

Tilburg University

Preventie revisited

van de Goor, Ien

Publication date:
2023

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van de Goor, I. (2023). *Preventie revisited: Gezond gedrag vraagt om een gezonde leefomgeving.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Preventie revisited

Gezond gedrag vraagt om een gezonde leefomgeving



Inaugurele rede, uitgesproken door
Prof. dr. L.A.M. van de Goor

Prof. dr. L.A.M. (Ien) van de Goor (15-11-1960) studeerde in 1985 af als gezondheids-wetenschapper aan de Universiteit van Maastricht. Zij promoveerde in 1990 aan dezelfde universiteit op het onderzoek 'Situational aspects of adolescent drinking behavior'. Van 1989 tot 1998 werkte zij als onderzoeker op het terrein van middelengebruik en preventie bij het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (later opgegaan in het Trimbos instituut) en het Instituut voor leefwijzen en verslaving (IVO) te Rotterdam. Vervolgens was prof Van de Goor als programma coördinator verbonden aan Zorg Onderzoek Nederland (ZON, tegenwoordig ZonMw) waar zij verantwoordelijk was voor het eerste programma Verslaving dat in samenwerking met NWO werd ingericht.

Vanaf oktober 2000 is zij als senior onderzoeker, bijzonder hoogleraar en lid van het departementsbestuur verbonden aan Tranzo, Tilburg University. Van 2010 tot 2020 bekleedde zij de door CZ zorgverzekeraar ingestelde bijzondere leerstoel Effectiviteit individuele preventie. Als programmaleider bouwde zij mee aan een van de eerste academische werkplaatsen van Tranzo, de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant (AWPG Brabant). In de AWPG Brabant werken de drie Brabantse GGD-en, het RIVM en het PON|Telos samen aan het ontwikkelen en delen van kennis over evidence based werken in de praktijk van de publieke gezondheid. Per augustus 2022 is zij aangesteld op de, door de drie Brabantse GGD-en ingestelde, bijzondere leerstoel Publieke Gezondheid en Preventie.

PREVENTIE REVISITED

GEZOND GEDRAG VRAAGT OM EEN GEZONDE LEEFOMGEVING

IEN VAN DE GOOR

Inaugurele rede,

in verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Publieke Gezondheid en Preventie aan Tilburg University op vrijdag 7 juli 2023 door prof. dr. L.A.M. van de Goor

Deze bijzondere leerstoel is mogelijk gemaakt door de GGD West-Brabant, de GGD Hart voor Brabant en de GGD Brabant-Zuidoost.

© Ien van de Goor, 2023
ISBN: 978-94-6167-492-0

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

www.tilburguniversity.edu/nl

PREVENTIE REVISITED

GEZOND GEDRAG VRAAGT OM EEN GEZONDE
LEEFOMGEVING

IEN VAN DE GOOR

Inhoud

Een korte terugblik: Preventie in het verzekerde pakket	8
Focus op leefstijl en de gezondheidskloof	8
De lange weg van kennisontwikkeling naar toepassing in de praktijk	9
Keert de wal het schip? De urgentie van preventie	11
Preventie: wat is het eigenlijk niet?	12
Gezond gedrag in een gezonde samenleving: focus op individu of collectief?	15
Het rookvrijbeleid: een voorbeeld van een integrale preventieve aanpak	16
Een gezonde leefomgeving: een omgeving die onze gezondheid beschermt	18
Domeinoverstijgende en systeemgerichte preventie: welke kennis is daarvoor nodig?	22
Veelbelovende projecten van de AWPG Brabant	23
Dankwoord	26
Referenties	29

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders

Een korte terugblik: Preventie in het verzekerde pakket

Op vrijdag 13 mei 2011 stond ik ook hier, kersverse hoogleraar Effectiviteit Individuele Preventie en hield een betoog over de kansen die preventie in de zorg, passend binnen de kaders van de zorgverzekeringswet, zou kunnen bieden om preventie een boost te geven. De bijzondere leerstoel was ingesteld door zorgverzekeraar CZ en paste in het toenmalige beleid om ook zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid te laten nemen voor het terugdringen van de toename in chronische aandoeningen die in NL al enige decennia te zien was en nog steeds is. Meer aandacht voor preventie en gezondheid in het verzekerde pakket zou hieraan een halt kunnen doen toeroepen - zo was de gedachte.

Landelijk gezondheidsbeleid stond destijds in het teken van verandering. Slogans als ‘van ZZ naar GG: van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid’ maar ook van ‘ZZ naar MM: van ziekte en zorg naar mens en maatschappij’ beloofden een ommekeer^[1,2]. Onder ministerschap van Ab Klink stonden preventieprogramma’s rond stoppen met roken en voeding en bewegen op het punt opgenomen te worden in het verzekerde pakket. Een waar unicum. Want dit opende nieuwe mogelijkheden om grote groepen mensen, met een hoog-risico op chronische aandoeningen, mensen die veel baat kunnen hebben bij een aanpak gericht op een gezondere leefstijl, maar tot dan toe niet bereikt werden, wel te bereiken, namelijk via de huisarts. Deze kon nu doorverwijzen naar gerichte preventieve programma’s vergoed via de zorgverzekering. Zo zouden chronische aandoeningen in een vroeg stadium voorkómen of teruggedrongen worden en -dat is belangrijk- vooral meer *gezonde* levensjaren worden gerealiseerd. Bovendien hoopte men de gezondheidskloof, de grote verschillen in levensverwachting tussen mensen in meer en minder welvarende posities, hiermee te verkleinen, want de slecht bereikte hoogrisico-groep bestaat voor een groot deel uit mensen met een minder welvarende positie.

Focus op leefstijl en de gezondheidskloof

Aandacht voor een gezondere leefstijl en het verkleinen van de gezondheidskloof zijn twee terugkerende elementen in het Nederlandse preventiebeleid. Preventiebeleid in NL kent een geschiedenis van wisselende aandacht. Afhankelijk van de visie en ideologische opvattingen van de zittende minister- richt het beleid zijn pijlen op twee kernelementen: a. *het bevorderen van een gezondere leefstijl* en b. *het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, de gezondheidskloof*. En daar zijn goede redenen voor.

Het bevorderen van een gezondere leefstijl

Zo zijn gezondheidsdeterminanten of leefstijlfactoren als roken, alcoholgebruik, voedingspatroon, fysieke activiteit en ontspanning/stress samen verantwoordelijk voor een substantieel deel van de toename in chronische aandoeningen (hartvaatziekten, obesitas, diabetes type 2, longziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat). Niet alleen fysieke aandoeningen, ook dementie, angst en depressie vertonen samenhang met deze determinanten. Volgens Mackenbach is tenminste de helft van alle chronische aandoeningen verklaarbaar vanuit leefstijldeterminanten en daarmee potentieel ‘vermijdbaar’^[3]. Een recente grote prospectieve cohortstudie in 12 Europese landen laat bovendien zien dat een *healthy lifestyle*, in termen van een combinatie van niet roken, matig drinken, gezond gewicht en voldoende bewegen, gemiddeld **10 gezonde levensjaren** bij volwassenen tussen 40 en 75 jaar toevoegt^[4]. Een gezonde leefstijl levert dus daadwerkelijk iets op in termen van meer *gezonde* levensjaren.

Het verminderen van de gezondheidskloof

En vervolgens is er het al vaak benoemde enorme verschil in levensverwachting tussen mensen die leven in een meer of minder gunstige sociaal-economische positie. Mensen met een lagere sociaal economische positie hebben vaker een chronische aandoening EN vaker een minder gezonde leefstijl. De beter gesitueerden leven gemiddeld zeven jaar langer dan degenen die het minder hebben en tenminste 15 jaar als het gaat over leven in goede gezondheid^[5]. Een zeer beleidsresistent probleem noemt het SCP het dit jaar in haar rapport *Eigentijdse Ongelijkheid*^[6].

Sociaal economische positie en levensverwachting hangen met elkaar samen. Zoveel is duidelijk. Maar wat is het belangrijkste verklarende mechanisme achter de gezondheidskloof? Is dat vooral gezondheidsselectie: dat door ziekte minder kansen op een goede opleiding of baan en daardoor een minder gunstige sociaal-economische positie ontstaat? Of is dat sociale causatie: dat men door opgroeien en leven in sociaal-economisch minder gunstige omstandigheden eerder chronische aandoeningen ontwikkelt? Hoewel beide mechanismen van belang zijn, afhankelijk van levensfase en van hoe sociale status wordt gemeten, lijkt sociale causatie als verklarend mechanisme wel de overhand te hebben^[7]. Ik kom later terug op wat dit betekent voor het bevorderen van een gezondere leefstijl en het verminderen van de gezondheidskloof.

De lange weg van kennisontwikkeling naar toepassing in de praktijk

Tegen deze achtergrond werd in 2010 de bijzondere leerstoel Effectiviteit Individuele Preventie ingericht, waarbij het onderzoek gericht was op de vraag hoe preventieve programma’s gericht op het voorkomen en terugdringen van chronische aandoeningen effectief geïmplementeerd konden worden in de zorg.

Onderzoek binnen deze leerstoel was experimenteel en innovatief. Programma's gericht op leefstijl en gezond gedrag maakten toen - nu nog steeds- nauwelijks deel uit van de zorgverzekering en waren zeker geen core business, niet voor zorgverzekeraars en ook niet voor de zorg. Promovendi voerden onderzoek uit naar effectiviteit van financiële prikkels in beweegprogramma's voor hoogrisico-groepen, naar een leefstijlprogramma in de eerstelijnszorg, naar een sluitende preventieve aanpak voor kinderen met overgewicht en naar de invoering van valpreventie in de eerstelijnszorg. Het onderzoek leverde interessante resultaten op. Over wat werkt, en vooral wat niet werkt, en waarom niet. Over welke bouwstenen in de basis nodig zijn om een preventie-aanpak waarin integraal, tussen professionals en over domeinen heen moet worden samengewerkt, überhaupt in de praktijk geïmplementeerd te krijgen.

Rode draad in de resultaten van deze onderzoeken was dat vooral belangrijke *voorwaarden voor uitvoering* van preventie in de zorgpraktijk ontbreken. Belangrijke barrières voor het uitvoeren van preventie in de zorg zijn het ontbreken van opname in richtlijnen en protocollen, het ontbreken van aanbod, het ontbreken van bestaande samenwerking tussen zorgprofessionals, het ontbreken van motivatie bij zowel professionals als patiënten en last but not least het ontbreken van tijd en geld, ook bij beide partijen.

De Gecombineerde Leefstijlinterventie ofwel de GLI

De case van de GLI- de Gecombineerde Leefstijlinterventie- maakt dit ook duidelijk. Het onderzoek naar CoolL - een type Gecombineerde Leefstijlinterventie – dat in samenwerking met de UM is uitgevoerd, heeft substantieel bijgedragen aan het opnemen van de GLI in het verzekerde pakket, waarmee de GLI -in principe-in heel Nederland voor iedereen toegankelijk werd. Zo'n 10 jaar na de start van de leerstoel! ^[8]. Dat lijkt misschien lang, maar zoals al vaak aangehaald, het duurt gemiddeld zo'n 16 jaar voordat kennis over innovaties in de zorgpraktijk wordt toegepast.

Bruikbare en toepasbare kennis alleen is onvoldoende voor verandering in de zorgpraktijk. Er is meer nodig. Kennis moet niet alleen verspreid worden, ook vertaald in concrete toepassingen die passen in de systemen waarin de zorg is georganiseerd. Daar moeten alle lichten op groen staan. Faciliterende wet- regelgeving en financiering, aanbod en training van uitvoerende professionals, en zeker waar het om leefstijl gaat, er moet voldoende aanbod zijn en 'breed draagvlak' voor de interventies of de te nemen maatregelen. Is er voldoende aanbod, werken professionals mee, willen mensen wel gebruik maken van de aangeboden programma's, wie profiteren er het meest van de interventies. Hoe ging dat bij de GLI, waarvoor dus als een van de eerste leefstijlprogramma's sinds 2019 een vergoeding vanuit de zorgverzekering bestaat?

Het RIVM monitort de GLI sinds opname in het basispakket in 2019. Bij aanvang waren verschillende belangengroepen niet blij met de invoering. Verzekeraars, maar -enigszins tegen de verwachting in- ook huisartsen, diëtisten en fysiotherapeuten protesteerden. Drie jaar na opname in het verzekerde pakket en extra implementatie-impulsen vanuit VWS, lijkt er inmiddels een redelijk aanbod van GLI programma's te zijn, alhoewel dat per regio flink blijkt te verschillen ^[9].

Interessant is om te zien wie wordt bereikt en welke resultaten al te melden zijn. De huidige gebruikersgroep blijkt een 'zwaardere groep' te zijn, met veel hogere BMI en meer gezondheidsklachten dan waarvoor de GLI oorspronkelijk bedoeld is, met als gevolg dat resultaten navenant zijn, ergo te wensen overlaten. Desondanks zijn er voorzichtig positieve effecten zichtbaar. Het begin is er, maar een lange adem en veel aandacht voor implementatie is nodig om de GLI tot volle wasdom EN daarmee tot zijn volle recht te laten komen ^[8].

Keert de wal het schip? De urgentie van preventie

Deze korte terugblik op ons onderzoek indertijd, geeft aan dat we hiermee indertijd op de troepen vooruit leken te lopen. Want na de aanzet onder Ab Klink in 2010, volgde een lange periode waarin de aandacht voor preventie in het landelijk beleid duidelijk verslaptte. Daarna volgde in 2017 een opleving met hernieuwde aandacht voor preventie in het landelijk gezondheidsbeleid wat gepaard ging met een nieuwe mijlpaal: preventie en gezondheidsbevordering werden in 2017 opgenomen in het regeerakkoord *Vertrouwen in de toekomst* ^[10]. Het Nationaal Preventie Akkoord dat vervolgens met veel maatschappelijke partners werd ingezet door staatssecretaris Paul Blokhuis was na lange tijd weer een eerste serieuze poging om steviger preventief gezondheidsbeleid te voeren ^[11]. Blijkbaar werd de urgentie van preventie opnieuw sterk gevoeld: de gezondheidskloof was in de afgelopen decennia niet kleiner, maar zelfs iets groter geworden ^[12].

En die ontwikkeling zette door. De corona pandemie maakte duidelijk waar de kwetsbaarheden in ons zorgsysteem maar ook -nadrukkelijk- in onze leefwijze zitten. De pandemie leidde tot een overmatig beslag op ons zorgsysteem. Daarbij viel op dat de groep patiënten op de intensive care, naast uit kwetsbare ouderen, voor een groot deel bestond uit relatief jonge mensen met onderliggend lijden, vaak gerelateerd aan overgewicht ^[13]. Preventie en het bevorderen van een gezondere leefstijl kwamen hiermee, *misschien niet heel verrassend, maar wel vrij plotseling*, breed in de aandacht te staan. Directe aanleiding was vooral de dreiging dat 'het zorgschip' zou kapseizen en daarmee de zorg voor iedereen. Inmiddels is de storm weer gaan liggen. Vaccinaties hebben hun werk gedaan, de dreiging en paniek vergeten. De urgentie van preventie lijkt besloten te liggen in het wachten op de volgende pandemie. Tegelijkertijd is er ook iets blijvend veranderd. Personeelstekorten en zorgkosten

blijven stijgen. De houdbaarheid van de zorg staat al jaren onder druk en wordt ondertussen wel erg precair. Dat heeft geleid tot nieuwe impulsen in het beleid. IZA, het Integraal zorgakkoord, GALA, het Gezond en Actief Leven Akkoord, SPUK, Specifieke uitkeringen voor gemeenten, WOZO, het WoonZorgprogramma voor ouderen. Vele nieuwe beleidsinitiatieven moeten het zorgsysteem gaan redden van de ondergang. Ook nu lijkt preventie de panacee voor een onhoudbaar zorgsysteem. En daarmee pakken we de draad weer op van zo'n 15 jaar geleden: hoe komen we van ZZ naar GG of moeten we toch echt eerder denken in termen van ZZ naar MM?

Preventie: panacee voor houdbaarheid van de zorg?

Het momentum lijkt dus daar om preventie de plek te geven in onze samenleving die het verdient. Dat biedt nieuwe kansen voor een stevige basis en daarmee de mogelijkheden om vermijdbare ziekte terug te dringen en sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Maar die combinatie biedt de nodige uitdagingen, want gezonder gedrag vraagt om een gezondere leefomgeving en een gezondere samenleving.

In de tijd die resteert, neem ik u graag mee in wat daarvoor nodig is en hoe ik daar vanuit deze nieuwe leerstoel aan ga bijdragen. Daartoe ga ik in vogelvlucht langs:

- Preventie: wat is het eigenlijk niet?
- Gezond gedrag in een gezonde samenleving: focus op individu of collectief?
- Gezonde leefomgeving: een omgeving die onze gezondheid beschermt
- Domeinoverstijgende en systeemgerichte preventie: welke kennis is daarvoor nodig?

Preventie: wat is het eigenlijk niet?

Preventie is een breed begrip. Iedereen heeft er een ander beeld bij. Waar het gezondheid betreft wordt preventie vaak in een adem genoemd met Publieke Gezondheid. Beide hebben veel met elkaar gemeen, maar er zijn ook duidelijke verschillen. Enerzijds hebben ze allebei vaak te maken met 'wicked problems', complexe problemen waaraan veel verschillende, onderling gerelateerde, factoren ten grondslag liggen. Anderzijds zijn de taken van de Publieke Gezondheid breder en overwegend populatiegericht, op het collectieve deel van preventie: gezondheidsbevordering, -bescherming en -bewaking, terwijl preventie doorgaans in eerste instantie smal wordt opgevat, gericht op het individu, de patiënt en het individuele gedrag.

Om een beeld te schetsen van de breedte van het begrip, een schets van de verschillende omschrijvingen en indelingen die er van preventie worden gehanteerd.

Het Loket Gezond Leven van het RIVM geeft de volgende omschrijving van preventie ^[14].

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Preventieve maatregelen worden op verschillende locaties (settings) uitgevoerd, vooral in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Bij een integrale benadering richten preventie-maatregelen zich zowel op het gedrag van de personen als op de fysieke en sociale omgeving.

En daarbij benoemen ze vier typen indelingen: (1) doelgroep, (2) fase van de ziekte, (3) naar doel en -de meest recente- (4) naar pijlers van een integrale aanpak.

Ad 1 Indeling naar doelgroep



Figuur 1: Indeling naar doelgroep

Ad 2 Indeling naar fase van de ziekte

- **Primaire preventie:** activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen.
- **Secundaire preventie:** vroege opsporing van ziekten of afwijkingen bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.

- **Tertiaire preventie:** voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

Ad 3 Indeling naar doel

- **Gezondheidsbevordering:** bevordert een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving.
- **Gezondheidsbescherming:** beschermt de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren. Voorbeelden: kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, afvalverwijdering en verkeersveiligheid.
- **Ziektepreventie:** voorkomt specifieke ziekten of signaleert deze vroegtijdig. Voorbeelden: screening, vaccinaties en preventieve medicatie.

Ad 4 Indeling naar pijlers voor integrale aanpak

- **Pijler voorlichting en educatie:** zoals agendasetting, groepsvoorlichting, lesprogramma's en landelijke publiekscampagnes.
- **Pijler signalering, advies en ondersteuning:** zoals protocollen, signaleren op scholen en adviesgesprekken.
- **Pijler fysieke en sociale omgeving:** zoals leefomgeving en burgerparticipatie.
- **Pijler regelgeving en handhaving:** zoals wettelijke en beleidskaders en handhaving van wetten en regels.

De verschillende indelingen staan niet los van elkaar, ze zijn onderling verweven. Deze onderlinge samenhang komt ook tot uitdrukking in financiering, regelgeving, betrokken domeinen en uitvoerders, en schetst daarmee de complexiteit van preventie. Het plaatje met de indeling naar doelgroep maakt dit meteen helder. De universele en selectieve preventie, de collectieve preventie richt zich op de algemene bevolking of groepen met hoog risico daarin, niet op individuen. De individuele preventie daarentegen richt zich op individuen die al klachten hebben of al ziek zijn, dat gebeurt vooral in de zorg. Niet alleen de domeinen waar deze vormen van preventie zich afspelen, ook de financiering ervan is gescheiden, wat een goede samenwerking, een sluitende preventieve aanpak behoorlijk in de weg zit.

Preventie zou zich vooral moeten richten op oorzaken, niet -alleen- op vroegsignalering en vroege behandeling van ziekte. Bij wicked problems zoals de toename van obesitas en andere leefstijlgerelateerde aandoeningen zijn oorzaken multifactorieel en in hoofdzaak te vinden in sociale en omgevingsdeterminanten. Determinanten in de directe leefomgeving, zoals onze steeds meer obesogene omgeving, maar ook breder op maatschappelijk niveau ^[12, 15]. Als aan die determinanten niet wordt gewerkt, blijft individueel gerichte ziektepreventie

dweilen met de kraan open. Want, zo wordt ook in landelijk beleid erkend, ongezondheid kent veel zogenaamde achterliggende problematiek ^[12].

“Armoede, schulden, problemen rondom huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, een beperking, een lage opleiding of de kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben allemaal invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt.”

Effectieve preventie vraagt daarom om een integrale, domeinoverstijgende benadering, sterker, een systeemgerichte aanpak. Dat betekent een benadering -zoals in de vierde preventiedefinitie aangeduid - waarin naast voorlichting, educatie, signalering en monitoring, ook de fysieke en sociale omgevingsdeterminanten én daarbij wet-, regelgeving en handhaving worden meegenomen. Met andere woorden: gezond gedrag vraagt om een gezonde leefomgeving en samenleving.

Gezond gedrag in een gezonde samenleving: focus op individu of collectief?

Een gezondere leefstijl komt tot uiting in gezonder gedrag, gedrag van individuen. Liefst van zoveel mogelijk individuen in onze samenleving, de populatie. Dat staat buiten kijf. Echter, over op welke wijze die gedragsverandering het meest effectief bewerkstelligd kan worden, zijn de meningen verdeeld. Al in 2011 constateerde de WRR dat de beslissingen die wij in ons dagelijks leven nemen, over onze leefstijl, in 95% van de gevallen *onbewust* genomen worden. Routines en gewoontes hebben daarin de overhand, en niet bewuste rationele keuzes ^[16, 17]. De neiging echter om in preventie te kiezen voor een individugerichte benadering, waarbij gedragsverandering enkel wordt gezien als een bewuste, rationele beslissing van het individu, ligt voortdurend op de loer. Oorzaken van leefstijlgerelateerde aandoeningen worden in deze benadering in beginsel bij het individu gezocht, de focus ligt op degenen met hoog-risico, niet op de populatie als geheel.

De valkuil van deze denkwijze is dat wat intuïtief het meest effectief wordt geacht, een individugerichte aanpak, juist minder effectief blijkt te zijn dan een brede populatiegerichte aanpak. Dat wordt wel aangeduid als de preventieparadox.

De preventieparadox: de populatiebenadering versus de focus op het individu

In 1985 liet Geoffrey Rose zien dat het effect van een matige vermindering van de zoutinname bij de gehele populatie een groter effect had op het terugdringen van hart vaatziekten in de bevolking (via hoge bloeddrukvermindering bij een grote groep) dan een grotere vermindering van de zoutinname bij de veel kleinere hoog-risicogroep, degenen met een verhoogde bloeddruk. Dit werd indertijd als de **preventieparadox** aangeduid. Dit effect wordt verklaard door de veel grotere aantallen die bereikt worden met de eerste strategie ^[18].

Even voor de goede orde, om verwarring te voorkomen: er is ook een andere invulling van de term preventieparadox. Tijdens coronapandemie werd de term preventieparadox als volgt gebruikt: modelmatige voorspellingen van het beloop van een ziekte, zoals corona, worden beïnvloed door effectieve preventieve maatregelen die worden genomen, waardoor het volgens het model voorspelde beloop – zoals een exponentiële toename - bij intreden van het effect van de preventieve maatregelen, afvlakken. Daarmee lijken de modellen onbetrouwbaar, want het beloop is niet zoals voorspeld, ergo de maatregelen waren niet echt nodig. Dit effect is breder van toepassing wanneer preventieve maatregelen hun werk doen. Primaire of universele preventiemaatregelen die ervoor zorgen dat een ziekte of aandoening zich NIET of in mindere mate voordoet, kan soortgelijke reacties oproepen. En daarin zit uiteraard ook een paradox.

Terugkerend naar de originele preventieparadox. Deze laat zien dat om leefstijlgerelateerde aandoeningen te voorkomen een populatiegerichte aanpak het meest effectief is. Met dien verstande dat altijd een goede afweging nodig is tussen positieve en negatieve effecten (zoals inperking keuzevrijheid) van een populatiegerichte aanpak ^[18]. Dat wil overigens niet zeggen dat individuele preventie geen meerwaarde zou hebben. In tegendeel, deze kan het effect van collectieve preventie versterken. Door zowel op collectief als op individueel niveau preventieve maatregelen in te zetten ontstaat een integrale aanpak met een sluitende preventieaanpak, waarin gezonder gedrag niet afhankelijk is van bewuste keuzes die elk individu telkens opnieuw moet maken in een omgeving die ons steeds probeert te verleiden tot ongezonde keuzes. Onze omgeving zou ons juist in staat moeten stellen om vooral gezond te leven. Wat is daar voor nodig? Een integrale aanpak waarin *Health in all policies* centraal staat, kan daarin perspectief bieden. En hoe ziet zo'n integrale aanpak er dan uit.

Het rookvrijbeleid: een voorbeeld van een integrale preventieve aanpak

De aanpak van roken of beter gezegd de ontwikkeling naar een rookvrije samenleving is hierin illustratief. Het rookvrij beleid heeft -weliswaar over een erg lange periode- uiteindelijk geresulteerd in een pakket van maatregelen op zowel collectief als individueel niveau. Daarmee kan het rookvrijbeleid als een goede poging tot een integrale aanpak voor meerdere gezondheidsdeterminanten, worden gekarakteriseerd. Daarbij gebiedt de eerlijkheid ook te zeggen dat het substantieel terugdringen van het percentage rokers in NL vooral vanwege het volgtijdelijke karakter van de maatregelen, een periode van *ruim 60 jaar* in beslag heeft genomen. Meer dan twee generaties dus...Bovendien lijkt het nu te stagneren. Desalniettemin is dit een van de meest succesvolle preventieve aanpakken op een belangrijk aspect van leefstijl, roken, dat decennialang als nauwelijks omkeerbaar werd gezien.

Een korte recapitulatie. Al vroeg in de jaren 60 van de vorige eeuw was er overtuigend wetenschappelijk bewijs dat roken zeer ernstige nadelige gevolgen heeft. De eerste activiteiten om roken een halt toe te roepen bestonden jarenlang slechts uit informeren: algemene voorlichting en veel lesprogramma's op scholen. Kinderen moesten niet beginnen met roken. Maar volwassenen rookten door. In de jaren zeventig gingen -als neveneffect van de opkomende emancipatie- ook steeds meer vrouwen roken. Leraren rookten voor de klas, in tv-programma's werd volop gerookt, sporters rookten en niet te vergeten ook artsen rookten dat het een lieve lust was.

Pas veel later volgden andere maatregelen zoals stapsgewijze prijsverhogingen, afschrikwekkende plaatjes en waarschuwingen op verpakkingen, reclamebeperkingen, leeftijdsgrenzen, beperking van verkooppunten, en heel belangrijk: stapsgewijze inperking van roken in het openbaar vervoer, op het werk, in openbare ruimtes, en ten slotte ook in cafe's en restaurants. Ondertussen zijn ook scholen en schoolterreinen verplicht rookvrij en wordt verplicht rookvrijbeleid voor zorginstellingen, kinderopvang en buitensport verder ontwikkeld ^[19].

Rond 2010 werden stoppen met roken programma's (deels) opgenomen in het verzekerde pakket. Gaandeweg kantelde het sentiment ten aanzien van roken in de samenleving. Er werd een zogenaamd 'tipping point' bereikt. Een eerder zeer tolerante houding tav roken veranderde naar een houding dat 'roken niet meer van deze tijd was'. Inmiddels is het percentage rokers onder volwassenen van ruim 90% bij de mannen in de jaren 50 gedaald tot 21% in de algemene bevolking vanaf 18 jaar, waar het lijkt te stagneren ^[20]. En ook worden nieuwe varianten zoals vaperen en snus geïntroduceerd, de tabaksindustrie geeft zich niet zomaar gewonnen.

Het totaalpakket aan maatregelen dat tot op heden nodig is geweest om roken terug te dringen, laat zien dat het geen sinecure is om leefstijlfactoren, zelfs die waarvan expliciet is aangetoond dat ze zeer ernstige nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid en volksgezondheid, aan te pakken. Om het roken bij de volgende generatie 'uit te laten faden': het streven is dat in 2040 niemand meer begint met roken ^[11]. Hoe realistisch dit is, blijft vooralsnog onduidelijk. Leefstijl, de naam zegt het al, vormt vaak een wezenlijk onderdeel van onze identiteit ^[21]. Aanbodbeperkende en minder vrijblijvende maatregelen zoals wet- en regelgeving, zijn weliswaar effectief, maar liggen daarom ook gevoelig en worden als een inbreuk op individuele keuzevrijheid ervaren.

Wet- en regelgeving op het terrein van preventie worden -anders dan voorlichting en informatie die onder de gezondheidsbevordering valt- tot de gezondheidsbescherming gerekend. Anders dan gezondheidsbevorderende maatregelen hebben gezondheidsbeschermende

maatregelen een minder vrijblijvend karakter, worden er vaker normen voor opgesteld, wordt er op gehandhaafd en bereiken ze de gehele populatie. Sectoroverstijgende, gezondheidsbeschermende maatregelen hebben in hoge mate bijgedragen aan de enorme groei in levensverwachting in Nederland, en West-Europa. Bekend voorbeelden zijn de aanleg van riolering, wettelijke normen voor kwaliteit van lucht, drinkwater, voedingsmiddelen, en woningen. Maar ook het invoeren van een populatiebreed, vrijwillig rijksvaccinatieprogramma, het verplicht dragen van een autogordel en bromfietshelm hebben er mede voor gezorgd dat we in Nederland gemiddeld veel langer en gezonder leven ^[22].

Een gezonde leefomgeving: een omgeving die onze gezondheid beschermt

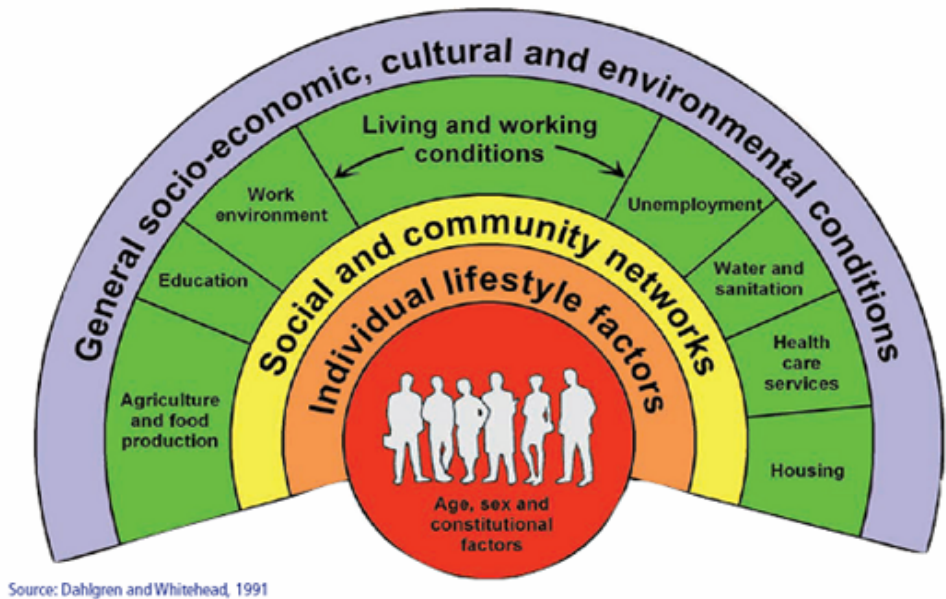
Het enorme voordeel van populatiebrede maatregelen, zoals gezondheidsbeschermende maatregelen, is dat niet van ieder individu elk moment van de dag opnieuw bewust gevraagd wordt om *de gezonde keuze* te maken. Hoe kunnen kinderen kiezen voor gezonde voeding? Ze kiezen wat er thuis of op school wordt aangeboden. En als er op school, in de supermarkt en thuis vooral zoete, hartige en vette snacks worden aangeboden, dan is de keuze wel duidelijk ^[23]. Bij het wel of niet dragen van een autogordel of bromfietshelm is eerder besloten om dit niet meer aan kinderen -en volwassenen- zelf over te laten. Met een substantiële daling van het aantal verkeersdoden tot gevolg. Gezondheidsbeschermende wet- en regelgeving, met normen, maatregelen en interventies en handhaving op populatieniveau, is onmisbaar om gezonder gedrag voor *iederéén* mogelijk te maken ^[24].

Eerder gaf ik aan dat het landelijk gezondheidsbeleid zich de afgelopen decennia richtte op twee dingen: ongezonde leefstijl en het verminderen van de gezondheidskloof. Onderzoek liet zien dat het beleid er niet in geslaagd is de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De verschillen werden ondanks -of was het dankzij?- dit beleid zelfs iets groter. Hoe kan dat? Mensen met een betere sociaal-economische positie profiteren het meest van de ingezette interventies ^[5]. Hoe dat precies zit is (nog) niet helemaal duidelijk maar er zijn wel goede aanwijzingen: inhoud en opzet van de interventies sluiten het beste aan bij opleiding, culturele achtergrond, behoeften en mogelijkheden van mensen met een betere SEP ^[25]. Blijkbaar wordt met deze leefstijlinterventies juist de groep die er het meeste baat van zou moeten hebben, niet bereikt.

Het model van Dahlgren en Whitehead ^[26] biedt een overzichtelijk raamwerk van domeinen die onze gezondheid beïnvloeden, van de sociale (en deels fysieke) determinanten van gezondheid. In het midden staat het individu die met zijn constitutie uitgangspunt vormt: leeftijd, geslacht en erfelijke aanleg zijn een gegeven, vervolgens is er iemands leefstijl, die direct beïnvloed wordt door de sociale netwerken en communities waarin we leven. Voor kinderen zijn gezin, familie en de wijk, later de school, de sportvereniging en leeftijdgenoten

uitermate bepalen voor hun latere gewoontes, routines en leefstijl. Voor volwassenen komt de werkomgeving daar als belangrijke setting bij. In interactie met deze settings worden de dagelijkse routines en gewoontes van onze leefstijl grotendeels bepaald. Interessant zijn de domeinen in de roze boog: de leef- en werkomstandigheden die de kwaliteit van de leefomgeving bepalen. Daar vind je de basis voor belangrijke gezondheidsbeschermende maatregelen: water en sanitaire voorzieningen, huisvesting, opleiding en scholingsmogelijkheden, werkloosheidsvoorzieningen, kwaliteit van de werkomgeving, kwaliteit van landbouw en voedselproductie en last but not least het zorgsysteem. En deze worden weer in grote mate beïnvloed door de algemene sociaal-economische, culturele en omgevingscondities in een samenleving.

Een preventieve aanpak gericht op het ombuigen van leefstijl naar gezonder gedrag van individuen zal daarom op *al deze determinanten* moeten inzetten. Een systeemgerichte aanpak dus. Een aanpak alleen direct gericht op individuele gedragsverandering zal op volksgezondheidsniveau geen zoden aan de dijk zetten ^[27-30].



Figuur 2 Determinants of health by Dahlgren and Whitehead ^[26].

De sociaal economische positie (SEP) van het gezin en de wijk waarin je geboren wordt, verklaart in belangrijke mate het risico op chronische ziekte op volwassen leeftijd. Zo laat een grote prospectieve studie in het Verenigd Koninkrijk zien dat zowel de SEP op kinderleeftijd als die op volwassenleeftijd van grote invloed is. Daarbij heeft de lagere sociale positie van het gezin op kinderleeftijd een onafhankelijke, negatieve invloed en hebben degenen die op beide momenten de laagste positie innemen, als kind en als volwassene, de ongunstigste vooruitzichten qua ziekterisico ^[31].

Door in te zetten op sociale omgevingsfactoren met zogenaamde ‘upstream interventies’, gericht op populatiebrede factoren zoals bestaanszekerheid, werkomstandigheden, armoede, onderwijs- en opleidingsmogelijkheden, huisvesting wordt de kans dat mensen ‘downstream’ kopje onder gaan -chronische aandoeningen en multiproblematiek ontwikkelen- veel kleiner en zal daarmee ook de gezondheidskloof worden verminderd. Of zoals geformuleerd door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving:... het verkleinen van de SEGV vraagt om een breder perspectief dan louter kijken naar individueel gedrag of het aanleggen van een trapveldje in de wijk.. ^[15].



Graphic adapted from de Beaumont Foundation and Trust for America's Health. (January 2019)
 "Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream"

Figuur 3 Social determinants and social needs: moving beyond midstream [28]

Ook sociaal epidemioloog Bosma [32] geeft in zijn oratie een overzicht van onderzoek naar meer upstream en meer downstream factoren en hun samenhang met gezondheid. Zijn conclusie is dat het schipperen blijft. Zowel upstream als downstreamfactoren zijn van belang in de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen (en zeer waarschijnlijk in interactie).

Eenzelfde conclusie trekt Maria Jansen in haar afscheidsrede [28]. Ze vertaalt de upstream en downstreamfactoren naar de mate van impact die strategieën in de public health hebben.

Gezondheidsbeschermende maatregelen gericht op upstream-factoren hebben impact op de hele populatie en daarmee de grootste impact op de volksgezondheid.

Kunnen we net als op veel fysieke domeinen al het geval is, de gezonde toekomst van kinderen en volwassen beter beschermen door ook gezondheidsbeschermende maatregelen in te voeren gericht op leefstijl? Denk aan wet- en regelgeving die de leefomgeving zodanig inricht dat het de gezondheid van mensen beschermt waar het ongezonde voeding betreft bijvoorbeeld. De aangekondigde suikertaks, de btw verlaging op groente en fruit en het vestigingsbeleid van fastfoodketens zijn voorbeelden van beleidsmaatregelen die hierbij kunnen ondersteunen maar nog zeer moeizaam van de grond lijken te komen.

Domeinoverstijgende en systeemgerichte preventie: welke kennis is daarvoor nodig?

Uiteraard blijft het een grote uitdaging om de balans tussen individuele keuzevrijheid en gezondheidsbescherming te vinden waar het leefstijl betreft. Maar zonder een totaalpakket van maatregelen en interventies, zoals geïllustreerd in het rookvrijbeleid, ontstaat er geen gezonde dagelijkse leefomgeving waarin volwassenen en kinderen -denk thuis, supermarkt, school, kinderopvang, sportkantine, openbare ruimte, zorginstelling, werk, openbaar vervoer- een default gezondere keuze kunnen gaan maken.

Voor het aanpakken van roken wordt stap voor stap gewerkt aan dergelijke maatregelen. Om een rookvrije generatie in 2040 werkelijkheid te laten worden, is het organiseren van rookvrije omgevingen in de breedste zin van het woord belangrijk. Zodat kinderen geen tweedehands rook meer hoeven inademen en belangrijker dat zijn geen rokende volwassenen meer als voorbeeld hebben. Onderzoek van Andrea Rozema liet zien hoe complex het is om scholen daadwerkelijk rookvrij te maken. Haar onderzoek droeg bij aan de invoering van een wet die in 2019 scholen verplichtte rookvrij te worden. Daarna werd het rookvrij maken van scholen makkelijker. Maar na de scholen, zijn er nog veel andere omgevingen zoals de kinderopvang, sportverenigingen, speeltuinen, wijkcentra, ziekenhuizen en ga zo maar door die ook rookvrij moeten worden om een zo rookvrij mogelijke omgeving voor kinderen te creëren. Met het Adam UMC onderzoeken promovendi Heike Garritsen en Rixt Smit wat er nodig is om rookvrije sportverenigingen te realiseren en wat de rol van beleid en gemeenten daarin is. Daarnaast blijft het van belang ook de beschikbaarheid van tabak zoveel mogelijk te beperken en huidige 'rokers' te stimuleren en te begeleiden om te stoppen. Daarbij valt op dat op aanpalende terreinen van ongezonde leefstijl zoals overmatig alcoholgebruik en gokken van een integrale benadering (denk aan 'blurring' en de overdaad aan kansspelreclames) nog weinig te zien is.

Terug naar waar ik mee begon. Preventie binnen de kaders van de zorgverzekeringswet kan een klein onderdeel van een preventieve aanpak zijn. Om daadwerkelijk meer gezonde levensjaren te realiseren voor iedereen in onze samenleving is meer nodig. Gezonder gedrag dat bereikbaar is voor iedereen vereist een gezonde, ondersteunende leefomgeving. Een integrale, domeinoverstijgende aanpak, met daarin meer aandacht voor upstream factoren, gezondheidsbeschermende maatregelen en een whole systems approach ^[27-30].

Een whole systems approach is gericht op het realiseren van een gezondere leefomgeving voor iedereen en met name voor degenen die in kwetsbare omstandigheden verkeren. Bestaansonzekerheid speelt daarin een basale rol. Structurele armoede en onzekerheid over het dagelijks bestaan, bieden weinig ruimte voor een gezonde leefstijl. Domeinoverstijgende samenwerking is daarom essentieel. Zowel als het gaat over lokaal gezondheidsbeleid, jeugdbeleid, de geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein als over samenwerking tussen professionals binnen de zorg. Landelijke maatregelen zijn nodig om initiatieven op lokaal en regionaal niveau te ondersteunen, te faciliteren en breed draagvlak te creëren. Op regionaal en lokaal niveau kunnen vervolgens gericht integrale preventieve aanpakken uitgevoerd worden. En vervolgens is er in de uitvoering meer kennis nodig over wat het betekent om domeinoverstijgend te kunnen werken in de lokale praktijk? Waar zitten de belemmeringen om echt integraal en succesvol bij te dragen aan een betere gezondheid voor iedereen? Grondige kennis over succes- en faalfactoren van implementatie van domeinoverstijgende interventies is nog schaars ^[33]. Wetenschappelijk onderzoek in directe co-creatie met de praktijk, niet incidenteel en ad hoc maar structureel, praktijk- en actiegericht, over wat werkt -en niet werkt- in de dagelijkse praktijk, is nodig om de kennisontwikkeling op dit terrein verder te brengen.

Veelbelovende projecten van de AWPG Brabant

In projecten in de Academische werkplaats Brabant hebben we samen met de GGDen, RIVM en Pon|Telos gewerkt aan kennis over de (succes- en faalfactoren van) lokale ontwikkeling en implementatie van domeinoverstijgende preventie. Gericht op verschillende facetten van de sociale leefomgeving. Een aantal van de veelbelovende projecten wil ik kort benoemen.

Monitoring van de lokale gezondheidssituatie: met projecten als de regionale VTV, de monitor kwetsbare groepen en de Bros, de Brabantse omgevingscan, is gewerkt aan de ontwikkeling van instrumenten die lokale beleidsmakers gedetailleerde informatie geven over de gezondheidssituatie van inwoners, verschillen daarin en hoe deze samenhangen met de leefomgeving; dit biedt belangrijke input voor gemeenten om een integraal gezondheidsbeleid te ontwikkelen.

Beter benutten gezondheidspotentieel van burgers: implementatie van integraal gezondheidsbeleid in drie Brabantse gemeenten: Den Bosch, Helmond, Eindhoven. Samen met hogeschool Avans, RIVM en de drie GGDen volgen we het proces van de implementatie van integraal gezondheidsbeleid in aandachtswijken in deze steden. Focus is op de behoeften van de inwoners en waar zij zelf mee aan de slag kunnen en willen om hun gezondheid en welzijn te verbeteren. Domeinoverstijgend samenwerken met positieve gezondheid en regie bij de bewoners als uitgangspunten: Eindhoven in het licht van verbinden sociaal en ruimtelijk domein, Helmond zet in op bestrijding armoede en laaggeletterdheid en Den Bosch op behoeften van inwoners en positieve gezondheid.

M@ZL: verbinding naar het onderwijs: wanneer de gezonde ontwikkeling van kinderen in het geding is vanwege minder rooskleurige omstandigheden waarin ze opgroeien, is het belangrijk dat deze tijdig en adequaat wordt opgepakt; de meerwaarde van de unieke rol van de jeugdgezondheidszorg in domeinoverstijgend werken is zichtbaar in het M@ZL project; de jeugdzorgprofessionals helpen scholen bij de aanpak van langdurig ziekteverzuim bij leerlingen in het voortgezet onderwijs om zo vroegtijdige dropout te voorkomen.

Aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG): verbinding tussen wijk en zorg
Niet alleen richting het onderwijs, ook richting de zorg kan de jeugdgezondheidszorg een domeinoverstijgende rol spelen. De aanpak KnGG, waarin overgewicht van kinderen integraal wordt benaderd en de jeugdarts de verbinding vormt tussen het sociale en het zorgdomein in het project; de ziekenhuis CJGer waarin jeugdverpleegkundigen de schakel vormen tussen de poli Kindergeneeskunde en het sociale domein;

Armoede en gezondheid bij kinderen: verbinding naar het sociale domein: wanneer jeugdartsen signaleren dat kinderen in hun gezonde ontwikkeling bedreigd worden vanwege kwetsbare omstandigheden in het gezin; kunnen zij de verbinding maken naar beschikbare hulp binnen het sociaal domein. De interventie Armoede en gezondheid bij kinderen liet positieve effecten zien.

Nu niet zwanger: vrouwen (en soms ook mannen) in kwetsbare omstandigheden worden door de reguliere zorg niet goed bereikt, een aanpak ontwikkeld door een specialistisch verpleegkundige kan deze vrouwen helpen door ze te ondersteunen bij het bewust maken van keuzes ten aanzien van een eventuele kindervens en het al dan niet gebruiken van anti conceptie.

De tijd staat niet toe dat ik alle veelbelovende pilots van preventieve interventies waar verbinding over domeinen heen wordt ingezet om gezondheid en welzijn in de lokale

praktijk te bevorderen, de revue laat passeren. De eerlijkheid gebiedt ook te zeggen dat de implementatie van vele van deze aanpakken het stadium van ‘pilot’ niet overleeft. Bruikbare, context-specifieke kennis over wat maakt dat een integrale preventieve aanpak al dan niet werkt, en waarom, gaat daarmee verloren. En daar ligt wel de toekomst van veelbelovend onderzoek op dit terrein. In de implementatie van regionale pilots in de dagelijkse praktijk van de publieke gezondheidszorg. Pilots waarin professionals vanuit onderzoek, praktijk en beleid met betrokken bewoners samen werken aan meer gezondheid en welzijn. Waarbij kennis in regionale en lokale context wordt gegenereerd en wordt gedeeld in landelijke netwerken. De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid bouwt samen met de hogescholen, provincie en gemeenten in Brabant aan de verdere ontwikkeling van zo’n regionaal kennisnetwerk.

Door te bouwen aan een regionaal kennisnetwerk met landelijke borging, zal deze kennis beter beklijven, toegankelijk gemaakt en gedeeld kunnen worden. Intensieve samenwerking tussen kennisinstellingen, beleid en praktijk kan dergelijke processen versnellen en de praktijk van de publieke gezondheid en preventie van een stevige kennisbasis voorzien. Een duurzame kennisinfrastructuur met regionale en nationale verbindingen tussen alle betrokken partijen vormt hiervoor een essentiële voorwaarde.

Dankwoord

Mijnheer de Rector, geachte toehoorders. Ik ben aan het einde van mijn betoog gekomen. Voordat ik afrond, wil ik graag mijn dank uitspreken aan allen die dit mogelijk gemaakt hebben.

Allereerst degenen die deze benoeming mogelijk hebben gemaakt. Het Stichtingsbestuur van Tilburg University, het College van Bestuur en het bestuur van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences ben ik zeer erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen.

Veel dank gaat ook uit naar de initiatiefnemers van de leerstoel. Dat zijn in de eerste plaats de drie Brabantse GGD-en, te weten de GGD West-Brabant, de GGD Hart voor Brabant en de GGD Brabant-Zuidoost. Annemieke van der Zijden was indertijd als DPG van de GGD West-Brabant en voorzitter van de academische werkplaats de stuwende kracht hierachter, veel dank daarvoor. Sebastiaan Baan, Thérèse Claassen en Ellis Jeurissen hebben, als huidige DPGen van de drie Brabantse GGD-en, het initiatief van harte omarmd en verder gebracht. Ook hen ben ik veel dank verschuldigd.

Bij Tranzo gaat mijn dank uit naar alle collega's die het werken bij Tranzo zo bijzonder maken. Maar vooral gaat veel dank uit naar Dike van de Mheen, voorzitter van Tranzo. Dike, vanuit Tranzo heb jij het realiseren van deze leerstoel ondersteund en het is heel fijn te merken dat publieke gezondheid en preventie voor Tranzo een belangrijk onderzoeksterrein is en dat deze leerstoel daarin een gewaardeerde plek krijgt.

Ook wil ik graag de leden van de stuurgroep van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant bedanken, alleen samen met hen krijgt het onderzoeksprogramma de belangrijke verbinding met de praktijk.

In het bijzonder gaat mijn dank uit naar Mark van Beers, Thieu Smeets en Joost Vroege die de samenwerking met de GGDen in het onderzoeksprogramma daadwerkelijk mogelijk maken. Zonder jullie inspanningen was de leerstoel niet gerealiseerd, ik ben jullie dan ook allen zeer erkentelijk voor jullie inzet. Ook de overige stuurgroepleden, te weten Marnelle Commandeur van het RIVM, Hugo Backx en Patrick Vermeulen van het PON|Telos dank ik voor hun constructieve en plezierige samenwerking in de AWPG Brabant. En niet te vergeten, ook veel dank aan Hans van Oers, vanaf het allereerste begin steun en toeverlaat bij de AWPG Brabant, inmiddels met emeritaat, maar nog steeds belangrijk adviseur van onze stuurgroep.

Het onderzoek binnen deze leerstoel kan alleen uitgevoerd worden met de zeer gewaardeerde inzet van mijn collega's van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant. Dat

zijn zowel de collega's bij Tranzo, waarvan ik er twee speciaal wil noemen: Marielle Cloin als vaste waarde in het AWPG team en Charlotte Duijster, als office assistant onmisbaar om alles goed geregeld te krijgen, als de collega's van de GGDen, RIVM en PON|Telos. Deze samenwerking is de kern van de AWPG Brabant en maakt haar tot een succes. Zij zorgen er steeds weer voor dat het onderzoek ook écht vorm krijgt in de praktijk van publieke gezondheid. Frederique, Ester, Wendy, Peter, Antje, Paula, Sandra, Ruben, Theo, Monique, Linda en Caroline, veel dank voor jullie inspiratie, creativiteit en inzet.

Dan is hier ook een groot woord van dank op zijn plaats voor mijn vrienden en familie. Jullie waren er 12 jaar geleden ook bij tijdens de oratie bij de benoeming op de eerste leerstoel. Eigenlijk is er niet zoveel veranderd toch? Mijn ouders zouden zeker -opnieuw- trots zijn geweest. Zij maken dit helaas niet meer mee. Gelukkig zijn wel al mijn broers en zussen hier en ik weet dat ook jullie wel een beetje trots zijn. Broers en zussen, jullie wil ik extra bedanken voor de vele, gezellige wandelingen die we nog steeds maken, waarbij de enerverende discussies nog altijd niet van de lucht zijn. Ik leer er -net als vroeger- nog steeds van.

Tot slot, het allerbelangrijkste in mijn leven, dat wat voor mij het leven echt de moeite waard maakt, zijn jullie, de vier mannen in mijn leven. Casper, Thibaut en Boudewijn jullie timmeren flink aan de weg in jullie eigen leven. Fijn om daar ook deel van uit te blijven maken. En Fons, dat betekent dat wij ondertussen ook wat meer tijd hebben voor elkaar, en dat is heel fijn. Ik hoop dat nog heel lang zo te houden.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Van ZZ naar GG. Acht debatten, een sprekend verhaal. (2010) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
2. Polder, J., Lucht, F. van der, Kooiker, S. (2012) Laten we eens wat ziekte-labels verwijderen. Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken. <https://www.socialevraagstukken.nl/de-sociale-omgeving-als-gezondheidsfactor>.
3. Mackenbach, J. Ziekte in Nederland. (2010) Amsterdam: Mouria.
4. Nyberg, S.T., et al. (2020) Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. JAMA Intern Med.; 180(5):760-768. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0618>
5. <https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2018-12/Gezondheidsverschillen%20overkleinen.pdf>
6. Vrooman, C., Boelhouwer, J., Iedema, J, Van der Torre, A. (2023) Eigentijdse ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Den Haag: SCP.
7. Kröger, H. Pakpahan, E., Hoffmann, R. (2015) What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. Eur J of Public Health, vol. 25, 6, 951-960. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv111>
8. Oosterhoff, M., Feenstra, T., Wendel-Vos, W., De Wit, A. (2022). Drie jaar Gecombineerde Leefstijlinterventie: bijna 40.000 deelnemers bereikt. Bilthoven: RIVM.
9. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie/kaartje-aanbod-GLI>
10. Vertrouwen in de toekomst (2017) Regeerakkoord 2017-2021. Den Haag: VVD, CDA, D66 en Christenunie.
11. Nationaal Preventie Akkoord. Een gezonder Nederland (2018). Den Haag: ministerie van VWS.

12. Gezondheid breed op de agenda (2020) Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Den Haag: ministerie van VWS.
13. De Frel DL, Atsma DE, Pijl H, Seidell JC, Leenen PJM, Dik WA and van Rossum EFC (2020) The Impact of Obesity and Lifestyle on the Immune System and Susceptibility to Infections Such as COVID-19. *Front. Nutr.* 7:597600. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.597600>
14. <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>
15. <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
16. Tiemeijer, W.L. (2010) Hoe mensen keuzes maken. De psychologie van het beslissen. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Amsterdam: Amsterdam University Press.
17. Goor, L.A.M. van de (2011) Van Gezondheid Verzekerd. Oratie. Tilburg: Tilburg University.
18. Gunning- Schepers, L.J. (1998) Dwalingen in de methodologie. V. De preventieparadox: weinigen met hoog risico versus velen met matig risico. *Ned Tijdschr voor Geneeskunde*, 142, 33, 1870-1873.
19. Willems, M. (2018) De geschiedenis van tabaksontmoediging in Nederland. Utrecht: Trimbos instituut.
20. Kerncijfers over roken (2022) Utrecht: Trimbos instituut, Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging.
21. Slatman, J. (2012) Duurzaam meer bewegen. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 90: 6–7. <https://doi.org/10.1007/s12508-012-0004-1>
22. Mackenbach, J., Kamphuis, C., Lingsma, H., van Ravesteijn, N., & Verhoef, P. (2011). Successen van preventie 1970 - 2010. Rotterdam: Erasmus Publishing B.V.

23. Economische groei is leidend in onze maatschappij. Dat is onevenwichtig. 80 procent van alle verkochte voeding is ongezond <https://nos.nl/artikel/2404320-80-procent-van-supermarktaanbiedingen-stimuleert-ongezonde-voeding>
24. Mierau, J.O., Toebes, B.C.A. (2021) Streefwaarden voor de volksgezondheid. TSG Tijdschr Gezondheidswet 99:70–74. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00294-y>
25. Nagelhout, G. (2021) Stap voor stap naar een gezonder leven voor iedereen. Oratie. Maastricht: Universiteit Maastricht.
26. Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107791>
27. Wilderink, L., Bakker, I., Schuit, A.J., Seidell, J.C., Pop, I.A., Renders, C.M. (2022) A Theoretical Perspective on Why Socioeconomic Health Inequalities Are Persistent: Building the Case for an Effective Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 8384. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148384>
28. Jansen, M. (2022) Gezondheid: een publieke kwestie! Afscheidsrede. Maastricht: Maastricht University.
29. Marmot, M., et al. (2010) The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. UK: The Marmot Review.
30. Hagens, L., Waterlander, W., Den Hertog, K., Stronks, K. (2023) A resilient public health in 2030: #buthow? *Tijdschr Gezondheidswet* (2023) 101:17–20. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00375-6>
31. Power, C., Atherton, K., et al. (2007) Life-course influences on health in British adults: effects of socio-economic position in childhood and adulthood. *International Journal of Epidemiology*; 36:532–539. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl310>
32. Bosma, H. (2014). Sociale Epidemiologie: schipperen tussen upstream en downstream. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20141219hb>
33. <https://publiekewaarden.nl/actieonderzoek-naar-multiproblematiek/>

Colofon

vormgeving

Beelenkamp Ontwerpers, Tilburg

fotografie omslag

Maurice van den Bosch

opmaak en druk

Studio | powered by Canon