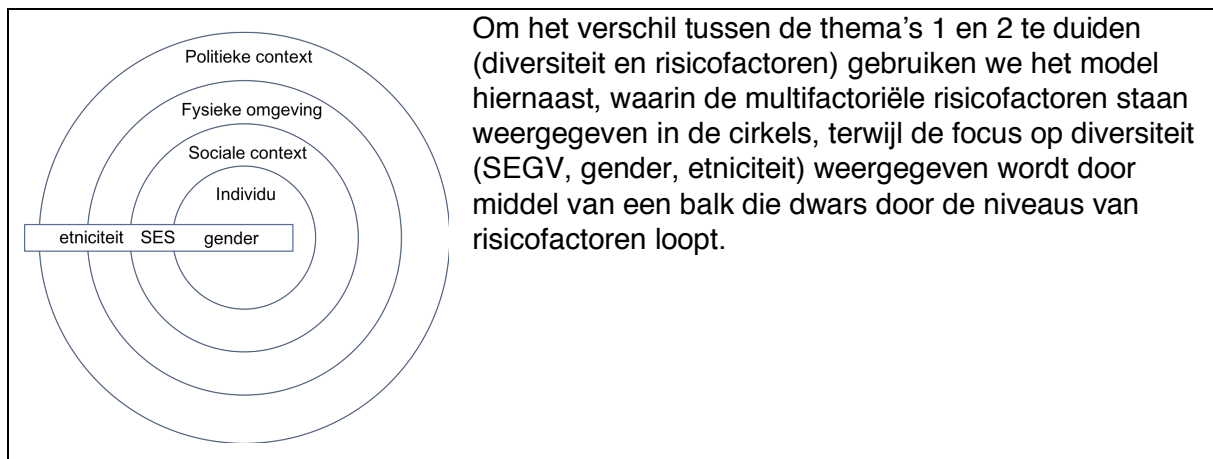


1.	Alliantiegroep	<b>Preventie</b>
2.	Deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trudy Klomp, verloskundige, onderzoeker, docent en coördinator van de masterroute Midwifery, <i>MWS VUmc (voorzitter)</i></li> <li>- Tanja Vrijkotte, onderzoeker, <i>SG AMC</i></li> <li>- Joreintje Mackenbach, onderzoeker, <i>E&amp;B VUmc</i></li> <li>- Jip de Jong, teamleider, stagecoördinator, <i>Huisartsopleiding AMC</i></li> <li>- Maaïke Muntinga, onderwijs en onderzoek, <i>MM VUmc</i></li> <li>- Odiel Wassenaar, huisarts, docent, <i>H&amp;O VUmc</i></li> <li>- Sara-Joan Pinto-Sietsma, universitair docent, <i>KEBB AMC</i></li> </ul>
3.	Mentor	Albert Kok
4.	Afbakening onderwerp	<i>Indien gewenst gebruik dan onderstaande ruimte om een nadere afbakening of definiëring van het onderwerp van jullie alliantiegroep te omschrijven</i>
<p>Voor de alliantiegroep gaat preventie om het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekte, het verlagen van het risico op ziekte en het realiseren van gedragsveranderingen die daarop gericht zijn. Daaronder vallen voor dit advies zowel primaire, secundaire als tertiaire preventie of universele, selectieve, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie. Wel heeft de alliantiegroep zich vooral gericht op primaire preventie, omdat secundaire en tertiaire preventie ook aan bod zal komen bij andere alliantiegroepen.</p>		
5.	Deelopdracht 1	<i>Wat kunnen wij als nieuwe, samengestelde divisie de komende vijf jaar met elkaar doen om de aandacht en kwaliteit van preventie te bevorderen?</i>
<p>Gezien de omgeving en de traditie waarin Amsterdam UMC zijn wortels heeft, zouden wij de ambitie willen hebben om als alliantie te excelleren op het vlak van <b>sociaaleconomische gezondheidsverschillen</b> (SEGV).</p> <p>Hoewel preventie al een lange traditie kent, zijn er nog altijd veel uitdagingen. Om te komen tot een advies hoe onze nieuwe divisie kan bijdragen aan het bevorderen van de aandacht voor en de kwaliteit van preventie, hebben we allereerst stilgestaan bij de grote uitdagingen rond preventie. Voor effectieve(re) preventie moet er naar ons idee primair gewerkt worden aan de volgende vier thema's:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Diversiteit:</b> meer zicht krijgen in de contextuele determinanten van ziekte en gezondheid, met specifieke aandacht voor sociaaleconomische, etnische en genderverschillen</li> <li>2. <b>Risicofactoren:</b> een meer multifactoriële benadering van het ontstaan van ziekte en gezondheid.</li> <li>3. <b>Effectiviteit:</b> om effectiviteit van preventie aan te tonen zijn innovatieve onderzoeksmethoden nodig.</li> <li>4. <b>Implementatie:</b> om onderzoeksresultaten te kunnen gebruiken in de praktijk (zorg) is behoefte aan betere inzichten m.b.t. implementatie van preventieve interventies.</li> </ol> <p>Rond deze thema's concentreren onze adviezen zich op de terreinen onderwijs en opleiding, onderzoek en patiëntenzorg.</p>		



### Onderwijs en Opleiding

Om preventie effectiever te maken, denken wij dat in het onderwijs binnen Amsterdam UMC meer en structurele aandacht moet komen voor **sociaaleconomische, etnische en gender verschillen** in gezondheid en gezondheidszorg, als belangrijke gezondheidsdeterminanten. Dit moet aangevuld worden met **attitudevorming** hierover in het professionaliteitsonderwijs. In de vervolgoopleidingen (bijv. huisartsenopleiding) moet deze aandacht verdiept worden met bijvoorbeeld een blok populatiegeneeskunde en trainingen of workshops 'aandacht voor diversiteit' in preventie(-onderzoek). Aanvullend denken we aan het verbeteren van training rondom leefstijlgerichte interventies en motivational interviewing, met aandacht voor specifieke doelgroepen (SES, risicopopulatie, eerste-/tweede-/derdelijns).

Hiernaast is binnen het reguliere onderwijs ook meer aandacht nodig voor de **externe risicofactoren** zoals leefomgeving, luchtvervuiling en andere factoren die binnen het 'exposoom' vallen, en hun interactie met leefstijlfactoren (bijv. stress). Omdat veel gezondheidsdeterminanten al bij of rondom de conceptie vast staan, richt dit onderwijs zich ook op de **preconceptie-fase** (en de eerste duizend dagen) in de geneeskunde en verloskunde opleidingen. Om dit te realiseren moeten bestaande curricula vanuit een kritisch-constructieve blik worden geëvalueerd, en zo nodig aangevuld. Om internationaal hierin mee te kunnen zullen cursussen hierin ook Engelstalig aangeboden moeten worden, zodat hiervoor ook buitenlandse talenten kunnen worden aangetrokken.

Om modernere designs voor onderzoek naar preventie te stimuleren en ondersteunen, bepleiten wij in het geneeskundeonderwijs **meer aandacht voor methoden en technieken** in het algemeen, maar ook specifiek voor public health/epidemiologisch onderzoek. De gedachte leeft dat met de huidige designs de meerwaarde van preventie niet goed kan worden aangetoond, dit moet verder worden onderzocht, evenals de bruikbaarheid van nieuwe designs. Voor PhD's en specialistische vervolgoopleidingen zien wij graag meer aandacht voor en expertise in huis voor **moderne methoden van onderzoek naar preventie**, zoals systems science, participatief onderzoek, big data, machine learning en narratieve methoden.

Om de implementatie van preventie te bevorderen zien wij in het geneeskunde curriculum graag **meer aandacht voor preventie**: leefstijl (voeding & gewicht, bewegen, verslaving), gespreksvaardigheden om de leefstijl te beïnvloeden en aandacht voor ethische kwesties rond preventie, wat het behelst om aan preventie te doen. Speciale zorg zou moeten uitgaan naar de potentiële schadelijke effecten van preventie: lichamelijk, psychologisch en economisch. Door vercommercialisering van preventie neemt het belang hiervan toe.

Dit met als doel om (toekomstige) artsen meer handvatten te geven m.b.t. het implementeren van preventieve maatregelen. In de vervolgoopleidingen denken wij aan meer onderwijs over onderzoek naar preventie, de valkuilen ervan, ethische dilemma's rond preventie en aandacht voor effectiviteit en schade (bijv. van commercieel aangeboden gezondheidschecks).

### **Onderzoek**

Gezien de wereld die er via preventie nog te winnen valt aan gezondheidswinst en kostenbeheersing, lijkt het ons een goed streven om preventie te benoemen als onderzoekspeerpunt binnen de alliantie, zowel wat betreft de ontwikkeling als de implementatie van preventie. Met name dat laatste blijft vaak een onderwerp dat er 'even' bijgedaan wordt, terwijl hier nog veel vooruitgang mee geboekt kan worden. Om te komen tot goed onderzoek naar preventiemaatregelen is het nodig om te investeren in de manier waarop onderzoek gedaan wordt. Tevens moeten onderzoekers uitgedaagd worden om **nieuwe onderzoeksdesigns** te gebruiken die verder gaan dan effectiviteitsonderzoek. Wij denken daarbij aan de volgende aspecten:

- SEGV, etniciteit en gender altijd meenemen in onderzoek.
- Focus op gegevensverzameling en op maat gemaakte interventies voor specifieke groepen die verschillen van cultuur, SES, gender etc. (tailoring).
- Methodiekontwikkeling op gebied van effectiviteit en implementatie van interventies/richtlijnen /educatie, zowel op populatieniveau als voor specifieke doelgroepen.
- Bij onderzoek naar determinanten van gezondheid en ziekte meer aandacht voor het systeem waarin de ongelijkheid in gezondheid ontstaat (adoptereren van systems approach ofwel holistisch en multidisciplinair perspectief). Daarbij dus ook meer aandacht nodig voor de **externe risicofactoren** zoals leefomgeving, luchtvervuiling en andere factoren die binnen het 'exposoom' vallen.
- Exploreren van de meerwaarde van alternatieve designs, waaronder participatieve designs en intersectionality based designs. Waar gepast toepassen in kwalitatief en kwantitatief onderzoek in alle fasen van het onderzoeksproces.
- Toepassen van nieuwe methoden zoals system sciences, participatief onderzoek, big data-analyse en machine learning, artificial intelligence (AI), en investeren in benodigde infrastructuur hiervoor (dataopslag, rekencapaciteit, juridische expertise). Wanneer we dit als speerpunt benoemen en uitbouwen onder de paraplu van preventie, zetten we iets unieks neer dat tot een internationale toonaangevende positie gaat leiden.

Onontbeerlijk voor deze innovatie in het onderzoek zijn de cohortstudies, welke moeten worden onderhouden en waar nodig uitgebreid, om bovenstaande aspecten te kunnen realiseren. Ook bevelen wij **koppeling** van alle **cohortstudies** in Nederland aan om betere evidence te krijgen van wat zinnig is in het kader van preventie en om nieuwe markers en causale factoren te vinden. Naast de bestaande onderzoeklijnen kan ook onderzoek worden gedaan naar hoe de **diversiteit van de eigen organisatie** en peer review binnen kwaliteitscommissies invloed heeft op onze conceptualisering van gezondheid, risico en blootstelling, hoe dat zich vertaalt naar programma's en de effectiviteit van die programma's.

### **Academische werkplaatsen en patiëntenzorg**

In onze academische werkplaatsen moet **vertaling** plaatsvinden **van de resultaten van het onderzoek** (bijvoorbeeld de grote cohortstudies) naar effectievere preventiezorg, zowel in de eerste, tweede als derde lijn, met aandacht voor verschil in risico's in de

diverse groepen. Dit betekent aandacht voor **tailoring** in de praktijk: wie heeft wat nodig en hoe kan deze tailoring zo efficiënt en waardevol mogelijk worden ingezet en door wie. Daarbij is aandacht nodig voor de manier waarop mensen zelf risico ervaren en beleven, en hun verklaringsmodellen, om de participatie in preventieprogramma's te verbeteren, rekening houdend met de doelgroep (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> lijns) en zorgverlener/specialist.

Ook kan er in worden gezet op trainingen in het doorgeven van kennis (van onderzoekers/artsen naar beleidsmakers/buurtwerkers naar burgers). Mogelijk is er een nieuwe beroepsgroep nodig die de vaardigheden, mogelijkheden en middelen krijgt om achter de voordeur te komen bij kwetsbare groepen en preventieve maatregelen op een effectieve manier aan de man kan brengen, zoals verloskundigen dit doen in het kader van een gezonde start voor pasgeborene.

De divisie zal de **implementatie van preventiemaatregelen** in de patiëntenzorg hoog en breed op de agenda moeten zetten door interventies onder de aandacht brengen van artsen, psychologen, verloskundigen, jeugdartsen, beleidsmakers en politiek. Door gebruikmaking van patiëntengroepen en samenwerking met hen, vanuit de gedachte feitelijke kennis en kunde voor deze doelgroep te optimaliseren (hoe maken we deze groep werkelijk beter, of hoe voorkomen we daadwerkelijk schade), denken we ook de **politiek bereiken**.

6.	Deelopdracht 2	<i>Hoe willen we dat bereiken, wat is daarvoor nodig, hoe kunnen we het best onze nieuwe divisie organiseren om dat te bereiken?</i>
Helaas zijn wij niet toegekomen aan deelopdracht 2 van dit format.		
	Hoe dat te bereiken	
	Wat is daarvoor nodig	
	Hoe organiseren we daarvoor onze divisie	
7.	Overige tips en ideeën voor de stuurgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij het presenteren van deze rapportages duidelijk beschrijven wat ermee gedaan zal worden.</li> <li>- Speerpunten benoemd door alliantiegroepen Amsterdam UMC naast de speerpunten van onderzoeksinstituten (APH, ACD etc) en speerpunten instituten (VUmc, VU, AMC, UvA) leggen.</li> </ul>