

special

‘GGD, EEN GROTE WAARDE VOOR EEN GROTE STAD’

**Symposium bij het afscheid van
Barend Middelkoop**, bijzonder hoogleraar
‘Public Health, in het bijzonder de gezondheid
van groepen in achterstandsituaties’

De lezingen samengevat
5 oktober 2018

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
GGD Haaglanden zorg(en) om en zorg(en) voor Publieke Gezondheid <i>Ton van Dijk</i>	4
Population Health tussen Hussen en Virchow <i>Gerrit van der Wal</i>	8
Preventie als uitdaging voor samenwerking tussen de huisarts en de GGD <i>Hedwig Vos</i>	11
De epidemiologische functie van de GGD: kansen en uitdagingen <i>Irene van der Meer</i>	14
Public Health en de Eerste Lijn, wordt dat Population Health? <i>Mattijs Numans</i>	17
Werken aan de brug. Over Public Health, wetenschap en maatschappelijke relevantie <i>Barend Middelkoop</i>	19

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: epibul@ggdhaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



Redactioneel

Voor u ligt een bijzondere uitgave van het Epidemiologisch Bulletin. De uitgave vormt de samenvatting van het op 5 oktober 2018 door het LUMC en GGD Haaglanden georganiseerde symposium bij het afscheid van bijzonder hoogleraar Barend Middelkoop.

Barend Middelkoop gaf ruim elf jaar invulling aan de bijzondere leerstoel 'Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. Met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd neemt hij afscheid van het LUMC en de GGD. Het LUMC heeft inmiddels besloten tot het instellen van een gewone leerstoel in het vakgebied van de sociale geneeskunde. Daarmee is een belangrijk doel behaald dat de GGD en de gemeente Den Haag hadden met de bijzondere leerstoel.

De titel van het afscheidssymposium 'GGD, een grote waarde voor een grote stad' benadrukt de belangrijke meerwaarde van een GGD voor een grote stad. De GGD beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van inwoners. In een grote stad als Den Haag waar sociaal-economische en sociaal-culturele gezondheidsverschillen groot zijn, vraagt dit om een bijzondere inspanning. Tijdens het symposium hebben diverse sprekers vanuit hun eigen achtergrond en vakgebied de meerwaarde van de GGD voor de grote stad belicht. Alle sprekers hebben een bijzondere rol gespeeld in de carrière van Barend Middelkoop.

De samenvattingen van de lezingen van de sprekers hebben wij voor u gebundeld in deze bijzondere uitgave van het Epidemiologisch Bulletin. Uiteraard bevat dit nummer ook de samenvatting van het afscheidscollege van Barend Middelkoop, met de titel 'Werken aan de brug. Over Public Health, wetenschap en maatschappelijke relevantie'.

Barend is sinds 1996 lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin; sinds 2010 als hoofdredacteur. In de periode waarin Barend redactielid was verschenen 82 uitgaven van het Bulletin. Heel bijzonder was het 'gouden' nummer in december 2015, een jubileumnummer omdat het Bulletin toen 50 jaar bestond. Voor dit jubileumnummer schreef Barend een terugblik op zowel de inhoud van de bulletins als op belangrijke beleidsmatige ontwikkelingen voor de Public Health in die 50 jaar.

Met zijn pensionering stopt ook zijn lidmaatschap van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin. Als dank aan Barend voor zijn inspanningen voor dit blad geeft de GGD nu dit bijzondere nummer uit.

Ton van Dijk, directeur GGD Haaglanden
Geertje Ariëns, hoofdredacteur Epidemiologisch Bulletin



GGD Haaglanden zorg(en) om en zorg(en) voor Publieke Gezondheid

Met het samenvoegen van de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West tot GGD Haaglanden (2014) is de positie van de GGD ten opzichte van de gemeente Den Haag veranderd. Voor Den Haag betekent dit onder andere dat de GGD 'gedeeld' moet worden met acht andere gemeenten. Met vanuit de wet ook de verplichting de GGD onder te brengen in een Gemeenschappelijke Regeling (GR) van de negen gemeenten in Haaglanden, is er een groot aantal taken en activiteiten van de GGD overgedragen aan het Algemeen Bestuur van de GR. Hiermee vallen deze taken niet meer onder de directe aansturing van het College van B&W van Den Haag.

Ton van Dijk

Voor een stad die tot de G4 behoort en die 'zijn' GGD steeds sterk benut in het brede publieke domein van zorg en welzijn, als GGD met een grote waarde voor de stad, is het een uitdaging om binnen deze nieuwe verhoudingen toch de bestuurlijke ambities en verantwoordelijkheden rond Publieke Gezondheid te kunnen blijven invullen.

Voor de GGD is het de uitdaging om zich in zijn activiteiten toch ook op de specifieke gezondheidsaspecten van de grote stad te kunnen blijven richten, met daarbij de nieuwe mogelijkheid regionale en lokale problematiek op het gebied van de Publieke Gezondheid in Haaglanden met elkaar te verbinden.

De titel van het Jaarverslag 2016 'GGD Haaglanden als intermediair tussen het lokaal openbaar bestuur, de zorgsector en inwoners' draagt ook de rol uit die de GGD wil, kan en moet spelen ten behoeve van de gemeenten en de burgers om vanuit het belang

van Publieke Gezondheid in het netwerk van zorginstellingen te opereren. Voor het lokaal openbaar bestuur een zeer waardevolle rol.

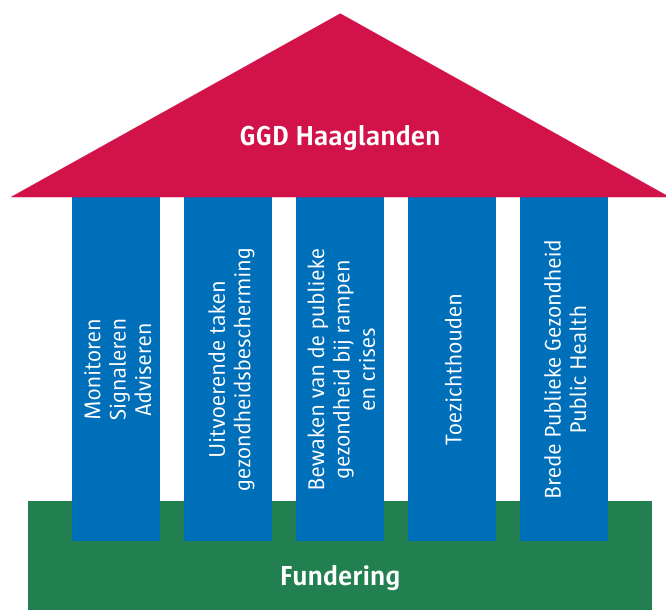
Mooi voorbeeld daarvan is de discussie (mede vanuit de zorgverzekeraars geëntameerd) om te komen tot één traumacentrum (level 1) in de regio Haaglanden-Hollands Midden. Een traumaregio met twee topklinische ziekenhuizen in Den Haag en het LUMC in Leiden als universitaire medisch centrum.

Hierbij zijn vanuit de GGD de maatschappelijke en politieke consequenties van het in Leiden en niet in Den Haag vestigen van dit centrum ingebracht.

Met name de impact hiervan op de potentie voor het vestigen van internationale organisaties in Den Haag bleek een blinde vlek. Ook leek het directe patiëntenbelang bij een dergelijke keuze maar beperkt te worden meegewogen, met de wetenschap dat de patiëntencasus uitkomst vanuit de Haagse regio verreweg het grootst is.



Belangrijke rol is er voor de GGD bij monitoring en signalering, als uitvoerder, bij preventie en gezondheidsbevordering en ook als toezichthouder. Zie onderstaand 'Huis van GGD Haaglanden'. 'Leefstijl en Leefomgeving' als belangrijke ingrediënten van gezondheid, naast opleiding, werk en inkomen en huisvesting en uiteraard de eigen fysieke en psychische habitus. Met de nu grote verantwoordelijkheid van gemeenten voor het sociale domein, ligt ook hier voor de GGD een uitdaging om zijn rol op te pakken.



GGD Haaglanden: zorg(en) rond Publieke Gezondheid

Alhoewel de problematiek rond sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) inmiddels wel breed wordt onderkend, zijn de verwachtingen bij interventies vaak niet reëel en overstijgen deze zonder meer de zittingsperiode van een gemeenteraad. Bij de aanpak zie je dat deze vaak fragmentarisch is, met relatief te kortlopende projecten waarbij gezien de achterliggende problematiek eigenlijk een masterplan over vele beleidsvelden is aangewezen. De SEGV-problematiek is en zal voor een grote stad als Den Haag een continue target moeten zijn en blijven. Dit omdat er geen sprake is van statische bevolkingsgroepen in de wijken, maar er – met name in de aandachtswijken – sprake is van grote mobiliteit en migratie.

Anekdotisch is interessant is dat toen de GGD in 2002 bij het opstellen van de Nota Volksgezondheid in Den Haag (2003-2006) de cijfers hierover uit de toenmalige 1^e gezondheidsmonitor publiceerde, deze cijfers bestuurlijk nauwelijks acceptabel waren.

Tot vijf keer toe is de concept Nota in het College van B&W aan de orde geweest, juist op dit punt, hetgeen de grote bestuurlijke betrokkenheid weerspiegelt, maar tevens de zorgen over de externe (negatieve) publiciteit voor Den Haag illustreert. Dit wel te bezien in de context van toen nog beperkte herkenbaarheid en erkenning van deze problematiek. Uiteindelijk leidde dit wel tot extra inzet van middelen met het programma 'Gezondheidsachterstand moet wijken'. Dit vanuit de bestuurlijke constatering: "Wie een kwalitatief plezierig leven leidt, heeft een langere levensverwachting en dit vraagt van ons politiek bestuurlijke inzet". (Jetta Klijnsma, wethouder Volksgezondheid, 2003).

Geëxtrapoleerd naar nu lijkt er nog weinig veranderd. Met de bekende verschillen in levensverwachting en gezonde levensjaren in achterstandsituaties is het in deze tijd opmerkelijk hoe beperkt dit voor die groepen lijkt te worden meegewogen bij de besluitvorming rond het verhogen van de AOW/pensioenleeftijd. Waar levensverwachting de parameter is voor het bepalen van de AOW/pensioenleeftijd, zouden deze bekende verschillen ook een plaats moeten hebben in de besluitvorming. Pas zeer recent zie je dit terug in een bredere politieke discussie, waarbij deze zich dan vooral richt op de aard van de beroepsuitoefening.

Als voorbeeld van een belangrijk te memoreren aanpak vanuit Publieke Gezondheid in Den Haag is het Platform Perinatale Gezondheid in Den Haag te noemen. Vanaf 2009 is daarbij onder leiding van de GGD zeer gestructureerd gewerkt aan de aanpak van de in 2008 voor Den Haag geconstateerde hoge perinatale sterfte. Hierbij zijn de B-O-P-O principes van Beleid-Onderzoek-Praktijk-Onderwijs breed toegepast. Na de signalering via een externe publicatie (NTvG) in 2008 is via een eigen analyse eerst uitgezocht waar eventuele aanhechtingspunten voor interventies lagen. Dit wel met directe participatie van alle stakeholders (gynaecologen, verloskundigen, huisartsen, kraamzorg, welzijn en eerste lijnsorganisaties, Jeugdgezondheidszorg, GGD).

Er is vervolgens uitgebreid dossieronderzoek verricht van casuïstiek in Den Haag om de achtergrondkenmerken en risicofactoren te bepalen met als samenvattende conclusies:

- De perinatale sterfte-cijfers voor Den Haag, zijn hoger dan in de rest van Nederland;
- Den Haag vormt hiermee geen uitzondering op de andere grote steden;



- Perinatale sterfte is voor een deel een sociaal-economisch gezondheidsprobleem;
- Bij alle groepen speelt een late zorgstart bij zwangerschap;
- Hindostaanse en Creoolse vrouwen kennen relatief een aanzienlijk hogere perinatale sterfte dan het Haagse gemiddelde (en vormen dus groepen met een verhoogd risico);
- Mediterrane vrouwen kennen geen hogere perinatale sterfte dan het Haagse gemiddelde.

Met name de conclusie dat perinatale sterfte ook als SEGV-probleem dient te worden gezien is van belang voor de aanpak.

Vervolgens is een 'Model voor Haagse aanpak perinatale sterfte' ontworpen met een overzicht van actoren en interventies voor, tijdens en na de zwangerschap. Dit model maakte duidelijk dat er, gezien de geconstateerde achtergronden en risico's, veel aangrijpingspunten zijn voor interventies met name ook buiten de klinische setting.

Bovenstaande werd door de Haagse politiek onderkend (mei 2012). Een groot aantal actiepunten werd vervolgens geformuleerd vanuit vier hoofdlijnen:

1. Versterken zorgketen
2. Versterken verbinding geboortezorg en jeugdgezondheidszorg
3. Versterken preventie
4. Activiteiten gericht op de geconstateerde risicogroepen (SEGV, Hindostaanse en Creoolse vrouwen)

De coördinatie en trekkersrol van het Platform werd en wordt door de GGD ingevuld vanuit haar relatief neutrale positie en met de geaccepteerde mogelijkheid de partners steeds aan te kunnen spreken op hun inbreng en handelen in de praktijk als beroepsgroep. Steun daarbij was het kunnen aansluiten op landelijke initiatieven zoals 'Healthy pregnancy 4all' en 'Centering Pregnancy'. Het vertalen van deze landelijke projecten naar de lopende lokale (Haagse) initiatieven vroeg wel veel van de coördinatie maar was uiteindelijk zeer succesvol.

Duidelijk is dat Publieke Gezondheid soms een mixture vraagt van professionele 'volhardendheid' met kennis van het (politieke) systeem en bestuurlijke sensitiviteit



Uit de analyse van PRN-data over de periode 2009-2014 vergeleken met 2000-2008 bleek een significante daling van de perinatale sterfte in Den Haag (van 11,1 naar 8,7 per 1000 geboorten), die sterker is dan de landelijke daling, die voor de achterstandswijken sterker was dan voor de niet achterstandswijken en specifiek het sterkst voor de risicogroep Creools vrouwen.

Belangrijk is om de aandacht en inspanningen vast te houden. Het Haags Platform Perinatale Gezondheid (HAPG) met een coördinator vanuit de GGD en onder voorzitterschap van de GGD, maar vooral met commitment van alle stakeholders moet zich met elkaar blijven concentreren op alle interventies zoals die vanuit 'Het Model' zijn en worden ingezet. Onmiskenbaar met benutting van datgene wat met de B-O-P-O principes mogelijk wordt.

Wel is duidelijk dat Publieke Gezondheid soms een mixture vraagt van professionele 'volhardendheid' met kennis van het (politieke) systeem en bestuurlijke sensitiviteit. Een goede verbinding met de zorgsector is daarbij onontbeerlijk.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Dhr. A.A.H.M. van Dijk, arts maatschappij
en Gezondheid, Directeur Publieke Gezondheid (DPG)
Haaglanden/ directeur GGD Haaglanden.
E-mail: ton.vandijk@ggdhaaglanden.nl

Population Health tussen Hussen en Virchow

Het is geweldig dat het LUMC voor de komende jaren als een van de drie speerpunten heeft gekozen voor Population Health – naast oncologie en regeneratieve geneeskunde. Wat het LUMC met Population Health wil en wat daar onder wordt verstaan, blijft in de Strategisch beleidsnota 2018-2023 nog erg globaal. Zeker is dat er een structurele leerstoel 'Population Health' komt. Dat is mooi want het is een verbetering ten opzichte van de huidige situatie met de bijzondere leerstoel Public Health. Dat de leerstoel structureel wordt en qua omvang wordt uitgebreid kan zeker ook gezien worden als blijk van waardering voor het werk dat Barend de afgelopen tien jaar heeft verricht en als compliment aan zijn adres.

Gerrit van der Wal

Is de naamsverandering ook een verbetering? Misschien wel, misschien niet. What is in a name? Zijn er verschillen tussen Population Health, Public Health, Sociale geneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg? Ja, er zijn verschillen. Ik wil er slechts een enkel woord aan wijden. Want belangrijker zijn de overeenkomsten tussen deze termen en nog veel belangrijker zijn de mogelijkheden om aan elk van deze termen invulling te geven. En Population Health biedt die mogelijkheden!

Geneeskunde en engagement

Ik ga vandaag een beetje misbruik maken van die mogelijkheden. Ik gebruik de academische vrijheid om zelfs een beetje te filosoferen over de grenzen van de academie heen. Ik wil namelijk aandacht vragen voor de vraag hoe een dokter en met name een sociaal-geneeskundige (zo u wilt een Population Health officer) invulling geeft aan het aloude adagium van Rudolf Virchow: 'Medizin ist ein Sozialwissenschaft und Politik nichts Anderes wie Medizin im Grossen', kortweg 'Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal'.

Ik heb daar mijn hele werkzame leven mee 'geworsteld'. En voor zover ik weet Barend ook. Ik kom vandaag niet met 'oplossingen'. Maar om de kwestie nog eens te adresseren, is het afscheid van Barend, gezien ook zijn persoon en werk, een goede gelegenheid. Een extra aanleiding is het laatste boek van Louise Fresco 'De idealisten', dat ik recentelijk las. Immers, de beste/grootste bijdrage aan de gezondheid van mensen (inclusief de manier van het voorkomen en bestrijden van ziekten) was en is het verbeteren van de maatschappelijke omstandigheden. Dat is dus het herinrichten van de samenleving. En dat is politiek. Ervan uitgaande dat deze gedachtegang nog geldig is, wat kunnen/moeten we ermee? Op welke thema's zou je dan je aandacht moeten richten en hoe dan? Is er een specifieke toegevoegde waarde van de dokter, en zo ja, is dat dan binnen of buiten de spreekkamer?

Rudolf Virchow zei het als volgt:
"Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal."



Thema's

Er zijn op dit moment vele thema's aan de orde. Denk aan oorlog en geweld, vluchtelingenproblematiek, opwarming van de aarde, mensenrechtenschendingen, veiligheid van voedsel, verkeersveiligheid enz. Ik zou de vier – in mijn ogen – belangrijkste hier kort willen bespreken. Dat zijn:

1. **Het uitbannen van tabak.** In vele landen, ook in Nederland, is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en voortijdige sterfte.
2. **Het verminderen van de sociaaleconomische ongelijkheid.** Nationaal en internationaal zorgen de verschillen in opleiding, inkomen, woon-, werk- en leefomstandigheden voor grote verschillen in gezondheid; nog steeds en opnieuw.
3. **Het tegengaan van de klimaatverandering.** Onze ecologische voetafdruk is veel te groot: CO₂-uitstoot, gebruik van plastic enz. enz. bedreigen de volksgezondheid, zeker op de langere termijn.
4. **Het elimineren van kernwapens.** De huidige kernwapens zijn al tot honderd keer sterker dan die op Japan in 1945. Zo'n 2000 staan er op scherp, met alle risico's op een kernoorlog, ook onbedoeld: technisch of menselijk falen heeft ons al te vaak vlakbij de nucleaire afgrond gebracht. Zelfs een beperkt regionaal nucleair conflict heeft wereldwijd gevolgen: roet in de dampkring zal het zonlicht blokkeren, met als gevolg enorme misoogsten, tot twee miljard hongerdoden en ongekende vluchtelingenstromen. Adequate medisch-humanitaire hulp is een illusie.

Ladders van activisme

Je kunt als dokter (zorgprofessional) op verschillende manieren uitdrukking geven aan je maatschappelijk engagement. Johan Mackenbach heeft daarvoor de 'ladder van politiek activisme' bedacht. Zijn ladder heeft vier sporten. Ik borduur daarop voort en maak er een met zes.

1. **Dokteren.** Op de eerste sport staan zij die zich geheel afzijdig houden van politiek. Zij stemmen wel bij verkiezingen (of soms ook dat niet) maar verder zijn zij uitsluitend actief in spreekkamer en operatiekamer.
2. **Dokteren met een maatschappelijke missie.** Op de tweede sport staan degenen die als huisarts expres in een achterstandswijk gaan werken, als chirurg moedwillig in een ontwikkelingsland gaan opereren of als 'arts zonder grenzen' in een oorlogsgebied aan de slag gaan.



3. **Boven-individueel dokteren.** Op de derde sport staan zij die als sociaal geneeskundige in buurt, wijk of bedrijf zich richten op collectieve preventie.
4. **Aandacht vragen.** Op de vierde sport staan degenen die hun opvattingen, ervaringen of onderzoeksresultaten actief onder de aandacht brengen van beleid en politiek.
5. **Actieve beïnvloeding.** Op de vijfde sport staan zij die actief beleidsmakers proberen te beïnvloeden met drukmiddelen als handtekeningenacties, lobbyen, demonstraties en dergelijke.
6. **Bestuur of politiek ingaan.** Op de zesde sport staan zij die zelf parlementariër, wethouder, bestuurder, (top)ambtenaar of minister willen worden of zijn.

Conclusie

Ik heb mij nogal eens moeten troosten met het schitterende gedicht van Willem Hussen: “Mijn dokter is een goede dokter. Hij heeft mij niet zieker gemaakt”. Maar meestal reikten mijn ambities verder. Wat mij betreft is het ieders eigen vrije keus om zich op welke sport van de ladder en voor welk thema dan ook in te zetten. Het zal ergens tussen de dokter van Hussen en dokter Virchow in zijn. Mijn maatschappelijk engagement heeft gewisseld in de loop der tijd. Nu betreft mijn persoonlijke voorkeur het werken aan een kernwapenvrije wereld. Ik vroeg en vraag daarvoor graag uw aandacht. En met name nodig ik de emeritus Barend bij deze uit onze gelederen te komen versterken.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR:

Dhr. Prof. dr. G. Van der Wal is voormalig huisarts, emeritus hoogleraar Sociale geneeskunde VUmc, oud Inspecteur-Generaal Inspectie voor de Gezondheidszorg.
E-mail: vanderwalgerrit1@gmail.com



Preventie als uitdaging voor samenwerking tussen de huisarts en de GGD

Wie is er verantwoordelijk voor selectieve preventie, ofwel het voorkomen dat bevolkingsgroepen met een of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden? Omdat de huisarts vrijwel iedereen ziet lijkt de huisartsenpraktijk een logische plek voor preventie.¹ Zo kunnen preventie en behandeling geïntegreerd worden.² Preventie is ook een taak voor de GGD. Deze heeft de taak de gezondheid van inwoners in een regio te beschermen en te bevorderen. Inwoners kunnen daar terecht voor advies, preventie en behandeling. Maar welke preventie doet de GGD en welke de huisarts en is dit op elkaar afgestemd?

Hedwig Vos

Het is nog helemaal niet zo lang geleden dat huisartsen preventie tot hun taak gingen beschouwen. Halverwege de jaren 80 van de vorige eeuw wilde een substantieel deel van de huisartsen geen preventieve taken uitvoeren. Op een congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stemden huisartsen dan ook tegen preventie als taak voor de huisarts met als argumentatie dat wetenschappelijk bewijs voor de effecten van preventie moeilijk te verkrijgen was en dat zij preventie geen taak vonden voor de huisarts. In de jaren daarna zijn huisartsen positiever gaan denken over preventie. Redenen hiervoor waren de angst om het domein van preventie kwijt te raken aan andere beroepsgroepen en financiële en logistieke steun bij de uitvoering van preventieve taken.³

De uitvoering van de influenzavaccinatie in de jaren 90 van de vorige eeuw was de eerste grootschalige preventieactiviteit van huisartsen. Globaal genomen kun je zeggen dat er een verschuiving plaatsvond van individuele zorg in de 20^e eeuw naar populatiegeoriënteerde zorg in de 21^e eeuw.

We kunnen preventie indelen naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie zijn gericht op groepen en geïndiceerde en zorggerelateerde preventie worden toegepast op individuen. In het NHG-standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde uit 2011 staat dat preventie van ziekten een kerntaak van de huisartsgeneeskunde is voor zover deze voldoende wetenschappelijk is onderbouwd.⁴





In de toekomstvisie 2011 van LHV en NHG staat dat huisartsen vooral de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie uitvoeren, terwijl de publieke gezondheidszorg de universele preventie voor de patiëntenpopulatie voor haar rekening neemt.⁵ Hier zien we dus iets van afstemming tussen de huisarts en de GGD. Maar de selectieve preventie, dus voorkomen dat bevolkingsgroepen met een of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden, wie is daar verantwoordelijk voor? Aan de ene kant lijkt de huisarts de meest aangewezen professional voor selectieve preventie. Door de langdurige relatie met de patiënt en de kennis van de patiëntenpopulatie is de huisarts bij uitstek in de positie om bij te dragen aan preventie op zowel individueel niveau als op het niveau van de praktijkpopulatie.⁶ Daarnaast leidt betrokkenheid van de huisarts bij programmatische (selectieve) preventie tot een hoge deelname, zoals bij de screening op baarmoederhalskanker en de influenzavaccinatie.⁷ Tegelijkertijd zien we dat vooral de preventieprogramma's die financieel gefaciliteerd worden

succesvol zijn, terwijl bijvoorbeeld het Preventie-Consult voor cardiovasculair risicomanagement, een vorm van selectieve preventie om op praktijkniveau mensen op te sporen die een verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben, nooit grootschalig geïmplementeerd werd omdat zorgverzekeraars geen vergoeding beschikbaar stelden voor de selectie van patiënten.¹ Aan de andere kant past selectieve preventie bij uitstek bij de wettelijke taak van de GGD. Eén van de wettelijke taken van de GGD is namelijk bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (inclusief programma's voor gezondheidsbevordering). We spreken bij selectieve preventie vaak van gezondheidsbevordering. En gezondheidsbevordering is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gemeenten en het rijk. Selectieve preventie heeft tenslotte tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren zodat de gezondheid wordt bevorderd.

Overlap met kansen en uitdagingen

Met een uitbreiding van de taken van de huisarts richting preventie en populatiegeoriënteerde zorg ontstaat vrijwel zeker overlap tussen de preventieve taken van de huisarts en wat GGD'en als lokaal gezondheidsbeleid vanuit de wettelijke kaders uitvoeren.⁶ Deze overlap lijkt vooral te ontstaan op het gebied van de selectieve preventie en biedt uitdagingen en kansen. Laat ik beginnen met de kansen.

Zo lang zorgverzekeraars niet gemotiveerd zijn om preventieve activiteiten van huisartsen te vergoeden, en zo lang financiële stromingen tussen de zorg en de gemeenten strikt gescheiden zijn en gemeentelijk beleid op het gebied van zorg en preventie voor niet langer dan vier jaar wordt vastgesteld, blijft samenwerking tussen huisartsen en de GGD een uitdaging.

De huisarts heeft als wijkepidemioloog een signalerende functie wat betreft gezondheidsbedreigende factoren in de wijk. Gezondheidsverschillen zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de sociaal-economische omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, wonen en werken.⁸



Dit betekent niet dat de huisarts hier zelf altijd veel invloed op kan uitoefenen, maar wel dat hij risico's signaleert en deze doorgeeft aan de verantwoordelijke instanties. De wijze waarop de huisartsenzorg is georganiseerd en gelokaliseerd (kleinschalig in de wijk) maakt het mogelijk om de zorg af te stemmen op de specifieke gezondheidssituatie van de ingeschreven populatie. Samenwerking met de gemeente en andere partijen vergroot de mogelijkheden van de huisarts om gericht aan preventie te werken. De informatie van de GGD over de gezondheid van de populatie in de wijk levert hiervoor een goed aanknopingspunt.⁹ De GGD kan bijvoorbeeld huisartsen vragen om een bijdrage te leveren aan preventie door patiënten voor preventieve activiteiten te motiveren en hen daarnaar te verwijzen, zoals activiteiten op het gebied van het bevorderen van een gezonde leefstijl en bewegen. En huisartsen kunnen de GGD vragen epidemiologische informatie te verstrekken waar huisartsen met hun samenwerkingspartners in de wijk en wijkbewoners gebruik van kunnen maken.

De uitdaging is het vinden van elkaar. De GGD heeft als wettelijke taak om inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking te krijgen. Huisartsen hebben dit inzicht voor hun eigen wijk, maar koppelen dit

nauwelijks terug naar de GGD en als huisartsen dit al doen dan vooral in noodsituaties zoals vragen over (of vermoedens van) uitbraken van besmettelijke ziektes. Een volgende uitdaging is het vinden van tijd. Het bord van de huisarts is vol en voor preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl is tijd nodig: tijd voor de selectie van patiënten, tijd voor gesprekken en tijd voor de daadwerkelijke interventie. Zo lang zorgverzekeraars niet gemotiveerd zijn om preventieve activiteiten van huisartsen te vergoeden, en zo lang financiële stromingen tussen de zorg en de gemeenten strikt gescheiden zijn en gemeentelijk beleid op het gebied van zorg en preventie voor niet langer dan vier jaar wordt vastgesteld, blijft samenwerking tussen huisartsen en de GGD een uitdaging.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. Hedwig M.M. Vos, huisarts in Den Haag, Hoofd Extramuraal Leids Academisch Netwerk (ELAN) LUMC afdeling PHEG en LUMC Campus Den Haag. E-mail: H.M.M.Vos@lumc.nl

REFERENTIES

- 1 Smits FTM, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJE, Weert HCPH van. **Defining frequent attendance in general practice**. BMC Fam Pract. 2008;9:21. doi:10.1186/1471-2296-9-21 Medline.
- 2 Assendelft WJJ, Nielen MMJ, Hettinga DM, Meer V van der, Vliet M van, Drenthen AJ et al. **Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands**. Fam Pract. 2012;29(Suppl 1):i126-31. doi:10.1093/fampra/cmr120 Medline.
- 3 Vos HMM, Adan IM, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. **Prevention in primary care: facilitators and barriers to transform prevention from a random coincidence to a systematic approach**. J Eval Clin Pract. 2014 Jun; 20(3):208-15. doi: 10.1111/jep.12108. Epub 2013 Dec 13.
- 4 **NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde, generalistisch, persoonsgericht en continu**; Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011.
- 5 LHV NHG **Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde 2022**.
- 6 Drenthen AJM, Assendelft JJ, Velden J van der. **Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging!** Huisarts Wet 2008;1:38-41.
- 7 Nooijer DP de, Waart FG de, Leeuwen AWFM van, Spijker WWJ. **Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad**. Ned. Tijdschr Geneesk 2005; 149:2339-43.
- 8 **Social determinants of health**. World Health Organization (WHO), 2010. www.who.int/social_determinants/en/
- 9 Meuwissen LE, Voorham AJJ, Schouten GM, Bakker DH de. **Hoe te komen tot een populatiegerichte huisartsenzorg?** TSG 010;88(7):381-387.



De epidemiologische functie van de GGD: kansen en uitdagingen

GGD Haaglanden bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid van de inwoners van Haaglanden. Wettelijke taak hierbij is de monitoring van de volksgezondheid. Deze taak is belegd bij de afdeling Epidemiologie en zij brengt in dit kader de gezondheidsmonitor uit. Sinds 2018 is deze digitaal: gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl. De negen gemeenten in Haaglanden vinden hier informatie over (determinanten van) gezondheid.

Irene van der Meer

Monitoring en signalering

De informatie in de gezondheidsmonitor wordt voornamelijk gebaseerd op eigen onderzoek (gezondheids-enquêtes), aangevuld met gegevens uit (bestaande) registraties. De inhoud van de gezondheids-enquêtes wordt landelijk afgestemd. Hierdoor zijn voor de landelijke prioriteiten zoals roken en bewegen, naast lokale en regionale ook landelijk vergelijkbare gegevens beschikbaar. Tevens wordt gekeken naar verschillen tussen groepen en trends in de tijd. Hierdoor is bijvoorbeeld te monitoren wat er gebeurt met de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

In een grote stad als Den Haag komen gezondheidsproblemen vaak eerder of in grotere mate voor dan in andere gemeenten. Hier kunnen dus andere gezondheidsproblemen van belang zijn dan in de rest van Haaglanden of landelijk, waardoor ook specifieke of verdiepende onderzoeken nodig zijn voor inzicht in de gezondheidssituatie van de inwoners. Naast monitoring (en advisering) is signalering (en agenda-setting) van nieuwe gezondheidsproblemen hier dus noodzakelijk. Een paar voorbeelden:

- **Vitamine D-tekort bij inwoners van niet-westerse afkomst**

Op basis van een signaal van huisartsen van Gezondheidscentrum De Rubenshoek heeft GGD Den Haag, in samenwerking met onder andere huisartsen en het VU medisch centrum, onderzoek uitgevoerd naar de vitamine D-status bij groepen van verschillende etnische afkomst.¹ Mede op basis van de resultaten van dit onderzoek is het advies van de Gezondheidsraad dat personen met een getinte huid dagelijks 10 µg extra vitamine D gebruiken.²

- **Overgewicht bij Hindostanen**

Door verdiepend onderzoek door een jeugdarts van GGD Den Haag zijn etnisch specifieke afkappunten voor overgewicht vastgesteld voor de jeugdigen van Hindostaanse afkomst.³ Op basis hiervan blijkt dat overgewicht het meest voorkomt bij jeugdigen van Hindostaanse afkomst.⁴ Zonder de juiste afkappunten bleef dit probleem onderbelicht; een deel van de kinderen van Hindostaanse afkomst met overgewicht werd niet gesignaleerd. Inmiddels kunnen de juiste afkappunten worden gebruikt, en de Haagse Aanpak Gezond Gewicht richt zijn interventies nu specifiek op deze doelgroep.



- **Haags Uitgaans Onderzoek**

In samenwerking met Indigo voert GGD Haaglanden onderzoek uit naar het gebruik van genotmiddelen door uitgaanders in Den Haag. Dit door een combinatie van (korte) enquêtes in verschillende uitgaanslocaties en panelonderzoek met sleutelfiguren. Trends in het gebruik van (nieuwe) genotmiddelen in de verschillende scenes worden zo gemonitord, waarna het beleid aangepast kan worden.

- **Midden- en Oost-Europeanen (moe-landers)**

In de Haaglandse steekproef van de gezondheids-enquête zitten onvoldoende inwoners van Midden- en Oosteuropese afkomst (moe-landers) om uitspraken te doen over hun gezondheid en leefstijl. Toch wordt deze groep in Den Haag en Westland steeds groter. In samenwerking met het CBS zijn de enquêteresultaten van deze groep op landelijk niveau verkregen. Dit gaf voldoende aantallen om toch uitspraken over hun gezondheid en leefstijl te kunnen doen.⁵

Terugdringen van gezondheidsproblemen weerbarstig

Dat er gezondheidsproblemenesignaleerd worden, maakt nog niet dat ze ook succesvol teruggedrongen kunnen worden. De werkelijkheid is weerbarstig. Hieronder enkele aspecten:

- **Sociaaleconomische gezondheidsverschillen**

Over het algemeen komen gezondheidsproblemen vaker voor bij personen met een lagere sociaaleconomische positie. In Den Haag zijn deze verschillen goed te zien, zie de cijfers in de gezondheidsmonitor. Naast het gesignaleerde gezondheidsprobleem spelen vaak ook andere problemen. Het is al niet makkelijk om gewoontegedrag te veranderen, een tekort aan geld en stress om financiële of andere redenen maakt het nog ingewikkelder. Zeker als de fysieke en sociale omgeving niet uitnodigen tot het gewenste gedrag, wat vaker het geval is in wijken met achterstand.

- **Bereiken van de doelgroep**

De personen die ongezonder zijn en/of ongezond gedrag vertonen, zijn vaak lastiger te bereiken met (preventieve) gezondheidsinterventies. Zo zijn er preventieve interventies die inzetten op een gezonde leefstijl van zwangeren. Deelnemers van niet-westerse afkomst of uit lagere sociaaleconomische groepen, voor wie bekend is dat de perinatale gezondheidsuitkomsten ongunstiger zijn, zijn bij deze interventies ondervertegenwoordigd. Bij projecten gericht op het terugdringen van overgewicht bij kinderen blijken ouders vaak lastig te bereiken, terwijl zij zo'n essentiële rol spelen bij het gedrag van het kind.



Naast de algemene monitoringsfunctie van de GGD is voor een grote stad een specifiekere signalerende rol nodig, willen gezondheidsproblemen niet over het hoofd worden gezien.

Hierbij kunnen zowel een gebrek aan kennis, een gebrek aan motivatie (herkennen ze het probleem) en een gebrek aan competenties een rol spelen. Hoe moeilijk het is om “nee” te zeggen blijkt hier wel, zeker als je in een situatie van armoede zit en stress ervaart.

Uitdaging voor de epidemiologische functie is om met specifiek of verdiepend onderzoek bijdragen te leveren aan het terugdringen van gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld door inzicht te geven in bevorderende en belemmerende factoren voor verandering, inzicht in wie wel en niet bereikt worden met interventies en/of mogelijkheden ter verbetering van interventies.

De toekomst van de epidemiologische functie

Het signaleren van gezondheidsproblemen blijft in de toekomst zeer relevant. Naast de algemene monitoringsfunctie van de GGD is voor een grote stad een specifiekere signalerende rol nodig, willen gezondheidsproblemen niet over het hoofd worden gezien. Ook voor het terugdringen van gezondheidsproblemen is de epidemiologische functie van waarde. Enerzijds door met behulp van evaluatieonderzoek interventies te optimaliseren, maar ook door

verdiepend onderzoek op een probleem uit te voeren. De maatschappij verandert, waardoor ook problemen en oplossingen zullen veranderen. Of dit nou een verandering is in demografische factoren (leeftijdsofbouw, etnische samenstelling) die samenhangen met specifieke gezondheidsproblemen of ontwikkelingen zijn op andere vlakken (economische crisis, individualisering van de samenleving, opkomst van sociale media): zonder onderzoek naar de publieke gezondheid zal het zicht hierop onvoldoende zijn. Samenwerking van de GGD met andere professionals in de stad en/of onderzoeksinstanties is hiervoor over het algemeen noodzakelijk.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR:

Mw. dr. ir. I.M. van der Meer, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.
E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Meer IM van der, Boeke AJ, Lips P, Grootjans-Geerts I, Wuister JD, Devillé WL, Wieters JP, Bouter LM, Middelkoop BJ. **Fatty fish and supplements are the greatest modifiable contributors to the serum 25-hydroxyvitamin D concentration in a multiethnic population.** Clin Endocrinol (Oxf) 2008, 68(3): 466-72.
- 2 Gezondheidsraad. **Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D.** Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/15. ISBN 978-90-5549-931-1.
- 3 Wilde JA de, Dommelen P van, Middelkoop BJC. **Appropriate Body Mass Index Cut-Offs to Determine Thinness, Overweight and Obesity in South Asian Children in The Netherlands.** PLoS ONE 2013, 8(12): e82822.
- 4 Keetman M, Meer IM van der, Wilde JA de. **Percentage overgewicht Haagse jeugd 2007-2015.** Epidemiologisch Bulletin 2016, 51(4): 7-17.
- 5 Voet M, Beuker R, Dekkers C. **Gezondheid Midden-, Oost- en Zuid-Europeanen.** Gezondheidsenquête 2016. Den Haag: GGD Haaglanden; 2018.



Public Health en de Eerste Lijn, wordt dat Population Health?

Public Health is in beweging en samenwerking tussen GGD'en en huisartsen ook. U hoort daar vanmiddag meer over. Ook de academische samenwerking in het veld, in academische werkplaatsen 'Publieke Gezondheid', 'Jeugd' en 'Huisartsgeneeskunde', kent de afgelopen jaren wisselende successen. Mogelijk heeft dat te maken met zaken als onvoldoende heldere gemeenschappelijke doelen, te weinig contact en wederzijds begrip tussen de verschillende echelons en nog onvolledige vertaling van oorzakelijke kennis over oorzaken van ziekte en gezondheid naar de klinische praktijk van alledag.

Mattijs Numans

Maar langzamerhand begint zich een aanpak af te tekenen die niet alleen beleidsmakers en sociale wetenschappers interesseert, maar die het ook in zich heeft onderzoekers en klinici op te lijnen en enthousiast te maken. 'Population Health Management is the professional field that puts health research into practice, improving the well-being of communities'. Daar heb ik het over. Dit is de kortste definitie die op een van de schaarse websites over dit relatief nieuwe wetenschapsgebied, gericht op de praktische toepassing van risicogestuurd gezondheidsbeleid, is te vinden.

Het is nu ruim tien jaar geleden dat Barend Middelkoop zich als GGD-epidemioloog vanuit Den Haag richting LUMC bewoog om daar als hoogleraar Public Health van kwetsbare groepen bij te dragen aan het sociaal geneeskundig onderwijs en -onderzoek. Belast met een opdracht, namelijk hoe bij te dragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en te



onderzoeken en onderwijzen welke mogelijkheden er zijn voor het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag in risicogroepen.

Het is van groot belang dat de disciplines van de afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, de enige afdeling van het LUMC die zich bezighoudt met gezondheid en gezondheidszorg buiten het ziekenhuis, elkaar juist op dit onderwerp, het bevorderen van de gezondheid van de bevolking en van specifieke risicogroepen, in 2017 opnieuw vonden in de LUMC Campus in Den Haag.

Wat twintig jaar geleden, onder meer op initiatief van Barend Middelkoop, begon met het idee om gegevens van de GGD en huisartsendata samen te brengen en voor tamelijk geïsoleerde gezondheidsprojecten te gebruiken, is in deze nieuwe Haagse samenwerking aan het uitgroeien tot een groot-schalig 'Population Health Management' programma. Een programma wat we met vereende krachten ontwikkelen om de gezondheidsverschillen in Den Haag te verkleinen.

Het is gebaseerd op een data-infrastructuur en nieuwe geavanceerde ICT technieken; er kan zoveel meer in de 21^{ste} eeuw. In het programma wordt samengewerkt tussen medische en niet-medische disciplines, zoals psychologie en organisatiewetenschappen.

In die context wordt ook expliciet aandacht besteed aan gezondheidsgedrag van mensen, aan de sociaal-culturele aspecten daarvan en wordt gekeken naar manieren om de organisatie en financiering van zo'n programma te optimaliseren. We zijn daarmee uniek in het land en in Europa. En dat kan alleen maar in Den Haag op deze manier.

We staan na tien jaar academische samenwerking met de GGD opnieuw aan het begin van een uitdagende route.

Vandaag bespreek ik enkele onderdelen van dit programma, namelijk op het gebied van hart- en vaatziekten, op het gebied van voedingsgewoonten en leefstijl en op het gebied van ouderen. Deze onderdelen maken duidelijk hoe het in z'n werk gaat en wat er op het gebied van wetenschap, samenleving en samenwerking bij komt kijken.

We staan na tien jaar academische samenwerking met de GGD opnieuw aan het begin van een uitdagende route, die er zonder dit voortraject niet zou zijn geweest, en die wel heel veel nieuwe kansen geeft.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR:

Dhr. Prof. Dr. Mattijs Numans, huisarts, hoofd LUMC afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde.
E-mail: M.E.Numans@lumc.nl



Werken aan de brug. Over Public Health, wetenschap en maatschappelijke relevantie

Van Hein Struben, mijn voorganger als afdelingshoofd Epidemiologie bij de GGD Den Haag, leerde ik dat je met epidemiologisch onderzoek bijna alles te weten kan komen. “Maar”, zo zei hij, “wat je er helaas meestal niet mee te weten komt, dat zijn de dingen die er echt toe doen”. Aan deze wijsheid heb ik de afgelopen jaren vaak moeten terugdenken, zowel in mijn werk bij de GGD als in mijn werk bij het LUMC. Daarom wil ik vandaag de maatschappelijke relevantie van de Public Health centraal stellen.

Barend Middelkoop

Vandaag neem ik afscheid, als epidemioloog van de GGD én als hoogleraar ‘Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties’ van het LUMC. Wel hoop ik nog enkele mensen te begeleiden naar een succesvolle promotie.

In de afgelopen 23,5 respectievelijk 12,5 jaar is veel veranderd en vooral: veel bereikt. Zo is de Haagse GGD een veel professionelere organisatie geworden en heeft Leiden weer een leerstoel in het vakgebied van de Sociale geneeskunde. Dit gezegd hebbende, wil ik vandaag graag stil staan bij de vraag op welke manier deze positieve ontwikkelingen bijdragen of kunnen bijdragen aan de maatschappelijke relevantie van de Public Health: de Public Health in de zin van de beroepspraktijk zoals we die zien bij de GGD en de Public Health als wetenschappelijke discipline zoals we die zien aan de universiteit.

Eerst ga ik het dus hebben over Den Haag, daarna over Leiden.

Professionalisering bij de GGD

In maart 1995 begon ik als epidemioloog bij de GGD Den Haag. Het was een veelzijdige baan. Diabetes bij Hindostanen, genotmiddelengebruik door middelbare scholieren, vitamine D status van Nederlanders met een niet-westerse achtergrond, parasuïcide, perinatale gezondheid, het Epidemiologisch Bulletin en de gezondheidsmonitor, te veel om op te noemen. Die eerste gezondheidsmonitor, uitgegeven in december 1999, is inmiddels geëvolueerd tot de zesde editie die in 2018 als een professionele internetversie verscheen. Een vergelijkbare professionalisering zie je eigenlijk terug in de hele GGD, inmiddels GGD Haaglanden. Die ontwikkeling stemt optimistisch.



Maar nu de vraag: “Wat is nodig voor maatschappelijke relevantie van de epidemiologische functie van de GGD?” De Wet Publieke Gezondheid omschrijft deze taak als: “Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.” Het gaat eigenlijk om drie elementen. Ten eerste gegevens met betrekking tot de gezondheid van de bevolking, ten tweede het beschikbaar krijgen of maken van die gegevens en ten derde de epidemiologische analyse en de instrumenten daarvoor. Eigenlijk komt daar een vierde element bij: het toegankelijk maken van de verworven inzichten voor beleidsmakers en andere personen en instanties die iets met deze inzichten moeten doen. Dit laatste geeft onze GGD al sinds meer dan vijftig jaar vorm met het Epidemiologisch Bulletin en sinds bijna twintig jaar met de Gezondheidsmonitor.

Drie elementen voor de wettelijke taak

Ik wil kort ingaan op de drie elementen die nodig zijn voor de wettelijke taak. Ten eerste de basis, namelijk de feitelijke gezondheidsgegevens. Welke kies je? Zogeheten harde gegevens, zoals sterfte en door artsen gestelde diagnoses? Of zachtere gegevens, zoals ervaren gezondheid en zelf-gerapporteerde gezondheid? Of, met het oog op preventie, juist vooral determinanten van de gezondheidssituatie? En hoe ver ga je dan? Socio-economische positie? Op wijkniveau? Op individueel niveau? Etnische achtergrond? Eerste of tweede generatie? Cultuur (als ik dit, korthedshalve, even als verzamelbegrip mag hanteren)? Leefstijl? Leefomstandigheden? Armoede en schulden? Laten we ons leiden door de vraag welke gegevens er het meeste toe doen? Of door de vraag welke gegevens beschikbaar zijn? Of door de kwaliteit van de beschikbare gegevens? Zijn de gegevens die je hebt verkregen van mensen met een geringe taalvaardigheid en/of geringe geletterdheid even gemakkelijk bruikbaar als die van hoogopgeleide autochtonen? En wat is voor preventie méér van belang: weten dat mensen in achterstandswijken veelal een minder gezonde leefstijl hebben of inzicht hebben in het hoe en waarom van de invloed van armoede, schulden en stress op de gezondheid van mensen?

Ten tweede het beschikbaar krijgen, of zo nodig beschikbaar maken van die gegevens. Twee vragen zijn dan van belang: “Hoe volledig is het beeld dat je kunt verkrijgen en hoe correct is het beeld dat je kunt verkrijgen?” Hier spelen serieuze problemen.

Wat doe je bijvoorbeeld met de mensen die niet mee wilden doen met je onderzoek? Waarschijnlijk zijn binnen deze groeiende groep de mensen met ernstige gezondheidsproblemen oververtegenwoordigd. Het gaat vooral om mensen met geringe taalvaardigheid en/of niet-westerse minderheden. In de huidige multiculturele samenleving is het wonderlijk dat we voor veel gezondheidsthema's nog steeds geen vragenlijsten hebben die gevalideerd zijn voor gebruik bij deze groepen. Dat betekent dat de analyses worden gebaseerd op zeer onvolmaakte gegevens, juist over de belangrijkste bevolkingsgroepen.

Ik heb twijfels of nieuwe ontwikkelingen als data science en big data hier zullen helpen. Misschien moeten we het veel meer zoeken in de dialoog met mensen, zoals we geprobeerd hebben binnen het project ‘Gezondheidsdialoog in de wijk’.

Dan de epidemiologische analyse en het inzicht in de gezondheidssituatie. Vraag hierbij is: “Hoe corrigeer je voor verschillen in determinanten zodanig dat je die informatie op tafel krijgt die er echt toe doet?” Collega-onderzoekers (gelukkig niet van de GGD) heb ik hier wel eens de fout in zien gaan, bijvoorbeeld door niet te corrigeren voor verschil naar leeftijd. En waar je niet naar kijkt, dat zie je niet. Dat kan leiden tot verkeerde conclusies over causaliteit, vooral omdat GGD-onderzoek meestal cross-sectioneel is. Ben je dan zeker van de richting van oorzaak en gevolg? Of speelt er misschien een andere variabele die zowel datgene beïnvloedt dat wordt aangezien voor de oorzaak als ook datgene dat wordt aangezien voor het gevolg? En hoe handel je als je die variabele niet kent of niet in beeld kunt brengen?

Genoeg vragen dus bij de GGD-epidemiologie. Deze wettelijke taak is van onschatbaar belang omdat alleen door goed de gezondheid in kaart te brengen van de algemene bevolking, maar vooral van groepen daarbinnen, zinvol advies kan worden gegeven over gemeentelijk beleid op allerlei terreinen, niet alleen gezondheid. Waar nodig ben je dan niet alleen aan het monitoren, maar óók bezig met agendasetting. Dan doe je als GGD iets dat er echt toe doet.

Brug tussen universiteit en praktijk

Bij het LUMC begon ik op 1 januari 2006 als coördinator van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland. Doel van dit soort werkplaatsen is het slaan van een brug tussen universiteit en praktijkveld. In het LUMC bestond de sociale geneeskunde nog nauwelijks. De werkplaats stelde





deze lacune nadrukkelijk ter discussie. De gemeente Den Haag leverde daarin een stevige impuls door de bijzondere leerstoel in te stellen met als leeropdracht 'Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties', waarop ik per 1 maart 2007 werd benoemd. Omdat er geen gewone hoogleraar Sociale geneeskunde was, vervulde ik in feite ook die rol; onder andere als eindverantwoordelijke voor het sociaal-geneeskundig onderwijs.

Ook op de universiteit moet nagedacht worden over het thema maatschappelijke relevantie. Als hoogleraar en als in de praktijk werkzame sociaal-geneeskundige vond ik het onderwijs aan geneeskundestudenten bijzonder relevant. Het opleiden van dokters met goede sociaal-geneeskundige bagage, dát was in mijn ogen iets dat er echt toe doet. Gelukkig krijgt het studentenonderwijs steeds meer de waardering die het verdient. Dat geldt zowel binnen de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, waar mijn leerstoel is ondergebracht, als binnen het LUMC als geheel. En dit geldt in het bijzonder voor het onderwijs in het vakgebied van de Sociale geneeskunde, dat sterk is uitgebreid de afgelopen 11,5 jaar.

Onderzoek en publicatiedruk

Vanouds werd onderzoek binnen het LUMC hoger gewaardeerd dan onderwijs. Nog steeds wordt het onderzoek bijzonder belangrijk gevonden, en terecht. Maar ook hier speelt de vraag van relevantie. Deze vraag wordt tegenwoordig vooral beantwoord aan de hand van parameters als aantallen publicaties (of, iets meer sophisticated: de H-index, waarin ook verwerkt is het aantal malen dat een artikel wordt geciteerd door andere wetenschappelijke artikelen) en de hoeveelheid binnengehaald geld uit tweede en derde geldstroom.

Wat betreft die publicatiedruk, ik heb meegemaakt dat een promotor eiste dat een promovendus een hoofdstuk van haar proefschrift in tweeën zou knippen. Dan werden het twee publicaties in plaats van één en ook kwam ze dan beter aan het benodigde aantal hoofdstukken in het proefschrift. Met die knip werden het wél twee verminkte artikelen. Dit voorval speelde zich overigens niet af in Leiden. Maar wat aan alle universiteiten gebeurt, is het stimuleren van promovendi om de onderzoeksresultaten zo interessant mogelijk te laten lijken. Meestal gaat het dan niet om fraude, maar wel om iets als optimale framing.

Een dieptepunt beleefde ik toen de persvoorlichting van de universiteit trots een effectieve interventie aankondigde. Tijdens de promotie op deze interventiestudie – dit was overigens niet bij het LUMC – bleek dat bij toepassing van de meest relevante analyse (de zogeheten intention-to-treat analyse) het effect van de interventie nihil was. Maar oppoetsen van onderzoeksresultaten verhoogt nu eenmaal de kans op publicatie en het verhoogt de kans op succesvolle afronding van het promotietraject. Elke publicatie verhoogt ook weer de kans op financiering van nieuw onderzoek. Sommigen slagen er in deze context nog steeds in om hun academische nieuwsgierigheid leidend te laten zijn binnen het onderzoek. Maar dit wordt wel moeilijk gemaakt binnen het huidige systeem van onderzoeksfinanciering, waarmee de kans wordt vergroot dat het in het onderzoek steeds minder gaat om de dingen die er echt toe doen. Ik hoop dat het mooie en kritische, in 2015 in Nature gepubliceerde, Leiden Manifesto for Research Metrics ertoe gaat leiden dat er een betere sturing ontstaat op de mogelijkheden tot het doen van goed onderzoek. Het tweede in dit manifest beschreven principe breekt een lans voor maatschappelijke relevantie, naast wetenschappelijk belang. Dat vergroot de kans dat onderzoek plaatsvindt dat er echt toe doet.

Public Health en relevantie

Over naar ons onderwerp van Public Health en relevantie. Steeds sterker wordt in de maatschappij het belang van preventie onderkend. Als we dat niet doen, wordt de zorg onbetaalbaar. Bovendien heeft de huidige nadruk op de curatieve zorg onvermijdelijk een paard-achter-de-wagen-spannen karakter. In de LUMC-strategienota 2018-2023 'Grensverleggend beter worden' wordt Population Health Management als één van de drie speerpunten benoemd. Hiermee toont het LUMC weer haar eigentijdse karakter, zij het dat de formatie voor onderzoek op het gebied van de Public Health en Population Health nog achterblijft. Maar ik hoop en denk dat met deze strategienota een nieuwe weg is ingeslagen, waarin meer ruimte zal zijn voor onderzoek op het gebied van de extramurale zorg, waaronder ook het gebied van de sociale geneeskunde. Ik wens de mensen die binnen het LUMC gestalte geven aan het onderwijs en onderzoek op het gebied van de Public Health veel succes bij het zetten van stappen voorwaarts. Ik denk dat ontwikkelingen zoals de LUMC Campus Den Haag en de nieuwe leerstoel Population Health hiertoe heel goede mogelijkheden bieden.

Ik denk dat ontwikkelingen zoals de LUMC Campus Den Haag en de nieuwe leerstoel Population Health heel goede mogelijkheden bieden.

Bescheiden vooruitgang

Terugkijkend op de afgelopen 23,5 jaar Den Haag en de afgelopen 12,5 jaar Leiden zie ik dat de vooruitgang bescheiden is. In Den Haag worden we nog steeds geconfronteerd met wat we tegenwoordig 'wicked problems' noemen. Wicked betekent zo veel als slecht, kwaadaardig. Maar de erkenning wordt steeds breder dat we niet weg kunnen lopen voor moeilijke problemen en dat een brede inzet vereist is om de onrechtvaardige gezondheidsverschillen aan te pakken. Echter, in mijn oratie wees ik al op de vervlochtenheid van gezondheidsverschillen en sociale ongelijkheid. In landen als Noorwegen, Zweden, Finland, Engeland, Schotland en Canada is veel aandacht voor deze vervlechting en worden integrale interventies ontwikkeld. Nederland blijft daar helaas bij achter.

Binnen het LUMC is de Sociale geneeskunde nog steeds een vakgebied dat zijn plaats moet bevestigen, net zoals aan de meeste universitaire medische centra overigens. Maar als de voortekenen niet bedriegen, gaat het vakgebied van de Population Health een mooie toekomst tegemoet in het LUMC.

Daarom sluit ik af in majeure. Preventie heeft de toekomst, zowel in wetenschap als in praktijk. Daarom is de Public Health een prachtig vak. Een vak dat relevant is, dat ertoe doet.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR:

Dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop was van 1 maart 2007 tot 17 september 2018 hoogleraar bij het LUMC met als leeropdracht 'Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. Van 1 maart 1995 tot 17 september 2018 was hij epidemioloog bij GGD Den Haag (inmiddels GGD Haaglanden); van 1 september 2000 tot 1 maart 2007 als afdelingshoofd Epidemiologie.



COLOFON

September 2018, 53^{ste} jaargang

Speciale editie ter gelegenheid van het afscheid van Barend Middelkoop, bijzonder hoogleraar 'Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'.

Uitgereikt tijdens het symposium 'GGD, een grote waarde voor een grote stad' op 5 oktober 2018.

REDACTIE

GGD Haaglanden

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag.

Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag.

Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij GGD Haaglanden.

e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Telefoon: (088) 355 01 00

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp

Ontwerpwerk

Uitgave

GGD Haaglanden

Fotografie

Marc de Haan

Esther Langendam

Foto Persburo Jos van Leeuwen

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219

BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl