

# Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties

*B.J.C. Middelkoop*

Op 6 juni aanvaardde Barend Middelkoop zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar met als leeropdracht: 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' met het uitspreken van zijn oratie. De leerstoel is door de gemeente Den Haag ingesteld en gevestigd bij het Leids Universitair Medisch Centrum. Barend Middelkoop is tevens coördinator van de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland, waarover elders in dit bulletin wordt bericht. Leerstoel en Academische Werkplaats zijn nauw met elkaar verbonden, zoals ook uit de tekst van de oratie blijkt.

Onderstaande versie van de tekst van de oratie is gedateerd 12 mei 2008. Het is dan ook mogelijk dat de uitgesproken tekst op onderdelen afwijkt van de hier afgedrukte tekst.

“Meneer de Rector Magnificus, leden van het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Den Haag, leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,

Afgelopen najaar was ik aanwezig op een seminar in Oslo met de welluidende titel 'Diabetes in diaspora'. Thema van het symposium was diabetes onder immigranten in westerse landen. Met bijzondere aandacht voor de Hindostaanse bevolkingsgroep. Een van de sprekers was professor Samad Shera, de voorzitter van de Diabetes Vereniging van Pakistan. Professor Shera hield een boeiende voordracht, waarin hij op een gegeven moment te spreken kwam over de oorlog in Irak. "De Amerikanen hebben gezocht naar massavernietigingswapens, maar ze hebben ze niet gevonden", aldus professor Shera. "Waren ze er dan ook niet? Jawel, ze waren er wel. De Amerikanen hebben gewoon niet goed gekeken. Kunnen deze massavernietigingswapens binnen 45 minuten de westerse wereld bereiken, zoals de toenmalige Britse premier Blair zei? Het is nog veel erger. Deze wapens hebben het Westen al lang bereikt. Ze zijn trouwens niet alleen in Irak te vinden. Je kunt ze overal zien in het Midden Oosten. En ook in Pakistan. Juist omdat hier Hindostanen wonen, die

extra kwetsbaar zijn voor deze wapens, is het zo erg dat deze wapens zo massaal aanwezig zijn. Het zijn meedogenloze en trefzekere moordenaars." En terwijl professor Shera dit vertelde liet zijn powerpoint presentatie de ene na de andere vestiging zien van McDonalds.

Ik zal later ingaan op de vraag wat de voordracht van professor Shera te maken heeft met mijn leerstoel. Ik wil u eerst laten kennis maken met de familie Turkdogan. De familie Turkdogan is van Turkse afkomst. Ze bewoont een portiekwoning in de Haagse Schilderswijk. Vader Turkdogan is een aantal jaren geleden afgekeurd en heeft nu eigenlijk niets om handen. Het is een wat apathische man. Ik weet niet hoe hij vroeger was, misschien heeft zijn bestaan als arbeidsongeschikte hem wel zo gemaakt. Hij komt 's morgens niet op tijd uit bed om zijn kinderen nog te zien voor ze naar school gaan. Het huwelijk van vader en moeder Turkdogan was indertijd een gearrangeerd huwelijk. Zij woonde in een dorp in Anatolië, terwijl hij al enkele jaren in Nederland werkte. Zij is hem dus naar Nederland gevolgd, maar heeft zich hier nooit thuis gevoeld. Ook zij heeft niet veel levensschwang meer. 's Morgens een ontbijt klaarmaken voor de kinderen kost haar te veel energie. De kinderen gaan meestal met een zakje

Over de auteur:

Prof. dr. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en bij de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch centrum (LUMC), Leiden.  
E-mail: b.j.c.middelkoop@ocw.denhaag.nl

chips naar school en kopen vaak zelf nog een energy drank. Vier van hun zeven kinderen, drie jongens en een meisje, bezoeken een openbare basisschool in de Schilderswijk. Gelet op hun verstandelijke vermogens moet het, met wat extra aandacht en inspanningen, mogelijk zijn dat zij succesvol de basisschool doorlopen. Maar ze zijn weinig gemotiveerd en vertonen soms minder gewenst gedrag. Bovendien lukt het de school niet om goede afspraken te maken met de ouders over op tijd komen. Ook is ongeoorloofd verzuim soms een probleem. Moeder spreekt gebrekkig Nederlands en heeft bovendien weinig gezag bij de jongens. Vader zit 's middags vaak in de moskee. De school heeft niet de indruk dat het gezin sterk gelovig is. Het lijkt er meer op dat de vader in de moskee rust vindt en de ook voor hem minder prettige thuisomgeving ontvlucht. De school ervaart weinig betrokkenheid van de ouders bij schoolse zaken en de ontwikkeling van hun kinderen. Bijvoorbeeld als men de vorderingen van de kinderen wil bespreken. De ouders krijgen hiervoor een oproep, met datum en tijd van het gesprek. Dat blijkt niet goed te werken. De leerkracht zit op het afgesproken tijdstip vergeefs op de ouders te wachten. Schoolreisjes kosten geld. Het kost moeite om de ouders over te halen om voor hun kinderen te betalen. Zij hebben het niet breed en besteden hun geld liever aan zaken die zij meer noodzakelijk vinden dan een schoolreisje.

De kinderen Turkdogan zijn tamelijk self-supporting voor hun leeftijd. Ze zorgen bijvoorbeeld vaak zelf voor hun eten, en meestal is dat dan in de vorm van een patatje. Ondanks deze zelfstandigheid lijken zij niet het idee te hebben veel kans te hebben op een normale loopbaan in onze maatschappij. Hun vrijetijdsbesteding speelt zich grotendeels af achter de computer en de televisie. Als ze de volgende dag vertellen over de programma's die ze hebben gezien, verbazen de leerkrachten zich soms, omdat zij zelf ook hebben gekeken en dus weten hoe laat dat programma was. De kinderen gaan blijkbaar erg laat naar bed.

Dames en heren, even genoeg anekdotes. Ik wil het met u hebben over het thema van mijn leerstoel, de gezondheid van groepen in achterstandsituaties.

Enkele jaren geleden becijferde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het RIVM, dat de levensverwachting van mannen die alleen lager



*Prof. dr. Barend Middelkoop*

onderwijs hebben genoten, circa vijf jaar lager ligt dan van mannen die hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs hebben genoten. Voor vrouwen was het verschil iets kleiner. Vooral bij de mannen werd het verschil naar sociale klasse nog groter wanneer niet werd gekeken naar de totale levensverwachting, maar naar de zogeheten gezonde levensverwachting. Daarmee doelt men op het aantal jaren dat iemand door zal brengen zonder ernstige gezondheidsproblemen en beperkingen. Bij de mannen bedroeg het verschil in gezonde levensverwachting maar liefst twaalf jaar. Dit betekent dat we niet alleen te maken hebben met sociaal-economische verschillen in sterfte, maar ook met sociaal-economische verschillen in gezondheid. Een schrijnend detail: gemiddeld genomen zijn de mannen met alleen lager onderwijs al overleden vóórdat ze op de leeftijd zijn gekomen waarop de gemiddelde man met een hogere beroeps- of wetenschappelijke opleiding pas *begint* aan zijn minder gezonde laatste jaren. Met andere woorden: de *totale* levensverwachting van de man met alleen lager onderwijs is lager dan de *gezonde* levens-

verwachting van de hoog opgeleide man. In de westerse wereld en zeker ook in Nederland zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de afgelopen tien, vijftien jaar niet afgenomen, maar juist toegenomen. Het belang van dit onderwerp voor het totale terrein van de public health kan nauwelijks worden overschat. Immers, in de meeste westerse landen is de grootste winst in de volksgezondheid momenteel te bereiken door het opheffen van gezondheidsachterstanden bij de lagere sociaal-economische klassen.

De door het RIVM gepresenteerde waarnemingen, die kunnen worden aangevuld en verrijkt met talloze gegevens uit vele onderzoeken uit binnen- en buitenland, roepen veel vragen op. De belangrijkste vragen zijn: 1. Wat is de oorzaak van deze sociaal-economische gezondheids- en sterfteverschillen? En 2. Wat kunnen we eraan doen? Mensen die behoren tot groepen in achterstand-situaties bevinden zich aan de ongunstigste zijde van het spectrum van deze verschillen. In het kader van mijn leeropdracht hoop ik enig licht te kunnen werpen op het antwoord op deze twee vragen.

U vraagt zich misschien af: 'weten we het dan nog niet?' We doen al tientallen jaren onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. En we zijn inmiddels ook al in de fase dat we initiatieven nemen om er wat aan te doen. Een mooi voorbeeld is het actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' dat is uitgevoerd in Den Haag en dat een vervolg krijgt in de huidige collegeperiode. Hierbij wordt aangehaakt bij de prachtwijkenpolitiek van de rijksoverheid. Het actieprogramma richtte zich op drie domeinen: een gezonde leefstijl, een gezonde leefsituatie en versterking van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ik vind dit heel verstandige keuzen, maar eigenlijk denk ik dat we nog onvoldoende weten welke gunstige effecten met deze benadering kunnen worden bereikt. Ik zal daar straks meer over zeggen.

Het is tamelijk gebruikelijk om tijdens reflecties over de public health, terug te grijpen op onze grote voorgangers, zo niet de founding fathers van de moderne public health, in de negentiende eeuw. Mijn reflecties zullen hier geen uitzondering op zijn. Ik wil het met u hebben over Rudolf Virchow en over John Snow.

Rudolf Virchow, Solomon Neumann en Rudolf Leubuscher waren prominente leden van een groep

Duitse medici, die elkaar vonden in hun gemeenschappelijke belangstelling voor de gevolgen van de industriële revolutie voor de gezondheid. Virchow en de zijnen formuleerden de volgende oogmerken van de public health: 1. De gezonde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van de burger; 2. De preventie van alles wat de gezondheid bedreigt; en 3. De controle van ziekten. Dit zijn de doelstellingen van de public health, zoals Neumann die op 30 maart 1849 opschreef in een voorstel aan de Berlijnse Maatschappij van Genees- en Heelkundigen. Met andere woorden, zo schreef hij: de public health moet zorgdragen voor de samenleving als geheel door die algemene fysieke en sociale condities in ogenschouw te nemen die op een negatieve manier invloed kunnen hebben op de gezondheid, zoals bodem, industrie, voeding en huisvesting; en ze moet elk individu beschermen door die condities in ogenschouw te nemen die hem of haar ervan weerhouden goed voor de eigen gezondheid te zorgen. Voorbeelden van zulke condities zijn armoede en ziekte en gebrek.

We horen in deze tekst de echo van die tijd. Het was niet alleen de tijd van de industriële revolutie. Een halve eeuw eerder had de Franse revolutie plaatsgevonden. En het midden van de negentiende eeuw was een roerige periode in de Europese geschiedenis. Het jaar 1848, bijvoorbeeld, was het jaar van de verschijning van het Communistisch Manifest en ook het jaar van de Parijse Commune. Kortom, het was een tijd waarin er een roep was om hervormingen.

De zojuist genoemde Duitse medici gingen uit van enkele basisprincipes. Het eerste principe luidde dat de volksgezondheid een zaak is van direct maatschappelijk belang. De maatschappij heeft de plicht om de gezondheid van haar leden te beschermen en te verzekeren. Het tweede principe was het uitgangspunt dat sociale en economische omstandigheden een belangrijke invloed hebben op gezondheid en ziekte, en dat deze verbanden onderwerp moeten zijn van wetenschappelijk onderzoek. Het derde principe volgt hier logisch uit: de stappen die genomen moeten worden om de gezondheid te bevorderen en ziekte te bestrijden, moeten zowel sociaal als medisch zijn.

Deze opvattingen worden tegenwoordig breed gedeeld binnen de public health, overigens ongeacht de vraag of men nog een warm gevoel krijgt bij het lezen van het Communistisch Manifest. Virchow en de zijnen hebben ons denken in belangrijke mate beïnvloed om ziekte en gezondheid te plaatsen binnen

de bredere context van de maatschappelijke verhoudingen.

Ik wil het nu met u hebben over die andere negentiende eeuwse medicus, de anesthesist John Snow. Velen van u zullen Snow kennen als de man die in 1854 de waterpomp afsloot in Broad Street en aldus de cholera-epidemie wist te bedwingen die Londen in haar greep had. Ik wil u het verhaal een beetje uitgebreider vertellen. Halverwege de negentiende eeuw waren de dokters het onderling behoorlijk oneens over de vraag hoe infectieziekten werden veroorzaakt. Sommigen waren aanhangers van een al lang bestaande theorie die zei dat er een soort specifieke ziekteverwekker moest zijn, die een bepaalde infectieziekte veroorzaakte. Deze groep werd aangeduid als de contagionisten. De contagionisten wezen op het nut van bijvoorbeeld de quarantaine, een maatregel waarbij zieke personen afgezonderd werden van de rest van de bevolking. Bij de bestrijding van pestepidemieën was deze maatregel zeer succesvol geweest. Tegenover de contagionisten stond een groep die erop wees dat het nog steeds niemand was gelukt om die veronderstelde ziekteverwekkers aan te tonen, bijvoorbeeld via een chemische analyse. Daarom vonden zij dat het contagionisme een zeer speculatieve theorie was. Bovendien kon het contagionisme veel zaken *niet* verklaren. Bij cholera, bijvoorbeeld, was helemaal geen rechtstreeks contact tussen individuen nodig. Ook zonder dat verspreidde de ziekte zich epidemisch. En, ondanks de hoge pretenties, kon het contagionisme ook veel andere vragen niet beantwoorden, zoals de vraag wie ziek werd, en waar en waarom. Deze tweede groep veronderstelde dat er kwalijke dampen in de lucht waren, die ze aanduidden met de term *miasma's*. Deze *miasma's* veroorzaakten ziekten. Men noemt deze groep de *miasmatici*. Snow behoorde tot de contagionisten. In zijn tijd vormde die groep de minderheid. Snow stelde dus een interventie voor waarvan de wetenschappelijke onderbouwing bepaald niet onomstreden was. Ik wil straks een parallel laten zien met de hedendaagse situatie bij de bestrijding van diabetes en hart- en vaatziekten.

Even terug naar de Londense cholera-epidemie. Snow veronderstelde dat deze werd veroorzaakt door een specifieke ziekteverwekker. Het viel hem op dat er veel sterfgevallen waren in de omgeving van de openbare waterpomp in Broad Street. En hij veronderstelde dat hier het probleem zou kunnen zitten. Hij ging, als een epidemioloog *avant la lettre*,

ook heel precies rekenen. Om hoe veel sterfgevallen ging het? En was het aantal sterfgevallen per 1000 gebruikers ook echt hoger dan onder mensen die water haalden bij een andere pomp?

Woonhuizen hadden in die tijd nog geen waterkraan, aangesloten op een waterleidingnet. Voor je watervoorziening was je aangewezen op openbare pompen, die dus een soort collectieve voorziening waren. Het beheer over de Broad Street pomp lag bij de lokale kerkelijke parochie. Snow wist, zij het met veel moeite, het bestuur te overtuigen dat de pomp moest worden afgesloten. Zoals gezegd ging zijn verklaring in tegen de miasmatische theorie, die op dat moment dominant was. Daarbij, de epidemie was al aan het afnemen. Dus het afsluiten van de pomp leek niet zo heel urgent. Hoe dan ook, Snow kreeg het wél voor elkaar, wat ongetwijfeld te maken zal hebben gehad met het feit dat hij een zeer gezaghebbend medicus was. Overigens, een paar weken later, de cholera-epidemie was nu echt aan het verdwijnen, werd de pomp weer in gebruik genomen. Men moest toch ergens zijn water vandaan halen?

Jammer genoeg heeft Snow het ultieme bewijs van zijn gelijk niet mogen meemaken. Pas in 1883 toonde Koch de *Vibrio Cholerae* aan onder zijn microscoop. John Snow was toen al lang dood en begraven. Waarom vertel ik dit verhaal zo uitgebreid? Ik wil even terug naar het moment waarop Snow begon te wijzen naar de pomp. Snow was contagionist, en dacht dus aan een specifieke ziekteverwekker. Maar hoe kwam hij erbij om te denken dat de epidemie te maken kon hebben met een pomp? Hij ging immers niet zo maar in het wilde weg sterftecijfers verzamelen om die vervolgens te delen op bevolkingscijfers en naar associaties te zoeken. Nee, er zat een idee achter, een theorie, die hem ertoe bracht om te denken aan de openbare pomp als besmettingsbron. Snow keek heel goed naar het klinische beeld van de cholera. Het leek er sterk op dat cholera een ziekte was van het maagdarmkanaal. Daarom vond Snow het waarschijnlijk dat het gif via de mond binnenkwam. Snow vermoedde dat het om een levende ziekteverwekker ging, die in staat was zich in het maagdarmkanaal van de mens te vermenigvuldigen. En die vervolgens met de faeces weer naar buiten kwam. Dat betekende dus dat besmetting kon plaatsvinden zonder dat er direct contact was tussen personen. Het was genoeg als iemand op de een of andere manier iets naar binnen kreeg van de faeces van een patiënt. Nu wilde het geval dat het water van de Broad Street pomp afkomstig was van een plek in de Thames waar ook fecaliën werden geloosd. Om kort te gaan, Snow had

heel uitgewerkte ideeën over de oorzaken van de cholera. En hij had antwoorden op de kritiek die de aanhangers van de miasmatische theorie hadden op het contagionisme.

Van Snow leren we dus het belang van theorie en van het goed kijken naar en interpreteren van de feiten. Geen goede public health zonder goed gebruik van de beschikbare medische kennis en zonder goed gebruik van de epidemiologie.

Wat hebben wij aan deze historische uitstapjes als we ons bezig willen houden met de hedendaagse sociaal-economische gezondheidsverschillen?

Virchow en de zijnen zeiden dat het de taak is van de public health om alle condities in ogenschouw te nemen die de burger ervan weerhouden goed voor de eigen gezondheid te zorgen. Nu hebben wij inmiddels in onderzoek gevonden dat mensen in de lagere sociaal-economische klassen minder goed in staat zijn voor hun gezondheid te zorgen dan mensen uit hogere klassen. Wij hebben prachtige modellen van gezondheidsbevordering ontwikkeld die ons kunnen helpen om dit te verklaren. Ik noem als voorbeeld het ASE-model, waarbij de A staat voor Attitude, de S voor de Sociale invloed en de E voor de Eigen effectiviteitsverwachting. Het ASE-model stelt dat voorlichting niet voldoende is om mensen te motiveren tot gezonder gedrag. Voorlichting leidt wel tot vergroting van kennis, en dat is meestal wel een noodzakelijke voorwaarde voor gedragsverandering. Maar mensen die weten dat roken dodelijk is, zullen niet om die reden stoppen. Hun houding, hun attitude, moet ook worden beïnvloed. Hun sociale omgeving moet ondersteunend werken. En ze moeten het gevoel hebben dat ze zelf iets kunnen verbeteren aan hun kansen op een goede gezondheid. Dan pas bestaat er een reële kans dat zij zich gezonder gaan gedragen.

Op zich wil ik niets zeggen ten nadele van het ASE-model. Maar wat in het hedendaagse gebruik ervan doorklinkt is het volgende. Als we erin slagen om mensen uit lagere sociale klassen zo te beïnvloeden dat zij zich gezonder gaan gedragen, dan krijgen zij uiteindelijk dezelfde kansen op gezondheid als de mensen uit de hogere sociale klassen. Met andere woorden, we kunnen de sociaal-economische gezondheidsachterstanden opheffen als we erin slagen iedereen zo ver te krijgen dat zij zich even gezond gedragen als de rijke bovenlaag van de bevolking. We weten dat het een hele toer is om iedereen zo ver te krijgen, maar hier ligt wel de sleutel tot de oplossing.

De vraag is of dit waar is. Er zijn waarnemingen die hier niet helemaal mee in overeenstemming zijn. Ik noem er drie.

De INTERHEART studie was een wereldwijde case control studie onder circa 25.000 mensen uit 52 landen naar risicofactoren voor sterfte aan hartinfarct. Men was vooral geïnteresseerd in risicofactoren waar je invloed op zou kunnen uitoefenen, zoals roken, voeding, fysieke activiteit en gebruik van alcohol. De INTERHEART studie leverde tal van intrigerende bevindingen op. Voor mijn verhaal vond ik de opmerkelijkste dat psychosociale factoren een eigen, onafhankelijke invloed bleken te hebben. Daarbij had men gekeken naar zaken als depressie, ervaren stress en ingrijpende levensgebeurtenissen. Ook was gemeten waar iemand zijn of haar 'locus of control' plaatste: binnen zichzelf of buiten zichzelf. Met andere woorden, of iemand het idee heeft zelf veel invloed te hebben op de eigen situatie of zich daarin juist tamelijk machteloos voelt. Op dit punt van gevoel van controle over de eigen situatie kom ik nog uitgebreider te spreken.

Wat moeten we concluderen uit de INTERHEART studie? Dat stress leidt tot hartinfarcten? Hoe dan? Doordat mensen die aan stress blootstaan, zich ongezonder gedragen, bijvoorbeeld door meer te roken? Hier ligt de verklaring niet, want zoals ik zei, de invloed van de psychosociale factoren was onafhankelijk, dat wil zeggen dat er was gecorrigeerd voor verschillen in gedrag. Blijkbaar spelen er andere mechanismen. Psychosociale factoren hebben, los van het feitelijke gedrag, invloed op het cardiovasculaire risico.

Tweede voorbeeld. In de Amerikaanse longitudinale CARDIA studie werd - binnen een subgroep van ruim 750 deelnemers - gevonden dat een lage sociaal-economische positie samenhangt met een verhoogd cardiovasculair risico. Dat verband bleef zichtbaar nadat gecorrigeerd was voor leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, fysieke activiteit, body mass index, roken en systolische bloeddruk. In de CARDIA studie probeert men om biologische mechanismen te vinden die de samenhang tussen sociaal-economische positie en verhoogde incidentie van en sterfte aan coronaire hartziekten kunnen verklaren. Ik kom hier aanstonds nog op terug.

Derde voorbeeld. In Engeland wordt al sedert tientallen jaren een beroemde studie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen uitgevoerd. Ik

doel op de Whitehall studie, een onderzoek onder 18.000 Londense ambtenaren. Deze ambtenaren werden verdeeld in vier sociaal-economische strata. Over een periode van 25 jaar werden de verschillen bestudeerd in sterfte als gevolg van coronaire hartziekten. De sterftekans in de laagste sociaal-economische groep was maar liefst 1,8 maal zo hoog als in de hoogste sociaal-economische groep. De onderzoekers waren benieuwd of dit kwam door verschillen in gedrag. Zij herhaalden daarom hun analyse, maar corrigeerden voor verschillen in rookgedrag en voor verschillen in voeding. Iets preciezer: de onderzoekers corrigeerden onder meer voor verschillen in rookgedrag, cholesterolspiegel in het bloed, bloedsuiker en systolische bloeddruk. En inderdaad, na al deze correcties was het verschil in sterftekans kleiner geworden, maar was de sterftekans in de laagste sociaal-economische groep nog steeds zo'n anderhalf keer hoger dan in de hoogste klasse. Dit betekent dat ongeveer eenderde van het oorspronkelijke sterfteverschil kon worden verklaard uit verschillen in gedrag. Natuurlijk is dat interessant. Maar minstens zo interessant is de vraag hoe het dan zit met die onverklaarde andere tweederde. Ik wil deze Engelse sterfecijfers gebruiken voor mijn verhaal over de Nederlandse situatie. En ik wil het niet alleen hebben over verschillen in *sterfte* aan hart- en vaatziekten, maar ook over verschillen in incidentie, dus in het vóórkomen van hart- en vaatziekten, los van de vraag of men eraan overlijdt. Laat ik voorzichtigheidshalve in het vervolg van dit verhaal niet spreken van een verdeling éénderde tegenover tweederde, maar van de kleinste helft en de grootste helft. De kleinste helft van de sociaal-economische verschillen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten kunnen we dus verklaren uit bekende risicofactoren, met name uit het gedrag van mensen. De grootste helft van de sociaal-economische verschillen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten kunnen we niet verklaren.

Ik hoop dat u mij wilt volgen als ik het thema van de sociaal-economische gezondheidsachterstanden toespits op diabetes en hart- en vaatziekten. Diegenen die weten waar ik mij bij de GGD Den Haag vooral mee heb bezig gehouden, namelijk diabetes bij Hindostanen, zullen hier wel begrip voor hebben. Het gaat overigens niet om een willekeurige keuze. Indertijd hebben wij in de Haagse sterftestudie aangetoond dat juist diabetes en hart- en vaatziekten de grootste bijdragen leveren aan de sociaal-economische sterfteverschillen in de stad.

Laten we ons eerst concentreren op die kleinste helft van de cardiovasculaire sterfteverschillen die verklaarbaar is uit gezondheidsgedrag. Dan gaat het om zaken als bewegingsarmoede, ongezonde eetgewoonten, overgewicht en roken. Zullen we, met goede campagnes van gezondheidsbevordering, dit gedeelte van deze sterfteverschillen uitbannen?

Dat is minder zeker dan menigeen denkt. We weten dat ongezonde leefgewoonten scheef zijn verdeeld. Dat de mensen uit de lagere sociaal-economische lagen vaker ongezond gedrag vertonen dan de mensen uit de hogere sociaal-economische lagen. Maar we weten slechts ten dele hoe dat komt. Als we de ongezonde leefgewoonten aanwijzen als oorzaken van gezondheidsverschillen, dan gaat het mij nu om de vraag wat dan de oorzaken van die ongezonde leefgewoonten zijn. De 'causes of the causes', zoals de bekende Engelse epidemioloog Michael Marmot ze noemt. Marmot, overigens een van de belangrijke mannen van de genoemde Whitehall studie, wijst erop dat stressverwekkende levensomstandigheden ongelijk zijn verdeeld over de sociale strata. En dat de mate waarin mensen zelf controle kunnen uitoefenen over hun levensomstandigheden eveneens ongelijk verdeeld is. Kortom, aan de sociaal-economische verschillen in gezond gedrag liggen sociaal-economische verschillen in levensomstandigheden ten grondslag.

Ik moet onwillekeurig denken aan een bekende tijdgenoot van Virchow en Snow. Ik doel op een revolutionaire filosoof die godsdienst 'het opium van het volk' noemde. Godsdienst was datgene waarmee het gewone volk zichzelf als het ware troostte in een kommervol bestaan. In het hiernamaals zou het allemaal beter zijn. Hoe ligt dit heden ten dage? We leven in een gesecculariseerde maatschappij en voor de overgrote meerderheid van de bevolking is godsdienst niet meer zo heel belangrijk. Maar heeft men tegenwoordig dan geen troost meer nodig? Wat zouden we vandaag het opium van het volk kunnen noemen? Ik geef een complex van ongezonde leefgewoonten een goede kans op deze titel. Passief hangen voor de televisie, liefst met programma's die licht verteerbaar zijn, en met een sigaretje, een calorierijk blikje frisdrank en een snack of een patatje onder handbereik.

Het is een wrang beeld dat ik hier schets. De maatschappelijke ongelijkheid leidt ertoe dat groepen aan de onderkant van de samenleving ongezonder gaan leven. Tegelijk biedt een liberale economie alle ruimte aan onder meer de tabaks- en voedingsindustrie om geld te verdienen aan deze ongezonde

leefgewoonten. Ook als de overheid hier regulerend in optreedt, bijvoorbeeld door een rookverbod in openbare ruimten, is dit dus niet meer dan symptoombestrijding. Hetzelfde moet worden gezegd van de meeste campagnes van gezondheidsbevordering, vooral als zij zich beperken tot het bevorderen van gezond gedrag. Voor alle duidelijkheid: hiermee is niet gezegd dat overheidsregulering niet moet of dat gezondheidsbevordering onzinnig is. Integendeel, het zou het toppunt van cynisme zijn indien we deze strategieën zouden verlaten. Maar wij moeten ons bewust zijn van de principiële beperktheid van hun betekenis.

Vergeleken met het negentiende eeuwse opium van het volk is het hedendaagse opium van het volk in zeker opzicht veel schadelijker. Immers, in de negentiende eeuw was het vooral een manier om te dealen met een zwaar dagelijks bestaan, zonder dat je van dat opium nou direct ziek werd. Het hedendaagse opium echter is, zoals professor Samad Shera het noemde, een massavernietigingswapen. Als de bestaande maatschappelijke verhoudingen mede verantwoordelijk zijn voor de productie en het gebruik van dergelijke vernietigingswapens, dan moet de conclusie luiden dat het bijzonder moeilijk is geworden om gezondheidsachterstanden te bestrijden zonder tegelijk de maatschappelijke verhoudingen aan de orde te stellen. Misschien geldt dit anno 2008 nog wel sterker dan ten tijde van onze inspirator Rudolf Virchow.

Laten we de maatschappelijke aspecten even laten rusten en ons richten op de medisch-wetenschappelijke aspecten. Ik heb u eerder gezegd dat ik zekere parallellen zie in de huidige stand van de medische wetenschap en de tegenstellingen in de negentiende eeuw tussen de miasmatici en de contagionisten. Een belangrijk verschil is wel dat men zich toen beter leek te realiseren dat er nog veel onzeker en onbekend was. Tegenwoordig lijkt wel eens de mening te overheersen dat de medische wetenschap nog slechts enkele details hoeft in te vullen en dat men het meeste wel weet. Toegespitst op diabetes en hart- en vaatziekten vraag ik me af of dat klopt.

Wat weten wij over hetgeen zich in een lichaam afspeelt wanneer het bijvoorbeeld te dik is geworden? Welke evenwichten zich instellen? We weten dat zich dan diabetes kan ontwikkelen. Dat is een nieuw soort evenwicht, een onomkeerbaar evenwicht en een evenwicht tussen aanhalingstekentjes, want geen echt evenwicht. Maar hoe zit het precies vóór die tijd? Dus als iemand bijvoorbeeld wel een gestoorde

glucosetolerantie heeft, maar nog geen diabetes? Of als iemand alleen maar veel te dik is? We weten steeds meer over neurologische en hormonale mechanismen die een rol spelen bij zaken als hongergevoel en gevoel van verzadiging en bij de regulering van ons energieverbruik. Het vetweefsel zelf produceert ook hormonen die in die regulering een rol spelen. Kan het zo zijn dat wanneer iemand eenmaal te dik is, dat de normale reguleringsmechanismen niet meer goed functioneren? Dat er nieuwe metabole evenwichten zijn ontstaan die het erg moeilijk, zo niet onmogelijk maken dat iemand louter op wilskracht een normaal gewicht kan bereiken? Kortom, dat de biologie de beperkende factor is geworden?

We weten het niet, al nemen onze inzichten wel toe. Hier past dus wel enige bescheidenheid als we denken dat we evidence based programma's kunnen ontwikkelen om overgewicht te bestrijden en fysieke fitheid te bevorderen. Net als bij de bestrijding van de cholera-epidemie hebben we voor de bestrijding van de obesitas-epidemie behoefte aan een goed wetenschappelijk inzicht in de oorzakelijke processen. Kortom, John Snow kan onze tweede inspiratiebron zijn.

Dan nu aandacht voor die grootste helft van de sociaal-economische verschillen in het voorkomen van hart- en vaatziekten. Het gedeelte dat we niet kunnen verklaren uit de bekende risicofactoren. En dat dus niet zal verdwijnen, ook niet als we ervoor zouden kunnen zorgen dat iedereen zich net zo gezond gaat gedragen als de hoogste sociaal-economische laag.

Er zijn wetenschappers die hebben nagedacht over de mechanismen die ten grondslag liggen aan deze grootste helft van de sociaal-economische cardiovasculaire gezondheidsverschillen.

Onderzoekers van de eerder genoemde CARDIA studie zien een rol voor het parasymphatische zenuwstelsel in de verklaring van sociaal-economische verschillen in cardiovasculaire gezondheid. Via dit deel van het autonome zenuwstelsel wordt in ieder geval de werking van het hart beïnvloed. En zij hebben hierbij sociaal-economische verschillen aangetoond.

De onderzoekers van de eveneens eerder genoemde Whitehall studie denken dat cortisol, ook wel aangeduid als het stresshormoon, een belangrijke rol speelt. Stress zou dan via de zogeheten hypothalamus - hypofyse - bijnier - as zorgen voor verhoogde cortisolspiegels. Dit zou dan leiden tot het metabool

syndroom, een voorstadium van diabetes dat gekenmerkt wordt door insulineresistentie, een vergrote buikomvang, een verhoogde bloeddruk en een ongunstige samenstelling van de vetten in het bloed.

Marmot zegt in dit verband enkele behartigenswaardige dingen. In westerse samenlevingen is het in zijn algemeenheid niet zo dat de mensen met een lage sociaal-economische positie onvoldoende materiële welvaart hebben om gezond te kunnen leven. Maar ook indien de materiële welvaart boven een bepaald minimumniveau uitstijgt, is niet aan de voorwaarden voldaan om een optimale gezondheid te bereiken. Mensen die minder controle hebben over hun bestaan, die minder in staat zijn om in de maatschappij te participeren, hebben daarmee levensomstandigheden die leiden tot een slechtere gezondheid. Voor een deel loopt dit via de weg van het ongezonder gedrag, maar voor het grootste deel via andere, meer direct lopende biologische mechanismen.

U hoort het misschien tussen de regels door: deze biologische verklaringen zijn deels nog speculatief. Ook is nog onvoldoende duidelijk hoe groot het deel is van de gezondheidsverschillen dat door deze mechanismen wordt veroorzaakt. Alweer moet ik denken aan de wetenschappelijke discussies rond de cholera-epidemie. Net als toen, hebben we nog onvoldoende wetenschappelijke inzichten. En ook nu vraag ik me af of deze gezondheidsverschillen kunnen worden bestreden zonder de maatschappelijke verhoudingen erin te betrekken die aan de verschillen ten grondslag liggen. Immers, het lijkt er sterk op dat een lage sociaal-economische positie leidt tot psychosociale spanningen en stress en dat deze op hun beurt biologische reacties oproepen in het lichaam die een verhoogde kans geven op hart- en vaatziekten. Kortom, ook bij het nadenken over deze onverklaarde grootste helft van de cardiovasculaire gezondheidsverschillen, kunnen Snow en Virchow onze inspirators zijn.

Als u mij toestaat om op dit moment een uitstapje te maken naar de Hindostanen, dan gelden alle onzekerheden die ik noemde misschien nog wel sterker. We weten inmiddels dat gezond gedrag bij deze bevolkingsgroep geen honderd procent garantie geeft tegen het optreden van diabetes en hart- en vaatziekten. We weten dat deze bevolkingsgroep extra risico's draagt, waaronder een fragiel vaatstelsel, een hoger vetpercentage bij een gelijke body mass index,

in vergelijking met mensen van West-Europese afkomst, en een bij de geboorte al aantoonbaar verhoogd risico in de zin van een relatief hoog percentage lichaamsvet en een verhoogde insulineconcentratie in het navelstrengbloed. De Hindostanen behoren in meerderheid tot de lagere sociaal-economische klassen in Den Haag, maar hebben blijkbaar daarnaast een verhoogd cardiovasculair en diabetesrisico dat specifiek is voor deze bevolkingsgroep. Overigens vonden wij in Den Haag, althans op jongere leeftijd, een duidelijk verschil in vóórkomen van suikerziekte onder Hindostanen al naar gelang hun sociaal-economische positie. Beneden de leeftijd van vijftig jaar komt onder Hindostanen die in de Schilderswijk en Transvaal wonen, diabetes bijna vier keer zo vaak voor als onder de Hindostanen die in de wat betere wijken wonen.

Ik kom tot de volgende conclusies.

Ten eerste kunnen we de grootste helft van de cardiovasculaire oversterfte in de laagste sociaal-economische klasse niet verklaren uit de bekende risicofactoren, waaronder gedragsfactoren zoals lichamelijke activiteit, voeding en roken. Hoe we deze grootste helft wél moeten verklaren weten we nog onvoldoende.

Ten tweede hebben we onvoldoende inzicht in de sociale mechanismen die de ongelijke verdeling verklaren van ongezonder gedrag over de sociaal-economische strata.

Ten derde hebben we onvoldoende inzicht in de biologische mechanismen die ten grondslag liggen aan de diverse aspecten van cardiovasculaire gezondheid, zoals gevoel van honger dan wel verzadiging, adipositas, insulinegevoeligheid et cetera.

Ik pleit daarom voor meer, ook fundamenteel onderzoek naar de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen, met daarbij apart aandacht voor verschillen die gerelateerd zijn aan verschillen in etnische achtergrond. Dit fundamentele onderzoek moet zich enerzijds richten op de maatschappelijke mechanismen die verantwoordelijk zijn voor gezondheidsachterstanden en anderzijds op de betrokken biologische mechanismen. Ik citeer nogmaals Virchow en de zijnen: de public health moet zorg dragen voor de samenleving als geheel door die algemene fysieke en sociale condities in ogenschouw te nemen die op een negatieve manier invloed kunnen hebben op de gezondheid. En net als

Snow moeten we al onze kennis en denkracht aanwenden om de mogelijke biologische mechanismen te doorgronden. Met andere woorden, de public health moet enerzijds een alliantie onderhouden met de sociale en gedragswetenschappen en anderzijds met de 'medical body of knowledge', ik zeg het maar even in mijn beste Nederlands. Deze laatste alliantie is misschien in de achterliggende periode wat verwaarloosd.

Ik ga nog even terug naar de familie Turkdogan in de Haagse Schilderwijk. U hebt vast tijdens mijn beschrijving op verschillende momenten mogelijkheden gezien om tot verbetering te komen. Ik denk ook dat wij die mogelijkheden moeten proberen te benutten. Ik denk ook dat de public health daar essentieel in is. Bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, die in mijn ogen een buitengewoon belangrijke rol kan spelen. Niet alleen in de zorgverlening en begeleiding van ouders en kinderen, maar ook als regisseur. Ik wil ook dat u mijn verhaal niet misverstaat. Ik heb gewezen op vele beperkingen in onze kennis. Maar dat mag ons niet weerhouden van het aanbieden van interventies waarvan wij weten of waarvan het voldoende aannemelijk is dat zij de familie Turkdogan ten goede komen. En ik weet van creatieve en inspirerende initiatieven op dit gebied. Van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Van huisartsen. Van leerkrachten. Ik noem, als willekeurig voorbeeld, de Haagse sporttuinen. Enkele leerkrachten gymnastiek hebben de handen ineengeslagen om op een braakliggend terreintje in de Schilderswijk iedere middag sport- en spelactiviteiten aan te bieden aan de kinderen van hun basisscholen. Dit vergde en vergt forse investeringen, niet alleen van de kant van de gemeente, maar ook van de scholen die dit betalen en van de betrokken leerkrachten. Maar ze dóen het wel!

Dames en heren, mijn betoog heeft uiteraard alles te maken met de manier waarop ik invulling hoop te geven aan de leerstoel 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. De voorgeschiedenis van deze leerstoel is als volgt. Enkele jaren geleden besloot het LUMC om de toenmalige afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde uit te bouwen tot de huidige afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde. Hiermee kwam bij het LUMC weer een volwaardige plek voor de discipline Sociale Geneeskunde. In diezelfde periode kwam ZonMw, het grote Nederlandse fonds voor gezondheidsonderzoek, met het programma 'Academische werkplaatsen Publieke

gezondheid'. Doel van dit programma is om een brug te slaan tussen de universiteit en de praktijk van de openbare gezondheidszorg, met name de GGD-en. De toen nog vier, na een fusie inmiddels drie GGD-en in onze regio, TNO Kwaliteit van Leven en het LUMC richtten de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland op. Met succes werd een aanvraag ingediend bij het zojuist genoemde ZonMw-programma. Parallel aan de ontwikkeling van deze academische werkplaats vestigde de gemeente Den Haag een leerstoel Public health bij het LUMC. Deze bijzondere leerstoel is nauw gekoppeld aan de academische werkplaats. Binnen de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde is een sectie Public health gevormd, waar ik als bijzonder hoogleraar leiding aan mag geven. Naast mijn 70% aanstelling ten behoeve van de leerstoel, inclusief het coördinatorschap van de academische werkplaats, blijf ik voor 30% verbonden aan de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. Ik heb het voorrecht om als het ware in eigen persoon een deel van de genoemde brug te vormen tussen universiteit en GGD. De leeropdracht 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' impliceert onder meer dat ik geacht word om, zij het met andere middelen, de lijn voort te zetten die ik al bij de GGD Den Haag volgde. Er zijn natuurlijk belangrijke verschillen. Een GGD-epidemioloog doet vooral beschrijvend onderzoek. Universitaire onderzoekers zijn vooral geïnteresseerd in meer fundamenteel onderzoek. Bijvoorbeeld naar de oorzaken van het verhoogd voorkomen van bepaalde ziekten bij bepaalde bevolkingsgroepen. En dat is dan weer informatie die nuttig kan zijn bij het ontwikkelen van preventiestrategieën, dus daar kunnen de GGD-en weer hun voordeel mee doen. En de universiteit kan, vanuit een meer gedistantieerde en onafhankelijke positie, een bijdrage leveren aan de evaluatie van preventieve activiteiten, óók die van de GGD-en. Kortom, de academische werkplaats en de leerstoel bieden in mijn ogen uitstekende kansen waarbij het beste van de twee werelden kan worden gecombineerd.

Wat betekent dit alles nu voor het onderwijs en het onderzoek aan het LUMC?

Eerst het onderwijs. De afgelopen jaren hebben een ontwikkeling laten zien waarbij in toenemende mate werd samengewerkt met GGD-en ten behoeve van het onderwijs in de fase vóór de coassistentenschappen. Ik doel hierbij niet alleen op gastcolleges, maar ook op de begeleiding van het kleinschalige werkgroep-

onderwijs door medewerkers afkomstig uit alle drie de GGD-en. Voor de GGD-medewerkers een inspirerende ervaring, voor de studenten een uitmuntende mogelijkheid om rechtstreeks in contact te komen met mensen uit de dagelijkse praktijk van de openbare gezondheidszorg.

Voor de GGD-en is dit tegelijk een diepte-investering om ook in de toekomst juist de goede medische studenten te kunnen aantrekken voor functies in de openbare gezondheidszorg.

Natuurlijk komt ook hier de liefde niet van één kant. Het LUMC gaat nascholingen verzorgen voor GGD-medewerkers. Op dit moment zijn wij aan het nagaan wat daarvoor de meest geëigende thema's en terreinen zijn, waar bij de GGD-en behoefte aan is. Ook dit is een veelbelovend aspect van de academische werkplaats.

Dan het onderzoek. Ik noemde al dat de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland een aanvraag toegekend heeft gekregen uit het ZonMw-programma Academische werkplaatsen. Daarnaast zijn uit diverse andere bronnen subsidies verkregen. Al met al spreken we inmiddels van vijf lopende promotie-trajecten, of misschien zes, afhankelijk van een nog te verkrijgen deelfinanciering. Al deze onderzoeken zijn gebaseerd op behoeften die geformuleerd zijn door medewerkers van de drie betrokken GGD-en. En dan praat ik niet alleen over GGD-epidemiologen, maar ook over gezondheidsbevorderaars, infectieziekte-artsen en jeugdartsen.

Al voor de opbouw van de sectie Public health had de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde twee prioritaire velden benoemd, te weten de Ouderengeneeskunde en de Preventie. Hier kan de sectie Public health natuurlijk uitstekend bij aansluiten. Een voorbeeld. Twee promovendi ontwikkelen en testen een programma voor preventief gezondheidsonderzoek voor ouderen. Dit zal onder meer leiden tot afgewogen inzichten in de voors en tegens van zogeheten Consultatiebureaus voor Ouderen.

Ik zal niet alle lopende projecten bespreken. Ik wil twee aspecten naar voren halen: de invulling van de leeropdracht en de samenwerking met andere medische disciplines.

De invulling van de leeropdracht, ik zei het al, impliceert onder meer een bepaalde vorm van voortzetting van mijn werk bij de GGD Den Haag. Zo zullen twee medewerkers van de afdeling Epidemiologie van deze GGD promoveren op onderzoek naar de gezondheid van niet-westerse

allochtonen. Beide projecten zijn meteen voorbeelden van samenwerking met klinische disciplines. In het ene onderzoek staat de vitamine D status centraal van niet-westerse allochtonen. In dit onderzoek werken we samen met huisartsen in Den Haag, Amersfoort, Amsterdam en Haarlem, met het landelijke onderzoeksinstituut Nivel en met de Vrije Universiteit, te weten het EMGO-instituut en de afdeling Endocrinologie. In het andere onderzoek wordt nagegaan wat de mogelijke invloed is van de omstandigheden tijdens de zwangerschap van Hindostaanse vrouwen, op het verhoogde risico op diabetes en hart- en vaatziekten van hun nageslacht. Dit verhoogde risico is al bij de geboorte van Hindostaanse baby's aantoonbaar aanwezig. In dit onderzoek werken we intensief samen met Vasculaire Geneeskunde en met de afdeling Verloskunde van het LUMC. Daarnaast werken we samen met de Universiteit van Southampton, de bakermat van de achterliggende theorie, die we wel aanduiden als de 'fetal origins'-, of beter 'developmental origins'-hypothese. De Universiteit van Southampton heeft in India onderzoek uitgevoerd naar de invloed van fetal origins waar wij met ons Haagse onderzoek erg goed bij kunnen aansluiten.

Zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van niet-westerse allochtonen zal onderwerp van studie zijn in het kader van de leerstoel. Wat betreft de geestelijke gezondheid denk ik natuurlijk meteen aan de bevindingen van de GGD Den Haag, namelijk dat Turkse en Hindostaanse jonge vrouwen buitengewoon vaak een poging tot zelfdoding ondernemen, zij het gelukkig meestal zonder dodelijke afloop. Tegelijkertijd moeten we niet vergeten dat er ook autochtone groepen in achterstands situaties bestaan. Als ik weer mag putten uit mijn verleden bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag, moet ik bijvoorbeeld denken aan het onderzoek naar overgewicht onder Haagse schoolkinderen. Bij onderverdeling naar woonwijk sprong de *witte* achterstandswijk Duindorp hier extreem ongunstig uit. Het hedendaagse opium voor het volk vindt blijkbaar ook slachtoffers onder autochtone Hagenezen, en al op jonge leeftijd.

U merkt het, de leerstoel floreert dankzij de academische werkplaats en de werkplaats floreert dankzij de leerstoel. En zo hoort het ook. Bij alle lopende promotieonderzoeken zijn GGD-medewerkers betrokken. De academische werkplaats is dus niet alleen samenwerking, maar ook een vorm

van opleiding van GGD-medewerkers. Natuurlijk zal de leerstoel zich niet beperken tot de endocrinologie, de metabole stoornissen en de hart- en vaatziekten. De ontwikkeling van de leerstoel zal worden gestuurd door de inhoud van de leeropdracht, en de leerstoel zal zich dus ook richten op gezondheidsachterstanden op andere terreinen. Daarnaast zal via de academische werkplaats input komen van de drie GGD-en die in de werkplaats participeren. Om dit te faciliteren zijn binnen de werkplaats themagroepen gevormd op de terreinen Infectieziektebestrijding, Gezondheidsbevordering, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Jeugdgezondheidszorg, met binnen deze laatste themagroep een bijzondere positie voor TNO Kwaliteit van Leven. Op al deze terreinen zijn en worden onderzoeksprojecten ontwikkeld en zullen nieuwe onderzoeken ontwikkeld worden. Het zal u duidelijk zijn geworden dat ik daarbij graag samenwerking nastreef met de andere afdelingen van het LUMC en overigens ook met andere onderdelen van de Universiteit Leiden. In het bijzonder noem ik de Faculteit der Sociale Wetenschappen, waarmee al toenemend samengewerkt wordt.

De confrontatie van de universitaire wereld en de GGD-wereld leidt tot interessante ontwikkelingen, heb ik gemerkt. Zo staat in mijn ervaring het denken over een onderwerp als 'de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' binnen het LUMC nog in de kinderschoenen. Omgekeerd zie ik mogelijkheden om de nauwe verbinding die binnen de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde bestaat tussen de eerstelijns mensen en de public health-mensen te vertalen naar de praktijk. Bijvoorbeeld door nauwere samenwerkingsrelaties tot stand te brengen tussen GGD-en en eerste lijn. Als afsluiting van mijn schets van de plannen met de leerstoel wil ik hier graag een lans voor breken. Want naar mijn overtuiging liggen hier nog veel onbenutte kansen om te komen tot een veel krachtiger preventie, met name voor de zogeheten 'moeilijk bereikbare groepen'.

Voor de GGD zijn dit prioriteitsgroepen, die met zeer wisselend succes worden bereikt; voor de huisarts zijn het individuen aan wie alleen met extra inspanningen goede zorg kan worden verleend. Preventie voor deze groepen wordt maar al te gauw het slachtoffer van deze situatie. Samenwerking tussen nulde en eerste lijn kan dit doorbreken, mits goed en geprogrammeerd opgezet. Zelf hoop ik hieraan bij te dragen vanuit de ervaringen van de GGD Den Haag, die al veel en intensief samenwerkt met name met zorgverleners in achterstandswijken: huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, verloskundigen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners et cetera. Een sluitende preventieketen kan leiden tot preventie die echt iedereen ten goede komt, ook de groepen in achterstandsituaties. Pas dan kunnen we spreken van public health zonder aanzien des persoons.”

#### Literatuur:

- Rosen G. A History of Public health. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1958 / 1993.
- Houwaart ES. De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840 - 1890. Groningen: Historische Uitgeverij 1991.
- Marmot M. Status syndrome. London: Bloomsbury 2004.
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sitthi-amorn C, Sato H, Yusuf S, for the INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:953-62.
- Sloan RP, Huang MH, Sidney S, Liu K, Williams OD, Seeman T. Socioeconomic status and health: is parasympathetic nervous system activity an intervening mechanism? *Int J Epidemiol* 2005;34:309-15.
- Valassi E, Scacchi M, Cavagnini F. Neuroendocrine control of food intake. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:158-68.