

15 jaar Samenwerken *publieke*
aan een betere Gezondheid!

Gezondheid: een publieke kwestie!

Afscheidsrede Maria Jansen
15 juli 2022



Maastricht UMC+



Health Services Research
Focusing on Value-based Care and Ageing

Gezondheid, een publieke kwestie!

Afscheidsrede Maria Jansen

Hoogleraar populatiegericht gezondheidsbeleid Universiteit Maastricht

Programmaleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid

GGD Zuid Limburg, UM vakgroep Health Services Research

15 juli 2022

Terugkijken kan via: <https://youtu.be/h1tO0pXyMJs>

Geachte rector, decaan, leden van de corona, algemeen bestuur van de GGD, collega's, vrienden en familie. Martien en ik mogen hier vandaag formeel afscheid nemen, na samen ongeveer 85 dienstjaren te hebben volbracht. Nu is het tijd om afscheid te nemen van ons werkzame leven. Wij hebben alle twee een bijzondere carrière gehad, met ieder een eigen, unieke koers. We zijn beiden gestart aan de Landbouw Hogeschool in Wageningen, zo heette die destijds nog. Inmiddels is de LH omgedoopt tot WUR: Wageningen University & Research. Heel wat van onze voormalige Wageningse studiegenoten zitten in de zaal. Het was dan ook een prachttijd. Martien en ik zouden elkaar nooit écht hebben ontmoet als hoogleraar en voorzitter van de vakgroep Humane Voeding, Jo Hautvast, niet had bedacht dat een praktijkstage een verplicht onderdeel van de doctoraalfase van de voedingsopleiding zou moeten zijn (je had destijds een propedeutisch, een kandidaats A- en B-, en een doctoraal examen; nu onderscheiden we een bachelor- en een master-opleiding, maar dat terzijde). Met Martien, een twee jaar oudere studiegenoot, die ik niet heel goed kende, toog ik naar Sri Lanka, waar we onderzoek deden naar de gezondheid en leefomstandigheden van de theeplantage arbeiders, met name op Balangoda Tea Estate. Die leefomstandigheden waren erbarmelijk. Ook voor ons, al overdrijf ik een beetje, want het was ook wel heel spannend allemaal en het had zijn charme. We kwamen als een innig verliefd stel terug, en hebben elkaar sindsdien weten vast te houden in lief en leed, met wederzijds respect, vertrouwen en vrijheid. We hebben samen onze kroost, Wouter, Désirée en Sophie – hier op de eerste rij, de voornaamste rij – groter zien groeien; een fantastisch drietal. We hebben een prachtig werkzaam leven gekend, waar we met veel voldoening op terugkijken. Martien in de epidemiologie en ik in de publieke gezondheid: twee [samenhangende vakgebieden](#)/disciplines, want het een kan niet zonder het ander. Dit ter introductie.

Laat ik het nu met u hebben over publieke gezondheid, gezondheid als publieke kwestie. De missie van de publieke gezondheidszorg is – al sinds jaar en dag – het bevorderen, beschermen en bewaken van de volksgezondheid, een opdracht die rechtstreeks voortkomt uit de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). De komende drie kwartier wil ik het hebben over deze drie onderdelen: gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en gezondheidsbewaking. Gemeenten moeten daar op basis van de landelijk gestelde kaders voor zorgen. Wat verstaan we onder deze drie begrippen?

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering richt zich op het veranderen van gedrag van mensen en hun omstandigheden, met als doel gezondheid te bevorderen en/of ziekte te voorkomen. Als mensen zich gezond gedragen, dan is de kans groter dat zij langer leven in goede gezondheid. Gezond gedrag kan bevorderd worden door het individuele gedrag van mensen te beïnvloeden, maar ook door een gezonde leefomgeving te creëren en mensen te verleiden tot gezond gedrag. Denk bijvoorbeeld aan voorlichting over stoppen met roken of over gezonde voeding. De keuze is aan het individu om bijvoorbeeld al dan niet te stoppen met roken. Vrije keuze staat voorop.

Gezondheidsbescherming

Gezondheidsbescherming betreft het geheel van activiteiten en maatregelen gericht op collectieve bescherming van (grote groepen van) de bevolking tegen blootstelling aan schadelijke risicofactoren of schadelijke omstandigheden, ook op arbeidsniveau. Het dragen van een autogordel is een voorbeeld van verplicht gestelde gezondheidsbescherming. Vaccinaties, zoals tegen DKTP, HPV, etc., zijn ook een voorbeeld van gezondheidsbescherming, maar dan niet verplicht. Tijdens de coronatijd zijn heel veel gezondheidsbeschermende maatregelen genomen, denk aan het verplichte mondkapje en de niet-verplichte vaccinaties. Gezondheidsbeschermende maatregelen kunnen de persoonlijke vrijheid beperken, denk aan verplichte vaccinatie- en testbewijzen bij toegang tot de bioscoop en sluiting van scholen, cafés etc. Die vrijheidsbeperking is bedoeld om het collectief, de populatie, te beschermen.

Gezondheidsbewaking

Gezondheidsbewaking betreft het monitoren en het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de bevolking of subgroepen van de bevolking, om vroegtijdig in actie te kunnen komen als er risico's dreigen. Daarnaast stelt de Wpg dat Burgemeester & Wethouders gezondheidsaspecten moeten meewegen in bestuurlijke beslissingen om de gezondheid van de populatie te bewaken. Tijdens de coronapandemie heeft de overheid gezorgd voor bijna real-time inzicht in de IC-opnames, het aantal covid-besmettingen en het aantal testen. De lock-downs waren bestuurlijke beslissingen om de economie deels stil te leggen in het belang van de gezondheid van de populatie. Gezondheidsbelangen wogen op dat moment zwaarder dan economische belangen. Maar de overheid bood ook een steunpakket aan om de economische gevolgen enigszins te compenseren. Allemaal onderdelen van gezondheidsbewaking.

Bevordering, bescherming en bewaking van de volksgezondheid: er is geen strakke scheiding tussen de drie. Soms hebben maatregelen tegelijkertijd een bevorderend, een beschermend, en een bewakend effect.

In mijn werk als programmaleider van de [Academische Werkplaats Publieke Gezondheid](#) heb ik mij de afgelopen decennia met deze 3 thema's intensief bezig gehouden, vooral met het doel om [beleid, onderzoek en praktijk](#) met elkaar te verbinden. Steeds stelde ik mijzelf de vraag: zijn de bevorderende, beschermende en bewakende maatregelen nog met elkaar in balans. Met name in het licht van de opgave om te zorgen voor een goede publieke gezondheid in de toekomst. Ik geef u zeven wijze lessen mee en ik eindig met een oproep te zoeken naar een betere balans.

Laat ik beginnen met het eerste onderdeel: **gezondheidsbevordering**.

In 2005 heb ik samen met de extramurale geestelijke gezondheidszorg - destijds RIAGG geheten - een programma 'Bewegen Zonder Zorgen' ontworpen voor vrouwen met (licht) depressieve klachten, afkomstig uit achterstandsbuurten. Het oogmerk was toen **gezondheidsbevordering**, maar achteraf was het streven naar **gezondheidsbescherming** wellicht meer op zijn plaats geweest. Doel van het programma was verergering van de depressieve klachten, van mild naar ernstig, te voorkomen. Het betrof een psycho-educatief beweegprogramma dat deze vrouwen handvatten gaf om beter om te gaan met dagelijkse stressfactoren waaraan zij blootgesteld zijn en daarnaast met ingrijpende gebeurtenissen die plaatsvinden (in vakjargon: 'stressful live events'). Stressfactoren en spanning in het dagelijks leven bleken vaak te maken te hebben met: lage opleiding, werkloosheid of een zware of onregelmatige baan, laag inkomen, er alleen voorstaan, opvoedingsproblemen met de kinderen, zelf-ervaren stress, onvoldoende kansen tot het oefenen en aanleren van veerkracht en zelfregie. Hoe meer van dergelijke stressoren, hoe groter de kans op verergering van de depressie: bij meer dan 6 stressfactoren was die kans 70%; bij 1 stressfactor was die kans slechts 10%. Om de kans op verergering van de depressie-klachten te verminderen ontwikkelden wij een psycho-educatief beweegprogramma. Het beweegdeel bestond uit weerstandsoefeningen, krachtoefeningen en ontspanning. Het psycho-educatieve deel bestond uit het erover napraten: over de lichaamservaring: wat doet dit met je lichaam en met je hoofd? Het was niet te talig opgezet, want dat past niet bij deze veelal laag opgeleide groep.

Het programma werd voor de buitenwacht niet georganiseerd vanuit de GGZ, dat zou immers te stigmatiserend zijn. Het was laagdrempelig, toegankelijk via het buurthuis, en voor kinderopvang werd gezorgd, kosteloos.

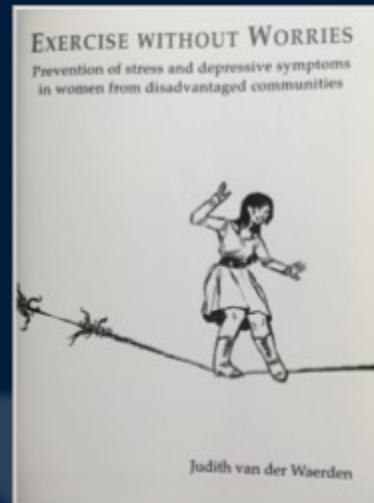
Op basis van een kort screeningsvragenlijstje om het hebben van licht depressieve klachten vast te stellen, dat werd afgenomen door de huisarts, als vrouwen zich daar melden, namen uiteindelijk 161 vrouwen deel. Zij werden willekeurig toegewezen aan het programma (waarbij we nog varieerden in bewegen met of zonder psycho-educatie), of aan een wachtlijst-controlegroep. [Judith van der Waerden](#) promoveerde op dit onderzoek. Metingen vonden plaats voor aanvang op T0, en 2, 6 en 12 maanden na afloop van het programma. De deelnemende

vrouwen vonden de interventie zeer waardevol, voelden zich krachtiger, kregen meer grip op hun leven, waren weer op de been geholpen. Helaas vonden we geen statistisch significant effect op de vooraf gekozen, belangrijkste uitkomstmaten, namelijk mate van 'ervaren depressieve klachten' en 'stressgevoelens', gemeten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten. Het programma verdween vervolgens als niet-bewezen effectief in de spreekwoordelijke la.

BEWEGEN ZONDER ZORGEN

- Psycho-educatief beweegprogramma
- Vrouwen in kwetsbare positie, stress, licht depressief
- Voorkomen van ernstige depressie
- Veel stressoren (>6 kans op depressie 70%)
- Groepsgewijs, in buurthuis (niet GGZ), kinderopvang
- Bewegen: weerstand, kracht, ontspanning
- Psycho-educatief: napraten over lichaamservaring, niet te talig
- Screening huisarts
- Willekeurige toewijzing I en wachtlijst C-groep
- N=161
- T0, T2, T6 en T12 mnd
- Resultaat: vrouwen op de been geholpen
- Geen statistisch significante verschillen I en C groep

 Maastricht University



Welke lessen hebben we hieruit getrokken?

In eerste instantie drie lessen.

Les 1

Les 1: Het was een gesubsidieerd programma van 4 jaar. Het ontwikkelen van 'Bewegen Zonder Zorgen', de training van de sportinstructeur en de psycholoog, en de werving- en selectieprocedure via de huisartsen namen alles bij elkaar 2 jaar in beslag. Daarna resteerde nog één jaar voor de uitvoering, want het laatste jaar was nodig voor de analyses en het schrijven van het proefschrift. Een psycho-educatief beweegprogramma van 12 maanden is eigenlijk te kort om stabiele veranderingen aan te brengen in zelfregie en veerkracht en om de dagelijkse stressfactoren beter te kunnen hanteren. Was wellicht de blootstellingsduur te kort? Een antwoord op die vraag kunnen we niet geven. Een vervolgonderzoek op basis van een langjarige uitvoering, in de wijken waar het nodig lijkt, was om reden van de in eerste instantie niet-bewezen effectiviteit, immers niet haalbaar.

Les 2

Les 2: We leerden ook om kritischer naar onze uitkomstmaten te kijken. Hadden we wel de juiste uitkomstmaten gekozen, namelijk 'ervaren depressieve klachten'?

en 'stressgevoelens'? Ondanks dat vrouwen zich op de been geholpen voelden, zagen we dat niet terug in de scores voor depressieve klachten en stressgevoelens. De moeilijke omstandigheden waaronder deze vrouwen zich in het dagelijkse leven staande moesten houden, hebben hoogstwaarschijnlijk de effectiviteit op die uitkomstmaat ongunstig beïnvloed. Mogelijk waren stress en depressieve gevoelens terugdringen als uitkomstdoelen een stap te ver. Misschien hadden we een andere uitkomstmaat moeten nemen, bijvoorbeeld beter leren omgaan met depressieve gevoelens en stressoren, meer grip krijgen op je leven, iets meer zelf de controle houden. Dat waren wellicht beter bereikbare uitkomstmaten. Dus meer vanuit de blik van positieve gezondheid, waarbij je niet alleen kijkt naar de afwezigheid van ziekte maar juist leert om te gaan met de sociale, emotionele, mentale en fysieke uitdagingen die het leven stelt. Doel is dan niet zozeer genezen, maar vooral kwetsbare groepen op de been helpen en hen extra steun bieden als tegenwicht tegen de stressoren waaraan zij blootgesteld zijn.

Les 3

Les 3: De derde les die we trokken raakt aan een metafoor van de Franse schrijver en naturalist Émile Zola (1986). Zola beschrijft het volgende: als je steeds drenkelingen uit een rivier moeten redden, doe dat dan vooral stroomopwaarts, niet stroomafwaarts. Want stroomafwaarts kan het te laat zijn, en pak je de oorzaak achter de oorzaak niet aan. Stroomopwaarts kun je ontdekken waarom en waar ze in de rivier belandden, en kun je de oorzaak achter de oorzaak ontdekken. Behalve naar de zogeheten 'downstream' factoren – de stroomafwaartse, in dit geval de psychosociale vaardigheden, die versterkt moeten worden – moet men ook kijken naar de 'upstream' factoren – de stroomopwaartse – in dit geval inkomensbeleid, bestaanszekerheid, opleidingskansen, opvoedingsondersteuning. Stroomopwaarts kun je zorgen voor collectieve bescherming, u weet wel: de bescherming van (grote groepen van) de bevolking tegen blootstelling aan schadelijke omstandigheden, zoals stress. De combinatie van 'downstream' en 'upstream' maatregelen biedt, ook volgens collega-hoogleraar [Hans Bosma](#), waarschijnlijk de beste kansen op het tegengaan van 'mental health disparities', ongelijkheid in geestelijke gezondheid / ongelijke kansen op geestelijke gezondheid.

Een soortgelijke aanpak hebben we uitgevoerd in Vaals, voor de doelgroep kinderen die opgroeien in armoede. Vaals staat al vele jaren in de top vijf van armste gemeenten van Nederland. Daar wil de gemeente graag iets aan doen. Het is ook een intergenerationeel armoede-patroon, een patroon dat van generatie op generatie wordt overgedragen. [Lotte Prevo](#) liet zich hier als promovendus in de gemeentelijke uitvoeringspraktijk van haar meest vindingrijke kant zien. Met de 'photo voice' methode bracht ze de door gezinnen gevoelde behoeften in kaart. Er bleek niet zozeer behoefte aan meer geld, maar eerder aan elkaar ontmoeten, elkaar helpen, je veilig voelen en mobiel zijn. Gezinnen werden aangemoedigd

'partnerschappen' aan te gaan, deelgenoot te worden, met professionele ondersteuning. Ook hier gold, net als bij het eerdere voorbeeld over depressie: armoede zeker niet stigmatiseren. Want op armoede rust voor getroffen en al een zwaar taboe, met veel schaamte vandien. In plaats daarvan: een activerings- of beweegmakelaar aanstellen. Om werklozen in beweging te krijgen voor gemeenschapsprogramma's, zoals een ruilwinkel waar je kosteloos spullen kunt ruilen. En sport- en bewegingsprogramma's voor kinderen, zodat iedereen kan meedoen. De ruilwinkel als initiatief om gemeenschapsparticipatie te bevorderen is in Vaals een succes geworden. Het is een ontmoetingsplaats voor Vaalsenaren, met inmiddels 1300 leden. Er zijn 25 vrijwilligers actief, van wie een aantal in een kwetsbare positie. Zij krijgen op deze manier de kans hun talenten te ontwikkelen en kunnen weer deelnemen aan de maatschappij. Ook de beweegmakelaar was succesvol, weliswaar niet meteen om werklozen naar werk te geleiden, maar wel naar vrijwilligerswerk, en vandaaruit verder. Ook hier geldt weer dat de focus op 'downstream' factoren lag. Hadden we ook niet wat meer naar 'upstream' factoren moeten kijken, dus aandacht voor bestaanszekerheid en inkomensbeleid? Of, meer concreet, een pleidooi voor bijvoorbeeld verlenging van de schooldag, voor extra sport en spel, muziek en cultuur voor de jeugd. Opdat zij die in armoede opgroeien ook in aanraking komen met sport, spel, muziek en cultuur.

Een ander voorbeeld van gezondheidsbevordering waar ik veel mee bezig ben geweest, is schoolgezondheidsbevordering. Kortom, gezondheid en onderwijs met elkaar verknopen, zodat je (bijna) alle jongeren bereikt, die immers onderwijsplichtig zijn. [Heckman](#) en [Marmot](#) inspireerden mij hierbij. James Heckman, gezondheidseconoom en Nobelprijswinnaar, toont met gedegen wetenschappelijk onderzoek aan dat investeringen in de vroegst mogelijke levensfase meer gezondheidswinst opleveren dan investeringen op latere leeftijd. Vandaar Heckman's pleidooi: "Invest in the very young". De curve links in onderstaande dia laat dit zien.

Heckman: Invest in the very young

Economic impact of investing in early childhood learning.

ROI: RETURN ON INVESTMENT

Stages: Prenatal, Early childhood, Preschool, K-12 education, Job training

Age groups: 0-3 y/o, 4-5 y/o, School age, Post-school age

Marmot: Fair societies, healthy lives

Area of action

Sustainable communities and places

Healthy Standard of Living

Early Years, Skills Development, Employment and Work, Prevention

Life Course

Accumulation of positive and negative effects on health and wellbeing

Prenatal, Pre-School, School, Training, Employment, Retirement

Family Building

Life course stages

Maastricht University

Kansengelijkheid, op alle fronten, ook wat gezondheid betreft, moet volgens Michael Marmot, Brits hoogleraar epidemiologie en volksgezondheid, een wezenlijk oogmerk zijn van ons onderwijssysteem. Hij sprak van Fair Societies, Healthy Lives. Alle positieve en negatieve effecten op gezondheid en welbevinden stapelen zich gedurende de levensloop op (zie curve rechts op dia). Opgelopen achterstand en cumulatie van negatieve gezondheidseffecten is moeilijk te herstellen. In Nederland is gezondheidsbevordering geen wettelijk vastgelegd onderdeel van het curriculum; het mag wel, maar het hoeft niet.

In 2014 zijn we op verzoek van Onderwijsstichting Movare gestart met wat nu heet: de Gezonde Basisschool van de Toekomst (GBT). De onderwijsstichting zag lege lunchtrommels, kinderen zonder ontbijt in de klas, en armoede in gezinnen. Aan het 'Gezonde Basisschool van de Toekomst' project was al een aantal onderzoeken voorafgegaan waaruit we opnieuw enkele wijze lessen konden trekken, onder andere dat van [Mariken Leurs](#) en [Nicole Boot](#). Dat onderzoek leerde ons dat externe partners de school moeten ondersteunen bij schoolgezondheidsbevordering. Scholen kunnen het immers niet alleen. En dat moeten we ook niet willen, want het is een gezamenlijke, maatschappelijke opgave om de jeugd gezond te houden.

Les 4



En zo kwamen we uit bij [les 4](#): werk samen! De capaciteit van welzijnswerk, sportinstanties, GGZ, verslavingszorg en GGD werd gebundeld. Voortaan zou de behoefte van de school op het gebied van gezondheidsbevordering leidend zijn, in plaats van het aanbod van de afzonderlijke organisaties. De nieuwe werkwijze bleek haalbaar, betaalbaar en uitvoerbaar, en kwam daarom via RIVM en GGD GHOR Nederland landelijk beschikbaar. Dankzij dit [Zuid-Limburgse onderzoek](#) werd het landelijke programma [Gezonde School](#) was geboren. De start vond plaats in 2010. De ministeries van VWS, OCW, EZ en SZW zorgden voor ondersteuning. Op ongeveer 17% van de scholen loopt dit programma momenteel. Of dit programma 'Gezonde School' ook werkelijk effectief is, en onder welke condities, onderzoeken we momenteel. Dit doen we samen met enkele academische werkplaatsen Publieke Gezondheid - [Limburg](#), [Wageningen/Agora](#) en [Nijmegen/Amphi](#) - TNO en 8 GGD'en. [Lisanne Vonk en Gerjanne Vennegoor](#) zijn er als promovendi druk mee bezig. De resultaten van dit [evaluatie-onderzoek](#) verwachten we in 2023.

Les 5

Eerder onderzoek, van [Dave Van Kann](#), over schoolpleinen waar kinderen verleid worden tot beweging, en waar kinderen gestimuleerd worden om te voet of met de fiets naar school te komen, had ons al geleerd dat de intensiteit en de frequentie


van de blootstelling aan lichamelijke activiteit voldoende hoog moeten zijn om enig effect te hebben. Op basis van deze studie was ons motto richting de school: doe het heel goed, of begin er niet aan. Kortom, les 5 was: zorg voor hoge intensiteit en frequentie van de blootstelling.

Met dat in ons achterhoofd en de lessen die we eerder al leerden, zijn we met de GBT gestart. We namen les 1 mee: voldoende voorbereidingstijd - twee jaar - plus daadwerkelijke uitvoering gedurende vier opeenvolgende jaren. En ook les 2: gebruik de juiste uitkomstmaten. Dus we kozen voor voedings- en beweeggedrag. En uiteindelijk, na aandringen van de Provincie Limburg, die als co-financier optrad, ook voor de verder weg gelegen uitkomstmaat body mass index (BMI), waarvan wij eerder dachten: die ligt te ver weg en gaan we niet halen. Les 3 namen we voor zover als mogelijk mee: naast downstream ook upstream, dus het programma stevig integreren in de schoolsetting, een nieuwe routine met 1,5 uur extra schooltijd waarbij leerkrachten in de middagpauze hun nakijkwerk en lesvoorbereiding konden uitvoeren. Les 4 was: werk samen. En dat gebeurde ook, met een heel scala van partners. En tot slot les 5: pak het stevig aan in termen van intensiteit en duur van de blootstelling. Onder professionele leiding van de kinderopvangpartners werd dagelijks een gezonde schoollunch geserveerd volgens de normen van het Voedingscentrum, en werd een uur extra tijd ingeruimd voor sport, spel en cultuur. Dit betekende in totaal 1,5 uur schooltijdverlenging, een forse inbreuk op het gangbare onderwijsritme. In plaats van af en toe een les over gezonde voeding en twee uur gym per week werd de frequentie van gezondheidsimpulsen fors opgevoerd, van incidenteel naar dagelijks, en wel 1,5 uur. En iedere leerling kreeg een bidon: watergebruik werd de nieuwe norm.



De Gezonde Basisschool van de toekomst

- Les 1: Ruim 6 jaar met 4 jaar implementatie: T0, T1, T2, T3, T4jr
- Les 2: Voedings- en beweeggedrag + BMI en buikomvang
- Les 3: Integratie in onderwijssetting
- Les 4: Samenwerking
- Les 5: Frequentie en intensiteit gezondheidsimpulsen fors hoger dan regulier met gezonde schoollunch + 1 uur sport, spel, cultuur per dag



Promovendus [Nina Bartelink](#) voerde het onderzoek uit in 4 experimentele scholen. Daarnaast waren er 4 controle scholen waar geen veranderingen werden doorgevoerd. Nina deed dit samen met Maartje Willeboordse: een krachtig duo. En ook de gezondheidsadviseurs van de GGD onder aanvoering van Marlou Eggen

deden intensief mee. De GBT bleek haalbaar, uitvoerbaar én effectief: de schoollunch en het professionele sport-, spel- en cultuuraanbod bleken al na 2 tot 3 maanden een nieuwe routine te zijn. Én, verrassend genoeg werden op alle uitkomstmaten statistisch significante verbeteringen vastgesteld: de BMI bleef op het gezonde niveau, wat we niet hadden verwacht, zelfs al na 2 jaar en ook na 4 jaar, de buikomvang bleef ook op het gezonde niveau, het beweeg- en voedingsgedrag verbeterde. Ik kijk met grote trots terug op het cum laude beoordeelde proefschrift van Nina die dit allemaal haarfijn uitploos, rekening houdend met de [context van de school](#).

En ook is relevant te weten dat het positieve effect bij kinderen uit lagere en hogere sociaaleconomische klassen even groot was. Dit komt de kansengelijkheid ten goede. Een onverwacht positieve invloed had de nieuwe aanpak op het sociale gedrag van kinderen, en met name op het pesten op school. Pesten is een maatschappelijk en complex probleem, met risico op mentale schade, op zowel de korte als de langere termijn. Het ministerie van OCW verplicht scholen daarom er iets tegen te doen. Samen lunchen en samen spelen bevordert sociaal gedrag. Scholen worden er socialer door. Het onderzoeksproject laat in ieder geval zien dat scholen betekenis kunnen geven aan gezondheidsbevordering, kunnen bijdragen aan [kansengelijkheid](#) en hoe voor de leerlingen de scholen leuker worden.

Dit brengt mij op het thema '**gezondheidsbescherming**'. Weet u het nog? Het geheel aan activiteiten en maatregelen gericht op collectieve bescherming van (grote groepen van) de bevolking tegen blootstelling aan schadelijke risicofactoren of schadelijke omstandigheden

Zou BZZ een gezondheidsbeschermende maatregel dienen te zijn? Een psycho-educatief beweegprogramma voor iedereen die dat wil, niet verplichtend, via een populatie-brede aanpak, bedoeld als gezondheidsbescherming. Een aanbod in de wijken waar dat nodig is om vrouwen een extra steuntje in de rug te bieden als tegenwicht tegen de stressoren waaraan zij blootgesteld zijn.

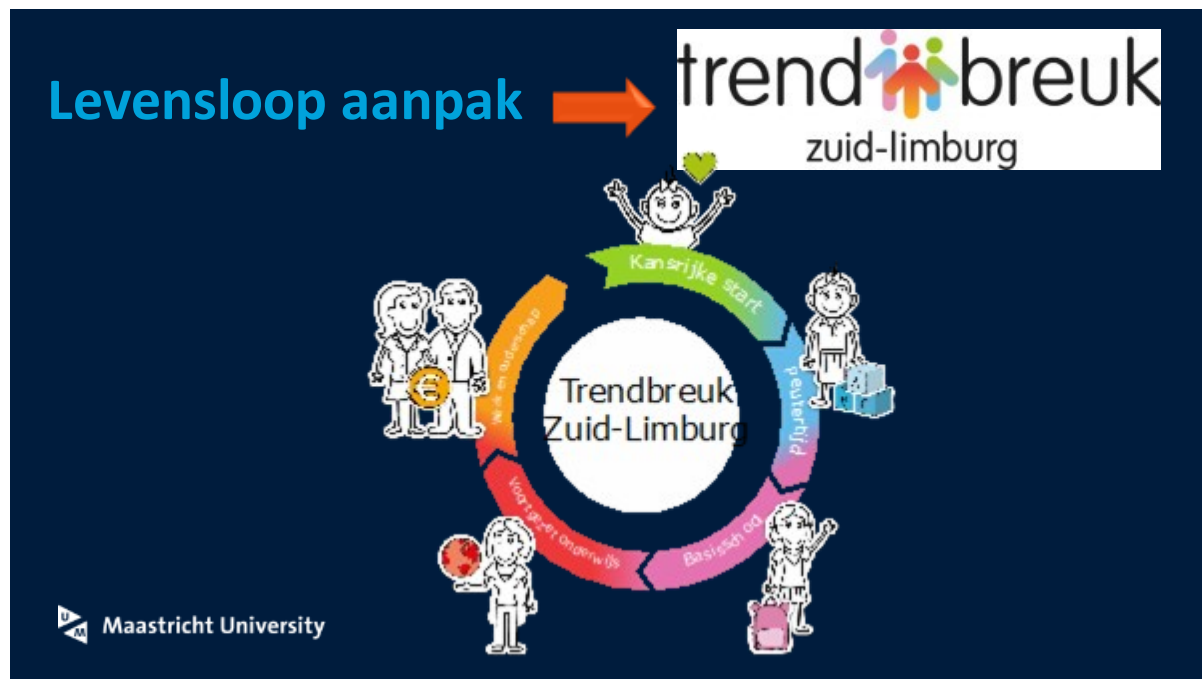
En zou De Gezonde Basisschool van de Toekomst een [gezondheidsbeschermende](#) maatregel dienen te zijn gericht op collectieve bescherming van basisschoolleerlingen tegen blootstelling aan schadelijke risicofactoren of schadelijke omstandigheden? Op scholen leren kinderen naast rekenen, taal en wereldoriëntatie ook hoe ze gezond kunnen leven en wat de juiste keuzes zijn in deze obesogene samenleving. In de woorden van Marmot dienen gezondheidsvaardigheden een verplicht onderdeel te zijn van het onderwijs, omdat iedereen een gelijke kans op gezondheid verdient. Landelijke invoering van het GBT-concept kost naar schatting [1 miljard per jaar](#). Afgezet tegen de jaarlijkse zorgkostenuitgave van ongeveer 116 miljard is dit nog geen 1%. Voor het opstellen van nieuw beleid gelden vijf criteria, namelijk het beleid moet 1. haalbaar zijn zodat het aannemelijk is dat we met deze aanpak de doelen bereiken, 2. uitvoerbaar zijn waarbij professionals het kunnen uitvoeren, 3. verdedigbaar zijn

dus de aanpak is moreel-ethisch te verantwoorden naar de bevolking zonder dat bepaalde groepen worden uitgesloten of benadeeld, 4. met wetenschappelijk onderzoek aangetoond zijn dat het effectief is, en 5. betaalbaar. Heel vaak is pecunia de bottleneck bij het invoeren van gezondheidsbeschermende maatregelen. Bij collectieve invoering zouden we ook de doelen van het Nationaal [preventie-akkoord](#) voor overgewicht kunnen behalen. Ook worden dergelijke maatregelen vaak afgedaan als betutteling en het ontnemen van persoonlijke vrije keuzes. Tijdens de coronapandemie dacht men daar blijkbaar anders over. Toen werden ons vele persoonlijke keuzes ontnomen. De GBT, waarvan ouders aanvankelijk ook dachten dat hen persoonlijke keuzes werden ontnomen, bleek voor de leerlingen juist veel leuker, en alle leerlingen profiteerden ervan. De ouders waren na afloop de grootste ambassadeurs: ze vonden de steun vanuit school zeer waardevol en ze zagen gelijke lunchtrommels in plaats van lege lunchtrommels.

Les 6

Les 6: We leerden het belang van publieksvriendelijke wetenschapscommunicatie. Deel de onderzoeksresultaten met het publiek in gewone-mensentaal! De onderzoeker is dit schatplichtig aan de samenleving want in het merendeel van de gevallen wordt het onderzoek betaald uit maatschappelijke gelden. Met Karin Burhenne, al decennialang teamgenoot bij ons streven naar publieksvriendelijke wetenschapscommunicatie, schreef ik het boekje "[Van leer-naar leefschoon](#)". Een instelling waar je naast de cognitieve vakken ook mag leren hoe gezond leven in elkaar steekt. En, even terzijde: samen met Karin schreef ik ook "[Hoge hakken, lange tenen](#)" en "[Hoge hakken in de klei](#)" over de successen, valkuilen en verankering van de academische werkplaatsen publieke gezondheid, waar we wetenschappelijk onderzoek doen naar maatschappelijke vraagstukken. Verankering van de [academisering](#) van de GGD lukt beter in een ondernemende GGD. Tevens een aanmoediging aan die werkplaatsen en ook de GGD'en om een beetje activistischer op te treden: meer op de bres te staan voor gelijke kansen op gezondheid.

Om kansengelijkheid te bevorderen tegen een zo hoog mogelijke gezondheidswinst voeren we vanuit de GGD en de 16 Zuid-Limburgse gemeenten het Trendbreukprogramma uit. Doel van dit programma is de overdracht van ongezondheid van generatie op generatie - noem het eventueel sociale overerving - te doorbreken.



We zijn inmiddels gestart met Kansrijke Start. Dat gaat over de eerste 1000 dagen geteld vanaf de conceptie, de bevruchting. Zwangere vrouwen worden hierbij extra ondersteund, vooral de kwetsbare vrouwen. Dankzij het voorbereidend werk uit Rotterdam door verloskundigen samen met medewerkers van de Erasmus Universiteit is het begrip 'kwetsbaarheid' gedefinieerd en worden de verloskundigen getraind in het vroegtijdig signaleren van [kwetsbaarheid bij zwangeren](#). En dan niet alleen wat betreft de gezondheidskundige en medische aspecten – groeit de foetus zoals dat hoort, zijn er geen afwijkingen? – maar vooral ook wat betreft de sociale aspecten, zoals slechte huisvesting, financiële problemen, laaggeletterdheid, problemen met opleiding of werk, relatie met de partner, ongezond gedrag zoals roken – ook van de partner – alcohol, drugs etc. Deze factoren kunnen immers veel stress veroorzaken, resulterend in chronische stress. Dat noemen we ook wel toxische stress, omdat deze een negatieve invloed heeft op de groei van de foetus. Dat kan vervolgens weer leiden tot vroeggeboorte of een te laag geboortegewicht. Soms speelt ook mee dat de zwangerschapsbegeleiding te laat start, dus pas na de 10e of 12e week, omdat men denkt dat het vanzelf wel goed komt: de natuur doet toch zijn werk?! Juist bij kwetsbare zwangere vrouwen is zolang wachten risicovol, omdat alle organen van de foetus dan al gevormd zijn en de adviezen te laat komen. In Nederland start 28% van de zwangere vrouwen te laat, in Zuid-Limburg is dat 29%, maar in sommige gemeenten, zoals Heerlen, zelfs 40%, dus bij meer dan 1 op de 3 start daar de begeleiding te laat. Dat is zorgelijk. Daarom zetten we in op versterking van de sociaal-medische zorg in zogeheten [knooppunten](#). [Nicole Curvers](#) voert het promotieonderzoek uit.

En soortgelijke projecten voeren we uit in de volgende levensfasen, van peuter tot MBO-er. [Sid Penders](#) gaat als promovendus aan de slag met een project over gezonde kinderopvang, waaraan de meeste kinderopvangpartners in de regio meedoen. Het betreft een actiegericht implementatie onderzoek. Ook in het voortgezet onderwijs en het MBO promoten we een gezonde en veilige

schoolomgeving. Promovendus Esther Geurts en arts M&G Rianne Reijs proberen het burgerschapsonderwijs in het MBO te versterken. MBO-ers voelen zich vaak niet gezien door de samenleving, en hebben best veel [problemen](#). De jongvolwassenen in het MBO zijn de opvoeders van de volgende generatie. Zij geven hun kroost, met hetgeen ze zelf geleerd hebben, een grotere kans op een gezonde start.

In het licht van het streven naar kansengelijkheid en het dichten van de toenemende kloof tussen inkomensgroepen in de samenleving – waarbij ook de middeninkomensgroepen steeds vaker geraakt worden – rijst de vraag of de overheid niet in overweging moet nemen dergelijke maatregelen tot gezondheidsbescherming te verheffen; dus voorbij de vrijblijvendheid van een organisatie of een individu. Van betutteling of inperking van persoonlijke keuzevrijheid lijkt hier immers geen sprake. Integendeel, er is eerder sprake van het recht op veilige fysieke, sociale en mentale ondersteuning om gezondheidsschade tegen te gaan. Met een beter evenwicht tussen downstream en upstream, zodat we een toename van het aantal drenkelingen in de rivier kunnen voorkómen.

Gezondheidsbescherming gedurende de levensloop(-9mnd-25jr)

Activiteiten en maatregelen gericht op collectieve bescherming van de jeugd en het recht op gelijke gezondheidskansen

Overige onderzoeken vanuit de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid:

- [Evelien Dera-de Bie](#) over hoe je overgewicht bespreekbaar maakt bij baby's in het eerste levensjaar, ook al vinden de ouders of de opvoeders die mollige baby best leuk
- [Manon Ernst](#) legde de groei in de eerste levensjaren vast met een handig instrument voor de JGZ praktijk
- [Elise de Neubourg](#) wist aan te tonen dat non-cognitieve factoren in de ontwikkeling van kinderen minstens zo belangrijk zijn als de cognitieve factoren
- [Huub Hoofs](#) onderzocht of de zorgregistraties van de Jeugdgezondheidszorg bruikbaar zijn voor onderzoek, maar [Huub](#) trof helaas te weinig uniformiteit aan in de dossiers
- Samen met de Erasmus Universiteit ontwikkelen we een werkwijze om de individuele zorgregistraties van JGZ toch te kunnen gaan gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Polina Putrik als biostatisticus en gezondheidswetenschapper gaat hier met hoofdaanvrager [Bastian Ravestein](#) van Erasmus mee aan de slag, samen met GGD Twente en verloskundige praktijken Rotterdam en Nederlands Centrum voor Jeugd
- [Marie-José Theunissen](#) onderzocht het belang van vroegtijdig opsporen van schoolverzuim, om eerder in actie te kunnen komen en verergering te voorkomen
- [Jano Havas](#) bracht de mentale gezondheid van pubers in kaart
- [Bernice Doove](#) deed onderzoek naar schoolrijpheid en hoe dat met gepersonaliseerde hulp te verbeteren is
- [Sacha Verjans-Janssen](#) onderzocht uitvoering en effect van voeding- en beweegactiviteiten in school
- [Nicole Stappers](#) onderzoekt of de ondertunneling van de A2 resulteert in verandering van beweeggedrag en beweegpatronen
- Met het programma [RuimteGIDS](#) proberen we meer kennis te vergaren of verandering van leefomgeving gezondheidsimpact heeft. Bram Oosterbroek en Dorus Gevers trekken de kar
- [Mandy Leurs-Stijnen](#) ontwierp een screeningsmodel voor 75-plussers, het [G]OUD model – gezond oud in Limburg – zodat huisartsen eerder op problemen kunnen anticiperen
- [Susan van Hees](#) deed onderzoek naar de levensloopbestendigheid van buurten. Kun je in je eigen buurt en woning oud worden? Wat kunnen [gemeenten](#) daarvoor doen?
- [Anita Vermeer](#) deed onderzoek naar de kansen voor een succesvolle community aanpak
- [Sanne Grootjans](#) leert burgers en professionals met het concept positieve gezondheid werken
- [Polina Putrik](#) bestudeerde welke buurtkenmerken de gezondheidsverschillen doen toenemen
- [Andrea Rozema](#) onderzocht wat er nodig is om te komen tot [rookvrije schoolpleinen](#), zonder dat de pleuris uitbreekt op scholen, want leerlingen en docenten kunnen zich beperkt voelen in hun vrijheid en de schooldirectie voelt zich opgescheept met handhaving en controle
- Sophie Jooren bouwt hierop voort en bestudeert of het gemeenten lukt om toe te werken naar rookvrije gemeenten, zodat de doelen van het [Nationale Preventie Akkoord](#) bereikt worden: alle kinderen groeien op zonder contact met rokers en rook

Tot slot wil ik ingaan op **gezondheidsbewaking**. Weet u het nog? In de Wet Publieke Gezondheid is vastgelegd dat de overheid toeziet op:

*het **bewaken** van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen*

EN

het monitoren en het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de bevolking of subgroepen van de bevolking, om vroegtijdig in actie te kunnen komen als er risico's dreigen.

We bewaken de staat van de volksgezondheid en de bestuurlijke beslissingen, in bijvoorbeeld het bedrijfsleven of de luchtvaart, die mogelijk invloed kunnen hebben op onze gezondheid. Daarbij is dan vaak de vraag: welke belangen wegen het zwaarst: de economische belangen, de belangen van de natuur, de gezondheidsbelangen, of andere belangen? Een ingewikkeld vraagstuk, waar politici en bestuurders over gaan. Gezondheid is politiek ...

Laat ik met de bestuurlijke beslissingen beginnen. [Mieke Steenbakkers](#) en [Anna Marie Hendriks](#) deden onderzoek naar hoe gemeenten integraal beleid maken, dus of ze gezondheidsaspecten meewegen in bestuurlijke beslissingen. Als voorbeeld: houdt de wethouder ruimtelijke ordening voldoende rekening met gezondheidseffecten bij de herstructurering van een wijk, of houdt de minister van infrastructuur voldoende rekening met de gezondheidseffecten bij de groei van een luchthaven of de aanleg van een snelweg in een bosrijk gebied? De conclusies van de beide onderzoeken van Mieke en Anna Marie waren confronterend, want gemeenten bleken niet in staat tot integraal gezondheidsbeleid. Beleidsafdelingen binnen een gemeente werken nauwelijks samen. Zelfs een intensieve training en begeleiding van beleidsambtenaren gedurende drie jaar mocht niet baten. Beide promovendi concludeerden dat het ontbreekt aan kennis en competenties én aan bestuurlijke en ambtelijke continuïteit. Niets nieuws onder de zon, zult u denken, dat wisten we toch allang. Dat klopt, maar de wetenschappelijke onderbouwing, het systematisch in kaart brengen en de publieke aandacht hebben het debat over integrale beleidsontwikkeling wel aangezwengeld. Soms lukt het wel. Zo is bij de ondertunneling van de A2 gezondheid een belangrijk aspect geweest met de Groene Loper als resultaat.

De WHO spreekt van "Health in All Policies"; dus gezondheid moet in alle beleidsbeslissingen worden meegewogen. De Nederlandse overheid stimuleert dat met het landelijke programma 'Alles is Gezondheid'. Promovendus [Laurens Reumers](#) onderzoekt de impact van dit landelijke programma. Kunnen we van alle initiatieven die verspreid over Nederland zijn ontstaan, de impact op de volksgezondheid meten of schatten? Aan de hand van een voorbeeld laat ik zien hoe Laurens dit heeft aangepakt. De gemeente Utrecht vindt de armoedeproblematiek onacceptabel hoog: 15% van de huishoudens heeft een inkomen dat lager is dan 125% van het bestaansminimum en tweederde daarvan komt zelfs lager uit dan 105%. [Armoede heeft invloed op de gezondheid](#), maar hoe dat proces precies verloopt is ingewikkeld. Het is een zogeheten '[wicked](#)

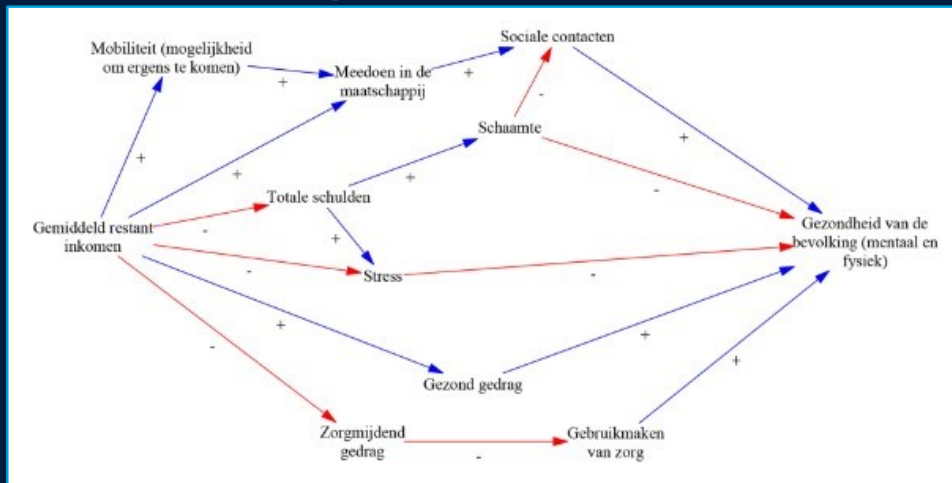
problem', een complex van taaien, in plaats van tamme vraagstukken, die zich slecht laten structureren in een steeds veranderende context, en die daardoor moeilijk oplosbaar zijn. Niemand weet precies hoe de vork in de steel zit. Welk advies kun je de gemeente geven als het gaat om bijstelling van het armoedebeleid waarbij gezondheidsaspecten worden meegewogen?

Om enige grip te kunnen krijgen op hoe verschillende aspecten binnen het probleem met elkaar samenhangen, heeft [Laurens Reumers](#) gebruikgemaakt van een 'Group Model Building' (GMB) procedure. De naam zegt het al, bij GMB bouw je met een groep aan een model. Die groep bestaat uit experts, in dit geval vooral met kennis van de praktijk, vanuit de gemeente, de schuldhulpverlening, het welzijnswerk, de wetenschap, etc., maar ook ervaringsdeskundigen, en die ondervraag je in een aantal groepsessies naar alle mogelijke rechtstreekse causale relaties, dat noemen we 'causal loop diagrams'. Zo probeer je de dynamiek in het systeem te verduidelijken. Dat [ziet](#) er dan zo uit.



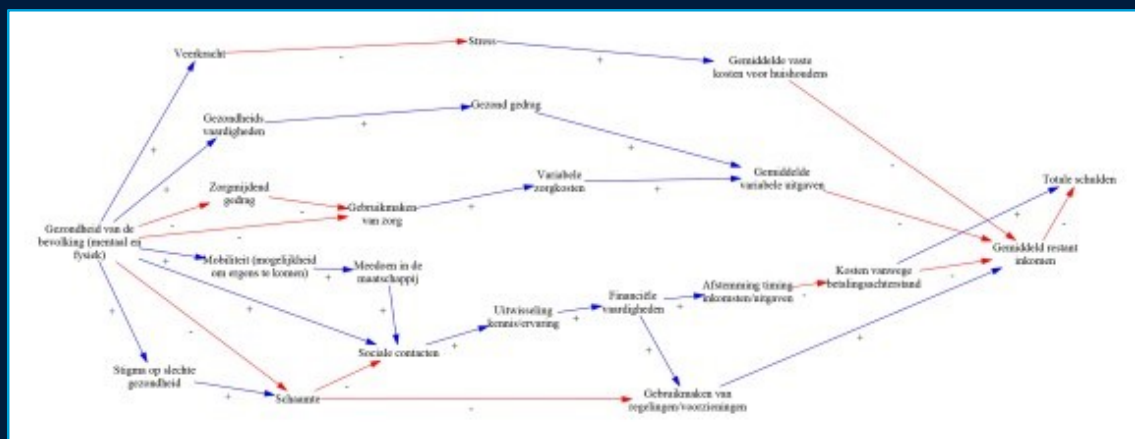
Een enigszins vereenvoudigde model geeft de relatie tussen gemiddeld restant inkomen – dus wat je overhoudt van je inkomen na aftrek van bestedingen – en mentale en fysieke gezondheid weer, en de wederkerige relatie, tussen gezondheid en gemiddeld restant inkomen.

Van armoede naar gezondheid



Maastricht University

Van gezondheid naar armoede



Maastricht University

We vonden 71 causale relaties tussen 39 variabelen, waarvan 29 ook in zogeheten feedback loops zitten. In een feedback loop hebben twee of meer variabelen wederzijds invloed op elkaar en daarmee indirect ook weer op zichzelf. Dit kan in de vorm van een positieve of negatieve spiraal zijn – een zichzelf versterkend effect – of in een zichzelf in balans houdende cirkel. De variabelen 'meedoen in de samenleving' (of juist jezelf buitengesloten voelen), stress, schaamte, (gebrek aan) sociale contacten, (beperkte) financiële vaardigheden en gebruik van voorzieningen, blijken een belangrijke rol te spelen in de dynamiek van het model. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met die uit een eerder uitgevoerd onderzoek van [Lotte Prevo](#) in Vaals. Dezelfde variabelen vonden we terug in de wetenschappelijke literatuur, en dat geeft bevestiging. We weten nu hoe

variabelen elkaar beïnvloeden, en Laurens probeert nu op basis van kwantitatieve databronnen te schatten hoe sterk de verbanden in de causal loop diagrams zijn. Dan kunnen we nog beter inschatten wat voor impact bepaalde interventies naar verwachting hebben, en aan welke knoppen we vooral moeten gaan draaien.

Les 7

Opmerkelijk was wel dat veel van de participanten aan de GMB procedure kenmerken aangaven op het individuele gedragsniveau, downstream dus, terwijl er ook structurele variabelen van belang kunnen zijn, denk aan het ontbreken van CAO's voor flexwerkers, met als gevolg een laag/te laag inkomen: de upstream factoren. Dat zien we overigens wel vaker. En dat brengt ons bij de laatste les.

Les 7: Door een probleem als individueel gedragsprobleem te benoemen verdwijnt het van de politieke agenda. Deze constatering zagen we regelmatig terug in de gezondheidsbevorderende aanpakken want het is uw eigen leefstijl, uw eigen keuze om gezond of niet gezond door het leven te gaan.

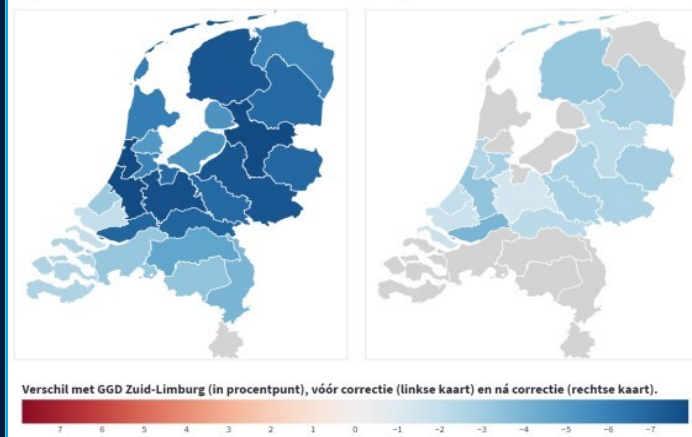
Het wordt nog een hele uitdaging om de gemeente Utrecht te ondersteunen bij de integrale beleidsontwikkeling zonder dat we daarbij steeds de schuld leggen bij het individu. De Zuid-Limburgse gemeenten, waar ook sprake is van een bovengemiddeld percentage huishoudens op de grens van het bestaansminimum - denk aan Parkstad met 20%, ofwel 1 op de 5 - kunnen hier ook mee aan de slag.

Met al die maatregelen en activiteiten inzake gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming rijst de vraag: zijn we op de goede weg? Door de staat van de gezondheid in kaart te brengen – gezondheidsbewaking dus – kunnen we trends in de tijd zichtbaar maken. Dat deden we al in [2015](#) voor de provincie Limburg. We stelden toen een aanzienlijke achterstand vast op velerlei gebieden, niet alleen dat van gezondheid – we leven hier bijna 2 jaar korter – maar ook op dat van talentontwikkeling in brede zin. In Limburg is de arbeidsparticipatie lager en het percentage bijstandsuitkeringen hoger. In [2018](#) hebben we deze achterstand bevestigd, met beschikbare kwantitatieve data van [Onderwijs Monitor Limburg](#), [Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt](#), [Perined](#), [Centraal Bureau voor de Statistiek](#), [Vektis](#) en de [gezondheidsmonitors jeugd, volwassenen en ouderen van de GGD'en](#). Naar aanleiding hiervan stelde de Provincie dat een gezonde bevolking nodig is voor voldoende arbeidsparticipatie en economische voortuitgang. Vitaliteit en economie werden in de Sociale Agenda Limburg met elkaar verknoopt. [Rachelle Meisters](#) volgt als promovendus de impact van de Sociale Agenda Limburg. En ze onderzoekt of er nog steeds een Limburg-factor is. Als we naar de achterstanden kijken, zien we grote verschillen tussen [Nederlandse regio's](#), met Limburg steeds onderaan in termen van [ervaren gezondheid](#) en [zorgkosten](#). Maar als we corrigeren voor leeftijd, geslacht, SES, chronische aandoeningen, leefstijl, zelfregie en eenzaamheid – dus als we met al die factoren rekening houden – zien we vrijwel geen verschillen meer. Rachelle

ontdekte ook, net als [eerder](#) al was aangetoond, dat [eenzaamheid](#) gepaard gaat met extra [zorgkosten](#).

Gezondheid: verschillen verklaren

Minder goed ervaren gezondheid per GGD regio, ten opzichte van GGD Zuid-Limburg.

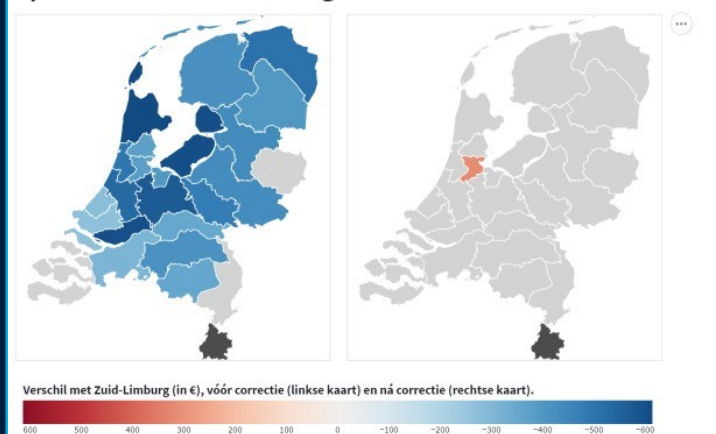


 Maastricht University

De hogere [zorgkosten](#) en de gezondheidsachterstanden worden met andere woorden vrijwel volledig verklaard door factoren als leeftijd, geslacht, SES, chronische aandoening, leefstijl, zelfregie en eenzaamheid. Dat betekent helaas niet dat die verschillen er niet zijn, integendeel. We weten nu alleen beter waar ze vandaan komen. Maar ook hier geldt weer dat we vooral naar de downstream en niet naar de upstream factoren hebben gekeken.

Gezondheid: verschillen verklaren

Totale zorgkosten in de basisverzekering per GGD regio, ten opzichte van Zuid-Limburg.



 Maastricht University

Bevordering, bescherming, bewaking. Is de balans op orde?

Dit alles gezegd hebbende, hoe kijken we nu naar de toekomst van de publieke gezondheid als het gaat om gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en gezondheidsbewaking? Is de balans op orde?

En vooral: is de balans tussen gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en gezondheidsbewaking adequaat om de gezondheid in de nabije toekomst voldoende te kunnen garanderen?

Zoals gezegd, gezondheidsbevordering is tamelijk vrijblijvend, en afhankelijk van de motivatie van het individu. Ons gedrag is merendeels routinegedrag: we denken er niet echt over na, het is onbewust gedrag. Door bewustwording is een persoon in staat dit gedrag te veranderen. Daarover zijn vele wetenschappelijk onderbouwde gedragsbevorderingstheorieën opgesteld. Gedragsverandering is mogelijk. Helaas moeten we constateren dat met name leefstijladviezen vooral ten goede zijn gekomen aan de hoog – vooral theoretisch - opgeleide individuen. Het collectief van de laag – vooral praktisch - opgeleide mensen heeft er veel minder baat bij gehad. Zij zitten merendeels aan de onderkant van de arbeidsmarkt, en hebben andere problemen aan hun hoofd dan gezondheid of leefstijl; ze moeten met hun gezin zien rond te komen met een laag inkomen. De kansen op gezondheid lijken ongelijk verdeeld.

We kunnen de vraag stellen of effectief bewezen gezondheidsbevorderende maatregelen om te zetten zijn naar gezondheidsbeschermende maatregelen? De vraag is ook of dit zou indruisen tegen het principe van persoonlijke keuzevrijheid, of dat dit juist de persoonlijke keuze zou vergemakkelijken, omdat gezondheidsbescherming een collectief goed is en mensen zich ondersteund weten.

Tijdens de coronapandemie hebben we tal van gezondheidsbeschermende maatregelen over ons heen gekregen, denk aan het verplichte mondkapje in de publieke ruimte en het niet-verplichte vaccinatie aanbod. Tijdens de coronapandemie werd de gezondheid bewaakt door gezondheidsaspecten serieus mee te wegen in bestuurlijke beslissingen: de economie ging op slot. Gezondheidsbelangen prevaleerden boven de economische belangen. Best wel uitzonderlijk. Ik zou de minister van volksgezondheid willen aanraden om effectief-bewezen, uitvoerbare en verdedigbare gezondheidsbevorderende activiteiten om te zetten in gezondheidsbeschermende maatregelen, opdat eenieder ervan profiteert, [welvaart breder gedeeld wordt](#) en kansengelijkheid wordt ondersteund. Concluderend is mijn advies:

- zoek naar een betere balans tussen (individu-gerichte) gezondheidsbevordering en (collectieve) gezondheidsbescherming

- weeg gezondheidsaspecten in beleids- en bestuurlijke beslissingen uiterst serieus mee
- zoek dus naar een eerlijker verdeling van kansen op gezondheid; deze zijn nu ongelijk verdeeld

Kortom: gezondheid als publieke kwestie door middel van bescherming en bewaking van de gezondheid van de populatie als geheel of subgroepen daarbinnen, naast de reeds bestaande gezondheidsbevordering waar elk individu zijn of haar eigen vrije keuze in maakt.

Neem geleerde lessen tijdens de coronapandemie mee naar toekomstige vraagstukken inzake volksgezondheid. Dit is noodzakelijk, zeker in het licht van de toenemende complexiteit van de toekomstige volksgezondheidsvraagstukken, van public health naar global health voor de hele wereldpopulatie, naar one health voor mens en dier, en naar [planetary health](#) voor mens, dier, biodiversiteit in flora en fauna en het behoud van deze wereldbol, zoals Johan Mackenbach dat beschrijft.

Gezondheid is een publieke kwestie!

Dankwoord

Iedereen met wie ik heb samengewerkt wil ik bedanken. Namen opsommen is vrijwel ondoenlijk: teveel om op te noemen. Dankzij u allen heb ik mij als een vis in het water gevoeld, zowel in de viskom van beleid, als in de viskommen van onderzoek en praktijk. Bij de start van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in 2006 zijn deze 'vissen in het water' ontworpen. De vissen visualiseren de wens om professionals te laten samenwerken met de ervaring dat het hierbij niet gaat over elkaars 'vaarwater', maar over elkaars 'zwemwater'.



De GGD Zuid Limburg wil ik danken voor de vrijheid die zij mij geboden heeft. Directeur Jan Meijers, helaas veel te jong overleden, was destijds mijn grote inspirator. Fons Bovens verdient een expliciet woord van dank. Zonder zijn steun was ik geen hoogleraar geworden. Dirk Ruwaard heeft die benoeming van harte ondersteund. Dus heel veel dank aan Fons en Dirk. Verder heeft eenieder met wie ik heb samengewerkt op zijn of haar beurt iets aan mij meegegeven en toegevoegd: wijze woorden, inspiratie, strategische beleidsadviezen, politieke steunafwegingen, de uitdaging om mee te denken met gemeenten die onderbouwing zochten voor hun beleid en met bestuurders die op zoek waren naar antwoorden, collegiale steun vanuit GGD en UM, steun voor statistische onderbouwing, literatuurtips, presentatieverzoeken die ook mij weer wat opleverden, kritische vragen van journalisten, steunverzoeken vanuit organisaties waar ik van leerde, aandacht van collega's die me hielpen bij ingewikkelde subsidieverzoeken en projectvoorstellen, regelingen door managers zodat ik weer verder kon. Alle Phd-ers en post docs wil ik bedanken, zij maakten mij blij met hun toegewijde aandacht voor het onderzoeksobject waar zij aan werkten. Dank aan alle vrienden die me meenamen voor ontspanning en vertier, wandelmeiden met wie ik kon lachen.

Bij familie, zowel de Van Dongetjes als de Jansentjes, kon ik altijd terecht voor steun of gezelligheid.

En natuurlijk waren er ook Martien, Wouter, Désirée en Sophie. Altijd waren wij er voor elkaar. We hebben samen fantastische vakanties beleefd als echte avonturiers. Sophie, Wouter en Désirée, avonturiers blijven wij de rest van ons leven, omdat het leven nou eenmaal als één groot avontuur in elkaar steekt. Jullie gaan er iets heel moois van maken, dat weet ik zeker.

Tot slot, mijn lieve Martien wil jij nog het podium betreden?

Ik heb gezegd.

Terugkijken kan via: <https://youtu.be/h1tO0pXyMJs>

