

Even tot hier

Citation for published version (APA):

de Vries, N. (2023). *Even tot hier*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20231110nv>

Document status and date:

Published: 10/11/2023

DOI:

[10.26481/spe.20231110nv](https://doi.org/10.26481/spe.20231110nv)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

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

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

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Prof. dr. Nanne de Vries

Faculty of Health, Medicine and Life
Sciences

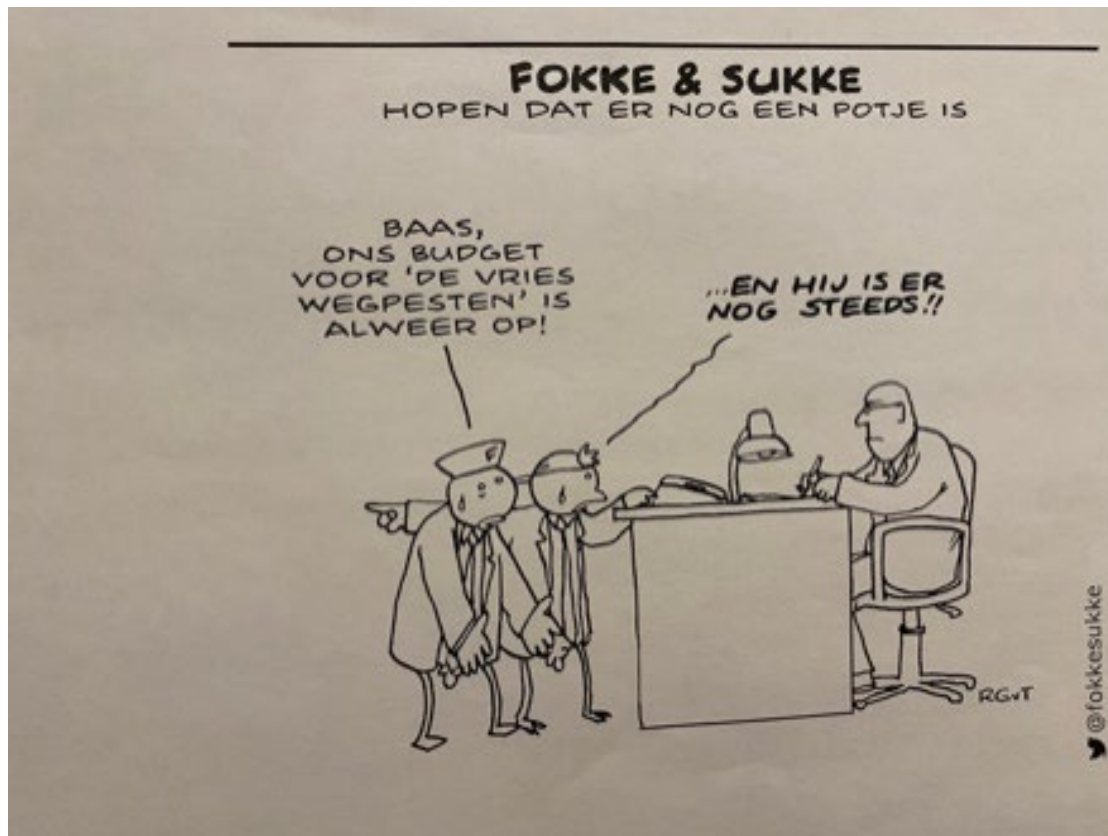
Even tot hier



Mevrouw de rector, dank voor deze mooie woorden.

Beste en lieve vrienden, familie, collega's, andere belangstellenden: hartelijk welkom en wat fijn dat jullie tijd en moeite nemen om naar me te luisteren.

Gisteren was het 9 november en precies 23 jaar geleden stond ik op die 9^e november ook hier, om het ambt van hoogleraar Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, GVO in het kort, te aanvaarden. Ik neem na 23 jaar een soort van afscheid als hoogleraar Gezondheidsbevordering – later zal duidelijk worden waarom de naam van de leerstoel is veranderd. Ik had dus vanuit historisch perspectief eigenlijk liever gisteren deze rede willen uitspreken maar het leek me praktischer om het toch op een vrijdag te doen. De titel is “Even tot hier”. Dat geeft aan dat dit een SOORT van afscheid is – eigenlijk een tussenstop. De batterij is nog niet helemaal leeg en ik blijf dus hopelijk nog wel even actief in allerlei rollen.



Wat moet je nu in zo'n afscheidsrede? In die 23 jaar heb ik onderzoek gedaan, vooral met promovendi, les gegeven, me in facultaire, universitaire, UMC en landelijke commissies overal tegenaan bemoeid, persoonlijke ontwikkeling doorgemaakt, kinderen volwassen zien worden. Het kaleidoscopische karakter van wat we dan maar mijn carrière noemen past goed bij het formaat van het tv-programma 'Even tot hier'. Het tv-programma begint altijd met een overzicht van de onderwerpen die aan bod gaan komen, dat doe ik dus ook.



By the way, ik heb toestemming gevraagd en gekregen van de makers, waarvoor dank aan Jeroen Woe en Niels van der Laan.

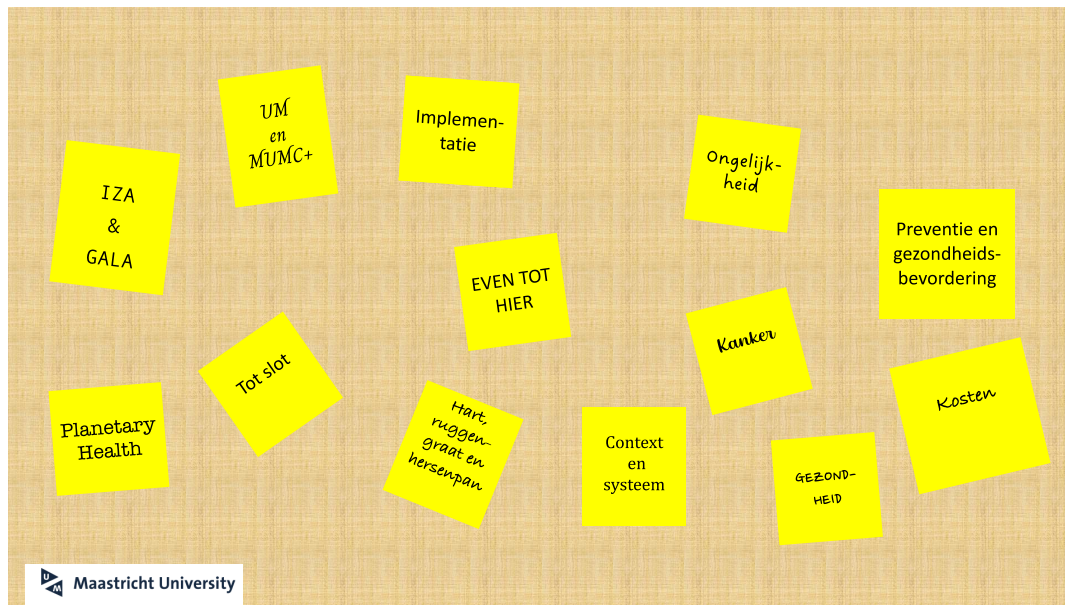


Dank aan Jeroen Woe en Niels van der Laan
morgen, 11 november



Als tegenprestatie attendeer ik jullie erop dat morgen de eerste uitzending van hun nieuwe seizoen is. Maar laten we dan nu maar snel beginnen.

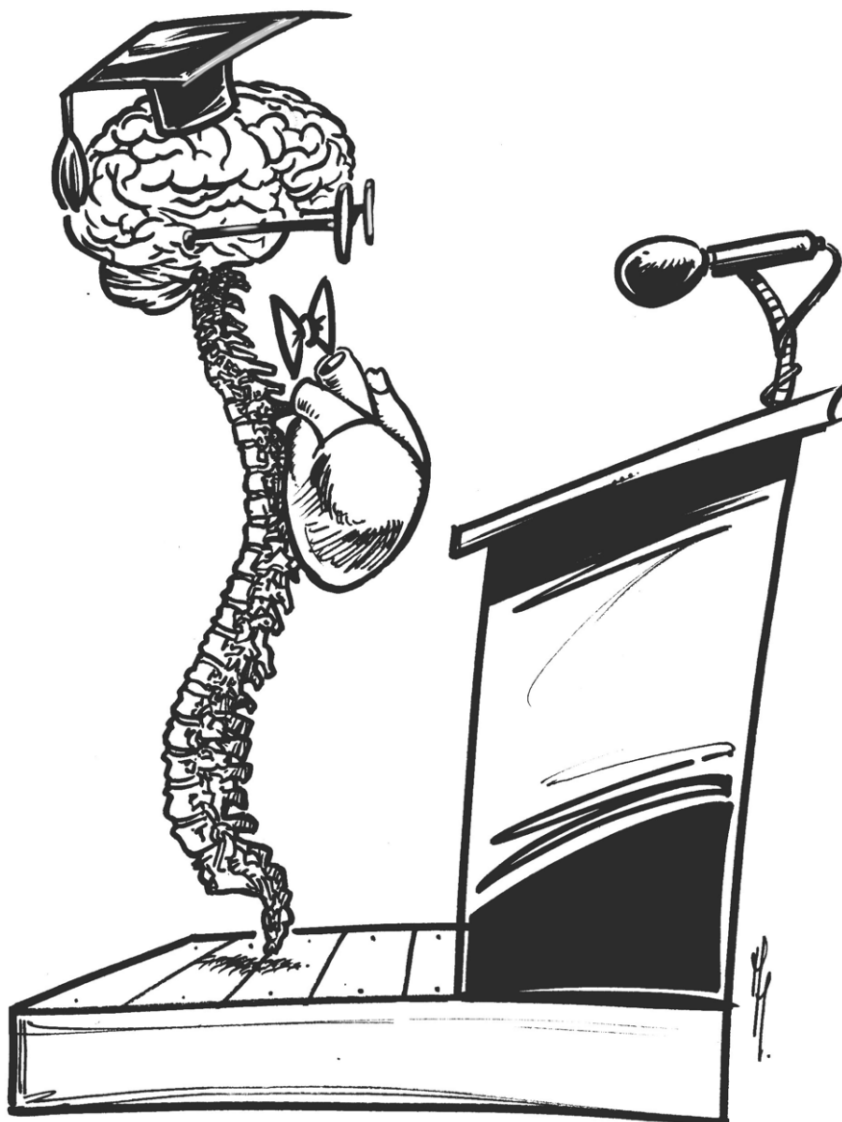
Here we go!



Hart,
ruggen-
graat en
hersenpan

Het hart, de ruggengraat en de hersenpan

De inaugurele rede in 2000 had als titel 'Het hart, de ruggengraat en de hersenpan – perspectieven op gezondheidsgedrag'. Die oratie ging erover dat er een beperkt beeld was over *waarom* de mensen zich gedragen zoals ze doen, dat noemen we determinanten van gedrag. Als afspiegeling van de tijdgeest betoogde ik dat de belangrijkste verklaringsmodellen voor gedrag, in de sociale psychologie maar ook in de economie, de beleidswetenschap en de Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, te beperkt waren. Die modellen en theorieën gingen uit van een rationeel mensbeeld, waarin mensen de voors en tegens van gedragingen tegen elkaar af wegen en dan kiezen voor het alternatief met de hoogste verwachte uitkomst. Heel rationeel, vanuit de hersenpan.



De affectieve, gevoelsmatige factoren (het hart) speelden in die ideeën een te beperkte rol net als gewoontes, routines en intuïtie (de ruggengraat). Mensen reageren heel vaak uit impuls, instinct, gevoel, emotie. Met tevredenheid kunnen we vaststellen dat de roep om daar meer aandacht aan te besteden nu overbodig is in de sociale psychologie en zeker ook binnen het vak GVO. In het algemeen kunnen we zeggen dat het belang van contextuele factoren die impulsen en routines aansturen veel beter onderkend wordt en dat de rol van affect is ingebed. De context geeft aanleiding tot gedrag, vaker dan de persoonlijke afweging die mensen maken – kom je in een bepaalde situatie dan doe je wat je altijd al deed, een scenario wordt getriggerd.

Die verbeterde aandacht voor affect en impuls komt natuurlijk niet door mijn oratie want die beweging was allang ingezet. Voor de Gezondheidsvoorlichting heeft mijn oproep wellicht wat meer invloed gehad, daar laat ik me maar wát graag op voorstaan. Ook vandaag heb ik niet de pretentie dat ik een enorme theoretische vernieuwing zal inzetten maar ik hoop wel een paar zaken aan te stippen die de komende jaren verdere ontwikkeling behoeven.

Preventie en gezondheidsbevordering

Preventie en gezondheidsbevordering



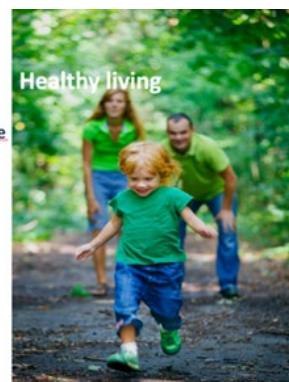
Ik heb gewerkt bij de Universiteit maar ook bij het MUMC+. Die afkorting staat voor Maastricht University Medical Center, in 2008 de opvolger van het academisch ziekenhuis Maastricht, azM. Het plusje staat er niet voor niets. Het MUMC+ is zich gaan realiseren dat voorkomen beter is dan genezen. Het plusje verwijst dus vooral naar deze bredere taakstelling: de beste medische zorg betreft ook ondersteuning voordat men ziek wordt.



 Maastricht UMC+
Beter door meer kennis

Missie

Het verlenen van de best mogelijke zorg
en het verbeteren van de gezondheid in de regio
door de integratie van zorg, onderwijs en onderzoek



Die koers wordt verwoord in het strategiedocument “Gezond Leven 2025”, dat voortbouwt op eerdere visies.

In het strategiedocument staat: “We leggen ons als universitair medisch centrum toe op de behandeling van patiënten met een academische, hoog-complexe zorgvraag én wij leveren basiszorg voor de patiënten uit onze regio. Wij kijken verder dan alleen ziekte. Hebben een brede blik op gezondheid. Onze positie in preventie en gezondheidsbevordering is sterk. Leefstijl, fysieke en sociale omgeving spelen daarbij een belangrijke rol. Ook hebben wij aandacht voor kwaliteit van leven, zingeving en ethiek. Onze kerntaken zorg, onderzoek, onderwijs, opleiding en valorisatie vullen wij in vanuit dit integrale perspectief. De behoeften en prioriteiten van de bevolking zijn hierbij leidend.”
Wat is dat dan, gezondheidsbevordering? De officiële definitie luidt:

Gezondheidsbevordering is het proces waarmee mensen de controle over hun gezondheid kunnen vergroten en deze kunnen verbeteren.

Gezondheidsbevordering

Het proces waarmee mensen de controle over hun gezondheid kunnen vergroten en deze kunnen verbeteren

Settings

- Stad en wijk
- School, ook universiteit
- Werkplek
- Zorg en ziekenhuis



Dat gaat over leefstijl, dus het gedrag dat mensen vertonen, maar ook over de fysieke en sociale omstandigheden die dat gedrag veroorzaken of die op een andere manier bijdragen aan gezondheid of ziekte. Het gaat dus verder dan gedrag van individuen, ook over sociale en omgevingsinterventies en beleid, niet alleen gezondheidsbeleid maar ook sociaal, economisch, eigenlijk alle beleidsterreinen: Health in all policies. Grote aandachtsgebieden zijn lerende en gezonde steden, werkplekken, de gezonde school, gezond ouder worden, de zorg. En, beste bestuurders, er zijn ook programma's voor health promoting universities en voor health promoting hospitals!

Gezondheidsbevordering gaat dus verder dan alleen leefstijlbeïnvloeding en preventie, al hoort dat er ook bij. Prof. Marjolein Smidt, oncologisch chirurg met specialisatie in de mamma-chirurgie hield op 23 juni j.l. haar inaugurele rede met als titel 'Even goed met minder', waarin ze wijst op de verschrikkelijke invloed van ongezonde leefstijl: minstens 50% van de zorgvraag is daaraan gerelateerd (WHO 2005).

Door de toename van ongezonde leefstijl en de terugloop van handen aan het bed voorspelt men het vastlopen van het zorgsysteem in 2040, een zorginfarct. Dat kan ook leiden tot de moeilijke keuze of je moet doorbehandelen of toch op een bepaald moment moet stoppen.

Professor Smidt pleit daarom voor aandacht voor ongezonde leefstijl, die zij specifiek relateert aan kankers en aan dementie, maar die verantwoordelijk is voor allerlei welvaartsziekten. Leefstijl stond al jaren centraal in de Gezondheidsvoorlichting: het waarschuwendende vingertje ging over al het slechte gedrag en de strategie was om mensen te overtuigen dat gedrag te veranderen, met name via voorlichting, informatie en overreding.

BRAVVO

- Bewegen
- Roken
- Alcohol
- Voeding
- Veiligheid
- Ontspanning



De overheid beschreef aandachtsgebieden in termen van BRAVVO: Bewegen, Roken, Alcohol, Veiligheid, Voeding en Ontspanning (daar hoort ook slaap als uiterst belangrijke factor bij). Die overtuigingsstrategie bestaat natuurlijk nog steeds: mensen motiveren blijft een belangrijke manier om gezond gedrag te bewerkstelligen. Maar het is niet genoeg.

Ook Professor Smidt gaat een streepje verder. Leefstijl is geen gedrag in een vacuüm, maar wordt beïnvloed door allerlei factoren. Zij noemt bij voorbeeld armoede, opleiding, en eenzaamheid. We zullen straks zien dat dergelijke

factoren enorm sterk samenhangen met levensverwachting en ongezondheid. De context, de omstandigheden, het systeem om mensen heen zijn minstens zo belangrijk als het gedrag zelf.

De medische stand begint, net als collega Smidt, steeds meer te beseffen dat oorzaken voor ongezondheid dieper liggen dan het medische of biomedische. Op tv is nu de serie Dokter Ruben. Ruben Terlou, bekend van zijn reisprogramma's in Azië, is opgeleid als arts maar heeft nooit als zodanig gewerkt. In de inleiding van zijn huidige programma zegt hij, ik citeer: "Ik blijf altijd om me heen kijken als dokter. Overal waar ik maar kom ga ik op zoek naar de pijn. Armoede, ongelijkheid, vervuiling of onveiligheid, ik zie dat dus allemaal als virussen die mensen letterlijk ziek kunnen maken. En jammer genoeg bestaan er geen pillen voor. Er bestaat geen medicijn tegen onrecht of tegen een onveilige omgeving. En toch kun je op veel plekken in de wereld patiënten alleen maar genezen als je ook het kwaad om hen heen te lijf gaat. En naar die plekken en die mensen ga ik op zoek"- einde citaat. We moeten dus kijken naar een veel breder scala aan factoren dan alleen de medische of zelfs leefstijl. Sowieso willen we kwaliteit van leven vooropstellen, en aandacht hebben voor gezondheid en niet alleen voor ziekte.

Zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving concludeerde: "Door het nationale gezondheidsbeleid vooral te richten op individuele leefstijl en gedrag wordt in feite[...] vooral het symptoom bestreden en niet de kwaal."

¹(Bussemakers et al., 2020). Om die redenen heet mijn leerstoel nu Gezondheidsbevordering en niet meer Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. En daarbij moeten we een brede opvatting hanteren over wat gezondheid nu eigenlijk is.

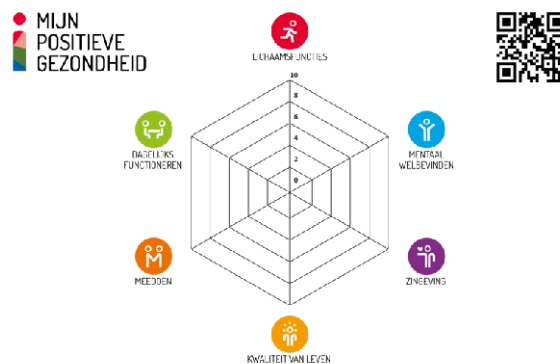
¹ Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is eenzaak van ons allemaal. Bussemakers, J., et al. (2020). Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, ISBN 978-90-5732-296-9

Gezondheid – wat heet gezond?



De WHO definieerde gezondheid in 1948 als: ‘een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek’. Dat is mooi, maar eigenlijk is dan niemand echt gezond, vanwege het woord ‘volledig’. Machteld Huber en co-auteurs gaven een nieuwe definitie: ‘Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven’.² Om dat te operationaliseren gebruikt Huber een spinnenweb met zes belangrijke aspecten:

Positieve gezondheid: het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven



² Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, et al. (2011). *How should we define health?* BMJ 2011, 343(4163):235-237.

Dus naast de lichamelijke functies en mentaal welbevinden betekent gezond zijn ook dat je je dagelijkse activiteiten goed kunt uitvoeren, dat je mee kunt doen in de maatschappij en daardoor een zinvol bestaan ervaart, met hoge kwaliteit van leven. Beleid moet daarom gericht zijn op zowel een gezonde fysieke als sociale leefomgeving. Een park in de buurt kan bijvoorbeeld bijdragen aan meer lichaamsbeweging en minder obesitas maar ook dienen als ontmoetingsplaats en zo eenzaamheid tegengaan. Men kan inspraak- en participatiemogelijkheden creëren, in wijk en werk, zodat mensen kunnen meedoen. Je begrijpt dat het bevorderen van positieve gezondheid nu veel meer behelst dan alleen voorlichting of motiveren van de einddoelgroep – we gaan naar omstandigheden en ook naar het motiveren van beleidsmakers of politici. En het gaat niet alleen meer om preventie.

De provincie Limburg heeft het concept Positieve Gezondheid omarmd. Zij wil de eerste positief gezonde provincie worden en heeft in samenwerking met het Instituut voor Positieve Gezondheid en de GGD Zuid-Limburg een programma opgezet waarin mensen op werkplekken, in zorginstellingen, in gemeenten en allerlei andere settings worden getraind in het toepassen van het gedachtegoed in hun situatie.

Een veelgestelde vraag is of preventie, het bevorderen van een gezonde leefstijl en van gezondheid, niet simpelweg leidt tot *uitstel* van zorg. Mensen worden dan weliswaar ouder, maar de zorgkosten komen toch. Door allerlei factoren is de sterfte aan hart- en vaatziekten wellicht kleiner geworden, maar daar komen dan op latere leeftijd de kankers, orthopedische problemen en ouderdomskwalen voor terug. Soms wordt dit zelfs gebruikt als argument om niet het onderste uit de kast te halen.

Nu is het zo dat goede gezondheid niet alleen zorgt voor langer leven maar ook voor langer actief blijven, een bijdrage leveren aan het maatschappelijk reilen en zeilen, aan voorspoediger herstel na behandeling, minder ernstig ziek worden. Dus we moeten niet alleen denken in termen van levensjaren of gezonde levensjaren, maar ook in andere uitkomsten, bij voorbeeld kwaliteit van leven of misschien de andere dimensies van positieve gezondheid.

Van determinanten naar implementatie

Implementatie



Mijn oratie 23 jaar geleden ging over gedrag en de analyse van gedragsdeterminanten. Gaandeweg mijn twee decennia aan de UM is denk ik het zwaartepunt in het vak en in mijn werk verschoven, meer naar de achterkant – interventieontwikkeling en implementatie-vraagstukken. Voor de ontwikkeling van interventies is, door Maastrichtse collega's in samenwerking met collega's in Houston, een protocol ontwikkeld, Intervention Mapping.

Intervention Mapping

- Stap 1: Probleemanalyse (met planningsgroep en input doelgroep)
- Stap 2: Programmadoelen (veranderdoelen voor gedrag en omgeving)
- Stap 3: Programmaontwerp (methodieken uit brainstorm, literatuur en theorie vertalen naar praktische toepassing)
- Stap 4: Programmaproductie (materialen ontwikkelen, testen en definitief maken)
- Stap 5: Implementatieplan (matrix van veranderdoelen voor adoptie, implementatie en voortzetting, en maak interventie daartoe)
- Stap 6: Evaluatieplan

Naar: Ruiters, R., Crutzen, R. & Kok, G. (2022). Programmaontwikkeling. In: Brug, J., van Assema, P., Kremers, S. & Lechner, L. (Red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering; een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorkum.



Ik ga daar nu niet uitgebreid op in, want ik wil graag aandacht besteden aan de fase 5 – implementatie en verspreiding van interventies. Maar in het kort: Na een analyse van het gezondheidsprobleem en de factoren die daar een rol in spelen, dat kan gedrag zijn of beleid, worden doelen geformuleerd die we met een programma gaan nastreven. Vervolgens zoeken we uit hoe we die doelen het best kunnen bereiken en in stap 4 zetten we dat om in daadwerkelijke activiteiten. Dan maken we een plan hoe we dat in praktijk kunnen brengen. Iedere stap wordt geëvalueerd maar natuurlijk ook het eindresultaat. Intervention Mapping is belangrijk om planmatige gezondheidsbevordering te doen. Dus niet zomaar allerlei acties uitvoeren; maar op grond van kennis en evidentie programma's ontwikkelen. Dat lijkt een heel tijdrovende bezigheid en kan dat ook zijn als er over een onderwerp helemaal niets bekend is, maar je kunt gelukkig meestal gebruik maken van de literatuur en ervaringen in het veld.

Als je dat goed doet wordt er op grond van grondige analyse en creatief denkwerk (maar pas op, dat kan ook verkeerde gut feeling zijn) iets verzonnen om gezondheid te ondersteunen. Dat kan voorlichting zijn, natuurlijk, maar ook beleid, bv prijsbeleid voor roken en alcohol; of een verbod, bv op drugsgebruik; of een gebod, bv om autogordels te dragen. Zo'n interventie wordt dan geïmplementeerd, met zorgvuldige meting van de effecten. Dus onder heel gecontroleerde omstandigheden. Als je bijvoorbeeld een lesprogramma ontwikkelt, wordt dat in verschillende klassen, misschien op verschillende scholen, door verschillende leraren op zo gelijk mogelijke manier gegeven – gestandaardiseerd. De ontwikkelaar bepaalt precies hoe dat moet en controleert dat ook. De mate waarin een interventie wordt overgenomen zoals die is ontwikkeld heet 'fidelity', trouw in de letterlijke vertaling. Andere belangrijke kenmerken van implementatie zijn dosering (hoe intensief is de interventie) en de kwaliteit van de implementatie (je kunt het slordig of precies doen). Uit de evaluatie komt dan bewijs van werkzaamheid: doet het ding wat je beoogde?

Maar daarna moet zoiets verder de wereld in en nu wordt het spannend. Want de controle is dan weg; leraren pikken de krenten uit de pap, schaven nog eens wat aan het lespakket, de ene school is de andere niet, en overigens ook de leerlingen verschillen sterk. Aanpassingen zijn vaak nodig: wat werkt voor vmbo-studenten kan best slecht werken bij vwo-scholieren. Is de interventie dan nog effectief? Toch willen we die graag gebruiken en niet van vooraf aan beginnen want dat spaart tijd en geld.

Dus ontstaat de vraag: one-size-fits-all of aanpassen; standaardisatie of adaptatie? Dit geldt trouwens niet alleen voor onze soort programma's – we

weten dat ook veel medische protocollen minder goed werken bij vrouwen dan bij mannen, of bij verschillende bevolkingsgroepen die vaak niet meegenomen zijn in het onderzoek dat ten grondslag ligt aan de behandeling.

Domweg standaardiseren gaat dus niet helpen, maar als je aanpast moeten we oppassen het kind niet met het badwater weg te gooien: de echt werkzame bestanddelen van het programma moeten in stand blijven.

Implementatie Mapping

- Stap 1: Identificeer gebruikers en beschrijf behoeften en sterke punten
- Stap 2: Beschrijf gewenste uitkomsten, doelen van implementatie en maak een matrix van veranderdoelen
- Stap 3: Kies theoretische methoden en selecteer een strategie
- Stap 4: Maak implementatieprotocol en materialen
- Stap 5: Evaluatieplan voor implementatie

Naar: Fernandez ME, ten Hoor GA, van Lieshout S, Rodriguez SA, Beidas RS, Parcel G, Ruiters RAC, Markham CM and Kok G (2019) Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. *Front. Public Health* 7:158. doi:10.3389/fpubh.2019.00158



Voor implementatie is een aparte uitwerking gemaakt vanuit Intervention Mapping. Die zie je hier. Implementatie vereist aanpassingen en dat vereist betrokkenheid van de doelgroepen, hier in stap 1 maar ook nodig als toetssteen in de latere stappen. Dat participatieve onderzoek moet plaatsvinden met oog voor het complexe systeem waarin alles gebeurt. Twee onderling verweven zaken zijn van uiterst groot belang: de *context* waarin gedrag plaatsvindt en de interventie wordt gedaan, en het *systeem* dat achter dat gedrag verscholen zit. De interventie moet passen bij de context en die 'fit' bepaalt het succes bij bredere implementatie, en dat gaat niet alleen over einddoelgroep maar ook over beleidsmakers en degenen die implementeren. Je kunt onderscheid maken tussen functie en vorm: de functie moet dan gestandaardiseerd maar de vorm mag aangepast aan stakeholders en situatie. Een mooi voorbeeld van dergelijke adaptatie is beschreven door mijn collega's Harms en anderen (2023), over "Goedkoop gezonde voeding"³. Deze interventie is landelijk uitgerold en bedoeld voor mensen met weinig geld en/of lage sociaal-economische status en/of laaggeletterdheid.

³ Harms, L. S. E., van Assema, P., Gubbels, J. S., Gerards, S. M. P. L., Linssen, E., Vonken, L., & Bessems, K. M. H. H. (2023). Context matters-the phased development of an adaptable food literacy intervention: Up for Cooking. *Health promotion international*, 38(4), daad071. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad071>

Overigens: hier kunnen we ook zien hoe het MUMC+ haar visie in de praktijk brengt. In het programma 'Next Step' van MUMC+ zijn 14 projecten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering, waaronder deze, met ieder maximaal 100.000 euro gesubsidieerd, om de implementatie en uitrol te bevorderen. HULDE!

Er zijn nog heel veel vragen omtrent adaptatie. We bouwen ervaring op, er zijn ook al successen. Maar waar veel evidentie is aangaande determinantenstudies en interventieontwikkeling is er nog veel werk te doen over adaptatie. Het is niet altijd gemakkelijk te bepalen wat precies de kern van interventies is, dus wat functie is en wat vorm.

Planetary health



Planetary
Health

De bredere taakstelling voor Gezondheidsbevordering staat niet op zich. In 2015 onderschreven alle lidstaten van de Verenigde Naties een blauwdruk voor welvaart en vrede, voor mensen en de planeet. Dit werd geformuleerd in de 17 Sustainable Development Goals, doelen voor duurzame ontwikkeling voor 2030.

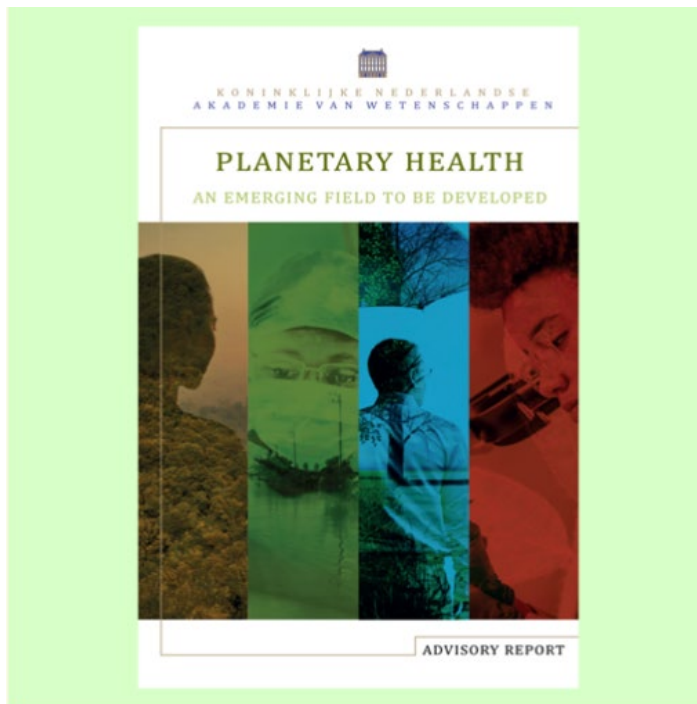
Sustainable Development Goals voor 2030



 Maastricht University

Geen armoede en honger, economische ontwikkeling, betere educatie, gendergelijkheid, schoon water, alles komt langs. Nummer 3 is gezondheid en welbevinden. De Duurzame Ontwikkelingsdoelen zijn onderling gerelateerd; gezondheid heeft in de brede definitie eigenlijk met al de andere doelen te maken.

Waar het exploiteren van de aarde en haar grondstoffen enorm heeft bijgedragen aan de opbouw van welvaart, gezondheid en levensverwachting zijn we op een keerpunt gekomen of misschien zelfs al daar voorbij: de aarde raakt uitgeput. Daarom wordt nu gepleit voor een nieuw begrip: Planetary health. De oproep is om meer aandacht te besteden aan de effecten van wereldwijde milieuverandering op gezondheid.



Dit jaar verscheen een KNAW-rapport over dit onderwerp⁴ met als eerste auteur Johan Mackenbach, kampioen van het Public Health onderzoek in Nederland. Een andere auteur is collega Pim Martens die op 21 april van dit jaar een oratie over dit onderwerp heeft gehouden, nog steeds terug te zien, waarin hij oppert dat het niet alleen moet gaan over de gezondheid van mensen op deze planeet maar eerder nog om de gezondheid van de planeet zelf. In het KNAW- rapport komen vier onderzoeksprioriteiten naar voren:

Planetary Health

Onderzoeksprioriteiten

- 1) integrale analyses van de effecten van wereldwijde milieuveranderingen op de volksgezondheid
- 2) onderzoek om richting en ondersteuning te geven aan de transformaties die wereldwijde milieuveranderingen moeten afwenden
- 3) onderzoek naar methoden voor individuele en collectieve gedragsverandering en governance in relatie tot wereldwijde milieuveranderingen
- 4) onderzoek om richting en ondersteuning te geven aan mitigatie- en adaptatiestrategieën voor de gezondheidszorg

⁴ KNAW (2023). Planetary Health. An emerging field to be developed, Amsterdam.

Dus het effect van milieuverandering op gezondheid, hoe we die verslechtering kunnen voorkomen, hoe we die via beleid en gedrag kunnen opvangen en ook hoe de zorg haar eigen bijdrage kan minimaliseren.

Je ziet dat het begrip gezondheid steeds meer gaat omvatten, en dat betekent vanzelfsprekend dat ook gezondheidsbevordering en het onderzoek van karakter verandert.

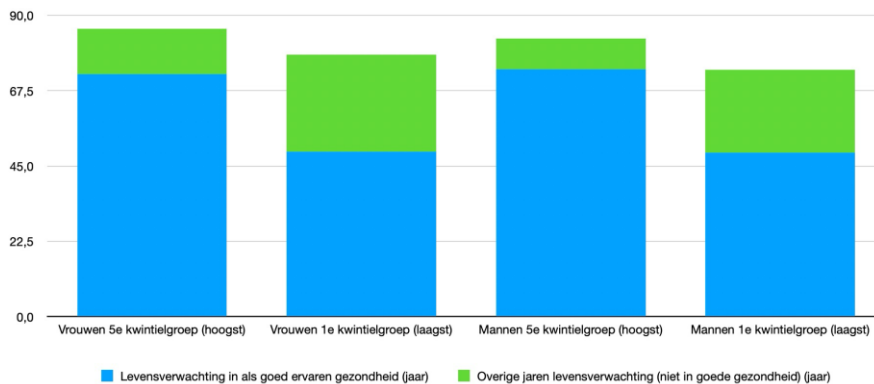
Social inequality en social inequity

Ongelijkheid

Waar we ons echt zorgen over moeten maken en zelfs wat mij betreft voor moeten schamen als samenleving is de toename van gezondheidsverschillen, op globaal niveau maar ook binnen NL. Ik beperk me even tot dat laatste. Duurzaam ontwikkelingsdoel 10 was verminderen van ongelijkheid.

In 2021 was de gemiddelde levensverwachting bij geboorte voor vrouwen 83 jaar, voor mannen 80, volgens het CBS. Maar er zijn grote verschillen tussen welvaartsgroepen.

Levensverwachting per geslacht en welvaartsgroep (CBS)

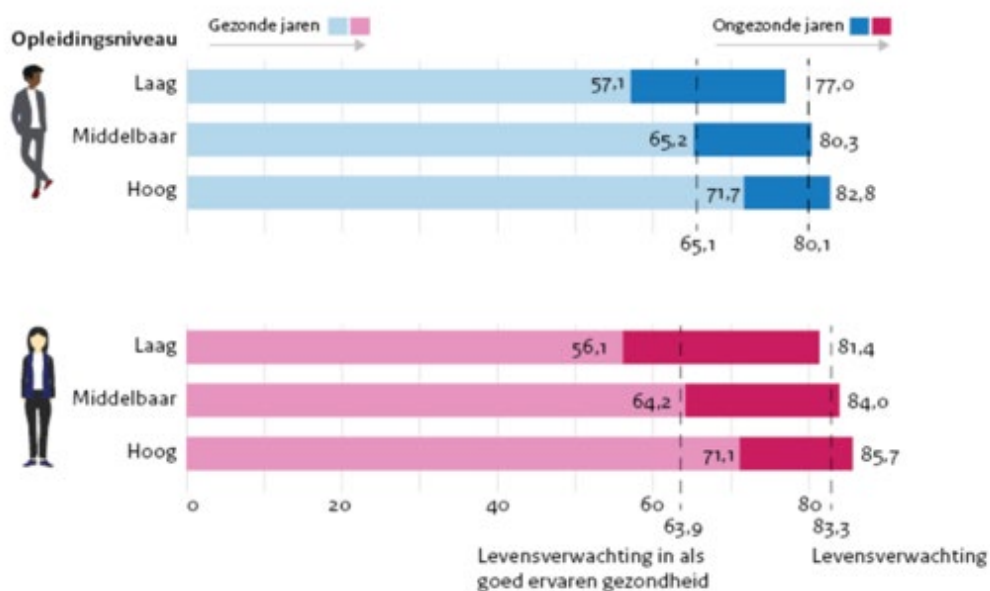


Ik geef hier even de cijfers voor de 20 procent mensen met de hoogste welvaart gecontrasteerd met de 20 % met de laagste welvaart. Bij vrouwen scheelt dat in de gemiddelde levensverwachting (dat is de hele kolom) 8 jaar, voor mannen zelfs 9. Maar we kunnen misschien beter kijken naar de jaren waarin mensen rapporteren gezond te zijn (blauw) en de levensjaren in ervaren ongezondheid (groen) - dan worden de verschillen nog duidelijker. De levensverwachting in goede gezondheid bij geboorte was 49 jaar voor mannen in de laagste welvaartsgroep, tegenover 74 jaar voor de meest welvarende mannen: dat is maar liefst 25 jaar verschil! Voor vrouwen was dit respectievelijk 49 jaar en 72 jaar, 23 jaar verschil. De blauwe gedeeltes van de balkjes verschillen meer dan de hele kolommen.

En dat is er zeker niet beter op geworden want het verschil was in 2014 voor mannen en vrouwen samen 18 jaar en nu dus 24. Het wordt dus alleen maar beschamender.

Hoogopgeleiden leven langer en ook langer in goede gezondheid

Levensverwachting bij geboorte in jaren 2017-2020



Soortgelijke resultaten vind je trouwens ook als je kijkt naar andere indelingen, zoals etnische achtergrond of opleidingsniveaus (cijfers van het RIVM): een verschil van ongeveer 15 gezonde levensjaren

Voor Zuid-Limburg is de situatie nog nijpender.

Levensverwachting bij geboorte 2018-2021

Per GGD-regio

Jaren



Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door RIVM

Onze regio heeft de laagste levensverwachting van Nederland, 80,6 jaar overall, waarvan 63 gezonde jaren over alle groepen heen. Die lagere verwachting concentreert zich in bepaalde gemeenten, de voormalige mijnstreek, met ongeveer 60 gezonde levensjaren als verwachting. Ook Maastricht doet het niet goed met echt grote verschillen *binnen* de stad.

Uit: Nota Gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2020-2023

De gezondheidsachterstand



In de Nota Gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2020-2023 wordt het een en ander samengevat.

Je ziet: de problematiek is heel divers en multi-factorieel. Die achterstand bestaat al heel lang. In 2015 publiceerde de GGD Zuid-Limburg het rapport “Op zoek naar de Limburg-factor”⁵, vooral het werk van collega Maria Jansen en geschreven met haar collega Estella Kuppens.

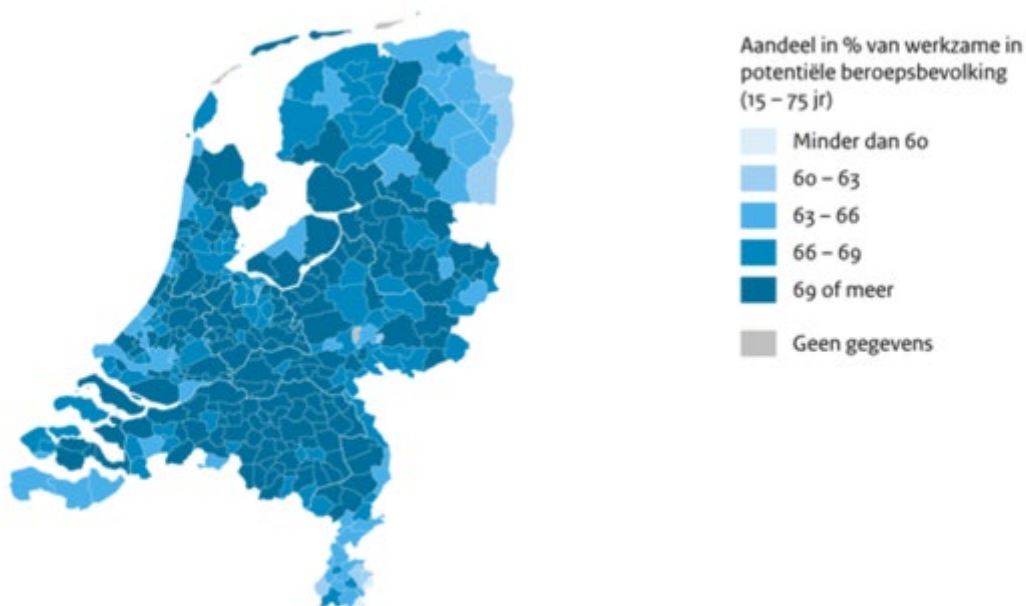


Daarin wordt de achterstand beschreven, maar wordt ook geprobeerd een oorzaak te vinden. Die zit gedeeltelijk in kansenongelijkheid na de sluiting van de mijnen. Dat heeft niet alleen tot onmiddellijk verlies van banen geleid, maar de mijnwerkersgezinnen waren gewend aan een situatie waarin mijn, kerk en staat voor al hun problemen een oplossing boden, of het nu ging om opvoeding, ziekte, zorg voor mensen met een handicap, enzovoort. Dat leidde tot een gebrek aan zelfredzaamheid en ook aan samenredzaamheid die van generatie op generatie wordt doorgegeven. Lees ook het boek, eveneens uit

⁵ <https://www.ggdzl.nl/fileadmin/files/ggdzl/Documenten/Op-zoek-naar-de-Limburg-factor.pdf>

2015, van Marcia Luyten: 'Het geluk van Limburg'. Die beschrijft heel goed hoe het mijnverleden de situatie in Limburg heeft beïnvloed, ook voor generaties die nooit in de mijnen heeft gewerkt. Sowieso wordt een belangrijke rol gezien voor sociale overerving: kinderen van laag-opgeleide ouders en van niet-westerse allochtone ouders stromen op een lager niveau uit de basisschool. Het percentage laaggeletterden in Nederland is nu 14, In Zuid-Limburg springen Kerkrade (met 25%!!), Heerlen en, misschien verbazingwekkend, Maastricht er in negatieve zin uit. Hoogopgeleiden trekken weg vanwege kansen op werk en inderdaad: de vraag naar hoger opgeleiden in Limburg is lager dan in de rest van Nederland. Ook de werkloosheid ligt hier hoger dan het landelijk gemiddelde en *werk* is de beste preventie. Hier een plaatje van de arbeidsparticipatie per regio – Zuid-Limburg is lichtblauw en dat betekent laag.

Netto arbeidsparticipatie per gemeente, 2020



Bron: CBS

CBS/meiz1
www.clo.nl/nl209912

Limburgers vertrouwen de overheid en de politiek minder dan anderen en hebben ook wat minder vertrouwen in elkaar, rapporteren Jansen en Kuppens. Om dit tij te keren hebben de Zuid-Limburgse gemeenten en heel veel organisaties waaronder GGD, zorgverzekeraars, universiteit en MUMC+ de handen ineengeslagen en Trendbreuk opgericht. In Trendbreuk wordt gepoogd de achterstand met een kwart te verminderen in 2030.



Daarbij volgt men de levensloop met programma's als Kansrijke Start gericht op voor en vlak na de geboorte, de Peutertijd, de Basisschool, het Voortgezet onderwijs, de fase van werk en ouderschap.

Als ik naar Zuid-Limburg kijk zijn er heel veel initiatieven; Trendbreuk brengt er een aantal samen. Maar coördinatie kan nog veel beter. Ik denk dat het tijd wordt om niet alleen de kennis te bundelen in een data-infrastructuur maar ook de inspanningen, programma's en interventies onderling af te stemmen op regionaal of provinciaal niveau.

En eigenlijk moet dat zelfs over de grenzen: Zuid-Limburg deelt meer grens met België en Duitsland dan met Nederland, en de problematiek is in de regio's om ons heen vergelijkbaar. Via de stichting EUPrevent wordt geprobeerd van elkaar te leren en gezamenlijke programma's op te bouwen.

Net als bij gezondheid en levensverwachting zijn ook de oorzaken van de verschillen in gezondheid complex, onderling gerelateerd maar op verschillende beleidsdomeinen. Armoedebeleid, onderwijs, opvoedingsondersteuning, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, arbeidsmarktbeleid, burgerparticipatie, vergrijzing of zelfs dubbele vergrijzing

door ouder wordende populatie en vertrekkende jongeren – het is echt Health in All Policies.



-
- ✓ 1. Zet in op een brede, domein overstijgende aanpak
 - ✓ 2. Differentieer waar nodig
 - ✓ 3. Benut kansen in verschillende levensfasen
 - ✓ 4. Werk samen met de mensen om wie het gaat
 - ✓ 5. Werk persoonsgericht
 - ✓ 6. Versterk geloof in eigen kunnen en zelfredzaamheid
 - ✓ 7. Stuur op al doende leren en experimenteren
 - ✓ 8. Investeer in goede monitoring en evaluatie
 - ✓ 9. Werk aan borging van kennis en effectieve aanpakken in praktijk en beleid

Wat is er nu nodig om ook de bevolkingsgroepen die er het slechtst voor staan te bereiken? Hoe kan de adaptatie worden geoptimaliseerd? Pharos, landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen, geeft de 9 aanwijzingen op de dia. Veel komt neer op het afdalen uit de ivoren toren van zorgmedewerker of wetenschapper naar het veld. Mensen weten heel goed wat er in hun situatie speelt maar maken misschien andere keuzes of zien in hun context geen mogelijkheden voor duurzame verandering. Maar het belangrijkste is het om hen als volwaardige gesprekspartners tegemoet te treden. Recent stond in de krant dat bewoners van Rotterdamse krachtwijken niet meer door onderzoekers lastiggevallen wensen te worden want ze voelen zich gestigmatiseerd. Dat laat zien dat hier nog heel wat te winnen valt.

Relatief lage uitgaven aan gezondheidsbevordering



Kosten



Jullie begrijpen dat ik zou inzetten op een toekomstbestendige strategie in het beleid, en dat kost geld. Onderzoek levert een paar belangrijke inzichten op over de uitgaven aan gezondheidsbevordering. Volgens het CBS waren de totale zorgkosten in 2019 zo'n 6120 euro per inwoner. Volgens het RIVM en Cebeon (Centrum Beleidsadviserend Onderzoek) werd in 2019 op landelijk niveau per inwoner ongeveer 23 euro uitgegeven aan gezondheidsbevordering, nog geen 0,4 procent. Ook gaat het voor gezondheidsbevordering vaak om tijdelijke middelen die het lastig maken om structureel te investeren. Ik moet zeggen dat activiteiten vanuit het sociaal domein die (indirect) invloed hebben op het verbeteren van leefstijl en gezondheid, zoals armoedebestrijding, niet zijn meegenomen in dit onderzoek. Dat is jammer, want naarmate we dichter bij integraal beleid komen wordt het belangrijker ook naar meer integrale kosten te kijken.

Ik begrijp heel goed dat men/de politiek/de media zich zorgen maakt over de stijging van de zorgkosten. Beheersing is belangrijk: minder uitgeven OM de zorg en meer IN de zorg, (nietwaar professor Smidt?) dus minder registratie, minder monitoring en minder accreditatiecircuit, minder geld naar reclame voor verzekeraars in het kader van de marktwerking (wat heeft die nu precies opgeleverd) etcetera, en meer handen aan het bed. Inderdaad: alle specialisten in loondienst of in ieder geval onder de wet normering topinkomens. Maar de kosten zullen blijven stijgen. De betere vraag is daarom of wij met zijn allen daar het geld voor over hebben: er ligt een *keuze* voor. Ik vind het bijna automatische narratief dat het natuurlijk zo niet verder kan te gemakkelijk: we moeten alternatieven aandragen of financiële ruimte scheppen. Wat in ieder geval NIET helpt is het uitstellen van verbod op vapes,

of het niet doorgaan van de afschaffing van BTW op groente en fruit omdat dit teveel zou kosten (nl 550 miljoen, een schijntje op de totale zorgkosten). Wat niet helpt is verhogen van de belasting op suikervrije frisdrank (alleen mineraalwater wordt nu minder belast, suikervrij niet vanwege de 300 miljoen opbrengsten; havermelk, ik drink het nooit, maar het valt onder frisdrank alhoewel het beter is voor mens en milieu dan de *onbelaste* melk of zelfs chocolademelk met toegevoegde suikers).

Veel geld voor gezondheidsbevordering gaat naar sport- en beweegstimulering, voor een belangrijk deel via de inzet van buurtsportcoaches. In 2019 was dat ongeveer 14 euro per inwoner volgens RIVM en Cebeon. Maar als er zoveel aandacht is voor beweging blijft er niet veel over voor andere soorten gezondheidsbevordering. Om sporten te stimuleren is in 2018 een Nationaal Sportakkoord gesloten. Dat wordt lokaal uitgewerkt, in Maastricht ook in een eigen akkoord in 2020. De Stichting Maastricht Vitale Stad is in 2021 opgericht om dit sportakkoord uit te voeren. Gelukkig kijkt die stichting nog wat verder dan sporten, want richt zich ook op vitaliteit: meedoen, activeren, betrekken. Het doel is welzijn en welbevinden te bevorderen.

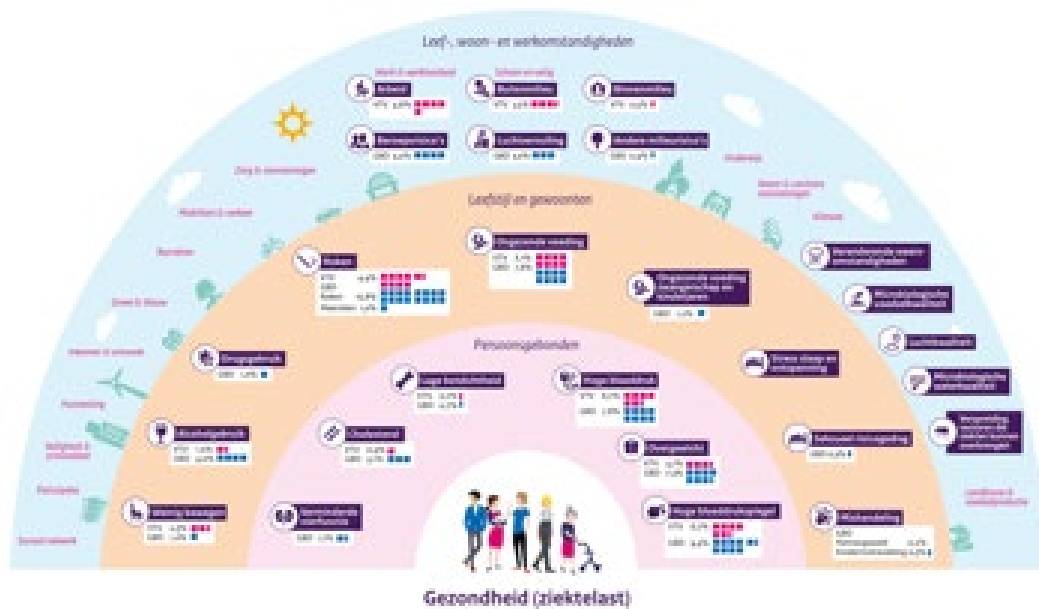
IZA (Integraal ZorgAccoord) en GALA (Gezond en Actief Leven Accoord).



VWS heeft recent in het Integraal ZorgAccoord, IZA, afspraken gemaakt met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland om slim samen te werken aan meer gezondheid, preventie en een sterke sociale basis. Voor deze kabinetsperiode is afgesproken dat het bedrag voor lokale preventieactiviteiten, gezondheidsbevordering, sociale basis en sport en bewegen stijgt naar circa € 300 miljoen per jaar. Daarvan is € 195 miljoen structureel. Bovendien is in IZA afgesproken dat er voor gemeenten jaarlijks maximaal € 150 miljoen structureel beschikbaar wordt gesteld voor concrete plannen om de IZA-doelen te verwezenlijken. Het totale bedrag wordt met de jaren kleiner, wellicht vanuit de optimistische gedachte dat de problematiek snel verbetert. En laten we eerlijk zijn: op de totale kosten van de gezondheidszorg is dit allemaal een schijntje.

Onderdeel G van het IZA heet Gezond leven en preventie. Daar wordt de brug naar andere sectoren benoemd: armoede, schulden, problemen rondom huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, een beperking, een lage opleiding of de kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben immers allemaal invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt. Dit plaatje moeten jullie nu niet helemaal bestuderen maar is een illustratie uit het IZA-document dat de complexiteit aangeeft.

Figuur 1 | Brede determinanten van gezondheid⁹



⁹ RIVM, Factoren Impactvolle Determinanten van gezondheid, 2021 (https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-09/021009_7G_Factoren%20determinanten.pdf). VTV staat voor Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (RIVM). GBD staat voor Global Burden of Disease 2017 (IHME, Institute of Health Metrics and Evaluation).

GALA (het Gezond en Actief Leven Accoord) is nog explicieter in het benoemen van het intersectorale en het Health In All Policies aspect. GALA bevat daarnaast de roep om kennisinfrastructuur, het creëren van regiobeelden en het uitwerken van regioplannen. Als we de regio's in Nederland vergelijken durf ik zomaar te stellen dat we in Zuid-Limburg, hoewel er ook hier nog best veel werk te doen is, vooroplopen en als voorbeeld kunnen dienen. Dat heeft te maken met de vooruitziende blik van de provincie die sociaal domein met positieve gezondheid heeft verbonden, met de houding van de GGD Zuid-Limburg, met de insteek van MUMC+ en Universiteit, en met de slechte gezondheidssituatie in deze regio.

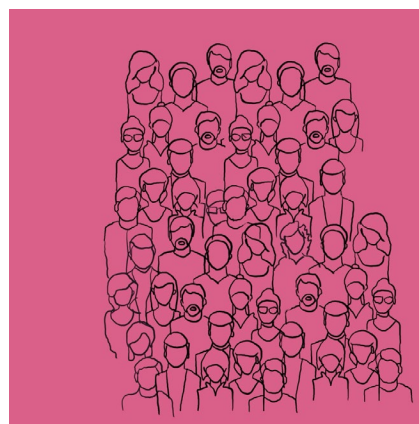
Context en systeem

Context en systeem

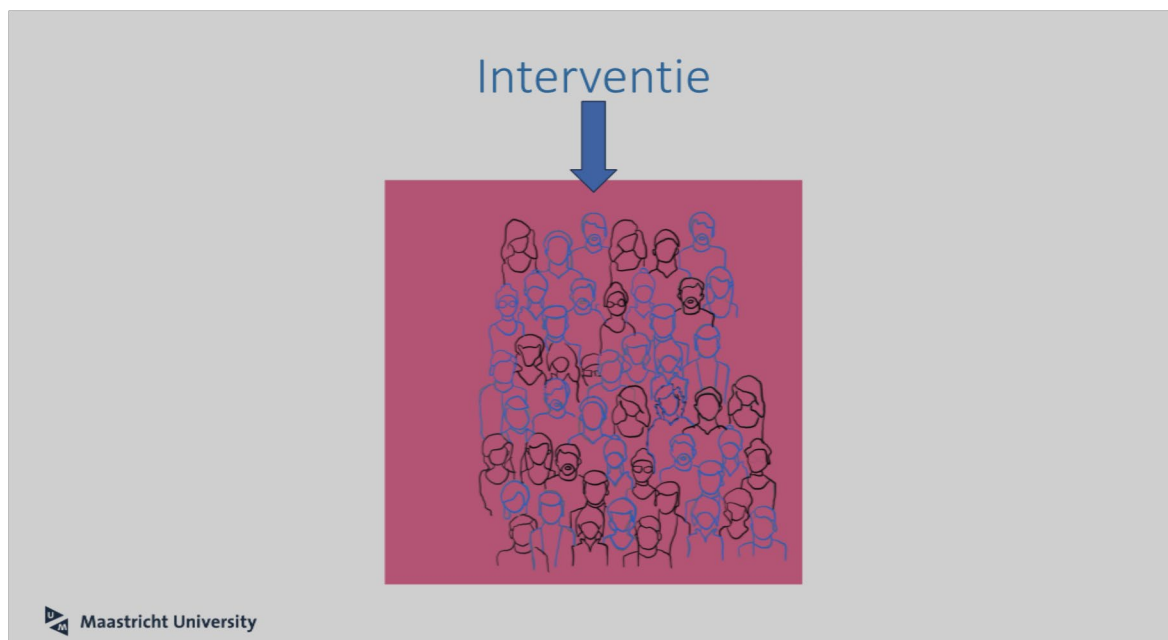


Nou, ik heb het behoorlijk ingewikkeld gemaakt. Waar we vroeger een spotje op televisie gooiden om mensen bang te maken voor de gevolgen van roken moeten we nu naar een multifactoriële, intersectorale benadering op meerdere beleidsterreinen. Het oude idee is dat van een interventie, dat woord is trouwens veelal al vervangen door 'programma', die van buitenaf op mensen wordt afgevuurd en iedereen in de doelgroep bereikt en beïnvloedt. Of althans een aantal mensen tot gedragsverandering aanzet. Het effect van interventies in de oude zin illustreer ik maar met deze plaatjes.

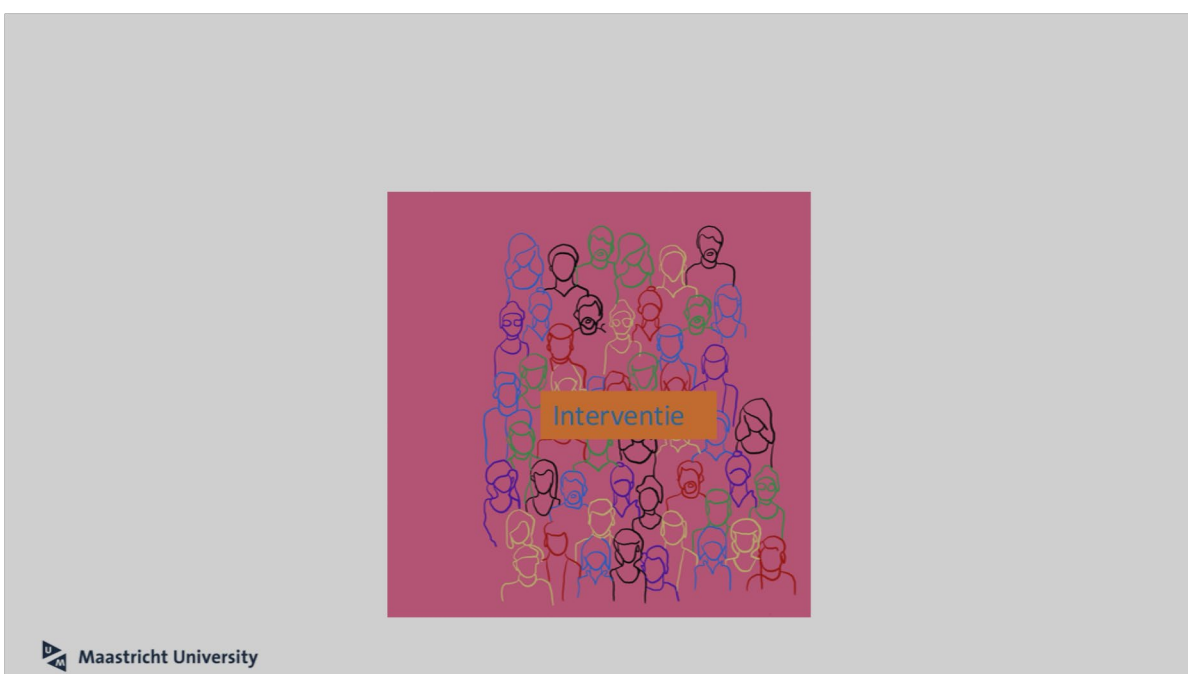
Een populatie



Hier zie je een doelgroep met allemaal een bepaalde mening of gedrag, voor het gemak maar even allemaal hetzelfde. Nu laten we er een interventie op los:



In het oude idee veranderen door die interventie sommige mensen van gedrag, maar andere niet. De blauwe poppetjes zijn van mening veranderd, precies zoals de interventie beoogde. Lekker ordelijk. In werkelijkheid gaat dat natuurlijk niet zo.



Hier zien we wat er daadwerkelijk gebeurt. De interventie komt niet meer helemaal van buiten. Sommige mensen blijven bij hun oorspronkelijke mening

(zwart), sommige reageren op de interventie zoals bedacht (blauw) maar sommigen (rood of geel) gaan er juist tegenin of worden indifferent: de chaos op het plaatje illustreert hoe verschillend de reacties kunnen zijn. Juist door die veelheid aan factoren die meespelen is er sprake van een complex dynamisch systeem met allerlei relaties tussen factoren en feedbackloops.

In dat complexe systeem moet de gezondheidsbevorderaar keuzes maken. Implementatie vraagt om aanpassingen. Doelssystemen worden gekozen en die vragen om speciale benaderingen. Er is geen 'one size fits all'; de noodzakelijke keuzes heb ik geprobeerd vandaag heel kort aan te geven. Maar het is balanceren op het slappe koord, en we moeten met alle ontwikkelingen proberen het goede vast te houden en het nieuwe te omarmen.

UM en MUMC+

UM
en
MUMC+

 Maastricht University



Maastricht University



Maastricht UMC+

Wat we hier in Zuid-Limburg doen, met de aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering is landelijk voorbeeldig, juist in het licht van IZA en GALA. Daarom is het toch merkwaardig dat zowel UM als MUMC+ zich onder externe druk voelen staan. VWS dreigt steeds om sterker te letten op wat genoemd wordt topreferente zorg, zeer complexe specialistische zorg, als er bezuinigd moet worden op academische ziekenhuizen. Maastricht heeft maar één ziekenhuis, dus het aandeel topreferente zorg is relatief laag in het MUMC+. Daar staat die unieke visie op gezondheidsbevordering tegenover – des te belangrijker dunkt me. Als werkgever is het MUMC+ van uliem belang voor de regio. Het MUMC+ is ook nog eens verkozen tot meest aantrekkelijke werkgever van Nederland in de non-profit sector!

Zo is ook de Universiteit Maastricht van eminent belang voor Zuid-Limburg. Dat komt zowel door de thematiek van onderzoek en onderwijs als door de verbindende rol in de regio. En ook UM staat in de top-7 van grootste werkgevers. De UM voelt zich onder druk staan vanwege de landelijke discussie over internationale studenten waarin wel heel gemakkelijk wordt gepleit voor beperking. Ook binnen de universiteit wordt denk ik best wel ervaren dat het soms een beetje minder kan maar het ontbreekt aan handvatten om instroom te beperken, als je dat al zou willen. Denemarken heeft nu al spijt van het weren van internationale studenten. De internationalisering zit inmiddels in het DNA van onze prachtige instelling dus ik snap de ongerustheid.

Wat betreft de universiteit zou ik verder aanraden dat we meer moeite doen om juist de mensen uit de regio die we slecht bereiken, te interesseren. Het aandeel studenten uit minderheidsgroepen in de bevolking is klein; dezelfde sociale overerving waar ik het eerder over had weerhoudt mensen de stap naar het hoger onderwijs te zetten. Veel jongeren verlaten het onderwijs zonder diploma of hebben een laag ambitieniveau.

Het UM initiatief Teenzcollege is een goed voorbeeld hoe met eenvoudige middelen meer mogelijk is. Rondom het thema 'de Tweede Wereldoorlog' krijgen scholieren uit de regio opdrachten en lezingen uit iedere faculteit, en aan het eind geven ze over een zelfgekozen subthema een presentatie die ook door ouders kan worden bijgewoond. Niet alleen sommige scholieren maar ook hun ouders zien dat wat er op een universiteit gebeurt interessant is, ook voor mensen die dat niet hadden gedacht. En ze zien dat je gewoon met de rector kunt praten....

Er liggen ook kansen op het gebied van het LevensLang Ontwikkelen, dus post-initieel onderwijs. De universiteit kan daar zelf actiever in optreden, hetgeen ook de band met alumni ten goede kan komen.

Ik heb met veel plezier veel organisatorische en bestuurlijke rollen vervuld in zowel universiteit als umc. Soms gaf dat spanning omdat de belangen niet altijd als gelijk werden gezien tussen de instellingen of tussen faculteiten binnen de UM. Ik heb daar zelf nooit last van gehad, vond dat er meer overeenkomst dan tegenstrijdigheid was. Misschien dat de spanning eigenlijk meer tussen bestuurders dan tussen doelen of belangen bestond. De relatie van FHML, mijn faculteit, met de andere faculteiten is niet altijd probleemloos. Toch een beetje grote broer – kleine zusjes, met misschien wat arrogantie aan de ene kant en wat Calimero aan de andere. Nergens voor nodig, moeten we wat aan doen.

Veel zaken kunnen we gewoon samen doen maar dat moet dan ook gedragen worden. Bijvoorbeeld, in het kader van Open Science zou DataHub een veel prominentere plek kunnen innemen binnen de universiteit. De relatie tussen universitaire afdelingen en de groepen binnen de afdeling Kennis en Innovatie van het MUMC+ kan sterker.

Het is goed om te zien dat College van Bestuur van de UM en Raad van Bestuur van het MUMC+ meer naar elkaar toe willen groeien en eensgezind zijn. Ik denk wel dat het op zeer korte termijn heel erg duidelijk moet worden welke voordelen die hernieuwde toenadering heeft, met name voor de binnenstad-faculteiten.

Kanker



Zoals jullie allemaal denk ik weten en anders: ik maak er geen geheim van, ben ik begin dit jaar gediagnosticeerd met uitgezaaide longkanker. Ik ben enorm onder de indruk van alle reacties, blijken van belangstelling, kaartjes, bloemen en wijn die ik van jullie allemaal, familie, vrienden en brede kring in universiteit en MUMC+ kreeg en krijg. Hartverwarmend! Beide instellingen blijken echt een community, althans voor mij!

Ik leer het ziekenhuis nu ook van de andere kant kennen. Het medisch beroepsgeheim werkt heel goed: nog steeds kom ik veel bekenden tegen in het ziekenhuis die niet weten dat ik ziek ben dus het spreekt zich niet rond. De zorgverleners en ondersteunende staf zijn uiterst correct, behulpzaam en echt heel vriendelijk. Wel worden afspraken nog steeds zonder overleg gemaakt – je kunt ze wijzigen maar dat leidt tot veel vertraging. En niet alle afdelingen werken op dezelfde manier – afspraken bij de Beeldvorming kun je niet zien op de website MijnMUMC. Maar ik kan de Raad van Bestuur alleen maar feliciteren met de manier waarop dit ziekenhuis draait: complimenten.

Ik ben optimistisch en met mij gaat het zo goed als mogelijkerwijs verwacht kan worden. Wat ik het moeilijkst vind is het niet meer zelf kunnen controleren van mijn leven en het accepteren dat ik een lager activiteitsniveau moet hebben dan hiervoor. De kuren worden zwaarder voor me, maar het is dragelijk dus ik hoop nog lang actief te kunnen zijn, op een lager pitje. Dus iedereen: dit was een tussenstop, tot snel!



*Tot
slot*

Tot slot: Dank

Maar eerst nog een dankwoord. Er zijn teveel mensen die ik zou moeten bedanken. Als ik de lezing daarmee was begonnen was ik nu zo ongeveer klaar. Dus iedereen die ik ooit ben tegengekomen: erg bedankt, zonder jullie was ik nooit tot hier gekomen.

Zoals gebruikelijk toch een paar uitzonderingen. De diverse leden van colleges van bestuur, decanen en faculteitsbesturen, MUMC+-bestuurders en mede-commissieleden waarmee ik gewerkt heb over al die jaren: dank voor het vertrouwen en de goede sfeer en jullie geduld met mij. Ik kan werk en persoonlijke relaties nooit scheiden, en dat geldt ook voor deze samenwerkingen. Ik heb vrienden gemaakt.

Een paar mensen zijn heel belangrijk geweest in mijn ontwikkeling: mijn promotores, vooral Ad van Knippenberg, maar ook Henk Wilke en John Rijsman. Uit de Groningse tijd maar vooral ook mijn voorganger hier in Maastricht: Gerjo Kok. Jij hebt het bedje voor mij gespreid, was van immense invloed op het vak en een vriend voor mij sinds 1975. Ad Pruyn, vriend en collega sinds 1974, eerste dag, eerste college van de studie Psychologie, en nu iedere week aan de telefoon om te horen hoe het met me gaat. Tussen Groningen en Maastricht was ik in Amsterdam: de diep betreurde Joop van der Pligt heeft veel invloed op me gehad en was ook een echte vriend! De wetenschappelijke en de ondersteunende staf van de vakgroep Gezondheidsbevordering: onmisbaar! Ree Meertens, die ik ook al kende in Groningen en die hier in Maastricht steeds gaten heeft dichtgelopen; Patricia

van Assema, die me al in Groningen bezocht, jullie ken ik het langst en zijn zowel sociaal als professioneel heel belangrijk voor me. Mijn opvolgers Stef Kremers en Rik Crutzen, wat een geluk dat jullie er zijn en mij overbodig maken. Alle promovendi: dank, jullie hebben veel van het werk gedaan. Alle ondersteuners, voor mij vooral Marja, Patricia en Leon, maar ook alle anderen! Alle andere collega's: dank dat jullie me tolereerden. Ik noem als vertegenwoordigers even Anouk Kerkhofs en Albert Scherpbier, maar kan de lijst veel langer maken.

Lieve vrienden en familie, als sociaal wezen had ik het zonder jullie niet overleefd. En dan ondernemen sommigen van jullie ook de lange reis naar Maastricht of hebt vanmiddag vrij genomen van werk, ik hoop dat jullie je niet hebben verveeld en dat de drankjes en hapjes zo dadelijk de moeite waard zijn!

En dan komt nu het punt waarop sprekers altijd breken: de inner circle. Ik ben sinds mijn ziekte behoorlijk emotioneel geworden, dus hoop dat ik het droog houd. Mijn allerliefste kinderen Jorien, Siebe (jammer dat je er niet bij kunt zijn, maar dienst gaat voor) en Sjoerd, en de partners Alain en Kiki, jullie maken het leven de moeite waard; ik ben trots en blij met jullie. En natuurlijk: Carolien, je weet het, dus toelichting overbodig!

Nog even een huishoudelijke mededeling. Het is een eer dat jullie met zovelen zijn gekomen. Maar als jullie allemaal in de rij gaan staan wordt die wel erg lang. Dus: Ga niet in de rij staan maar neem een drankje en een hapje en pak een moment dat het rustig is om mij heen; en trouwens, velen van jullie kom ik al snel weer tegen.....

Even tot hier: Ik heb gezegd.



EVEN TOT HIER

10 november 2023