



TORN BETWEEN TWO LOVERS: MARIANNE DONKER

TORN BETWEEN TWO LOVERS

LOKAAL VOLKSGEZONDHEIDSBELEID TUSSEN POLITIEK EN WETENSCHAP

MARIANNE DONKER

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 90-77906-22-3



TORN BETWEEN TWO LOVERS

LOKAAL VOLKSGEZONDHEIDSBELEID TUSSEN POLITIEK EN WETENSCHAP

Oplage 1000
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Demmenie Grafimedia, Leiderdorp

TORN BETWEEN TWO LOVERS¹

LOKAAL VOLKSGEZONDHEIDSBELEID TUSSEN POLITIEK EN WETENSCHAP

INAUGURELE REDE

in verkorte vorm uitgesproken
ter gelegenheid van het
aanvaarden van het ambt van
hoogleraar Volksgezondheidsbeleid
aan het Erasmus MC te Rotterdam
op 4 april 2006

door

MARIANNE C.H. DONKER

ISBN 90-77906-22-3

© Marianne C.H. Donker, oratiereeks Erasmus MC
4 april 2006

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

“It is easy to make bad policy with science. It is even easier to make bad policy without science.”

H.V. Fineberg²

*Mijnheer de rector magnificus,
Mevrouw de voorzitter, Mijne Heren leden van het College van Bestuur
van de Erasmus Universiteit,
Mijne Heren leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC,
Collega's van de afdeling MGZ van het Erasmus MC en van de GGD,
Zeer geachte toehoorders,*

Inleiding

Alcoholverslaving en angststoornissen zouden in Nederland topprioriteit zijn, als we ons zouden baseren op de wetenschappelijke gegevens over de ziektelast in de bevolking. Vele honderdduizenden mensen lijden aan deze ziekten. Dat is meestal langdurig en tast de kwaliteit van leven ernstig aan. Angststoornissen en alcoholafhankelijkheid staan dan ook in de top vijf van ziekten die de meeste ellende in Nederland veroorzaken (gemeten in DALY's; dat is een combinatie van het aantal mensen dat aan een ziekte lijdt, hoe lang ze eraan lijden, hoe erg ze er last van hebben, en hoeveel mensen er uiteindelijk aan overlijden).³

Top vijf ziektelast in de bevolking (DALY's)⁴

1. coronaire hartziekten
2. angststoornissen
3. beroerte
4. COPD
5. alcoholafhankelijkheid

Van wetenschappelijke analyse naar beleidsagenda

Maar louter het wetenschappelijke feit dat een ziekte in de afgelopen jaren heel veel burgers heel veel leed berokkend heeft, is niet genoeg om hoog op de beleidsagenda te komen. Daarvoor moet je immers ook rekening houden met andere factoren. Regeren is vooruitzien, dus het beleid trekt niet alleen lering uit het verleden, maar bereidt zich ook voor op de toekomst, bijvoorbeeld op de gevolgen van de vergrijzing of op het risico van een wereldwijde griepandemie. Er zijn ook economische afwegingen, zoals de kosten van een ziekte door verzuim op het werk. De economische belangen van tabaksfabrikanten of de horeca wegen soms zwaar. Ziekten waar medeburgers last van hebben (overlast van verslaafden bijvoorbeeld) of gevaar door lopen (infectieziekten) worden sneller belangrijk gevonden dan het stille leed van mensen die niet klagen en die niemand lastig vallen. En natuurlijk moeten er mogelijkheden zijn om effectief in te grijpen, voordat iets op de beleidsagenda terecht komt.

Misschien zijn dit de redenen waarom angststoornissen en alcoholverslaving er bekaaid afkwamen in de preventienota van 2003⁵. Ze werden weliswaar genoemd als ziekten waarop preventie zich moet richten, maar de aanpak was minder indrukwekkend dan die voor andere ziekten. Roken, overgewicht en diabetes werden in 2003 de echte speerpunten van het nationale preventiebeleid. De grote bijdrage van overmatig alcoholgebruik aan verminderde kwaliteit van leven in Nederland - in 2003 was de schatting zelfs dat die bijdrage groter was dan die van overgewicht⁶ - zagen we drie jaar geleden niet terug in de speerpunten van het Rijk. Ook in de beleidsagenda 2006⁷ van het Ministerie van VWS worden de twee grote volksziekten, alcoholverslaving en angststoornissen, niet genoemd als speerpunten voor preventie en 'empowerment' van patiënten.

Prioritaire ziekten (Preventiebeleid VWS 2003⁸)

Speerpunten

hart- en vaatziekten

roken

kanker

overgewicht

diabetes

diabetes

psychische stoornissen

(depressie, angst en

alcoholafhankelijkheid)

astma en chronische longziekten

bewegingsapparaat

Gelukkig, wat niet in een nota staat, gebeurt soms toch. Nota's dicteren maar beperkt de werkelijkheid. Sommige voornemens die wèl in de preventienota stonden, hebben nauwelijks tot actie geleid, maar voor alcohol is het omgekeerde het geval. Het Rijk treedt momenteel veel krachtiger op om overmatig alcoholgebruik te voorkomen dan in 2003 was aangekondigd, en zal het onderwerp opnemen in de nieuwe preventienota die eind 2006 zal verschijnen. Helaas is de aanpak van angststoornissen in 2006 nog steeds weinig daadkrachtig en erg vrijblijvend. Hoewel de wetenschap uitwijst dat meer dan een miljoen mensen hier heel veel last van hebben, is de ziekte blijkbaar niet 'sexy' genoeg voor beleidsmatige aandacht. Dat je er niet aan dood gaat, dat de patiënten weinig klagen, en dat er weinig preventiemogelijkheden zijn, dat is allemaal medeoorzaak van de stilte op dit gebied.

Van nationaal naar lokaal volksgezondheidsbeleid

Er zit dus licht tussen de wetenschappelijke lijstjes met prioriteiten enerzijds, en de politieke keuzes anderzijds. Dat geldt ook voor het lokale volksgezondheidsbeleid. Landelijke prioriteiten, wetenschappelijk vastgesteld door het RIVM, bepalen maar zeer ten dele de lokale agenda. Uiteraard is iedere gemeente in Nederland braaf bezig met preventie van overgewicht. Dat illustreert de nieuwe verhoudingen, waarbij het Rijk enerzijds steeds meer taken decentraliseert, maar anderzijds steeds meer bepaalt wat centraal gebeurt. Zo ook op het gebied van preventie. Maar het lokale volksgezondheidsbeleid is veel breder. Binnen en buiten het basispakket van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid gebeurt nog oneindig veel meer. En zo hoort het ook. Terecht formuleert de Inspectie voor het lokale beleid heel andere speerpunten dan de Minister van VWS. De problemen waaraan de gemeenten, volgens de Inspectie, meer aandacht moeten besteden zijn - naast overgewicht - grootschalige epidemieën, de psychosociale gezondheid van de jeugd, en de vangnetfunctie voor mensen zonder huisarts, onverzekerden en illegalen. Dat laatste speerpunt zou nooit naar voren komen als we ons uitsluitend zouden baseren op wetenschappelijke kennis over ziekten in de bevolking. Ook de psychosociale gezondheid van de jeugd werd amper genoemd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2002.

Prioriteiten lokaal volksgezondheidsbeleid

Staatstoezicht Volksgezondheid 2005⁹

- overgewicht
- grootschalige epidemieën
- psychosociale problemen bij de jeugd
- vangnetfunctie voor mensen zonder huisarts, onverzekerden en illegalen

Het lijstje van de Inspectie komt al een stuk dichterbij de lokale werkelijkheid dan de prioriteiten in de preventienota van het Rijk. Maar zelfs zo'n inspectierapport, gebaseerd op een doorlichting van het werk van de GGD'en, kan niet de variatie beschrijven die lokaal aanwezig is. Laten we eens *inzoomen* op het lokale gezondheidsbeleid in een grote stad. Als illustratie ziet u in de tabel in de eerste kolom de prioriteiten in de nota openbare gezondheidszorg van Rotterdam voor de periode 2004-2006. De landelijke speerpunten zien we ook in Rotterdam terug, want 'overgewicht' staat op de agenda in Rotterdam, maar dan wel toegespitst op de jeugd, en diabetespreventie is onderwerp van samenwerking met de eerstelijnszorg. Maar daarnaast zien we heel andere prioriteiten. Lokaal is er niet alleen aandacht voor preventie, maar ook voor zorg aan de kwetsbare groepen in de samenleving. De infectieziekerisico's in de grote stad krijgen extra aandacht, maar ook de populatie dak- en thuislozen en verslaafden, en de complexe problemen van mensen in de achterstandswijken van Rotterdam.

Prioriteiten volksgezondheidsbeleid Rotterdam 2004-2006] ¹⁰	De pers in 2005 (aantal krantenartikelen)	Bijzondere opdrachten managementcontract directeur GGD Rotterdam e.o. 2006
Infectieziektebestrijding	Overlast door drugsverslaafden/ prostituees en de zorg aan hen (N=335)	Chronisch psychiatrische patiënten, drugsverslaafden, dak- en thuislozen
Mensen in achterstandswijken (gezondheidsvoorlichting, bemoeizorg)	Infectieziekten (N=267)	Lokale zorgnetwerken, incl. huiselijk geweld, eerge relateerd geweld, jongerenprostitutie
Jeugd (gezond gedrag)	Over/ondergewicht en voeding (N=174)	WMO: zorgloketten
Chronisch zieken en gehandicapten (planning van voorzieningen)	Milieu (N=170)	WMO: mantelzorg en informele zorg
Eerstelijnszorg (praktijkhuisvesting, samenwerking, preventie van diabetes en depressie)	Zorgverzekering/WMO (N=155)	JONG-centra (centra voor integrale jeugdgezondheidszorg inclusief jeugdzorg en opvoedings- ondersteuning)
Chronisch psychiatrische patiënten, drugsverslaafden, dak- en thuislozen	Jeugd/jongeren (N=141)	Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang

Die specifieke lokale kleur komt niet uit de lucht vallen, maar weerspiegelt wat de bevolking en de politiek belangrijk vinden. Wat het publieke debat domineerde, kunnen we aflezen aan het aantal krantenartikelen dat in 2005 over verschillende onderwerpen verscheen. De Sectie Informatie en Documentatie van de GGD verzamelt alle publicaties in lokale en landelijke kranten die van belang zijn voor het werk van de GGD. De absolute topper in 2005, met de meeste artikelen (namelijk 335), was overlast door drugsverslaafden en prostituees en de hulp aan deze mensen. Ook over infectieziekten werd veel gepubliceerd, 267 artikelen. Uiteraard ging dat vaak over vogelgriep en de dreigende wereldwijde pandemie, maar ook over allerlei andere infectieziekten zoals AIDS, polio, kinkhoest en MRSA. Zoals te verwachten was, zagen we de landelijke aandacht voor leefstijl en overgewicht terug in de media, maar ook het milieu haalde dikwijls de krant (dat ging meestal over luchtvervuiling, maar ook over UMTS-masten en geluidsoverlast). De nieuwe zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) trokken aandacht, en ook de jeugd stond hoog op de agenda van de journalisten. Dat alles werd politiek vertaald in de opdrachten aan de GGD voor 2006, die u in de derde kolom van de tabel ziet. De zaken waar de GGD-directeur zich in 2006 in het bijzonder om moet bekommeren, hebben maar zeer ten dele een wetenschappelijke basis. De lokale zorgnetwerken bijvoorbeeld richten zich bij uitstek op het verborgen leed achter de voordeur, op de mensen met complexe problemen: een combinatie van onvoldoende opleiding en laag inkomen, slechte huisvesting en gebrekkige hygiëne, gezondheidsproblemen en verslaving, ontspoorde kinderen en huiselijk geweld, kortom mensen die door de vele problemen en hun sociale achterstand de greep op het leven zijn kwijtgeraakt en zichzelf niet meer bij de haren uit hun moeras omhoog kunnen trekken. De gemeente trekt zich hun lot aan, ook al komen zij niet voor in de wetenschappelijke ranglijsten en de Haagse agenda's.

Tussen politiek en wetenschap

Geachte toehoorders, ongetwijfeld duizelt het u nu van al die lijstjes. Je zou er cynisch van worden en gewoon maar weer aan het werk gaan. Maar we kunnen uit al die wisselende prioriteiten twee belangrijke lessen trekken.

De eerste les zou een open deur moeten zijn, maar is dat helaas niet: volksgezondheidsbeleid wordt niet alleen bepaald door de wetenschap, maar ook door de politiek en het publiek. Ik tref nog steeds public health professionals en wetenschappers die menen dat de politiek alleen maar een hinderpaal is voor een succesvolle preventiepraktijk, en dat burgers maar dom zijn omdat ze de leefstijladviezen niet klakkeloos opvolgen. Zo'n opvatting overschat echter de betekenis van wetenschappelijke kennis, en onderschat de kracht van het publieke debat en de checks and balances van ons democratische besturingsstelsel.

We hebben het immers over *openbare* gezondheidszorg. Dit deel van de gezondheidszorg is om meerdere redenen ‘openbaar’ of ‘publiek’ en daarom het domein van overheidsoptreden. In de eerste plaats gaat het om handelen vanuit het algemeen belang, daar waar individuele burgers en de markt geen verantwoordelijkheid willen of kunnen nemen. Openbare gezondheidszorg is daarnaast ‘openbaar’ omdat het gaat om de besteding van collectieve middelen, waarbij politieke keuzes worden gemaakt om de eeuwige schaarste te verdelen. En het is óók openbaar omdat het gaat om een politieke afweging tussen individuele en collectieve belangen, bijvoorbeeld tussen de privacy van de een en de gezondheid van de ander. Het is altijd een politieke afweging tussen individuele en collectieve *verantwoordelijkheden*: wat laten we over aan de burgers met het risico dat ze het verkeerde doen, en waar treft de overheid maatregelen die burgers raken, zelfs als ze daar niet van gediend zijn? Wanneer zijn we solidair met de minder gefortuneerden, en met welke pech moeten burgers zelf maar leren leven? In de openbare gezondheidszorg regelt de overheid ongevraagd iets voor burgers. Dat geldt bijvoorbeeld voor leefstijlcampagnes, voor de bron- en contactopsporing bij infectieziekten, voor de hygiënecontroles in tatoeageshops, voor gedwongen opname van psychiatrische patiënten en voor veiligheidseisen bij gevaarlijke industriële productieprocessen. En voor maatregelen om te zorgen dat iedere Nederlander verzekerd is tegen ziektekosten. De overheid neemt op collectief niveau risico’s weg waar individuele burgers zich niet tegen kunnen wapenen. En ze bemoeit zich ongevraagd met het leven van burgers. Dat leidt altijd tot discussie.

Het publieke en politieke debat is geen zwakte maar een kracht, het fundament van de openbare gezondheidszorg. De veel gehoorde klacht dat de politiek zich onvoldoende laat leiden door wetenschappelijke feiten, dat zij teveel het oor laat hangen naar de ‘waan van de dag’ van de publieke opinie, vind ik niet terecht. Juist in het spanningsveld tussen wetenschappelijke inzichten, politieke daadkracht en publieke verontwaardiging is op volksgezondheidsgebied veel bereikt in de afgelopen eeuw. Heel veel daarvan komt nu niet eens meer voor op de prioriteitenlijstjes. Het is goed te bedenken dat die lijstjes alleen benoemen wat *nu extra* aandacht behoeft, maar niet wat probleemloos vanzelf gaat. Achter iedere beleidsagenda schuilt een wereld van inspanningen die zo vanzelfsprekend zijn dat niemand ze nog benoemt. Onze jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot 19 jaar, inclusief het Rijksvaccinatieprogramma, draait al meer dan een eeuw op hoog niveau, en hetzelfde geldt voor de surveillance van infectieziekten, of de hygiëne-inspecties in kinderdagverblijven. Ze komen niet meer voor op de politieke agenda’s, maar zijn onontbeerlijk voor de volksgezondheid. Ze zijn ooit ontstaan uit een coalitie van professionals, wetenschappers en de politiek, en zijn vervolgens neergedaald in wetten en organisaties. De ‘waan van de dag’ die volgens sommigen het publieke debat zozeer beheerst, vormt helemaal geen bedreiging voor hun voortbestaan. De les is, dat in die zogenaamde ‘waan van de dag’ van de politiek juist heel mooie dingen zijn ontstaan, waar we decennia later nog steeds van profiteren.

Lokaal volksgezondheidsbeleid: preventie en zorg

De volgende les uit al die prioriteitenlijstjes is dat lokaal volksgezondheidsbeleid veel meer behelst dan de taken die de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid of het preventiebeleid van het Rijk schetsen voor gemeenten. Wanneer het gaat over openbare gezondheidszorg of - zoals dat modern heet - ‘publieke’ gezondheidszorg, hebben zowel beleidsmakers als wetenschappers het vaak uitsluitend over preventie. Zo krijgt een recente nota van de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) met een internationale vergelijking van ‘publieke gezondheid’ de titel ‘Het preventieconcert’.¹¹ Het landelijke kwaliteitsprogramma voor de publieke gezondheidszorg heeft als titel ‘Beter voorkomen’. Het jaarlijkse Nederlands Congres Volksgezondheid agendeert vrijwel alleen preventie. Zo’n eenzijdige definitie zien we ook wanneer wetenschappers het domein van het Public Health onderzoek beschrijven. Openbare of publieke gezondheidszorg en preventie vallen voor hen als vanzelfsprekend samen. Maar de lokale praktijk legt andere accenten. Er is in het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid grote aandacht voor burgers die uit de boot dreigen te vallen, of dat nu komt door verslaving, sociaaleconomische achterstanden, ouderdom, handicaps of een problematische opvoedingssituatie. De gemeente rekent niet alleen preventie van ziekte, maar ook vroegsignalering en vroeginterventie bij ernstige problemen tot haar taak. De gemeente vangt mensen op die uit de boot dreigen te vallen en helpt hen de juiste zorg te vinden. Die vangnetfunctie, in de WCPV slechts terloops genoemd en in het Rijksbeleid volstrekt genegeerd, verdient net zozeer als preventie een adequaat instrumentarium, ondersteund door kwaliteitsbeleid en wetenschappelijk onderzoek. En dat is het thema van mijn rede van vandaag.

De taken van de overheid

Ik wil kort met u stilstaan bij de rol van de overheid - de rijksoverheid en de lokale overheid - op het gebied van de volksgezondheid. De grondwettelijke opdracht voor de overheid is al heel oud. De Nederlandse Staatsregeling, 1798, art. 62, formuleert als opdracht voor de regering: “Zij strekt, insgelijks, door heilzame wetten, haare zorg uit tot alles, wat in het algemeen de gezondheid der Ingezetenen kan bevorderen, met wegruiming, zoveel mogelijk, van alle belemmeringen.”¹² De huidige grondwet, art. 22 lid 1, is korter: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.” Burgers moeten erop kunnen rekenen dat de overheid gezondheidsrisico’s waarop zij zelf weinig of geen invloed hebben, wel op tijd voorziet en zoveel mogelijk voorkomt.¹³ De overheid zorgt voor *randvoorwaarden* voor een gezond bestaan, in het bijzonder de randvoorwaarden die collectief tot stand moeten worden gebracht en niet aan het initiatief van iedere afzonderlijke burger kunnen worden overgelaten, zoals wetgeving op het gebied van milieu, verkeer, voedselveiligheid en ziektekostenverzekering. De overheid helpt burgers om verantwoorde keuzes te maken, bijvoorbeeld door *voorlichting*. De indringende leefstijlcampagnes die momenteel over het land

worden uitgestort zijn daar een voorbeeld van: minder roken, minder drinken, meer bewegen, gezonder eten. Ook de zorgloketten die iedere gemeente in het kader van de WMO zal inrichten, passen bij die voorlichtingstaak. Daarnaast is de overheid *belangenbehartiger* van de burgers die niet voor hun eigen belang kunnen opkomen. Het rijksvaccinatieprogramma maakt de drempel voor de bescherming van kinderen tegen gevaarlijke infectieziekten zo laag mogelijk, en de overheid grijpt in bij kindermishandeling. De overheid grijpt ook in als de ene burger een gevaar vormt voor de gezondheid van de andere, via de meldingsplicht voor infectieziekten of via gedwongen opname van psychiatrische patiënten die door hun stoornis gevaar veroorzaken. En de overheid houdt – tot slot - een oogje in het zeil bij activiteiten die in eerste instantie bij maatschappelijke organisaties gelegd zijn, en zij repareert de gaten die vallen in het vrije spel der maatschappelijke krachten. Zo houdt de overheid toezicht op kinderopvang, organiseren de grote steden huisartsenhulp voor dak- en thuislozen, stimuleren ze ontwikkeling van geïntegreerde eerstelijnszorg in gezondheidscentra, en sluiten de gemeenten sinds kort collectieve contracten af voor de zorgverzekering van bijstandsgerechtigden.

Lokaal volksgezondheidsbeleid door de eeuwen heen

Het volksgezondheidsbeleid als kerntaak van de overheid, is dus een zeer breed taakveld. Dat geldt niet alleen voor de nationale overheid, maar ook voor de lokale. Het is bovendien een zeer dynamisch terrein, dat voortdurend meebeweegt met maatschappelijke ontwikkelingen. Nieuwe problemen vragen om nieuwe oplossingen, veranderende maatschappelijke verhoudingen vergen een voortdurende herdefinitie van de rol van de overheid. Die voortdurende aanpassing zien we pas in volle omvang als we terugkijken in de geschiedenis. Sinds het midden van de zestiende eeuw waren er in Rotterdam al stadsdoctoren, stadschirurgijns en stadsvroedvrouwen voor de on- en minvermogenen. Vanaf het begin van de zeventiende eeuw was er een stadsapotheek. In het begin van de 19^{de} eeuw zagen we in verschillende Europese landen de ‘medische politie’ opduiken, de inspectie en dwangmaatregelen op het gebied van sanitaire omstandigheden en openbare hygiëne.^{14|15|16} In de grote steden ontstonden rond 1900 de eerste GGD'en, met taken op het gebied van armenzorg, ambulancevervoer, jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding. Die taken zijn nog steeds actueel. Maar daarnaast kwamen er voortdurend nieuwe taken bij, en werden andere weer afgestoten. Hoe veranderlijk de prioriteiten in het lokale volksgezondheidsbeleid zijn, zien we geïllustreerd in de geschiedenis van de GGD Rotterdam.¹⁷

Volksgezondheidsbeleid in de twintigste eeuw: selectie uit taken van de GGD Rotterdam

Vanaf de oprichting: ambulancevervoer, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding.

Verder opgericht en weer afgestoten:

- keuring van werklozen (1928)
- armenartsen (piek in de jaren dertig)
- quarantaine-inrichting (1934)
- reddingsbrigade (1940)
- bacteriologisch/serologisch laboratorium (1941)
- kruidentuin (1943)
- consultatiebureau voor prenatale zorg (1948)
- sociale psychiatrie (1951)
- zwemles gehandicapte kinderen (1956)
- gemeentelijke verpleeghuizen (1957)
- sociale geriatrie (1961)
- sociale werkvoorziening (1961)
- distributie van zoutarm water (1963)
- sociale pedagogie voor zwakzinnigen (1964)
- kinderbewaarplaatsen (1966)

Zo keurde de GGD in 1928 werklozen. In de jaren dertig had zij 64 armenartsen in dienst die per jaar circa 335.000 spreekuurconsulten en 90.000 huisbezoeken voor hun rekening namen. Vanaf 1934 beheerde de GGD een gemeentelijke quarantaine-inrichting, vanaf 1940 de Reddingsbrigade van Hoek van Holland, vanaf 1941 een bacteriologisch en serologisch laboratorium, en in de tweede wereldoorlog, met grote schaarste aan medicijnen, exploiteerde de GGD een kruidentuin voor medicinale doeleinden. Na de tweede wereldoorlog werd de medische controle van verpleeghuizen en bejaardenoorden aan de GGD opgedragen en later de exploitatie van de gemeentelijke verpleeghuizen. De GGD gaf zwemles aan gehandicapte kinderen, en zij beheerde kinderbewaarplaatsen, een sociaalpsychiatrische afdeling, een sociaalgeriatrie afdeling en een afdeling voor sociaalpedagogische zorg aan zwakzinnigen. In 1963, toen het drinkwater 3.500 milligram keukenzout per liter bleek te bevatten, organiseerde de dienst met behulp van militairen tijdelijk de distributie van zoutarm drinkwater voor zieken en ziekenhuizen. Al deze taken zijn inmiddels weer verdwenen, althans de uitvoering ervan. Ze werden dikwijls verzelfstandigd, maar de gemeente houdt meestal nog een oogje in het zeil om te bewaken dat maatschappelijke organisaties zich goed van hun taak kwijten.

Sinds circa 1980 is het lokale volksgezondheidsbeleid niet langer beperkt tot de GGD'en in een aantal steden. Iedere gemeente kreeg bij wet een aantal taken op het gebied van de volksgezondheid, en de opdracht om een GGD op te richten en in stand te houden. Doordat de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid sterk de nadruk legde op preventie en gezondheidsbevordering, is sindsdien het beeld ontstaan dat de taken van gemeenten op het gebied van de volksgezondheid zich daartoe zouden beperken. Er was in de afgelopen decennia een soort impliciete taakverdeling, namelijk dat preventie vooral een taak van de lokale overheid was, terwijl het Rijk zich bemoeide met de curatieve gezondheidszorg en de 'care'. Dat is echter in snel tempo aan het veranderen. Ik sta even stil bij de zes grote trends die gevolgen gaan hebben voor het lokale volksgezondheidsbeleid.

Verschuivingen in lokale en nationale overheidsbemoeienis

In het begin van de eenentwintigste eeuw worden de kaarten grondig opnieuw geschild. Rijksoverheid, gemeenten, marktpartijen en de individuele burger krijgen nieuwe rollen en verantwoordelijkheden. Er zijn zes trends die grote gevolgen gaan hebben voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

I Preventie naar de rijksoverheid.

De dreiging van een wereldwijde epidemie (pokken, SARS, vogelgriep), en de noodzaak van nationale en zelfs internationale samenwerking en sturing, was mede de aanleiding voor de rijksoverheid om meer verantwoordelijkheden naar zich toe te trekken op het gebied van preventie. Ook het inzicht dat de lokale praktijk aan kwaliteit kan winnen door wetenschappelijke onderbouwing en professionele richtlijnen op nationaal niveau, droeg bij aan een zekere centralisatie van het preventiebeleid. Niet alleen voor infectieziektepreventie, maar ook voor – bijvoorbeeld – jeugdgezondheidszorg, screening en gezondheidsbevordering komen er landelijke kenniscentra bij het RIVM, die de lokale praktijk gaan ondersteunen. De verantwoordelijkheden van het Rijk worden in een herziene WCPV duidelijker beschreven, en de vierjaarlijkse landelijke preventienota moet richtinggevend worden voor het lokale preventiebeleid.

II Zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en jeugd naar gemeenten

Gelijktijdig decentraliseert het Rijk de maatschappelijke ondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten naar de gemeenten. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is daarvoor het vehikel. Geld wordt uit de AWBZ overgeheveld naar het gemeentefonds. Er gaan zelfs stemmen op om de AWBZ nog verder te ontmantelen, en geheel te verdelen over de zorgverzekering enerzijds en de gemeenten anderzijds. Op het gebied van het jeugdbeleid hoort men een soortgelijk pleidooi: meer verantwoordelijkheden bij de gemeenten, minder bij Rijk en provincie.

III Curatieve zorg naar de markt

De sturende rol van de rijksoverheid op het gebied van de curatieve zorg wordt afgebouwd, ten gunste van marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het Rijk definieert nog wel een basispakket dat in alle verzekeringspolissen uniform moet worden aangeboden, en alle Nederlanders worden verplicht om zich ten minste voor dit basispakket te verzekeren. Maar verder worden prijs en kwaliteit van het zorgaanbod steeds meer overgeleverd aan het vrije spel der maatschappelijke krachten: de onderhandelingen tussen burgers (in hun rol van verzekerde) en verzekeraars, tussen verzekeraars en zorgaanbieders, en tussen burgers (in hun rol van patiënt) en zorgaanbieders.

IV Preventie naar de markt

Zelfs preventie zou een plaats kunnen gaan krijgen op deze markt, de preventie die 'verzekeraar' is, dat wil zeggen enerzijds zo aantrekkelijk voor de individuele burger dat hij bereid is ervoor te betalen of er zijn keuze voor een zorgverzekeraar op te baseren, en anderzijds aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar omdat het zich op niet al te lange termijn terugverdient door minder kosten in de curatieve zorg. Dat zal altijd slechts gelden voor een deel van het preventieaanbod. De medische 'Kwik Fit', de preventieve doorlichting van de gezondheid en gezondheidsrisico's van een individu, is voorlopig een niet-verplicht pretpakket. Maar het zal niet lang meer duren voordat de markt gaat inspelen op de preventieve mogelijkheden van genetische diagnostiek. Dat zal nieuwe ethische en maatschappelijke vragen oproepen, waarin regulerend optreden van de overheid wordt verwacht.

V Grotere verantwoordelijkheden voor burgers

Op de nieuwe zorgmarkt krijgen de burgers een veel grotere eigen verantwoordelijkheid: zij moeten zelf, op geleide van prijs en kwaliteit, een verzekeraar kiezen en zelf zorgen voor de betaling van hun premie. Ook de keuze van zorgaanbieder en behandeling komt steeds meer – althans in theorie – bij de burger zelf te liggen. Wie verkeerd kiest of zijn premie niet betaalt, moet daar zelf de onaangename consequenties van dragen. De rijksoverheid beschermt haar burgers nog maar nauwelijks tegen zulke misstappen. Keuzestress, het nieuwe modewoord, beschrijft treffend deze zware opgave voor de burgers. Velen zullen die keuze wel aankunnen en zorgen voor nieuwe dynamiek in de zorg, maar voor een behoorlijk deel van de bevolking zal het een te zware opgave blijken. Of en hoe de zogenaamde 'civil society' die mensen gaat helpen, is de grote vraag.

VI Minder tolerantie voor afwijkend gedrag, onverantwoordelijk gedrag en overlast

Met de grotere verantwoordelijkheid voor de burger, neemt tegelijkertijd de tolerantie voor afwijkend en onverantwoordelijk gedrag af. De overheid spreekt burgers indringend aan op hun leefstijl en praat levensgenieters een akelig schuldgevoel aan.

Er gaan zelfs stemmen op om sancties te verbinden aan ongezond gedrag zoals roken of te weinig bewegen: wie ongezond leeft, heeft geen recht op zorg als hij ziek wordt. Tegelijkertijd vraagt het maatschappelijk klimaat om doortastender ingrijpen door de overheid bij verslaafden, chronisch psychiatrische patiënten en gezinnen waarin de kinderen gevaar lopen: bemoeizorg en zonodig optreden door politie en justitie. De ‘medische politie’ van een eeuw geleden komt terug in een nieuw jasje.

Nieuwe taken voor de lokale overheid

De it alles leidt onontkoombaar tot een behoorlijke taakverzwaring voor de lokale overheid. Ondanks landelijke basistakenpakketten en coördinatie door het RIVM zal preventie een belangrijke gemeentelijke taak blijven, met lokale maatvoering binnen de landelijke richtlijnen. Infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR) gaan eerder aan gewicht winnen dan verliezen, want de uitdagingen en ambities zijn in tijden niet zo hoog geweest. Hetzelfde geldt in mindere mate voor de medische milieukunde en de technische hygiënezorg, vanouds de minder in het oog springende disciplines die achter de schermen zorgen voor een gezonde leefomgeving. Juist de hernieuwde aandacht van het Rijk zet deze disciplines ook lokaal weer op de kaart.

Maar daarnaast zal door de ontmanteling van de AWBZ heel veel gemeentelijke aandacht nodig zijn voor de chronisch zieke en gehandicapte burgers. De opdracht in de WMO om deze burgers zodanig te ondersteunen dat zij volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij, gaat een uiterste inspanning vragen. Er moeten zorgketten komen voor informatie, advies en begeleiding naar de professionele zorg. Topprioriteit is het mobiliseren van informele zorg en de ondersteuning van mantelzorgers. Andere maatschappelijke organisaties moeten worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om de ambities van de WMO waar te maken. Ook binnen de gemeente moeten verbindingen gelegd worden. De WMO gaat immers niet alleen over chronisch zieken en gehandicapten, maar ook over jeugd en sociale kwaliteit. De wet wil problemen, of verergering van problemen voorkomen. Preventie dus. Daarbij kunnen gemeenten gebruik maken van hun ervaring met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Veel van de preventieve taken die daarin allang geregeld en in uitvoering zijn, hebben raakvlakken met de nieuwe prestatievelden van de WMO. Vaak is er zelfs regelrechte overlap.¹⁸ Integrale gemeentelijke sturing op het gehele volksgezondheidssterrein zou dan ook meerwaarde hebben.

Bovendien dwingt de nieuwe zorgverzekeringwet de gemeenten tot extra alertheid. Meer verantwoordelijkheid bij burger en markt zal waarschijnlijk als een boemerang gaan werken: de rijksoverheid is weliswaar van een last bevrijd, maar de zorg voor de

sociaal zwakkeren die zich niet kunnen handhaven komt terecht bij de lokale overheid. Zonder aanvullend beleid dreigen veel mensen onverzekerd te raken en de meeste gemeenten hebben al collectieve contracten afgesloten voor hun bijstandsgerechtigden. Marktwerking zal zonder lokale regie ontaarden in onvoldoende samenhangende zorg voor met name chronische en complexe problemen. De ketens die nodig zijn voor preventie en zorg bij diabetes, maar ook voor chronisch psychiatrische patiënten of ouderen, komen niet vanzelf tot stand in een markt van concurrerende aanbieders en verzekeraars. De preventienota van VWS signaleerde het al enkele jaren geleden: “gemeenten hebben een belangrijke rol in het afstemmen van preventie, curatieve gezondheidszorg en verpleging en verzorging op lokaal niveau. Zij moeten de toegankelijkheid van de zorg en het samenwerken van partijen stimuleren en mogelijk maken. Dit kan door een actief spreidings- en vestigingsbeleid voor voorzieningen te voeren en door zorgverzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht voor specifieke lokale behoeften.”¹⁹ Hoe de gemeenten dat zouden moeten aanpakken werd helaas niet uitgewerkt.

Wie de balans opmaakt komt tot de conclusie dat er geen sprake is van minder overheidsbemoeienis, maar vooral van een *verschuiving* van overheidsbemoeienis: preventie wat meer naar het Rijk, zorg véél meer naar de gemeenten. Opvallend daarin is dat de nieuwe taken voor gemeenten zo slecht doordacht zijn. Terwijl het Rijk voor de nieuwe eigen rol op het gebied van preventie een wetswijziging voorbereidt, is er geen duidelijke probleemeigenaar aangewezen voor wie het niet redt in de nieuwe samenleving waarin burgers op zichzelf zijn aangewezen en de zorg een markt is. De gemeenten zullen moeten improviseren zonder kaders, instrumenten of geld.

Bij de klassieke preventietaken uit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zal ik hier niet stilstaan – zij blijven onverminderd belangrijk en krijgen zelfs een extra impuls door de intense aandacht van het Rijk. Een betrouwbaar minimumniveau van uitvoering en kwaliteit is het streven. Daarnaast is er echter een aantal nieuwe uitdagingen voor het lokale volksgezondheidsbeleid:

Gemeentelijk volksgezondheidsbeleid in de 21^{ste} eeuw

Als vanouds (maar nóg beter):

- Infectieziektebestrijding
- Jeugdgezondheidszorg
- Technische hygiënezorg
- Medische milieukunde
- Preventie- en voorlichtingsprogramma's
- GHOR

Nieuwe accenten: individuen in de knel

- I. Signalering
- II. Toegeleiding naar zorg
- III. Regie op integrale trajecten
- IV. Bemoeizorg

Nieuwe accenten: collectieve randvoorwaarden

- V. Monitoring van gezondheid en zorg
- VI. Empowerment van burgers en buurten
- VII. Facetbeleid
- VIII. Regie op zorg

Ik loop de nieuwe uitdagingen even kort door.

I. Signalering van individuen in de knel. Mijn voorspelling is dat het ontwerpen en onderhouden van adequate signaleringssystemen voor de gemeenten topprioriteit zal worden. Het gaat om signalering dat individuen of gezinnen in de problemen zijn geraakt en er niet meer zonder hulp uit kunnen komen. Meldpunten voor huiselijk geweld zijn er een voorbeeld van, in de grote steden de centrale intake voor dak- en thuislozen en verslaafden en de lokale zorgnetwerken. Ook voor de jeugd zijn slimme signaleringssystemen in ontwikkeling, waar alle maatschappelijke partijen, van politie tot onderwijs, van jeugdgezondheidszorg tot maatschappelijk werk, hun zorgen over kinderen kunnen melden. Daar hoort dan ook een zogenaamde ‘verwijsindex’ bij, om te registreren en coördineren wie er allemaal met het probleem bezig zijn. De gemeenten hebben de ambitie om er zo snel mogelijk bij te zijn: vroegsignalering voordat onomkeerbare schade is veroorzaakt en betrokkenen te zeer zijn weggezakt in een spiraal van onmacht en ongunstige omstandigheden. Let wel, deze signalering is geen preventietaak, want het gaat steeds om signalering van al bestaande, ernstige en meestal complexe problemen. Het lijkt eerder op de surveillancetaak van de infectieziektebestrijding. Zij zou even doortastend en even weinig vrijblijvend opgepakt moeten worden als de infectieziektebestrijding: onder bepaalde omstandigheden een meldingsplicht voor de betrokken maatschappelijke partners, en doorzettingsmacht bij de gemeentelijke regisseur.

II. De signalering leidt ertoe dat onder gemeentelijke regie de betrokkenen worden toegeleid naar het juiste zorgaanbod. De gemeente biedt die zorg niet zelf, maar spreekt wel maatschappelijke partners aan op hun verantwoordelijkheid, of dit nu de bureaus jeugdzorg zijn, de geestelijke gezondheidszorg, of de woningcorporaties.

III. De gemeente bevordert ook de integraliteit van de aanpak. Waar nodig krijgt een burger zowel psychiatrische zorg als schuldsanering, zowel werk als een dak boven het

hoofd. De medische zorg wordt verbonden met hulp in de sfeer van inkomen, arbeid, onderwijs en wonen. Zonodig past daar ook ingrijpen van politie en justitie bij. Juist die integrale aanpak vormt de legitimering en de meerwaarde van de gemeentelijke bemoeienis.

IV. De aanpak wordt minder vrijblijvend, de gemeenten willen steeds duidelijker verantwoordelijkheid nemen voor individuen in de knel, zelfs als de betrokkene daar niet om vraagt. Een krachtiger aanpak van kindermishandeling, een huisverbod voor daders van huiselijk geweld, gedwongen zorgtrajecten voor overlastgevende verslaafden, het zijn allemaal voorbeelden van een overheid die meer ingrijpt en minder op zijn beloop laat.

V. Ook op collectief niveau zal de gemeentelijke overheid haar signaleringsfunctie op orde moeten krijgen. Bij de voorbereiding van deze rede was ik geschokt over het gebrek aan kennis over welke groepen in onze bevolking de grootste gezondheidsrisico's hebben. *Zelf* hebben we wel veel gegevens, maar vrijwel altijd ontbreekt het vergelijkingsmateriaal. En die vergelijking met de rest van Nederland is essentieel, want juist daar waar onze bevolking minder gezond is dan elders, zouden mogelijkheden kunnen liggen om snel verbetering te bewerkstelligen. *Achterstand geeft aan waar winst mogelijk is*. En als er een ding is dat we wél zeker weten, is het dat de gezondheid en risico's zeer ongelijk zijn verdeeld, en dat er heel grote verschillen zijn tussen bevolkingsgroepen, wijken, en gemeenten.^{20|21} We weten bovendien dat Rotterdam op de meeste gezondheidsindicatoren veel slechter scoort dan de rest van Nederland. En we weten al heel lang dat mensen met een lage opleiding en een laag inkomen, allochtonen en mensen in achterstandswijken vaker ziek zijn en eerder dood gaan. Maar dat inzicht geeft nog weinig houvast voor lokaal beleid. Er zijn bijvoorbeeld weer grote verschillen tussen de allochtone bevolkingsgroepen onderling, en ook tussen wijken. Zo is in Rotterdam het roken bij Turkse mannen een groot probleem, in andere delen van Nederland zal het rookbeleid zich op andere groepen richten. Juist voor de klassieke preventietaken van de GGD is steeds preciezer inzicht nodig in de lokale risico's van verschillende bevolkingsgroepen, en ook daar kunnen landelijke cijfers met gemiddelden over de hele Nederlandse bevolking hoogstens een zoekrichting aangeven, maar nooit precies de lokale inspanningen determineren.

VI. In het kader van de opgave van de WMO om chronisch zieken en gehandicapten in staat te stellen deel te nemen aan de samenleving, zal de gemeente niet alleen moeten zorgen voor rollators en huishoudelijke hulp. Minstens even belangrijk zijn de sociale verbanden waarin mensen voor zichzelf en elkaar kunnen zorgen. Het stimuleren en faciliteren van informele zorg, en het ondersteunen van mantelzorgers worden speerpunten van het gemeentelijke beleid.

VII. De grote kansen voor verbetering van de volksgezondheid liggen nog steeds in facetbeleid. We moeten vaker gezondheidseffecten laten meewegen in het beleid ten aanzien van huisvesting en ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, milieu, onderwijs, welzijn, sport, sociale zaken en werkgelegenheid.²² Volksgezondheidsbeleid is in hoge mate armoedebeleid en omgekeerd. Er valt nog veel gezondheid te winnen door verbetering van luchtkwaliteit en terugdringen van geluidsbelasting. Voor de strijd tegen overgewicht is voorlichting weliswaar van belang, maar veel belangrijker is waarschijnlijk de omgeving van mensen²³: fietspaden om naar school en werk te gaan, laagdrempelige sportgelegenheid in de woonomgeving, bedrijfsfitness, gymnastieklessen en gezonde voeding in de schoolkantines. Ook de grootste successen bij het terugdringen van roken zijn niet bereikt door voorlichting over de schadelijke gevolgen, maar gewoonweg door het roken in de openbare ruimte te verbieden. Het omgekeerde geldt ook: verbetering van de gezondheid geeft positief resultaat op andere terreinen. Het project 'Gezond aan de slag' in Rotterdam is een mooi voorbeeld van een gezondheidsinterventie bij langdurig werklozen, die erop is gericht hen door een betere gezondheid weer meer geschikt te maken voor de arbeidsmarkt. Intersectorale samenwerking en win-win combinaties zijn de grote uitdaging voor gemeenten, ook ter wille van de volksgezondheid.

VIII. Tot slot zal de marktwerking in de zorg de gemeenten naar verwachting een belangrijker rol geven in de regie op zorginstellingen. Tussen concurrerende zorgaanbieders, onder aansturing van concurrerende zorgverzekeraars, zal samenwerking niet gemakkelijk op gang komen. Toch zijn samenhangende ketens voor veel problemen noodzakelijk: in de acute zorg, voor chronisch zieken, en voor de verkommerden en verloederden met verslavingsproblemen en psychiatrische stoornissen. Maar ook in de nulde en eerste lijn, rond bijvoorbeeld preventie van diabetes en depressie. De gemeente zal op basis van een sterke informatiepositie en een duidelijke visie partijen bij elkaar brengen en samenhang in de zorg bevorderen.

Terug naar de wetenschap.

Wat betekenen al die oude en nieuwe opgaven van het lokale volksgezondheidsbeleid nu voor de relatie met de wetenschap? Heel veel. Want hoewel het volksgezondheidsbeleid niet eenzijdig gedictieerd wordt door de wetenschap, is anderzijds wetenschappelijk onderzoek onmisbaar voor effectief beleid. Volksgezondheidsbeleid raakt stuurloos en krachteloos zonder de wetenschappelijke signalering van gezondheidsproblemen in de bevolking, zonder het onderzoek naar risicofactoren en oorzaken, en zonder een kritische toets van het effect van interventies. Terwijl de klassieke preventietaken nog onverminderd wetenschappelijke onderbouwing behoeven, vragen ook de nieuwe uitdagingen om kritische doorlichting.

Maar de relatie tussen praktijk, beleid en wetenschap is wel aan herziening toe.

In de gezondheidszorg is de afgelopen jaren een merkwaardig beeld ontstaan van de relatie tussen wetenschap en praktijk. Het kernprobleem, de belangrijkste oorzaak van tekortschietende kwaliteit en effect, zou zijn dat wetenschappelijke inzichten onvoldoende worden toegepast. Wetenschap zou leidend moeten zijn: er zouden enerzijds geen nieuwe interventies ingevoerd mogen worden voordat ze grondig wetenschappelijk onderbouwd en getest zijn, terwijl anderzijds alle wetenschappelijke inzichten met de grootste spoed hun vertaling behoren te krijgen in het beleid en de praktijk. De relatie wetenschap-praktijk is in deze opvatting grotendeels eenrichtingverkeer. 'Evidence based medicine' is de ambitie van deze beweging, 'implementatie' het toverwoord.

Maar die opvatting over het primaat van de wetenschap is gevaarlijk naïef. "Als Hippocrates evidence based had moeten werken, hadden we nu geen geneeskunde gehad."²⁴ Veel beleidsmaatregelen en interventies hebben geen wetenschappelijke onderbouwing nodig, maar gewoon gezond verstand. Veel innovatie komt uit de praktijk en niet uit de wetenschap. Bij de ontdekking en introductie van het koepokvaccin tegen pokken kwam weinig wetenschappelijk onderzoek kijken. De grote publieke werken van de 19^{de} eeuw – drinkwatervoorziening, riolering, vuilafvoer – met grote gevolgen voor de volksgezondheid, waren aanvankelijk geïnspireerd op een verkeerde theorie over de oorzaken van besmettelijke ziekten²⁵. De wetenschappelijke fundering kwam in zulke gevallen later. Dat is ook het geval bij de introductie van veiligheidsgordels in auto's, ARBO-maatregelen voor veiligheid op het werk, spuitomruil voor verslaafden om de verspreiding van AIDS te voorkomen, de zorg voor de vrouwen van de Keileweg in Rotterdam, de steunpunten voor mantelzorgers of de meldcode bij kindermishandeling. Het zijn allemaal maatregelen die werden bedacht door professionals die met beide benen in de praktijk stonden, en het zou voor de oplossing van die problemen weinig hebben gebaat als we hadden moeten wachten op wetenschappelijk bewijs.

Innovatiekracht zit dus ten minste evenzeer in de praktijk als in de wetenschap. Voor de problemen waar professionals tegenaan lopen, waar burgers over klagen, waar politici hun lot aan verbinden, heeft de wetenschap vaak geen pasklare oplossingen. En de praktijk heeft onvoldoende geduld om af te wachten tot die wetenschappelijke onderbouwing wel geleverd kan worden. Dat is ook helemaal niet erg. Niet alles hoeft onderzocht te worden, de maatschappij durft wel een gokje te wagen als de problemen echt urgent zijn.

Ik pleit dus voor maatwerk in de relatie tussen de praktijk en wetenschap. Anderen hebben dat ook al gedaan, en grondiger dan ik hier kan samenvatten.²⁶²⁷ Als een snelle oplossing nodig is voor urgente problemen, en er geen wetenschappelijk bewezen effectieve interventie voorhanden is, zal de praktijk moeten improviseren. Maar dan

wel systematisch en kritisch improviseren, met ‘actiebegeleidend’ of ‘explorerend’ onderzoek: een kritische vinger aan de pols om al doende te leren van de ervaring. Monitoring van de uitvoering en uitwisseling van *best practices* horen hierbij.

Daarnaast kunnen we op de lange termijn niet zonder het meer fundamentele wetenschappelijke onderzoek naar de precieze aard van gezondheidsproblemen en hun verdeling in de bevolking, naar de determinanten ervan en de aangrijpingspunten voor actie, en vooral ook naar de onderliggende, universele mechanismen die bepalen of iets wel of niet een probleem wordt, of een interventie wel of niet werkt.²⁸

Tot slot is er de brug tussen het praktijkondersteunende, actiebegeleidende onderzoek aan de ene kant en de fundamentele wetenschap aan de andere kant: de kennissynthese, een samenvatting van wat allemaal wetenschappelijk bekend is over een probleem, zijn oorzaken en de mogelijke oplossingen. Kennissynthese is geschikt voor een snel advies als de praktijk aan de slag wil. De beschikbare kennis is weliswaar zelden heel precies toegesneden op de concrete vraag, maar er zijn meestal wel inzichten die vertaald kunnen worden in *do's* en *don'ts* voor het beleid. Wat we wetenschappelijk wèl weten geeft voldoende richting en kader, wat we allemaal nog niet weten wordt ingevuld door de ervaring van professionals uit de praktijk. Op die manier kunnen we beleid en praktijk onderbouwen, rationeler en dus effectiever maken, zonder iedere activiteit stil te leggen in afwachting van de onderzoeksresultaten. Want praktijk en beleid kunnen wel leven met de resterende onzekerheid, de lacunes in de wetenschappelijke kennis, maar zijn zeer geholpen met inzicht in wat wèl reeds bekend is. We spreken dan niet van ‘evidence based’ maar van ‘evidence informed’ gezondheidszorg en preventie, waarin naast wetenschappelijke kennis vele andere bronnen van kennis en inzicht worden aangeboord, in een voortdurende interactie.²⁹

We zullen wel fors moeten investeren in die dialoog tussen wetenschappers, professionals, managers en politici. De cultuurverschillen maken partners immers snel kopschuw. Oordelen worden dan gemakkelijk vooroordelen: wetenschap is van nature grondig en betrouwbaar, maar ook perfectionistisch en faalangstig. Politiek is daadkrachtig en oplossingsgericht, maar ook geneigd tot *windowdressing* en de waan van de dag. Professionals zijn maatschappelijk betrokken en kwaliteitsbewust, maar ook in zichzelf gekeerd en conservatief. Managers en beleidsmakers zoeken strategische kansen en bedreigingen, maar zijn ook oppervlakkig en opportunistisch. De opgave is om in dat spanningsveld elkaars sterkte kanten te respecteren, en de eigen zwaktes te compenseren met de inbreng van de ander. We moeten uitstijgen boven de vooroordelen (‘politici zijn alleen uit op stemmenwinst’, ‘wetenschappers zitten in een ivoren toren’, ‘professionals zijn verkokerd bezig’, ‘managers hebben geen verstand van de inhoud’). Het is allemaal beetje waar, maar iedere zwakte is ook een kracht die gebruikt kan worden voor verbetering van de publieke gezondheidszorg. Juist in het spanningsveld

tussen alle partners in het volksgezondheidsbeleid kunnen mooie inzichten ontstaan. In een steeds complexere samenleving bestaan geen vanzelfsprekende oplossingen. Alleen in een permanente dialoog, waarin verschillende perspectieven botsen, komen we verder. (Zie ook het concept van sturing in een ‘ongekende samenleving’³⁰, en ‘management by linking’³¹) Het organiseren van die dialoog is een kernopgave voor GGD'en.

Onderzoeksagenda voor lokaal volksgezondheidsbeleid

De nieuwe invulling van het lokale volksgezondheidsbeleid vraagt ook nieuwe accenten in het wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zal het onderzoek in de bestaande traditie gewoon voortgang moeten vinden. Erasmus Universiteit en GGD hebben al een lange geschiedenis in onderzoek op het gebied van infectieziektebestrijding, en recent zijn we intensief aan de slag met leefstijlinterventies en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan. Beide zijn speerpunten van onze academische werkplaats en dat blijven ze. Daarnaast werken het Erasmus MC en de GGD ook al intensief samen in Generation R en in O3, in respectievelijk het onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen en de openbare geestelijke gezondheidszorg. Maar ik zou nog wel meer willen, en dan specifiek gericht op de nieuwe opgaven voor de gemeentelijke overheid. Ik noem een paar onderzoeksthema's met hoge praktijkrelevantie.

1 Signalering en risicoprofielen. Ik noemde de signaleringsfunctie van de gemeente als een taak die steeds belangrijker wordt. En of het nu om kinderen in de knel gaat of volwassenen die door hun complexe problemen de greep op hun leven zijn kwijtgeraakt: in alle gevallen hebben we behoefte aan gevalideerde signaleringsinstrumenten en risicoprofielen. We willen met zo min mogelijk gegevens zo zeker mogelijk weten of iemand echt risico loopt en ingrijpen geboden is. En we willen er zo vroeg mogelijk bij zijn. We willen heel sensitieve instrumenten, die niemand over het hoofd zien, maar ook heel specifieke, want zowel uit ethische als uit kostenoverwegingen willen we niet ingrijpen als dat niet strikt noodzakelijk is. Zo is er bijvoorbeeld dringend behoefte aan een meer wetenschappelijke onderbouwing van alle onderzoeken die op de vele verschillende contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg plaatsvinden: onderzoeken we de goede dingen op het goede moment, gezien alles wat we inmiddels weten over de risico's die kinderen lopen en de mogelijkheden om daarin te interveniëren?

2 Ik noemde al eerder het gebrek aan vergelijkingsgegevens over de gezondheids-toestand van onze bevolking. Daar wordt al hard aan gewerkt, en ik verwacht dat we in de toekomst ons beleid beter kunnen richten op de bevolkingsgroepen die

echt onevenredig grote risico's lopen of een onevenredig hoge ziektelast hebben. Onze inspanningen zijn op dit moment nog vaak te ongericht, en daardoor wellicht niet effectief. Als we de risicogroepen beter kennen, kunnen we de interventies ook beter toesnijden op hun behoeften. 'Tailoring' is een belangrijk speerpunt van het instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg. Maar ik zou meer willen. Ik zou ook instrumenten willen ontwikkelen om op de langere termijn in de gaten te houden of het zorgaanbod in onze regio toegesneden is op de behoeften van de bevolking. Hebben we genoeg verloskundigen, gezien de demografische ontwikkeling? Moet er meer medisch specialistische zorg komen voor de specifieke ziekten waaraan de etnische groeperingen in onze regio lijden?

3 Aangezien veel maatschappelijke sectoren invloed hebben op de gezondheid van de bevolking, willen we het beleid in die sectoren gericht beïnvloeden. Verkeer en vervoer, sport en recreatie, ruimtelijke ordening en milieu hebben grote invloed. Als er een nieuwe beleidsmaatregel in een andere sector op stapel staat, kan een *gezondheids-effectscreening* zichtbaar maken wat daarvan de gevolgen zijn voor de gezondheid. Maar omgekeerd, als we een specifiek gezondheidsprobleem hebben signaleerd, kunnen we ook nagaan welke sectoren een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing (*determinantenbeleidsscreening*³²). Ten behoeve van zulk facetbeleid is het erg belangrijk dat we wetenschappelijk inzicht krijgen in de omgevingsfactoren die de gezondheid bedreigen of juist bevorderen.

4 De regisserende rol van de lokale overheid, als bemiddelaar tussen burgers en professionele organisaties, en als ketenregisseur van complexe samenwerkingsverbanden, verdient conceptuele verdieping, uitwisseling van *best practices* en onderzoek. De verhouding van de gemeente tot zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaat de komende tijd immers radicaal veranderen, terwijl de lokale opgaven en ambities toenemen.

5 De nieuwe rollen van de overheid vragen ook om een ethisch debat. De indringende bemoeienis met het eetgedrag van burgers, de moraliserende toonzetting daarvan, het schuldgevoel dat velen wordt aangepraat, en de gedachte dat ongezond leven zelfs tot ernstige sancties mag leiden zoals het onthouden van medische zorg: al die zaken horen onderwerp te zijn van het publieke debat maar ook van een ethische onderzoeksagenda. Hetzelfde geldt voor bemoeizorg bij burgers die de regie over hun leven zijn kwijtgeraakt.

Dankwoord

Mijnheer de rector, dames en heren,
Mary McGregor had het in 1976 knap moeilijk met haar twee geliefden. "Feeling like a fool" en "breaking all the rules" typeerden haar ontreddering. Een hoogleraar Volksgezondheidsbeleid annex GGD-directeur loopt ook het risico verscheurd te raken tussen haar twee, ja zelfs drie liefdes: de wetenschap, de politiek, en de medische professie. Gelukkig werkt het in mijn praktijk niet zo. Mijn werk op de GGD en mijn werk op de universiteit gaan naadloos in elkaar over, en van alle kanten heb ik alleen maar steun ervaren, ook bij de voorbereiding van deze openbare les. Vanuit de Universiteit heeft Johan Mackenbach meegedacht en me behoed voor te gemakkelijke statements, en in de GGD hebben Charles van Ditmars, Ismail Kazan, Erik Jan de Wilde, Toon Voorham en Peter van Rijn ieder hun eigen steentje bijgedragen. Met Bert Jan Urban van de bestuursdienst Rotterdam voerde ik een inspirerend gesprek over de hoofdlijnen van deze rede, en hetzelfde gold voor Erik Lieber en Anky Atzema, mijn twee collega-GGD directeurs uit Rijnmond.

Deze leerstoel staat niet op zichzelf. Zij rust op een lange traditie van samenwerking tussen Erasmus Universiteit en GGD Rotterdam. Veel eerdere GGD-directeurs en hoogleraren, waaronder het meest recent Ferd Sturmans, hebben gezaaid wat wij vandaag oogsten. Het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit, het bestuur van het Erasmus MC en in het bijzonder Paul van der Maas, hebben mij hartelijk en zonder enige belemmering welkom geheten op deze leerstoel. De wethouder Volksgezondheid van Rotterdam, Marianne van den Anker, en onze burgemeester Ivo Opstelten steunden enthousiast de verbinding tussen de gemeente en de universiteit, en hetzelfde gold voor de bestuurders van de andere gemeenten waarvoor onze GGD werkt.

De Erasmus Universiteit noemt zich een universiteit van denkers *en* doeners³³, de gemeente Rotterdam kent diezelfde combinatie van daadkracht en respect voor de bijdrage van de universiteit aan de stad. De combinatie van wetenschappelijke reflectie en actie is bij uitstek de impuls voor onze samenwerking. En die samenwerking is veel breder dan alleen deze leerstoel en onze academische werkplaats CEPHIR: op gezondheidsgebied is er ook een gezamenlijk onderzoeksinstituut voor infectieziekten, het Huismaninstituut. We werken structureel samen in Generation R en in O3, en in de Economic Development Board Rotterdam. En daarnaast is er een stroom van incidentele projecten. De afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg is daarin een fantastische partner voor de GGD. Er werken uitermate deskundige, betrokken en ook erg aardige wetenschappers, die de GGD-praktijk steeds weer inspireren en voeden met nieuwe inzichten en kritische vragen. Het is een voorrecht en een feest om met deze collega's samen te werken en te kunnen leren van de topkwaliteit die zij in huis hebben.

Tot slot het praktijkveld van de openbare gezondheidszorg. Aan de Erasmus Universiteit was ik al langer verbonden, maar pas vier jaar geleden betrad ik het vakgebied van de openbare gezondheidszorg. Sindsdien heb ik *never a dull moment* gekend. Het vakgebied is onvoorstelbaar gevarieerd, de dynamiek van de politiek houdt me scherp, maar het zijn vooral de collega's die ervoor zorgen dat dit een wereldbaan is. Daarom veel dank aan alle medewerkers van de GGD, aan alle collega-directeuren uit Zuid-Holland en de rest van Nederland. Laten we met elkaar de politieke verankering, de wetenschappelijke fundering, maar vooral het maatschappelijk effect van het lokaal volksgezondheidsbeleid verder optimaliseren.

Ik heb gezegd.

Referenties

- ¹ Torn between two lovers (1976). Zangeres Mary McGregor, tekst en muziek Peter Yarrow en Phil Jarrel.
- ² Fineberg HV. The Role and Work of the Institute of Medicine. Paper for the Meeting of the IOM and the Mexican Academy of Medicine 11 oktober 2005.
- ³ DALY staat voor Disability Adjusted Life Years. Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een bevolking verliest door een ziekte of aandoening. Het is een optelsom van de jaren die iemand zonder de ziekte waarschijnlijk langer zou hebben geleefd (verloren levensjaren) en de jaren die zijn doorgebracht met de ziekte, waarbij rekening wordt gehouden met de ernst ervan.
- ⁴ Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, Bilthoven 2002. NB: Inmiddels is alcoholafhankelijkheid iets gedaald in de toptien van ziekten met de hoogste ziektelast, door een nieuwe weging van de ernst ervan.
- ⁵ VWS, Ministerie van. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. SDU Uitgevers 2003s.
- ⁶ Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, Bilthoven 2002.
- ⁷ VWS, Ministerie van. Beleidsagenda 2006: gezonde toekomst. Den Haag 2005.
- ⁸ VWS, Ministerie van. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. SDU Uitgevers 2003s.
- ⁹ Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag 2005.
- ¹⁰ GGD Rotterdam en omstreken. Zorgen voor jezelf, goed voor elkaar. Nota openbare gezondheidszorg Gemeente Rotterdam 2004-2006. Rotterdam 2004.
- ¹¹ Drewes JBJ. Het preventieconcert. Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2005.
- ¹² Leenen HJJ. Mensen, rechten, instituties en de staat in de gezondheidszorg. Afscheidscollege op 5 oktober 1990, Universiteit van Amsterdam. Samsom H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn 1990.
- ¹³ VWS, Ministerie van. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. SDU Uitgevers 2003s.
- ¹⁴ Lieburg MJ van. Vijf eeuwen medisch onderwijs, onderzoek en patientenzorg in Rotterdam. Het Erasmus MC in historisch perspectief. Erasmus Publishing, Rotterdam 2003.
- ¹⁵ Mackenbach JP. Het meesterschap van Daedalus. Over paradigma, succes en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg. Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg, Rotterdam 2001.
- ¹⁶ Swaan A de. Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 1990.
- ¹⁷ Lieburg MJ van. De geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidsdienst te Rotterdam 1919-1994. Erasmus Publishing, Rotterdam 1994.
- ¹⁸ Walg CB. Relatie tussen de WCPV en de WMO. Kansen voor de openbare gezondheidszorg! GGD Gelre IJssel, Deventer 2006.

- ¹⁹ VWS, Ministerie van. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. SDU Uitgevers 2003.
- ²⁰ Bos V. Ethnic Inequalities in Mortality in the Netherlands and the Role of Socioeconomic Status. Dissertatie. Erasmus MC Rotterdam 2005.
- ²¹ Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S. et al. Trends in Socioeconomic Inequalities in Mortality in Six Western European Countries. *Int J Epidemiol* 2003;32(5):830-7.
- ²² Nijboer C, Alting D. Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid. Voorbeeldmaatregelen die gezond leven bevorderen, vooral bij sociaal-economisch zwakkere groepen. NIGZ, Woerden 2003.
- ²³ Brug J, Lenthe F van. Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking. A review. Erasmus MC, ZonMW, Universiteit Maastricht, RIVM 2005.
- ²⁴ Dantzig A van. In de Groene Amsterdammer 10 april 2004, geciteerd in G 2/04:34.
- ²⁵ Swaan A de. Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 1990.
- ²⁶ Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. NIGZ, Woerden 2005.
- ²⁷ Juttmann RE, Klazinga NS, Mackenbach JP. Wetenschappelijke kwaliteit van gezondheidszonderzoek. *TSG* 2004(82)8:518-522.
- ²⁸ Brug J. Theory based in plaats van evidence based gezondheidsbevordering. *TSG* 2005(83)8:463-464.
- ²⁹ Bowen S, Zwi AB. Pathways to 'Evidence-Informed' Policy and Practice: A Framework for Action. *PloS Med* 2005;2(7):e166.
- ³⁰ Gunsteren H van, E van Ruijven. De ongekende samenleving (DOS), een verkenning. Beleid en Maatschappij 1993;3:114-25.
- ³¹ Lieber E. Management by linking. *G Vakblad over gezondheid en maatschappij* 2005;6:4.
- ³² Reeuwijk-Werkhorst J, Herten L van, Penris M, Koornstra A. Methoden voor integraal gezondheidsbeleid. *TSG* 2005(83)7:418-24.
- ³³ Denken-kiezen-doen. Strategisch plan Erasmus Universiteit Rotterdam 2004-2008.