

door Hans van Maanen

De eerste stap in de wetenschap van Louise Gunning

‘Het is nu wel duidelijk dat marktwerking over het algemeen kostenverhogend werkt’

Vanuit Amerika onderzocht ze in de jaren zeventig hoe het stond met de vaccinaties van Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam. Louise Gunning-Schepers' publicatie daarover liep mee met alle ups en downs van de sociale geneeskunde in Nederland. Die is er niet om mensen eigen verantwoordelijkheid bij te brengen, vindt ze. En van de hygiënisten uit de negentiende eeuw valt nog iets te leren.

‘Na mijn kandidaats geneeskunde, in 1973 in Groningen, wilde ik mijn studie in Amerika afmaken. Maar dat bleek alleen te kunnen als je daarna ook tien jaar als arts in de Verenigde Staten werkzaam zou blijven – niet zo gek natuurlijk: ze hadden veel in je geïnvesteerd, en wilden daar wel wat van terugzien. Maar ik wilde mij niet zo lang vastleggen, ik was vast van plan weer naar Nederland terug te gaan.’

‘In plaats daarvan ben ik toen in een binnenstadziekenhuis in Washington DC gaan werken, op de afdeling waar ze voorlichting gaven over anticonceptie – *Planned Parenthood*, zeg maar de Amerikaanse NVSH. Dat was voor mij werkelijk een eye-opener, zo'n ziekenhuis waar de onverzekerde, dus vooral de zwarte bevolking terecht kon. Dat was wel heel anders dan wat ik in mijn medicijnenstudie gewend was: al die tienerzwangerschappen, het was echt dweilen met de kraan open. Toen ben ik geïnteresseerd geraakt in de *public health*, de sociale geneeskunde – een vak waar ik nooit aan gedacht had toen ik nog geneeskunde studeerde. Dus ik dacht bij mezelf: die opleiding wil ik wel doen.’

briefje

‘Ik ben toen naar het Johns Hopkins gegaan, een van de twee grote Schools of Public Health in Amerika, en daar ben ik aan een Master of Science begonnen. Omdat ik wist dat ik op een gegeven moment weer terug wilde naar Nederland, heb ik aan alle acht medische faculteiten daar een briefje gestuurd of ze wat zagen in die opleiding, maar helaas: niemand was erg geïnteresseerd. Het aardige was dat toen ik jaren later weer terug was de sociale geneeskunde

juist midden in de belangstelling stond. Dus toen was het een buitengewoon prettige masters om te hebben!’

leuke vrouwen

‘Maar goed, ik moest voor die master ook een afstudeerscriptie schrijven, een *master's thesis*, en daarvoor moet je een behoorlijk substantieel eigen onderzoek doen. En ik wilde iets doen waardoor ik weer een band met Nederland zou hebben tegen de tijd dat we zouden teruggaan. Toen heb ik een onderzoek gedaan naar de vaccinatiegraad van Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam. Vanuit Amerika, ja. Mijn afstudeerrichting was International Health, en ik bedacht dat een heleboel problemen van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden vergelijkbaar waren met de problemen die Turkse en Marokkaanse kinderen hebben in Amsterdam. Dat was in het midden van de jaren zeventig, en dat was echt ontzettend leuk om te doen.’

‘We hadden intussen twee kleine kinderen, en wat ik dan deed: dan kwam ik een weekje naar Nederland, de kinderen gingen logeren bij opa en oma, en ik ging alle Amsterdamse consultatiebureaus langs. Op die bureaus zaten toen in feite de laatste generaties echte, gedreven consultatiebureau-artsen: heel erg leuke vrouwen die dat met ongelooflijk veel inzet deden. Zij vonden het ook fantastisch dat ik dat bij hen kwam onderzoeken.’

‘Zij vonden het belangrijk omdat het toen nog ging om de eerste generatie Turkse en Marokkaanse kinderen, dus daar was nog heel weinig ervaring mee. Omdat het erg belangrijk werd gevonden dat die kinderen allemaal gevaccineerd zouden worden, werden ze heel intensief gevolgd.

Met allerlei verschillende entschema's zodat de kinderen toch precies op tijd hun prikken kregen ook al gingen de ouders in de zomer maandenlang terug naar het land van herkomst. Tegenwoordig is dat niet meer zo sterk, maar toen gingen 'gastarbeiders' nog met het complete huisraad in de auto terug naar Turkije of Marokko, waar ze dan de hele zomer bleven.'

raar land

'Ik ben bij al die consultatiebureaus langs geweest, heb al die kaartenbakken doorgewerkt en geturfd, en die scriptie geschreven. Maar ik had wel twee kleine kinderen, dus ik schreef die scriptie op zaterdagochtenden. Het heeft daarvoor een beetje lang geduurd voor ik hem af had... Maar uiteindelijk, in 1979, werd de scriptie goedgekeurd en was ik afgestudeerd.'

'Inmiddels waren we alweer terug uit Amerika, we hadden nog twee jaar in Engeland gewoond, en in 1980 wist ik een onderzoeksplaats in België te veroveren, aan de universiteit van Leuven. Het systeem in België was toen min of meer dat je je eigen onderzoeksplaats moest creëren door een subsidie gehonoreerd te krijgen: dan wilde een hoogleraar je wel voor een dag in de week aannemen. Een heel raar land, maar ik heb er wel geleerd hoe de wetenschap werkt, hoe je subsidievoorstellen moet schrijven, en vooral, hoe belangrijk het is om als onderzoeker te publiceren.'

Louise Gunning-Schepers (Amsterdam, 1951) haalde in 1973 haar kandidaatsexamen Medicijnen in Groningen, en ging vervolgens naar de Verenigde Staten. In 1979 studeerde ze af aan de Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene in Baltimore. Daarna was ze onderzoeker aan de Universiteit van Leuven en aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, waar ze in 1988 promoveerde. Tussendoor werkte ze als beleidsmedewerker op het ministerie van VWS. Gunning werd in 1991 hoogleraar Sociale Geneeskunde bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Daar kwam ze in 1997 in de Raad van Bestuur, waarvan ze sinds 2001 voorzitter is. In 1995 kreeg Gunning een Europese prijs voor geneeskunde voor haar inspanningen bij de oprichting van de European Public Health Association (EUPHA). Ze is verder onder meer voorzitter van de Nederlandse Federatie van universitaire Medische Centra, en lid van de Gezondheidsraad. Gunning stond vorig jaar op 112 in *de Volkskrant*-top 200 van invloedrijke Nederlanders, *Management Scope* zet haar op 30 in de top 50 van de machtigste vrouwen in Nederland.

'Toen bedacht ik eigenlijk pas dat ik ook een artikel van mijn scriptie zou moeten maken. Maar ik had nog nooit een wetenschappelijk stuk geschreven, ik wist niet naar wat voor tijdschrift het zou moeten, en mijn baas kon me ook niet erg helpen want ik zat op een Franstalige universiteit. Ik moest het allemaal zelf bedenken. Maar uiteindelijk is het gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* – als ik me goed herinner was het een van de consultatieartsen die dat blad voorstelde.'

'Het mooie was, dat het werd gepubliceerd net op het moment dat ook het grote onderzoek naar buiten kwam dat Paul van der Maas had gedaan naar de verschillen in gezondheid tussen verschillende sociaal-economische groeperingen. Dat wekte veel beroering, omdat eruit bleek dat de Nederlandse gezondheidszorg helemaal niet zo gelijk verdeeld was als we toen allemaal dachten.'

geluk

'In zekere zin zat de sociale geneeskunde toen op een dieptepunt, men vond dat die eigenlijk geen bestaansrecht meer had: de infectieziekten waren bestreden, de sociale verschillen waren klein, de bedrijfsgezondheidszorg was amper nog nodig... Tot Van der Maas dus liet zien dat dit allemaal nogal tegenviel, en dat hoewel die gezondheidszorg voor alle groepen bereikbaar was, gezondheidsverschillen bleven bestaan. Mijn stuk paste daarin – het was natuurlijk helemaal niet zo groot en bijzonder en hoogdravend qua research, maar het was een mooie aanvulling. Het paste in een tijd waarin opeens weer meer aandacht kwam voor preventieve gezondheidszorg.'

'En wat het artikel achteraf zo leuk maakt, is dat het daardoor is gaan functioneren als een soort nulmeting waarmee latere vaccinatieprogramma's konden worden vergeleken. Mijn onderzoek was gedaan toen er van *public health* in Nederland nog maar heel weinig over was op die consultatiebureaus na, en daarna is die weer langzamerhand opgetuigd. Daardoor is mijn onderzoek nog twee of drie keer overgedaan, met dezelfde methodologie, om te zien of er enige verbetering optrad of niet.'

'Dat is dan het geluk dat je hebt, dat je net een onderwerp bij de kop hebt op het moment dat het een belangrijk issue wordt – waardoor het eigenlijk meer aandacht krijgt dan, nou ja, gerechtvaardigd is als je kijkt naar hoe innovatief of hoe spannend het was.'

'Wat eruit kwam? Even zien hoor. Dat er inderdaad 'geconcludeerd moest worden dat er een significant verschil bestond in deze percentages afhankelijk van de nationaliteit'. Dus de vaccinatiegraad was onder Marokkanen en

Kleuterbureaus voor multiculturele groepen in Amsterdam

Deelname aan het vaccinatie- en gehoorscreeningsprogramma door Nederlandse en buitenlandse kinderen¹

Louise Gunning-Schepers ScM²

Dit onderzoek tracht aan de hand van vaccinatiepercentages en deelname aan de screening op gehoer afwijkingen, de toegankelijkheid van de preventieve kleuterzorg in Amsterdam te vergelijken voor verschillende nationaliteitsgroepen.

De steekproef bedroeg 764 kinderen verspreid over zes zuigelingen – en kleuterbureaus (hierna te noemen consultatie-bureaus of cb's) in Amsterdam, elk opgesplitst in drie nationaliteitsgroepen (Nederlanders, Marokkanen en Turken, en andere buitenlanders), die vergeleken werden voor percentages DKTP4, mazelen vaccinatie, en de gehoorstest.

Na statistische correcties voor o.a. de verschillen in nationaliteiten samenstelling van de cliënten populaties in de verschillende bureaus, moest geconcludeerd worden dat er een significant verschil bestond in deze percentages afhankelijk van de nationaliteit. 'Gastarbeiders' boekten nog slechtere resultaten dan 'andere buitenlanders'. De verschillende consultatie-bureaus bleken na statistische correcties, over het algemeen, niet significant te verschillen, hoewel ze wat betreft buitenlanders wel een verschillende aanpak vertoonden.

T. Soc. Geneesk. 59 (1981) 471-477

Literatuurbespreking

Het gebied van deze studie kan op twee manieren benaderd worden: het gebruik van preventieve gezondheidszorgvoorzieningen door minderheden in de cliëntenpopulatie, en het effect van een plotselinge toevloed van cliënten met een andere culturele achtergrond op de structuur van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Vanuit het eerste gezichtspunt is veel werk gedaan in zowel Engeland als Amerika. J. B. Mc Kinlay (1972) schreef twee voortreffelijke artikelen, het ene over een vergelijkende beschrijving van de methodologieën die toegepast worden in het onderzoek naar het gebruik van gezondheidszorg-

voorzieningen, dat een voortreffelijke bibliografie over het onderwerp bevat, geschikt voor verdere referenties; het tweede, samen met S. M. Mc Kinlay (J. B. Mc Kinlay & S. M. Mc Kinlay 1972), een specifieke studie over de sociale kenmerken van gebruikers en niet-gebruikers van prenatale zorg in de Engelse lagere arbeidersklasse. Dit artikel suggereert het overnemen van een aanvullende classificatie van gezinsstabiliteit en -instabiliteit. Vanuit de VS bekijkt Milio's 'The care of health in communities, access for outcasts', een aantal nieuwe oplossingen voor het betrekken van 'outcasts' met verschillende achtergronden bij het gezondheidszorgsysteem (1975).

Specifiek over de gezondheid van kinderen handelt Selwyn's (1978) voortreffelijke epidemiologische onderzoek: een vergelijkende case-study, uitgevoerd in 1972 om de eigenschappen van gebruikers en niet-gebruikers van jeugdgezondheidszorgvoorzieningen vast te stellen.

De tweede benadering, t.w. die van een plotselinge toevloed van cultureel sterk verschillende cliënten, is uitgebreid bediscussieerd in veel Europese landen, waar een dergelijke toevloed de laatste jaren heeft plaats gevonden. Velen concentreren zich echter op de verschillen in morbideits-epidemiologie en de aanpassing hieraan van het curatieve zorgsysteem. Een voorbeeld hiervan is Stroud (1965) in 'The new environment' waarin hij de gevolgen uiteenzet van een grote toevloed van West-Indische patiënten in een Londens ziekenhuis.

Hoewel hij de bijkomende communicatieproblemen wel noemt, worden geen suggesties gedaan over hoe ze aangepakt zouden kunnen worden.

Jammer genoeg is in Nederland weinig onderzoek gedaan op het specifieke gebied van deze studie, zodat de meeste hier besproken literatuur slechts gedeeltelijk relevant is.

Heel nuttig voor het opsporen van publicaties waren twee bibliografieën over het onderwerp 'buitenlandse werknemers'. De eerste is door Vreede-de Stuers (1977) samengesteld voor het ministerie van CRM. Het specifiek door deze bibliografie bestreken terrein is dat van de vrouw van de buitenlandse werknemer. De bibliografie is uitermate bruikbaar doordat hij samenvattingen bevat van alle opgegeven titels. Helaas betreft het voornamelijk descriptieve onderzoeken die zich concentreren op het gebied van contraceptie en de positie van de vrouw in het Mohammedaanse gezin.

De tweede bibliografie is door van der Meer en Coenen (1977) samengesteld voor het NCB (Nederlands Centrum voor Buitenlanders) en de afdeling Bibliotheek en Documentatie van de Nationale Kruisvereniging. Deze bibliografie is meer specifiek gericht op de organisatie van de

Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde,
nummer 59, 1981

Turken lager, en dat zag je in bijna alle consultatiebureaus, 'hoewel ze wat betreft buitenlanders wel een verschillende aanpak vertoonden.' Zoals ik al zei, tegenwoordig is dat verschil veel kleiner geworden. Niet alleen omdat de vaccinatieprogramma's zijn verbeterd, maar natuurlijk ook omdat Turkse en Marokkaanse gezinnen veel meer geïntegreerd zijn en veel meer Nederlandse gewoonten zijn gaan aannemen.'

onverschilligheid

'Maar ik moet wel zeggen – ik vind dat we die eerste generaties goed begeleid hebben, maar dat we de generaties die er nu zitten in de steek laten. We gaan niet meer op huisbezoek. Die oude consultatiebureau-artsen dwongen

de kinderen erbij, die zorgden dat ze de zorg kregen die ze nodig hadden. Ik weet dat mijn eigen kinderen er niet zo enthousiast over zijn, maar ik ben nog steeds een groot voorstander van consultatiebureaus – oude stijl. Ik vind dat je voor moeilijk te bereiken groepen een apart beleid moet opzetten.'

'We weten nu eenmaal dat veel van de gezondheidswinst die we kunnen boeken, te maken heeft met het gedrag van mensen. We weten ook dat het ongelijk verdeeld is in de bevolking. Als je dan, zoals de politiek graag doet, kiest voor een aanpak van 'eigen verantwoordelijkheid' en van vrijblijvendheid, moet je niet verbaasd zijn als de groepen die het het hardst nodig hebben, het minst gebruik maken van de voorzieningen die je hebt. En dat de voorzieningen niet altijd zijn afgestemd op het behalen van het

beste resultaat in sociaal-medisch opzicht. De bedoeling van *public health* is het boeken van gezondheidswinst, niet mensen eigen verantwoordelijkheid bijbrengen. We weten dat als je er blijvend energie in steekt, je ontzettend veel gezondheidswinst kunt boeken.’

‘Wat mij altijd zo opvalt aan de hygiënisten, die beweging aan het eind van de negentiende, begin twintigste eeuw, is hoe eensgezind de beroepsgroep en de politiek toen vonden dat de toestand onaanvaardbaar was – en hoeveel vooruitgang er toen geboekt is. Toen is er heel goed nagedacht over wat voor gezondheidszorg er nodig was, maar er is ook gekeken naar woningbouw, sociale voorzieningen, wat niet al. Wij kijken daar een beetje op neer, wij noemen dat al gauw paternalistisch, maar ik vraag me af in hoeverre het niet ook voor een groot deel onverschilligheid is. Onverschilligheid jegens nieuwkomers in onze samenleving, die nog niet zo vanzelfsprekend de weg weten.’



Met echtgenoot in juni 1980

‘Ik ben bang dat de betrokkenheid van de beroepsgroep en van de politiek toch echt wel minder geworden is. Je kunt het wel hebben over cliënten in plaats van patiënten en over mondige zelfstandige burgers, maar we moeten, ook hier in het AMC, goed bedenken dat bijvoorbeeld een groot deel van onze patiëntenpopulatie al niet in staat is de informatie die wij ze geven, tot zich te nemen en op grond daarvan verstandige beslissingen te nemen. Dan heb je een verantwoordelijkheid als instelling, en als hulpverlener, om mensen daarbij te helpen. Zodat de gezondheidswinst die ze kunnen boeken, ook werkelijk binnen bereik komt.’

‘Overigens zie ik wel een kentering, hoor. Een deel van de retoriek van de vrije markt is behoorlijk afgezwakt – al was het maar, omdat nu wel duidelijk is dat marktwerking over het algemeen niet kostenverlagend maar kostenverhogend werkt. Er komt, vanuit de politiek, weer meer ruimte voor *evidence* in plaats van *bottom line*. We zijn, denk ik, het dieptepunt voorbij, het publieke goed wordt langzamerhand weer belangrijker en de discussie komt weer op gang. Daar ben ik erg blij om.’