General Comment' 14 (GC 14) om eventuele onduidelijkheden weg te nemen. GC14 maakt duidelijk dat het Recht op Gezondheid zich ook uitstrekt tot onderliggende determinanten van gezondheid en dat zowel voor de zorg als de onderliggende determinanten geldt dat zij beschikbaar, toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit moeten zijn, zowel de jure als de facto. Op basis van deze documenten zijn door (public health) professionals een aantal concepten nader uitgewerkt om de links tussen het 'right to health', gezondheidszorgsysteem en gezondheids(zorg)beleid vorm te geven.

De recente publicatie van MacNaughton en Hunt (2009) is hiervan een goed voorbeeld. Zij werken dit recht verder uit in zes cruciale concepten: progressieve realisatie, kernverplichtingen, gelijkheid & non-discriminatie, participatie, informatie en accountability. Deze uitwerking in een 'human rights-based impact assesment' (HRBIA) of mensenrechteneffectrapportage, heeft als groot voordeel boven de gebruikelijke procedures bij de Verenigde Naties dat zij vooraf en niet achteraf analyseren welke effecten het beleid op de mensenrechten, zoals bijvoorbeeld het recht op zorg, zullen hebben. Bij de implementatie ervan spelen public health specialisten een essentiële rol bij het verzekeren van het recht op gezondheid, zowel op nationaal als ook op internationaal niveau.

- Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (ESOCUL)
- Internationaal Verdrag inzake Burgelijke en Politieke Rechten (BuPo)
- Internationaal Verdrag inzake de Afschaffing van alle Vormen van Rassendiscriminatie (ICERD)
- Verdrag inzake de Afschaffing van Alle Vormen van Vrouwendiscriminatie (CEDAW)
- Verdrag inzake Foltering en andere Wrede, Onmenselijke of Onterende Behandeling en Bestrafing (CAT)
- Verdrag inzake de Rechten van het Kind (CRC)
- *Internationaal Verdrag inzake de Bescherming van de Rechten van Alle Migranten Werknemers en hun Familie (ICERD)*
- *Internationaal Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap (CRPD)*

Internationale mensenrechtenverdragen

Cursief: nog niet door Nederland ondertekent

Dat het trainen van anderen dan public health specialisten vruchten afwerpt in het bevorderen van toegang tot de zorg en het reduceren van sociaal economische gezondheidsverschillen toonde Farmer reeds succesvol aan voor internisten. Zijn oproep om ook andere (deel)specialismen zich te laten trainen en dus zich in te laten met het reduceren van gezondheidsverschillen is dé oplossing voor het realiseren van het recht op de 'highest attainable standard of health' voor iedereen. Immers als de professionals denken vanuit een HRBIA maken zij het zichzelf, de overheid en de (al dan niet kwetsbare) gebruikers mogelijk om oprecht vorm te geven aan een 'human rights based approach' (HRBA).

De uitwerking daarvan, zo toont London (2008) duidelijk aan zal nog het nodige vragen van de verschillende betrokkenen die een rol spelen bij de vormgeving van

gezondheidszorgbeleid. Echter slechts door met dit HRBA concept te werken, en krachten te verenigen, zal een effectieve implementatie leiden tot zichtbare resultaten in de rapportages aan de Verenigde Naties. Daarin zal aangetoond worden dat nationaal gezondheidszorgbeleid werkelijk gericht is op maximale realisatie van 'the right to health' en dat overheden en andere belanghebbenden deze rechten respecteren, beschermen én waarmaken. Niet alleen op nationaal niveau, maar ook internationaal. De voortdurende inbreng van public health specialisten is daarbij vooralsnog onmisbaar.

Public health specialisten dienen:

- Een 'human rights-based impact assesment' (HRBIA) te (laten) verrichten bij het uitvoeren van al hun werkzaamheden op het gebied van de gezondheidszorg.
- Zorg te dragen voor een volledige implementatie van een 'human rights based approach' o.a. door zorg te dragen dat er een verankering komt van het 'right to health' in de grondwet.
- Met hun HRBIA's input te leveren voor schaduwrapportages.
- Voortdurend geschoold te worden op het gebied van mensenrechten: zowel in de profielopleiding als in de CME.

8. Kwetsbare groepen als speerpunt NVAG



Yvonne van Pareren, medisch adviseur OGGZ

De NVAG-ledenvergadering heeft in de voorjaarsvergadering 2005 de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) benoemd tot specifiek aandachtsgebied. De OGGZ kenmerkt zich door nadrukkelijke samenhang tussen maatschappij & gezondheid, benaderd vanuit het perspectief beleid, management en onderzoek. Zo'n perspectief past goed binnen de doelstelling van de NVAG. De speciale aandacht voor dit onderwerp heeft ertoe geleid dat de NVAG, naast ons profiel Beleid & Advies, het profiel OGGZ heeft ontwikkeld voor de opleiding arts Maatschappij en Gezondheid. In vervolg hierop is er op de jaardag in november 2006 (doelgroep dak- en thuislozen centraal) het initiatief ontstaan om een platform OGGZ te starten. Sindsdien komt het platform regelmatig samen. Het vormt een ontmoetingsplaats voor professionals en bestuurders die werkzaam zijn in de OGGZ of een verbondenheid hebben met het onderwerp. Daarnaast wordt het platform gebruikt om knelpunten onder de aandacht van de geëigende instanties en instellingen te brengen en om mee te denken over op handen zijnde beleidsontwikkelingen en initiatieven in de OGGZ.

Wat verstaan we onder OGGZ

De OGGZ wordt vaak omschreven in termen van doelgroepen en activiteiten. Zo vallen onder de OGGZ onder andere de dak- en thuislozen, het Vangnet Zorg en advies, de hygiënische probleemgevallen, uitbehandelde chronisch psychiatrische patiënten, licht dementerenden en verstandelijk gehandicapten, illegalen, aanpak huiselijk geweld, probleemgezinnen, draaideur criminelen. Er zijn vele definities in omloop. Deze definities verwoorden niet de essentie, namelijk dat het in de OGGZ gaat om doelgroepen die 'buiten de boot' vallen bij de reguliere zorgaanbieders. Het platform heeft gekozen voor de volgende definitie van het werkterrein. *Het gaat bij OGGZ altijd om een combinatie van sociaal medische en geestelijke zorg voor mensen, die om uiteenlopende redenen, niet bij de reguliere zorg terecht kunnen, te kort komen of anderszins buiten de boot vallen.*

Terugblik

Van oudsher is de OGGZ een gemeenschappelijk werkterrein van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) en de maatschappelijke gezondheidszorg. Daarbij lag sedert de RIAGG-vorming in de jaren '80 van de vorige eeuw het zwaartepunt, en daarmee ook een groot deel van de regie, lange tijd bij de GGz. Met de start van de OGGZ als apart aandachtsgebied bij de overdracht van verantwoordelijkheden rond het RIAGG besluit van 1980, verschuift de nadruk van de aanwezigheid van psychische problematiek naar het zorg- en hulpverleningsperspectief. Recente ontwikkelingen in wetgeving dragen verder bij aan deze kentering in beleid. Te noemen zijn onder andere de veranderingen in verzekeringsstelsel, de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en het steeds restrictiever wordende vreemdelingenbeleid. De zorg wordt verder gedecentraliseerd naar de gemeenten met versterking van de Maatschappelijke Opvang (MO). Dit alles veroorzaakt een verschuiving van het zwaartepunt van de OGGZ naar enerzijds de sociaal medische zorg en anderzijds een meer intersectorale aanpak.

Werk aan de winkel

De OGGZ vormt nog steeds een belangrijk maatschappelijk probleem, het meest in het oogspringend in de grote steden, maar ook daarbuiten. Wat betreft de organisatie van de OGGZ bestaat er een lacune; het veld is versnipperd. De gemeentelijke overheid is vanuit de WMO wettelijk verantwoordelijk voor de samenhang van de OGGZ als problematiek. De lokale overheid heeft de taak om te fungeren als regisseur tussen bevolking, GGz en welzijn- en maatschappelijke instellingen. De meeste gemeenten voeren een meer of minder actieve regie, slechts enkelen hebben geen eigenstandig lokaal OGGZ-beleid of laten het helemaal over aan de GGz.

Gemeenten hebben in het verleden een wisselend pakket aan OGGZ-taken bij hun GGD ondergebracht. Kerntaken van de GGD hierbij zijn: signaleren, adviseren, coördineren en uitvoeren. In de afgelopen jaren zijn veel van de uitvoerende taken verdwenen. Wat betreft de kerntaken zijn nog belangrijke verbeterpunten aanwijsbaar. De recente schaalvergroting van de GGD- en kan het uitvoeren van OGGZ-taken door de GGD'en in positieve zin beïnvloeden. Er is echter geen landelijke uniforme werkwijze ontwikkeld.

Rol NVAG

De NVAG is gestart met een meerjarige inspanning om in samenwerking met anderen de OGGZ in Nederland op een hoger plan te brengen en nieuwe impulsen te geven waar dat nodig is. Speerpunten daarbij zullen zijn:

1. Het bevorderen van aandacht voor de OGGZ in bestaande opleidingen en bij- en nascholing voor artsen;
2. Het bepleiten van de verlenging van de JGZ tot 23 jaar en een betere overgang

- van de hulpverlening voor jeugdige volwassenen;
3. Een verbetering van de opsporing van verstandelijk gehandicapten binnen de OGGZ- hulpverlening, startend bij de intake;
 4. Het stroomlijnen van diverse bestaande gezondheidsmonitoren;
 5. Het bepleiten van een verankering van de OGGZ als gemeentelijke taak in de volgende tranche van de Wet Publieke Gezondheid.

Het platform biedt sociaal geneeskundigen op dit terrein een ontmoetingsplaats. Ook andere disciplines zijn welkom als deelnemer als zij een kritische meerwaarde hebben voor het opzetten en uitvoeren van een evenwichtig beleid op dit terrein. Tot nog toe heeft het platform themamiddagen georganiseerd voor sociaal geneeskundigen, bijgedragen aan congressen en aan diverse opleidingen en een visiedocument uitgebracht. Dit document is tijdens het KAMG-congres in 2010 aangeboden aan de voorzitter van de KAMG en de KNMG.

Toekomst

Om de aandacht voor het platform maar ook in onze beroepsvereniging vast te houden, wordt er nagedacht over het opzetten van een sectie OGGZ binnen de NVAG. Voor deze sectie zijn we op zoek naar sociaal geneeskundigen die meedenken zowel op macroniveau, de bestuurders, als micro- en meso-niveau, de mensen die met hun benen in de klei staan. We willen hen verenigen en uitdagen lid te worden van de sectie. De sectie OGGZ wordt daarmee de drijvende kracht achter het platform.

9. Zorg voor asielzoekers in sociaal medisch perspectief

Lessons learned



Geesje Nijhof, senior inspecteur GezondeidsZorg

Inleiding

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw kwam er een grote instroom van asielzoekers op gang naar Nederland, met fluctuaties in de jaren negentig en een hoogtepunt in 2000. Na de invoering van de nieuwe vreemdelingen wet op 1 april 2001, waarbij de asielprocedure werd vereenvoudigd en verkort volgt een sterke afname van de instroom. In 2004 is de verwachting dat het aantal asielzoekers in Nederland zal stabiliseren rond 14.000. Deze verwachting pakte anders uit. In oktober 2009 waren er nog steeds 23.000 asielzoekers in Nederland verdeeld over 60 locaties. Voor deze (tijdelijke) inwoners was behalve bad, bed en brood ook gezondheidszorg nodig. Dit verhaal schets hoe dit in de afgelopen ruim twintig jaar werd geregeld en wat een beroepsgroep als de NVAG daaraan heeft bijgedragen.

Verskillende benaderingen in de zorg voor asielzoekers

Het voert te ver om alle politieke discussie, wetten, regelgeving en afspraken die er rond de groep asielzoekers zijn geweest hier allemaal te vermelden. Voor een overzicht welke aandacht er op het terrein van de sociaal medische zorgverlening voor deze groep is geweest zijn er vier fasen te benoemen, namelijk:

- 1) 1987- 1994: Start regeling asielzoekers, asielzoekers korte tijd in AZC en dan decentrale huisvesting in gemeenten. Geen eenduidige regeling voor de medische zorg. Pas in 1992 een landelijke zorgverzekeraar voor asielzoekers.
- 2) 1994 -2000: Invoering herziene vreemdelingenwet en oprichting Centraal Orgaan Asielzoekers (COA). De medische zorg in de asielzoekerscentra wordt uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen die in dienst zijn van COA en werken op de

centra. Dikwijls zijn deze artsen en verpleegkundigen werkzaam geweest in een ontwikkelingsland en hebben affiniteit met de doelgroep. Er ontstaan medische centra binnen de opvang. De aandacht gaat voor een groot deel uit naar curatie, preventie-aspecten worden in het algemeen minder belicht.



3) 2000- 2009. Het COA contacteert GGD Nederland voor de sociaal medische zorg en Zorgverzekeraar VGZ die de ziektekostenregeling asielzoekers gaat uitvoeren, convenanten en afspraken met koepels voor reguliere zorg maakt en huisartsen en andere zorgverleners contracteert. De GGD'en richten MOA stichtingen op voor de uitvoering van de medische opvang asielzoekers, de collectieve preventie en de begeleiding naar de reguliere zorg. De MOA stichtingen nemen het personeel voor de sociaal medische zorg over van het COA en werven veel nieuw personeel. Dit is noodzakelijk omdat in deze periode de instroom van asielzoekers erg groot is. De MOA dienstverlening is vastgelegd in een Service Level Agreement (SLA) met het COA. Bij GGD Nederland wordt het Landelijk Service Bureau (LSB) ondergebracht ter ondersteuning van de MOA stichtingen. Er wordt al direct gebruik gemaakt van digitale informatie: MOA web en MOA nieuws zijn van meet af aan belangrijke

informatiebronnen voor alle MOA medewerkers. Op basis van de SLA worden voorvarend landelijke protocollen opgesteld en ook een handleiding toegeleiding naar de huisarts door de praktijkverpleegkundigen wordt gemaakt. Deze handleiding draagt bij aan een kwalitatieve samenwerking tussen MOA praktijkverpleegkundigen en de door VGZ gecontracteerde huisartsen. Er is een landelijke overlegstructuur die hangt onder de bestuurscommissie MOA van het bestuur van GGD Nederland. Er worden twee belangrijke overlegstructuren ingesteld. Voor de bedrijfsvoering het regiomanagement overleg, bestaande uit de regiomanagers van de stichtingen en het MOA zorgoverleg voor de inhoud met afvaardiging van de portefeuille houders zorg uit alle MOA stichtingen. Er wordt een kwaliteitszorgsysteem (HKZ) opgezet en de stichtingen gingen voor certificatie: met succes. Daarnaast werd gewerkt aan een digitaal MOA dossier wat is afgerond, maar uiteindelijk te vroeg kwam voor de GGD'en. De opdracht aan de stichtingen was op termijn zichzelf overbodig maken en de opgestarte activiteiten te integreren in de GGD'en. Dit werd met kracht ingezet toen de instroom fors ging dalen en het personeel van de MOA voor een groot deel weer moest worden ontslagen. Deze processen hebben in iedere stichting hun eigen dynamiek gekend. In de praktijk was het cultuurverschil tussen GGD medewerkers en MOA medewerkers dikwijls onverwacht groot. Het ontslagen personeel, met name de praktijkverpleegkundigen maar ook de andere medewerkers die inmiddels bijna allemaal sociaal geneeskundig of sociaal verpleegkundig en intercultureel waren geschoold vonden meestal snel een andere functie in de (sociaal medische) zorg of gingen verder in aanvullende opleidingen.

4) 2009 tot nu: Het COA heeft Menzis gecontracteerd om de huisartsenzorg voor asielzoekers uit te voeren. Menzis heeft het Gezondheidszorg Centrum Asielzoekers (GCA) ingericht in Wageningen. Van hieruit wordt de reguliere huisartsenzorg gecoördineerd. Op de centra zijn regelmatig Praktijkondersteuners huisartsenzorg asielzoekers (POHA) aanwezig, die voor de asielzoeker een laagdrempelige ingang tot de zorg faciliteren. Samen met de doktersassistente, de huisarts en met een HIS zorgen ze voor de huisartsenzorg van de asielzoeker. De asielzoeker kan bij klachten met een daarvoor bestemde telefoon altijd zelf contact leggen met het centrum GCA in Wageningen. De preventieve zorg (publieke gezondheidszorg) is een wettelijke taak voor de gemeenten en daarmee in handen van de GGD. Met deze wijziging is de huisartsenzorg buiten het centrum georganiseerd in de reguliere zorg. Er is gesteld dat de kwaliteit van de zorg minimaal op hetzelfde niveau geleverd moet worden.

De IGZ heeft in de verschillende fasen onderzoek gedaan naar de zorg voor asielzoekers. Zij zal dit nu na de verandering van 2009 opnieuw doen. Naar verwachting is dit onderzoek afgerond in 2011.

Beschouwing

Een zichzelf respecterend land zorgt goed voor zijn (tijdelijke) inwoners, ook als er ziekte en gebrek is. Sober en human; dat zijn de uitgangspunten waarmee de COA organisatie werkt. Voor de sociaal medische zorg is hier in de verschillende fasen steeds anders met de daartoe beschikbare middelen vorm aan gegeven.

Welke lessen kunnen we trekken uit de afgelopen ruim twintig jaar asielzoekers zorg

1. Wees uiterst terughoudend met het inrichten van nieuwe geldverslindende structuren, die na korte tijd weer ontmanteld moeten worden met veel kosten en persoonlijk verlies bij gedreven medewerkers.
2. Zoek liever naar mogelijkheden hoe de bestaande zorg (tijdelijk) te versterken en medewerkers bij te scholen, in dit geval met interculturele vaardigheden om die nieuwe uitdaging aan te kunnen.
3. En nu het in dit geval allemaal is geïnvesteerd : Benut in de (Sociaal medische) zorg het interculturele personeel dat in die negen jaar is opgeleid in Nederland. Zoek er bij vacatures gericht naar.
4. Een uitdaging. Migranten in de Nederlandse zorg vinden nog steeds moeilijk op tijd en op de goede wijze hun weg in ons zorgsysteem. Dan is een gerichte en andere aanpak nodig. Intercultureel vaardige verpleegkundigen zijn hier van grote waarde. Dit geldt in versterkte mate voor de ouderen in migrantenpopulatie. Het lijkt me ook voor de NVAG een uitdaging om dit aspect van interculturele zorg te agenderen vanuit preventief perspectief. Een mooie kans voor de eigen profilering binnen de zorg.

10. De professionalisering van de sociaal medische advisering: het ontstaan van de VIA



Ciska Koning, voorzitter VIA

De arts algemene gezondheidszorg die werkzaam was bij een GGD, had van origine een breed takenpakket, waar de sociaal medische advisering vaak deel van uitmaakte. De arts zag zich daarbij voor de taak gesteld een objectief medisch advies uit te brengen aan de gemeente bijvoorbeeld als een aanvulling op de bijstandsuitkering werd gevraagd of als een inwoner om medische redenen met hoge kosten werd geconfronteerd. In de praktijk was dit een echte vangnet-taak voor de burgers die niet deelnamen aan het arbeidsproces.

Het voorzieningenpakket van de gemeente stond daarbij in schril contrast met het voorzieningenpakket dat in het kader van de AAW beschikbaar was voor de beroepsbevolking. Hierbij konden GMD-artsen adviseren over een breed scala aan rolstoelen, vervoersvoorzieningen, inkomensondersteunende voorzieningen en huishoudelijke hulp.

De GGD-arts kreeg ook andere vragen voorgelegd, zoals vragen om een medische urgentie voor woningzoekenden en vragen om parkeerfaciliteiten (parkeerkaarten, parkeerplaatsen). Vooral door de adviestaak over aanvragen Bijzondere Bijstand en medische urgentie had de GGD-arts direct contact met de kwetsbare burger, zijn gezondheidstoestand en zijn woonomstandigheden, zodat daarover adviezen uitgebracht konden worden aan het gemeentebestuur. De sociaal medische advisering bood dus een belangrijk kwalitatief middel voor de GGD om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de kwetsbare groepen in de bevolking. Bij de beoordeling en advisering vond aanvankelijk weinig inhoudelijke afstemming plaats over beoordelingscriteria tussen artsen van verschillende gemeentes, of binnen een provincie. De behoefte daaraan bestond echter wel degelijk zodat later in het provinciale



hoofdenoverleg afspraken werden vastgelegd om meer eenheid te brengen in de wijze waarop adviezen werden beoordeeld en uitgebracht.

Het was niet toevallig dat bij de aanpassing van de wet op de bejaardenoorden, waarbij gepoogd werd de te grote instroom van bejaarden in verzorgingshuizen te beperken, veel gemeentes de GGD-arts met ervaring in de sociaal medische advisering verzochten deel uit te gaan maken van de gemeentelijke indicatiecommissie. In enkele grote steden (w.o. Amsterdam) werd ook de indicatiestelling voor de verpleeghuizen door de GGD uitgevoerd, elders was het niet ongebruikelijk dat de GGD-arts deelnam aan het gezamenlijk opgestarte overleg over verpleeghuisopnames.

Bij de komst van de WVG in 1994 kreeg de gemeente de opdracht aan alle burgers voorzieningen te verstrekken indien zij als gevolg van ziekte of handicap geconfronteerd werden met belemmeringen in wonen, vervoer en verplaatsen. De gemeenten kregen tot taak een onafhankelijk medisch adviseur te benoemen, om advies uit te brengen over de noodzaak van voorzieningen. De ongelijkheid tussen niet en wel aan het arbeidsproces gekoppelde burgers werd in één klap opgeheven. Het lag natuurlijk voor de hand de adviezen òf van de GGD òf van de rechtsopvolger van de GMD te betrekken. Zo ontstond er een groep artsen met heterogene achtergrond, die zich op deze adviestaak gingen toeleggen. Ondertussen groeide binnen GGD'en een steeds grotere kloof tussen primaire, krachtens de WCPV verplichte gemeentelijke taken en zogenoemde 'markttaken'. Bij veel GGD'en groeide de gedachte dat markttaken afbreuk deden aan de 'eigenlijke taakstelling' van de gemeente, zodat deze afgestoten werden. De noodzaak te professionaliseren enerzijds en het onderscheid

van de 'eigenlijke' GGD-taken anderzijds creëerden het juiste klimaat voor het ontstaan van een nieuwe vereniging van artsen werkzaam in de sociaal medische advisering. Tijdens de beroemde cursus forensische geneeskunde van Barend Cohen kwam een zeer enthousiast clubje GGD-artsen te spreken over de benodigde professionele ontwikkeling, onderlinge afstemming en kwaliteitsbevordering ten behoeve van het werk van de sociaal medisch adviseur, werkzaam in het domein Zorg, Wonen en Welzijn. Door hen werd samenwerking gezocht met voormalig GMD-artsen en in 1996 de VIA, Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen opgericht. Dat hieraan behoefte was bleek uit het snel groeiende ledental : binnen één jaar werd het 100e lid verwelkomd!

In de volgende jaren heeft de VIA een gestage groei doorgemaakt, daarmee zichtbaar makend dat naast een wetenschappelijke vereniging voor het algemeen beleidsmatig sociaal-geneeskundig denken ook behoefte bestaat aan een wetenschappelijke vereniging die zich vormt rondom specifieke kennis van een bepaald inhoudelijk vakgebied of domein. De behoefte aan professionalisering heeft geleid tot de registratie van een eigen profiel, arts Indicatie en Advies, daarmee duidend op bekwaamheid op uitvoerend werkniveau.

De laatste jaren zijn gekenmerkt door een toenemende mate van turbulentie in de ontwikkelingen op het terrein van wetgeving en uitvoering, waardoor het werkkterrein sociaal medische advisering en indicatiestelling steeds complexer is geworden. De advisering geschiedt door een diversiteit van organisaties vanuit een veelheid aan wet- en regelgeving. Met betrekking tot de uitvoering van de advisering is geen



Bij de start van de sectie management 2009

minimaal kwaliteits- of deskundigheidsniveau vastgesteld en langzamerhand is de rol van de opgeleid arts binnen het domein gemarginaliseerd. Hoewel in de jurisprudentie de onmisbaarheid van een medisch deskundige beoordeling steeds weer bevestigd wordt, is de noodzaak daarvan bijvoorbeeld door wetgeving niet op voorhand geborgd. Ook de opdrachtgevers, zoals gemeenten, zien deze noodzaak vaak niet. De opvatting leeft dat door de bemoeienis van de inhoudsdeskundige te beperken de zo gewenste administratieve deregulering wordt bevorderd. Het werkelijke effect is echter dat bij bepaalde cliënten behandelbare beperkingen onbedoeld als handicap worden bevestigd en voorzieningen en zorg ondoelmatig worden verstrekt. In de huidige situatie is daarmee het primaire doel van de wetgeving 'at risk' en kwetsbare mensen die zorg juist wel nodig hebben dreigen als gevolg daarvan tekort te komen. Inmiddels is er een draagvlak voor het nemen van drastische maatregelen om de langdurige zorg en voorzieningen, die gefinancierd wordt uit algemene middelen betaalbaar te houden. Hierdoor is er een goede voedingsbodem voor een omslag in het denken, bijvoorbeeld door het verleggen van de focus van de 'claim op grond van stoornissen/ beperkingen' naar 'het aanbod van ondersteuning op grond van mogelijkheden'. Het bereiken van een dergelijke omslag biedt een sociaal geneeskundige uitdaging bij uitstek. De ontwikkeling van het denken, aansturing en de ondersteuning bij het uitvoeren van deze omwenteling kan niet gerealiseerd worden zonder voldoende sociaal geneeskundige deskundigheid op micro-, meso- en macroniveau. Het is mijn persoonlijke overtuiging dat rondom dat thema de VIA en de NVAG elkaar weer zullen vinden.

Jan Maarten Boot

Ik herinner me wel heel goed min of meer een oprichtingsbijeenkomst bij de NVZ in Zeist, waarin onder leiding van Henk Rengelink (een toch wel koninklijk voorzitter), mijn collega Guus Schrijvers en ik het multidisciplinaire karakter van de (algemene) gezondheidszorg uiteen mochten zetten. Dat natuurlijk in het kader van het bediscussieerde multidisciplinaire lidmaatschap van de vereniging. Niet zo gek natuurlijk, daar wij binnen de Utrechtse medische faculteit een multidisciplinaire vakgroep Algemene Gezondheidszorg vormden. Een erfenis van de vakgroep Ziekenhuiswetenschappen onder Joop Hattinga Verschure. Het was wel duidelijk dat weliswaar tot het multidisciplinaire lidmaatschap besloten was, maar de overtuiging, ondanks Henk Rengelink, niet voluit in de bijeenkomst naar voren kwam. Het vervolg is bekend. Ledental: binnen één jaar werd het 100e lid verwelkomd!

11. FMG, NVAG en de sociale geneeskunde, verleden en toekomst



Kees Das, hoofd afdeling forensische geneeskunde
GGD Amsterdam

Forensische Geneeskunde is al duizenden jaren oud. Ook in de oude Chinese, Egyptische, Griekse en Romeinse cultuur hadden de autoriteiten, machthebbers en rechters, behoefte aan een medisch oordeel bij moordzaken en verdachte sterfgevallen. Als men sociale geneeskunde simpelweg opvat als artseneij georganiseerd door de overheid dan is forensische geneeskunde een schoolvoorbeeld van sociale geneeskunde. Afnemen van bloed bij een dronken automobilist of het bepalen van de aard van het overlijden gebeurt in het algemeen maatschappelijk belang. In Nederland heeft de rijksoverheid lang wel gebruik willen maken van de diensten van artsen, maar de forensische geneeskunde niet formeel willen regelen.

De figuur van een lijkschouwer is daar een voorbeeld van. Het werk wordt vooral gedaan voor politie en justitie, maar de organisatie werd niet bij justitie, maar bij de gemeente neergelegd. En voor de kosten willen politie en justitie ook niet opdraaien.

De laatste jaren is er echter een duidelijke kentering: de positie van de forensisch arts en de verplichting geregistreerd en opgeleid te zijn is in 2010 in de wet vastgelegd. Vooral door de inspanningen van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) is het zover gekomen. Al vanaf de oprichting van het FMG in 1980 is hiervoor geijverd. Ook voor andere sociaal geneeskundige disciplines zou het zeer wenselijk zijn dat wettelijk geregeld wordt, dat opleiding op het terrein van jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, etc. verplicht is en dat alleen geregistreerde profielartsen het werk mogen uitvoeren. De vrijblijvendheid en soms zelfs het amateurisme, dat de sociale geneeskunde helaas vaak kenmerkt zou daarmee sterk verminderd kunnen worden.

De sociale geneeskunde wordt vaak gekenschetst als een 'lappendeken', allerlei verschillende vakgebieden en verenigingen zonder veel samenhang. Of juist te veel

overlap: zo zijn er diverse verenigingen voor medisch adviseurs, die zich nauwelijks van elkaar onderscheiden. Soms lijkt het wel of we de protestantse kerkgeschiedenis willen evenaren, al is het daar gebruikelijk dat je van slechts één genootschap lid bent. Persoonlijk ben ik (direct of indirect) lid van FMG, VIA, NVAG, LAD, KNMG, KAMG, NPHF en dat allemaal vanwege mijn functie als arts maatschappij en gezondheid. Natuurlijk, een sociaal geneeskundige is breed georiënteerd en weet overal wat vanaf. maar door de lappendeken aan verenigingen staat de sociaal geneeskunde in het politieke en bestuurlijke krachtenveld niet sterk. Vergelijk dat eens met de positie van andere medisch specialisten. Bovenstaande lijkt misschien tegenstrijdig: een relatief kleine vereniging als het FMG heeft het nodige voor elkaar weten te krijgen en de overkoepelende vereniging van sociaal geneeskundigen, de LVSG is ter ziele gegaan. Het heeft waarschijnlijk te maken met duidelijke doelen en een eensgezinde achterban. Het is erg onvriendelijk om het in een jubileumboek op te schrijven, maar toch: de 'trofeeën' van de NVAG zou ik niet weten te benoemen, de doelstellingen en speerpunten evenmin en de artsen die de doelgroep vormen, artsen maatschappij en gezondheid, worden steeds zeldzamer.

De NVAG en de sociale geneeskunde in het algemeen zouden hun maatschappelijk belang duidelijk moeten maken en concrete doelen moet stellen. Steeds maar roepen dat sociaal geneeskundigen en 'beleidsartsen' onmisbaar zijn zonder de meerwaarde aan te tonen en zonder aan te tonen wat zij kunnen, wat anderen niet kunnen werkt niet.

De strategisch vraag voor de toekomst is dus: specialisatie en afsplitsing of verbreding en bundeling? Het voordeel van specialisatie is dat doelen en prestaties concreter te maken zijn, het voordeel van bundeling is hopelijk op zijn minst meer invloed, waarbij zoals gezegd duidelijk moet zijn wat doelen zijn en meerwaarde is.

Of misschien iets er tussen in? Eén organisatie (bundeling dus) voor vooral belangenbehartiging, met veel vertakkingen binnen die organisatie, voor de verschillende vakgebonden (of profielen). Alle nauw verwante koepelorganisaties zoals NPHF en KAMG zouden in deze ene landelijke organisatie moeten opgaan, net als de verenigingen van bedrijfsartsen verzekeringsartsen, ook al is hun vakgebied nog zo uniek.

Een forensisch arts en vooral het FMG moet duidelijk kunnen maken, waarom het werk een onderdeel moet zijn van de sociale geneeskunde en waarom een GGD dit werk beter kan doen dan een huisarts of een club van huisartsen. Belangrijkste redenen zijn de relatie met diverse overheidsinstellingen (gemeente, politie, justitie) en de wisselende rol van de arts als behandelend arts en medisch adviseur. Ook de bekende driehoeksverhouding arts-opdrachtgever- patiënt/cliënt (of soms zelfs 'object') is bij vrijwel elk contact aan de orde. Moeilijker is de vraag of een (ook in de forensisch geneeskunde opgeleide) sociaal geneeskundige meer geschikt is voor het vak dan

een huisarts die bijgeschoold is in forensische en sociale geneeskunde. Voor een forensisch arts is de curatieve ervaring zeer wenselijk, zo niet vereist.

In de dikke muur tussen curatieve (huisartsen)zorg en de sociale geneeskunde kunnen misschien wat openingen worden geslagen. Dat huisartsen (met forensisch medische scholing) meedraaien in forensische diensten van de GGD is een pluspunt (huisartsen kunnen ook al geregistreerd worden bij de SGRC als forensisch arts), andersom moeten ervaren forensisch artsen ook toegelaten worden als penitentiair arts en geregistreerd kunnen worden in het register voor justitieel geneeskundigen. In het laatste vakgebied is sociaal medische advisering overigens ook een onderdeel van het werk. De populatie in politiecel en gevangenis komt sterk overeen, ook dat maakt de strikte grens tussen forensische (sociale) geneeskunde en penitentiaire (huisarts)geneeskunde niet erg logisch.

In de jaren zeventig is een initiatief geweest om een Vereniging voor Beleid en Management op te richten. Deze ging ten onder aan beleid en management.

Het is nu veel beter geworden we bestaan immers 30 jaar. Maar toch, voor deze papieren dokters blijft het moeilijk om een (compleet) archief goed te beheren.

Praktijk en beleid ontmoeten elkaar in dit soort problematiek: Wat is de doelgroep? Wat zijn hun kenmerken? Wie is de aangewezen hulpverlener? Hoe wordt dat binnen de artsenij besproken? Hoe en door wie wordt dat met de betrokken overheidsinstanties besproken? En hoe wordt dat allemaal geregeld en vastgelegd en uitgevoerd? Het lijkt mij heel wenselijk dat professionals (FMG), beleidsmakers (NVAG KAMG) en belangenbehartigers/vertegenwoordigers (KNMG) in één organisatie zijn verenigd. Ook Nederlandse kerkgenoten zijn na vele afsplitsingen en kerkscheuringen weer in één club opgegaan en ook zij moeten hun bestaansrecht tegenwoordig bewijzen. We nemen niets meer zomaar aan. Evidence based.

12. Van 'Algemeen' naar 'iets anders'



Jan Huurman, oud voorzitter van de NVAG

In 1999 kreeg de NVAG te maken met de verdere professionalisering van groepen artsen binnen de NVAG die hun eigen verenigingen oprichtten. Het was een situatie die enigszins leek op die van de ANVSG twintig jaar eerder. Het was noodzakelijk de doelstelling van de NVAG opnieuw te definiëren.

In februari 1999 bracht de NVAG de notitie 'Missie, doelstellingen en activiteiten van de NVAG' uit. Hieruit citeer ik het volgende.

De NVAG was oorspronkelijk een multidisciplinaire vereniging, gericht op artsen én andere professionals werkzaam op het vakgebied van de Algemene Gezondheidszorg. In weerwil van deze oorspronkelijke ambitie telt het ledenbestand niet meer dan 5% niet-artsen. Teneinde zich helder te onderscheiden van andere, verwante organisaties in dit veld, zal de NVAG zich voortaan profileren als vereniging ván en vóór artsen binnen dit deel van de gezondheidszorg. Niet-artsen kunnen aangesloten blijven bij de NVAG als buitengewoon lid.

Toen ik in 1999 het voorzitterschap overnam van Sylvia van der Lans was het dus duidelijk dat er werk aan de winkel was. Het bestuur wilde dat de NVAG zelf veranderde, maar ook dat de NVAG in een veranderende omgeving zelf die omgeving moest beïnvloeden om de positionering van de algemene gezondheidszorg te verhelderen en te versterken.

In 2003 verscheen onze 'Beleidsbrief november 2003'. Hieraan ontleen ik het volgende citaat:

Eén jaar geleden onderschreef de ledenvergadering het voorstel van het bestuur om de NVAG om te vormen tot een vereniging voor artsen werkzaam op het gebied van bestuur, beleid, management en opleiding (BBMO). Als uitwerking van deze beslissing heeft het bestuur – in samenspraak met de onderwijscommissie – zich in 2003 inge-

zet om te komen tot een afzonderlijk uitstroomprofiel voor de opleiding Maatschappij en Gezondheid. Tevens is energie gestoken in het realiseren van parallelle opleidings-trajecten naast genoemde opleiding.

Het proces van aanscherping van het profiel van de NVAG valt samen met een versterking van de positie van de Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG). Mede gesteund door een (tijdelijke) subsidie van VWS heeft de KAMG zich in het afgelopen jaar kunnen ontwikkelen tot een herkenbare speler binnen het veld van de public health.

In het begin van mijn voorzittersperiode ging het vooral om het inrichten van de NVAG als beroepsvereniging van artsen, vervolgens was het motto 'aanscherpen van het profiel' en tegen het einde van de vier jaar was de centrale focus het plaatsen van de hervormde NVAG binnen het geheel van andere verenigingen binnen de stroom 'community medicine' ('maatschappij en gezondheid').

Er waren voor deze koerswijzigingen twee belangrijke aanleidingen.

Allereerst was er de herstructurering van de opleidingsstructuur in de sociale geneeskunde.

Het College Sociale Geneeskunde (CSG) had het veld opgedeeld in twee hoofdstromen:

1) occupational health; en 2) community medicine. De oude AGZ-opleiding – de feitelijke oorsprong van de NVAG – zou opgaan in een nieuwe opleiding maatschappij en gezondheid, met eindtermen conform Europese richtlijnen. Parallel aan deze ontwikkeling werd vastgelegd dat in het specialistenregister opgenomen artsen hun registratie alleen zouden kunnen behouden door middel van (geaccrediteerde) bijscholing en intervisie. De sociale geneeskunde – en de hoofdstroom community medicine in het bijzonder – liep in deze ontwikkeling voorop. Deze



ontwikkelingen dwongen de NVAG om zich om te vormen tot een vereniging voor artsen, en zich in te zetten voor de genoemde kwaliteitsaspecten. Mijn debuut als NVAG-voorzitter was in november 1999, samenvallend met de eerste workshop over intercollegiale toetsing (ICT, later intervisie genoemd).

De tweede aanleiding was het mislukken van de bundeling van alle sociaal geneeskundige verenigingen in een Federatie Sociale Geneeskunde (FSG) binnen KNMG-verband. Deze inspanning liep schipbreuk toen de NVAB (arbeids- en bedrijfsgeneeskunde) in 2000 als rechtreeks lid door de KNMG werd toegelaten. Dat vormde tevens de aanleiding voor de opheffing van de Landelijke Vereniging voor Sociaal geneeskundigen (LVSG; wel lid van de KNMG) eind 2000. Daarmee verdampte een mogelijk verband van de vele verenigingen binnen de hoofdstroom 'community medicine'. Om dit gat te vullen werd in 2001 door NVAG en NVJG (jeugdartsen) de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) opgericht.

De KAMG – met daarbinnen alle relevante beroepsverenigingen – werd spreekbuis namens deze hoofdstroom in de diverse formele organen.

Mijn persoonlijke drive bij deze ontwikkelingen was (en is) mijn overtuiging dat de public health een veel sterkere positie binnen de Nederlandse gezondheidszorg moet krijgen. Een sterke – want helder geprofileerde – NVAG is voor mij altijd een middel of tussenstap geweest.

Inmiddels was in 1999 door de toenmalige voorzitters van de NVAG (Sylvia van der Lans) en van de vereniging V&W (Doeke Post) het idee geopperd om de public health te versterken en te komen tot een Nederlandse Public Health Federatie (NPHF). Aan de toenmalige voorzitter van de LVSG (Henk Rengelink) vroegen zij het voorzitterschap van de initiatiefgroep op zich te nemen. Ik had inmiddels de positie van Sylvia van der Lans overgenomen en werd secretaris van de initiatiefgroep en later secretaris van de NPHF.

Vanuit de voorzittersrol van de NVAG kon ik me inspannen voor de oprichting van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF), de al genoemde KAMG, het Nederlands Congres Volksgezondheid (NCVGZ) en het blad 'G' (inmiddels ter ziele). Samen met NVAB en NVVG (verzekeringsgeneeskunde) richtten we vanuit de KAMG in 2003 een gezamenlijk Accreditatiebureau Sociale Geneeskunde (ABSG) op; de eerste gemeenschappelijke activiteit binnen onze sector sinds het opheffen van de LVSG.

En hoe hebben we dat aangepakt, zo vroeg Henk Rengelink mij. Terugkijkend is mijn antwoord simpel. Het toenmalige bestuur zag wat er zich afspeelde, onderkende de noodzaak van verandering en nam daartoe het voortouw. Veel overleg, veel overreding en nog veel meer geduld. En, o ja, op zijn tijd terugkoppeling naar de ledenvergadering. Gelukkig dat de leden het ons vergaven als we weer eens wat ver voor de troepen waren uitgelopen.

13. De oprichting van de NSPH



Jeannette de Boer, instituutsopleider NSPOH

Waarom een School for Public Health in Nederland?

De aanleiding om een School for Public Health op te richten was het feit dat, ondanks het bestaan van een aantal deelopleidingen voor artsen, er in Nederland een brede opleiding voor public health ontbrak.

Al in de jaren vijftig werd het gemis van een dergelijke brede opleiding in Nederland gevoeld. Dit in tegenstelling tot de Scandinavische landen met hun Nordic School of Public Health, het Verenigd Koninkrijk met de London School for Hygiene and Tropical Medicine en natuurlijk de Verenigde Staten waar veel Schools of Public Health te vinden waren, met als bekendste die in Harvard. Gedurende de jaren zestig en zeventig hebben zich enkele initiatieven ontplooid tot de oprichting van een Nederlandse School of Public Health, maar deze initiatieven liepen uiteindelijk stuk op te grote tegengestelde belangen.

Tijdens het 50 jarige congres van de ANVSG (Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde) in 1980, waar het thema Sociale Ongelijkheid en Gezondheidsverschillen was, sprak mevrouw Els Veder Smit, toenmalig staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne, belast met volksgezondheid. Zij pleitte tijdens dit congres voor de oprichting van een Nederlandse School voor Public Health, analoog aan de Angelsaksische landen.

Deze oproep kwam precies op het juiste tijdstip. De NVAG, waarvan Henk Rengelink destijds voorzitter werd, was net opgericht en samen met, de vicevoorzitter Tom Landheer en de voorzitter van de ANVSG, Wim van Dijk bezochten zij onmiddellijk de staatssecretaris Volksgezondheid om te praten over het initiatief om te komen tot een Nederlandse School of Public Health. In dit gesprek werd duidelijk dat VWS een initiatief nodig had 'voor en door het veld'.

De eerste gesprekspartners waren de opleidingen tot Gezondheidswetenschappen uit Maastricht en Rotterdam. Later volgden er meer universiteiten, maar steeds was de



concurrentiestrijd te groot. Uiteindelijk liet de NVAG een onderzoek uitvoeren naar de redenen waarom alle initiatieven tot nu toe gestrand waren. Dit onderzoek liet ook weer zien dat tegengestelde belangen; enerzijds de wil om te komen tot een onafhankelijke school voor en door ons allemaal en anderzijds het eigen voortbestaan en de angst voor concurrentie.

De enige manier om dit te voorkomen was om toch met alle mogelijke partijen van gedachten te wisselen over de noodzaak en de uitgangspunten zonder in concurrerende belangen te denken. Op initiatief van de NVAG werd de 'Zeister Conferentie' georganiseerd. Het eerste deel, onder leiding van Joop van Londen, de Directeur Generaal van VWS, was bedoeld om zoveel mogelijk ideeën te genereren over een School of Public Health en over de brede opleiding voor public health. In een 2e Zeister Conferentie, dit keer onder voorzitterschap van Ginjaar, voorzitter van de GezondheidsRaad, werd een Plan van Aanpak opgesteld en de gezamenlijke conclusies verwoord. De conclusies werden aangeboden aan Hans Simons, staatssecretaris Volksgezondheid, waarop een opdracht volgde om te gaan kijken wie in het werkveld het leukste, compleetste aanbod had.

Henk Rengelink mocht in zijn rol als initiatiefnemer en inmiddels oud-voorzitter van de NVAG samen op pad met Bart Sangster, toenmalig Directeur van het RIVM. Er kwamen echt serieuze offertes binnen, gesprekken werden gevoerd met verschillende kandidaten tot Hans Simons het te lang vond duren. Hij hakte de knoop door en besloot dat de Universiteiten van Utrecht en Rotterdam tot de oprichting van een Nederlandse School for Public Health moesten komen. Dat proces werd begeleid door Wim Meijer, Commissaris van de Koningin in Drenthe en in 1990 was de Netherlands School of Public Health (de NSPH) een feit.

De heer Zoutendijk werd voorzitter van de Raad van Bestuur, Els Borst, later Minister van Volksgezondheid, schoof ook aan, de Universiteiten van Utrecht en Rotterdam namen zitting in het bestuur en Paul Schnabel werd aangesteld als decaan. Henk Lelieveld was bereid om met de SSG te verhuizen naar de NSPH, vanuit NIPG/TNO kwam de AGZ-opleiding ook naar de NSPH.

De opdracht van de NSPH was te zorgen voor een goede brede Public Health-opleiding, een MPH nationaal en internationaal en het onderbrengen van de sociaal geneeskundige opleiding. Er is toentertijd bewust gekozen om geen onderzoek onder te brengen bij de NSPH omdat de Universiteiten dat niet toelieten.

Ondanks bereidheid van een aantal grote instellingen en GGD'en om cursisten te leveren, is dit niet tot uitvoering gekomen. Door de financiële crisis in de jaren negentig trokken de GGD'en zich snel terug. Maar de huidige ontwikkelingen zijn positief: de Academische Opleidings Werkplaats met AMC waarbij de andere universiteiten in de Onderwijs Advies Raad vertegenwoordigd zijn en blijven meedenken. Hierdoor zal de NSPOH (de Occupational Health is inmiddels toegevoegd) niet zelf onderzoek hoeven uit te voeren, maar zal zij wel steeds meer gevoed worden door de academische wereld.

Voor de nabije toekomst is het belangrijk dat de NSPOH en de NVAG samen blijven werken aan de opleiding tot Arts M&G en de profielopleiding Beleid & Advies. De dialoog moet door blijven gaan!

Dit artikel is mede tot stand gekomen op basis van een interview met Henk Rengelink.

14. EUROPA: van vakantieliefde naar familiedid



Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde

Wat heeft een gemiddeld NVAG lid met Europa te maken? Meer dan U denkt. Een eerste gedachte zou kunnen zijn dat beleid, management en sociaal geneeskundig onderzoek rond volksgezondheid en gezondheidszorg vooral een nationale aangelegenheid is. In tegenstelling tot bio-medisch onderzoek lijkt immers de organisatie en financiering van publieke gezondheid en gezondheidszorg moeilijk generaliseerbaar van het ene naar het andere land. Die gedachte is echter al een decennium lang niet meer houdbaar. Veel van wat er in Nederland gebeurt op het terrein van gezondheid(szorg) beleid wordt beïnvloed door Europa, of meer specifiek, de Europese Unie. Vanuit een gemeenschap voor kolen en staal en vervolgens een economische gemeenschap, vormt de EU momenteel een stevig samenwerkingsverband waar het hebben van een economische markt zonder grenzen gezien wordt als het fundament voor verdere ontwikkeling van de welvaart voor alle Europeanen. Die gezamenlijke markt, met een vrije uitwisseling van goederen en diensten heeft ook verstreckende gevolgen voor gezondheid en zorg. Het verdrag van Maastricht heeft nadrukkelijk de EU een rol toebedeeld op het terrein van de bevordering van de volksgezondheid en deze rol wordt via een groot aantal beleidsinitiatieven en projecten steeds steviger. Een tastbaar bewijs dat het de EU serieus is met het bevorderen van de volksgezondheid is de oprichting van het European Centre of Disease Control (ECDC), gevestigd in Stockholm, waarin de ambitie aanwezig is om een Europese pendant te hebben voor wat in de VS de CDC is. Infectieziektebestrijding is daarbij een belangrijk aandachtspunt, en de pandemieën van de afgelopen jaren, inclusief de economische effecten, hebben het belang alleen maar versterkt. Maar ook DG Sanco in Luxemburg, als het ware het ministerie van volksgezondheid van de EU, laat steeds luider van zich horen.

De inrichting en financiering van de zorg is op papier de verantwoordelijkheid van de lidstaten maar ook hier laat de regelgeving van de EU zich gelden. Aan producten en diensten kunnen eisen worden gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van veiligheid. Een geneesmiddel dat in de ene lidstaat op de markt is toegelaten mag daarmee ook in de andere lidstaten worden verkocht, diploma's zijn gelijkwaardig en een Italiaanse tandarts mag werken in Nederland. Ook de markt van zorgaanbieders (ziekenhuizen, laboratoria) en financiers (verzekeraars) is een Europese. Buitenlandse ziekenhuizen kunnen niet alleen Nederlandse patiënten behandelen maar buitenlandse consortia kunnen in principe ook op de Nederlandse zorgmarkt actief worden. De marktgerichte hervormingen van 2006 hebben er paradoxaal toe geleid dat de stuurmogelijkheden van de Nederlandse overheid zijn afgenomen en sturing in sterkere mate wordt bepaald door de economische sturingsrationale van de EU. Voor leden van de NVAG is de diploma vergelijkbaarheid binnen Europe minder eenduidig (het specialisme sociale geneeskunde bestaat alleen als community medicine) maar het type werk kan zeker ook worden uitgeoefend in andere lidstaten of bij internationale organisaties zoals de EU, ECDC, WHO en OECD. Europe was vroeger misschien een vakantie liefde die over was zodra het routine leven in Nederland weer werd opgepakt. Nu is het echter een familielid waarmee een regelmatig contact aangewezen is om beleid, management en sociaal geneeskundig onderzoek in Nederland in de 21e eeuw van waarde te laten zijn voor volksgezondheid en gezondheidszorg.

15. 30 jaar verenigingsactiviteiten



Jan Vosters, secretaris NVAG

Bij het 6e lustrum van een beroepsvereniging/wetenschappelijke vereniging kan het een boeiende bezigheid zijn om terug te kijken. Het geeft aan welke mogelijkheden en beperkingen je in de toekomst kunt verwachten. Het viel niet mee om bronnen terug te vinden. Werd er minder geschreven dan nu of is een deel van het archief verloren gegaan? Gedane zaken; weg ermee? Onderstaand is dus fragmentarisch, soms wat jaarverslag-achtig zoals bijvoorbeeld de mededeling dat de statuten 2 maal gewijzigd zijn. Samengevat staat er in dat de vereniging het doel tracht te bereiken door:

1. Het beleggen van bijeenkomsten en organiseren van excursies ten behoeve van netwerk en bestuderen van onderwerpen.
2. Het instellen van commissies om een bijdrage te leveren aan opleiding en bijscholing.
3. Het verlenen van steun aan en samenwerken met personen en instellingen in binnen- en buitenland.
4. Het ontwikkelen van visies en bepalen van standpunten en het uitbrengen van adviezen.

Ik heb de jaarverslagen vanaf 1999 kunnen raadplegen en vanaf 2005 de jaarplannen.

1. Bijeenkomsten en excursies

Tot 2002 organiseerde het bestuur ongeregeld bijeenkomsten ten behoeve van positionering, profilering en nascholing. Toen een commissie nascholing is ingesteld kwamen er 4 themamiddagen per jaar soms met de Vereniging voor Artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (Gezondheidszorg)verZekeraars (VAGZ, Wesly bijeenkomsten) en nu regelmatig eens per jaar met Bougainville, een alumnivereniging voor Masters of Public Health. De onderwerpen betroffen in het begin vooral profilering en positionering (3), geleidelijk werden de onderwerpen meer inhoudelijk: gezond-

heidszorgsysteem (13), management van infectieziekten, kwaliteit (10) en zorg/preventiebeleid (17). Nadat een sectie Management is opgericht komen er ook bijeenkomsten over leidinggeven.

De bijeenkomsten heten beleidsdagen, nascholing, themamiddag of (lustrum)congres, overzicht in bijlage 3.

Het bestuur organiseert jaarlijks een werkbezoek zoals aan de GGD Den Haag, daklozenopvang in Utrecht, instelling voor licht verstandelijk gehandicapten in Den Haag en het militair ziekenhuis in Utrecht.

Henk Rengelink

De tweede Zeister Conferentie zou worden voorgezeten door Dr Ginjaar, voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de voorbespreking wilde hij weten wat de slotconclusie van de conferentie zou moeten zijn. Hij vroeg ons die conclusie al vast in een notitie voor hem te formuleren. Wij (NVAG-ers) zegden dat toe. Bij het afscheid zei Ginjaar: "O ja, laat die notitie wel uitlekken". Ik heb er veel van geleerd.

Er zijn nu 6 reizen geweest met telkens ongeveer 30 deelnemers. Altijd gingen enkele partners ook mee. De eerste ging naar Berlijn (1987, 37 deelnemers), in 1989 naar Londen (31), 1992 Kopenhagen (22). De vereniging bleek afhankelijk van de echtgenote van Klaas Kunst, want toen die het niet meer organiseerde is er een pauze ontstaan. Ton Teunissen heeft het weer opgepakt: 2005 Praag (18), 2007 Stockholm (21) en 2010 Tallinn (25). Er werden niet alleen gezondheidsinstellingen (ziekenhuizen, eerstelijns instellingen, een hospice, WHO, ECDC, zorgverzekeringsinstellingen) bezocht maar ook overheidsinstellingen (ambassade, nationale maar ook regionale en stedelijke overheden, planning- en onderzoeksinstituten). Kennis over zorgsystemen elders werkt innoverend en relativerend. Een bijeffect is het netwerk dat verstevigd wordt onder andere door stadswandeling en of concertbezoek. Meestal wordt over een actueel thema een standpunt bepaald of een plan uitgewerkt. In Praag is het verenigingslied ontstaan.

2. Het instellen van Commissies

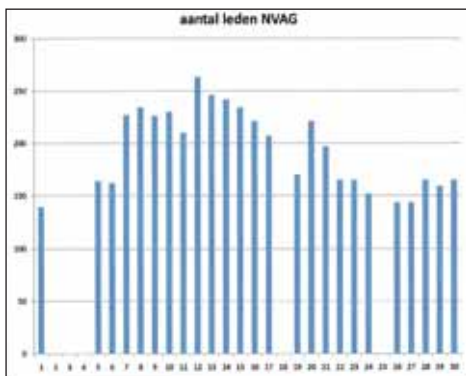
Sinds 2002 zijn 3 commissies actief. De commissie nascholing organiseert de themamiddagen en heeft een makelaarsfunctie ten behoeve van InterCollegiale Toetsing (intervisie of intercollegiale reflectie).

De commissie opleiding adviseert samen met de VAGZ en de VIA (Vereniging voor Indicerende Artsen) in KAMG verband over de inhoud van respectievelijk de

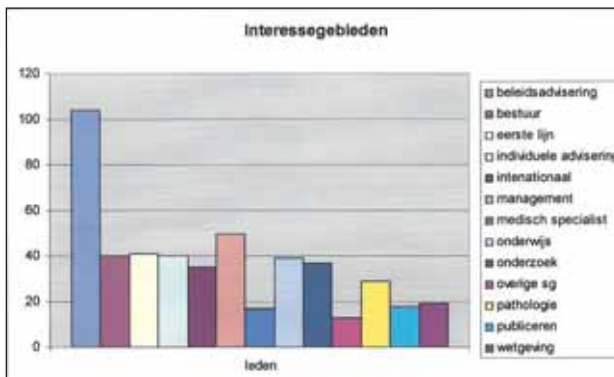
profielopleiding en de opleiding arts Maatschappij en Gezondheid. De commissie Public Relations onderhoudt sinds 2002 een website. Op die website wordt o.a. nieuws vermeld, is informatie te vinden over de opleiding, samenvattingen van themamiddagen en een agenda, maar ook kan een discussie gestart worden. De PR commissie verstuurt uitnodigingen voor bijeenkomsten, brengt nieuwsbrieven uit, stelt het jaarverslag op en adviseert het bestuur over ledenwerving. Voordat de commissie bestond bracht het bestuur beleidsbrieven uit.

3. Leden

Nadat in 1997 een eerste ledenonderzoek plaatsvond volgde in 2009 een leden-enquête. Het geworstel met ledenlijsten is nu uitgemond in een ledenlijst op de website in het besloten deel. Er wordt informatie over werkgever, interessegebieden etc. gegeven. Bijna alle leden heb hun pasfoto ge-upload zodat het ook een smoelenboek is geworden.



Ledenverloop



Ledenenquête 2009

In 1991 had de NVAG de meeste leden (262), na een opleving in 1999 een geleidelijke daling door uitgangspunten van de opleiding niet aansluit bij de behoefte van de leden, pensionering maar mogelijk ook veroorzaakt door vertrek van de leden naar nieuwe verenigingen voor infectiezieken, milieuarzten en indicerende artsen. De carrières van onze leden verschillen zeer. Kenmerkend is vooral dat men een loopbaan kiest van waaruit een brede blik op de gezondheidszorg mogelijk is. Een voorbeeld is de levensloop van een van de ereleden Klaas Kunst (zie besloten deel van de website).

4. Steun en samenwerking

In 1993 werd een beroepsprofiel geschreven. De leden zijn geïnformeerd over (her) registratie, opleiding, voorgenomen digitalisering in berichtgeving en opzetten van een website in 1999 en samenwerking met de NVJG (schoolartsen). Sinds 1999



Werkbezoek militair hospitaal 2007

bestaat de KAMG. Dat is het belangrijkste forum waarin respectievelijk met andere artsen Maatschappij en Gezondheid en met andere disciplines in de Public Health wordt samengewerkt. In dit lustrumjaar wordt via de KAMG aansluiting bij de KNMG verwacht. Vrijwel alle leden hebben in hun werkring samenwerkingsrelaties met de eerste en de tweede lijn en met overheden. Via netwerken en InterCollegiale Toetsingsgroepen worden ervaringen uitgewisseld.

Een tiental leden vertegenwoordigen de NVAG in diverse gremia zoals de LAD, LVSG, SGRC, EUPHA, Public Health Congres en Capaciteitsorgaan.

5. Visie, standpunten en adviezen

Visieontwikkeling vindt zowel in de bestuursvergadering als in de ledenvergaderingen plaats. Het bevorderen van kwaliteit is een hoofddoel sinds 1999. Iedere 4 jaar is er een beleidsdag waarin een beleidsstuk wordt opgesteld waar de jaarplannen van zijn afgeleid. In 2004 is een Strategienota opgesteld.

Het innemen van standpunten en het adviseren van bijvoorbeeld overheden en zorgverzekeraars gebeurt voornamelijk informeel in lobbygesprekken, tijdens congressen. Het bestuur streeft er naar om gedragen standpunten uit te dragen. Daar is een procedure voor vastgesteld in een Dynamisch Reglement.

16. Dromen en nachtmerries van NVAG bestuursleden

Het leek ons interessant om te weten hoe de afzonderlijke bestuursleden aankijken tegen de NVAG over tien jaar. Wat moeten we dan bereikt hebben. Geen haalbaarheidsvragen, geen compromissen, geen consensus maar vrijuit de fantasie laten gaan over wat ieder van ons zou wensen. Mogelijk bruikbaar als het beleidsplan 2008-2010 afloopt.

1. Bij elke zorginstelling zit een arts M&G in de Raad van Bestuur, en op enkele andere beleids- en managementposities.
2. Op VWS zitten op diverse strategische posities artsen M&G.
3. Regelmatig verschijnen er in kranten en tijdschriften opiniestukken van artsen M&G vanuit de NVAG.
4. We hebben een collectief abonnement op TSG en 50% van de leden publiceert er in.
5. Meer dan 50% van de specialisten die gedurende hun loopbaan overstappen naar beleid & management, wordt op basis van Eerder Verworven Competenties artsen M&G.
6. Al deze artsen M&G vormen samen de gemeenschap NVAG. Het zijn artsen die op studiedagen, reizen, werkbezoeken, boekbesprekingen, discussie-bijeenkomsten etc. elkaar scherp houden, tot standpunten komen en beleid maken t.b.v. goede gezondheidszorg en volksgezondheid in Nederland.
7. 500 leden waaronder veel dubbelleden (managers en beleidsfunctionarissen uit de AJN en andere KAMG verenigingen, NVAB, ziekenhuisdirecteuren, epidemiologen en Bougainville). We zijn dan met de VAGZ gefuseerd.
8. 20% van de advertenties voor managers in de zorg vragen expliciet om een arts M&G profiel B&A.
9. Vanwege Europese inbedding heten we Dutch Association for Physicians in Management, Health Policy and Social Medicine Research.
10. Het Algemeen Kwaliteitskader is geïmplementeerd: aard, omvang en randvoorwaarden beroepsuitoefening zijn gedefinieerd, alle leden nemen deel aan InterCollegiale Reflectie. De 2e nascholingscyclus is gestart. De helft van de activiteiten is in richtlijnen beschreven. Voorlichtingsmateriaal voor overheden, instellingen en andere beroepsgroepen zijn gereed etc.
11. Artsen BMO zijn erkend als praktiserende artsen. Hun doelgroep is niet alleen de patiënt maar vooral groepen, instellingen en overheden.
12. Opleidings- en nascholingsactiviteiten met een multidisciplinair karakter en gericht op BMO kunnen worden geaccrediteerd.
13. De vereniging kent 5 secties: (Management, Beleid, Onderzoek, Kwetsbare groepen waaronder OGGZ en Bedrijfsgezondheidszorg), 4 commissies (Opleiding, Nascholing, Kwaliteit/Richtlijnen en Standaarden en PR).

14. De NVAG prijs is voor de 8e keer uitgereikt en is een van de meest prestigieuze.
15. De vereniging heeft een eigen beleidsmedewerker die vanuit het KAMG bureau functioneert.
16. De vereniging is de hoeder van de professionele autonomie en biedt bescherming aan klokkenluiders.
17. Een actieve sectie onderzoek met minimaal 100 leden uit de academische wereld en een sectie beleid met artsen werkzaam in de beleidspraktijk.
18. De NVAG is als de godin Athene, realistisch met visie, wijs en strijdbaar opkomend voor de belangen van het individu, van collectiviteiten en van de samenleving op alle niveaus. De NVAG en haar leden kijken letterlijk en figuurlijk over grenzen, bouwen bruggen en zorgen voor samenhang en samenwerking op alle niveaus, binnen en buiten de zorg, waarbij de sociaal geneeskundige vertaalfunctie van en naar de M van Maatschappij, van werkveld naar beleid en bestuur en omgekeerd, een centrale rol vervult.

Eén nachtmerrie:

- Dat de NVAG een vereniging van managers wordt die wel veel praten maar weinig zeggen.



jaardag "licht verstandelijk gehandicapt" 2008

Bijlagen

Bijlage 1

De auteurs

- Jeanette de Boer, instituutsopleider NSPOH, Amsterdam
- Mr. Dr. Kees Das, forensisch arts en oud voorzitter FMG, GGD Amsterdam
- Paulien van Hessen, voorzitter NVAG, lid Raad van Bestuur Stichting SHL-Groep, Eerstelijns Diagnostisch en Facilitair Centrum, Etten Leur
- Jan Huurman, consultant Nijmegen, oud voorzitter NVAG
- Prof. Dr. Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde AMC Amsterdam, voorzitter Nederlandse Public Health Federatie, Coördinator Health Care Quality Indicator Project van de Organisation for Economic Cooperation and Development, Parijs, voorzitter College Sociale Geneeskunde
- Ciska Koning-van den Berg van Saproea, voorzitter VIA en medisch adviseur CVZ en indicatieorganen, WMO en AWBZ
- Prof. Dr. Arie Nieuwenhuisen Kruseman, voorzitter KNMG, Utrecht, hoogleraar endocrinologie en rector magnificus Universiteit Maastricht
- Geesje Nijhof, senior Inspecteur GezondheidsZorg voorheen regiomanager MOA, van 2000 tot 2006 regiomanager MOA Noord Nederland
- Dr. Joost den Otter, voorzitter Johannes Wier Stichting, medical expert International Council for the Rehabilitation of Torture Victims, Kopenhagen
- Yvonne van Pareren, medisch adviseur OGGZ, voorheen secretaris academische werkplaats
- Prof. Dr Henk Rengelink, medeoprichter en oud voorzitter NVAG, emeritus hoogleraar economie en organisatie van de gezondheidszorg, oud directeur GGD Amsterdam
- Dr. Dirk Ruwaard, directeur directie Publieke Gezondheid VWS, voorheen hoofd Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
- Jan Vosters, secretaris NVAG, voorheen directeur GGD Zuid Oost Brabant en vice voorzitter Landelijke Vereniging van GGD'en

Bijlage 2

NVAG besturen vanaf 1980

jaar	voorzitter		overig
1980	Henk Rengelink	Secretaris: Klaas Kunst Penningmeester: Peter Reddingius	Tom Landheer, Dik Spoelstra
1985	Tom Landheer	Secretaris: Bob Berkemeijer Penningmeester: Peter Reddingius Ivo Ekker	Klaas Kunst, Christiaan Lako, Bas van Wijk
1990	Christiaan Lako	Secretaris: Hein Raat Penningmeester: Ivo Ekker	Bas van Wijk
1993	Jac Drewes	Secretaris: Hans Broertjes Penningmeester: Ivo Ekker	Anky Bruins-Atzema
1996	Sylvia van der Lans	Secretaris: Sylvia van der Lans Hans Broertjes Penningmeester: Ditie Verkade Wouter Klop	Jac Drewes, Jan Huurman, Bea van der Linden, Victor Slenter
1999	Jan Huurman	Secretaris: Henri Plagge Penningmeester: Wouter Klop Inge de Vries	Pim van Arkel, Hans Broertjes, Marij van Eijndhoven, Victor Slenter, Jos Dos Santos
2004	Paulien van Hessen	Secretaris: Jerry Boer Jan Vosters Penningmeester: Peter Bob Peerenboom	Willem Beaumont, Marij van Eijndhoven, Ton Teunissen

Bijlage 3

Onderwerpen van de Themamiddagen, nascholingsbijeenkomsten en congressen

01-01-80	indicatiecommissie		
01-01-90	Leidschendamconferentie		
17-11-99	intercollegiale toetsing		
01-01-00	pandemie	Pandemie, gevolgen voor de gezondheidszorg	
21-11-01	transmurale zorg	Transmurale en ketenzorg	themamiddag en workshop
20-03-02	zorgverzekering	Veranderende regelgeving en financiering van de zorgverzekering	
22-03-02	toekomst NVAG	Vanuit het historisch perspectief naar een actieve toekomst	
25-03-02	JGZ 0-19 jaar	Integratie van de collectieve preventie 0-19 jaar	
20-11-02	kwaliteit	Beter in Balans: Kwaliteitsmanagement van de zorgtechnologie	werkconferentie
18-06-03	arts AGZ	Plaats en positie van de arts AGZ in de NVAG	werkbezoek Duizel
25-11-03	beleid en management	Profilering van artsen in Beleid en Management	
25-03-04	verstandelijk gehandicapten	Verstandelijk gehandicaptenzorg	
13-09-04	kwetsbare groepen	Openbare bestuur, openbare orde en volksgezondheid	werkbezoek GGD Den Haag
25-11-04	zorgverzekering	Financiering van de zorg	werkbezoek CVZ
01-01-05	zorgstelsel	Zorgstelsel, waar liggen de verantwoordelijkheden?	
24-02-05	zorgstelsel	Samenwerken in het nieuwe zorgstelsel: opdracht van de sociaal geneeskundige?	
02-06-05	WMO	WMO en Gemeente	
01-09-05	patiëntveiligheid	Patiëntveiligheid, omgaan met fouten in de gezondheidszorg	
16-12-05	zorgstelsel	Het nieuwe zorgstelsel en de arts Beleid, management en Onderzoek	lustrumcongres
02-03-06	aviaire pandemie	Nederland onvoldoende voorbereid? Veel doden door aviaire pandemie!	
15-06-06	academische werkplaatsen		
07-09-06	zelfstandige ondernemers	Vrije jongens in de gezondheidszorg, Je eigen bedrijf als sociaal geneeskundige	

02-11-06	Intercollegiale toetsing	Voortgang ICT	met VIA en VAGZ
07-12-06	ketenzorg	Publiek-Curatieve ketenzorg	
15-12-06	daklozen	De OGGZ als uitdaging voor de stad in een veranderende samenleving	werkbezoek/ jaardag Utrecht
15-02-07	SEGV	Sociaal Economische Gezondheidsverschillen, Hoe doet Nederland het in internationaal perspectief	themamiddag
26-04-07	privacy	Big brother in Public Health, IGZ, OGGZ en toezicht	themamiddag
04-09-07	preventie verzekeraar?	Preventie, een te verkeren risico?	themabijeenkomst met Bougainville
23-11-07	militaire geneeskunde	Militaire Geneeskunde	werkbezoek Militair Hospitaal, Utrecht
31-01-08	ouderen	Public Health en senioren	themamiddag
13-03-08	waarde mensenleven	Wat is een mensenleven waard?	themamiddag met de VAGZ
02-04-08	zwervongeren	Zwervongeren	themamiddag
03-04-08	illegalen	Illegale, onverzekerde, niet geregistreerde, ongedocumenteerde, betalingsonmachtige zorgzoeker	themamiddag
05-06-08	WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning	themamiddag
04-09-08	jeugd OGGZ	OGGZ voor Jeugd	themamiddag met Bougainville
28-11-08	verstandelijk gehandicapten	Er bestaat geen preventiemethode voor middelengebruik door verstandelijk gehandicapten	werkbezoek Compaan, Den Haag
05-02-09	epidemiologie	Weer wat meer macht over de getallen	themamiddag
04-06-09	vraaggestuurde zorg	Stuurt de zorg de vraag of stuurt de vraag de zorg?	themamiddag
24-06-09	leiding geven	Leiding geven aan dokters, niet doen....	sectie management
03-09-09	HPV vaccinatiecampagne	HPV Vaccinatiecampagne	themabijeenkomst met Bougainville
11-11-09	leiding geven	Reflectie op eigen stijl van leiderschap	sectie management
07-01-10	ketenzorg	Functionele ketenzorg financiering: wat, waarom en hoe?	themabijeenkomst
22-04-10	kwetsbare groepen	Verantwoorde zorg aan kwetsbare groepen?! -state of the art-	themamiddag
09-06-10	leiding geven	Ontwikkeling van (medisch) leiderschap	sectie management
07-09-10	demografie en recht op zorg	demografische ontwikkeling	themabijeenkomst met Bougainville
06-10-10	grillige sturing en financiering	Huisartsenlaboratorium SHL anno 2010, een Eerstelijns Diagnostisch en Facilitair Centrum	bedrijfsbezoek sectie management
19-11-10	evaluatie zorgstelsel	Het Nederlandse zorgstelsel in de praktijk van NU	lustrumcongres

