

LEX LEMMERS EN JEROEN DE GREEFF

Gezondheids- bevordering en leefstijl

EEN PRAKTISCHE INLEIDING

Boom



TWEEDE DRUK

Gezondheidsbevordering en leefstijl

Gezondheidsbevordering en leefstijl

Een praktische inleiding

Tweede druk

Lex Lemmers
Jeroen de Greeff

Boom

**inclusief
website!**

Met onderstaande unieke activeringscode krijg je via **www.boomstudent.nl** toegang tot de website met extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 2e druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken.

Omslagontwerp: Coco Bookmedia, Amersfoort

Omslagbeeld: Introwizl/Shutterstock

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

© Lex Lemmers, Jeroen de Greeff & Boom uitgevers Amsterdam, 2022

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 9789024441273

ISBN 9789024441280 (e-book)

NUR 133

www.boomstudent.nl

www.boomhogeronderwijs.nl

Voorwoord

In de afgelopen jaren nam, mede dankzij het Nationaal Preventieakkoord, de aandacht voor gezondheid en een gezonde leefstijl toe. COVID-19 heeft nog beter duidelijk gemaakt hoe belangrijk een gezonde leefstijl is. Mensen met overgewicht en rokers hebben meer kans om met COVID-19 op de intensive care te belanden of eraan te overlijden. Een gezonde leefstijl loont in de bescherming tegen (gevolg van) COVID-19 en verhoogt de immuunrespons op vaccinatie.

De pandemie heeft ook duidelijk gemaakt dat sommige groepen mensen onevenredig meer zijn getroffen door (de maatregelen tegen) COVID-19. De gezondheidsverschillen die er al waren zijn daardoor verder vergroot. Ook worden ze steeds complexer en zijn ze nauw verweven met bestaanszekerheid en kansengelijkheid. Dit vraagt van zorgprofessionals om zich steeds meer te richten op preventie en daarin nauw samen te werken met andere disciplines.

Veel zorgprofessionals worden dagelijks geconfronteerd met mensen met een ongezonde leefstijl, met chronische aandoeningen zoals diabetes of hart- en vaatziekten als gevolg. Ongeveer de helft van de inwoners van Nederland heeft overgewicht en heeft te kampen met minimaal één chronische aandoening, en dat aantal lijkt de komende jaren te gaan stijgen.

Zorgprofessionals hebben een belangrijke taak in het signaleren van gezondheidsproblemen, het bevorderen van gezond gedrag en het ondersteunen van cliënten of inwoners met een passend aanbod op het gebied van preventie, zorg en welzijn. Leefstijl is niet aan te pakken zonder oog te hebben voor sociale problemen als armoede, schooluitval en de invloed van de leefomgeving. Naast vakinhoudelijke expertise op het gebied van gezondheidsbevordering vraagt dit in toenemende mate samenwerkings- en netwerkvaardigheden van de gezondheidsbevorderaar.

Dit boek biedt een brede groep professionals handvatten om op deskundige wijze invulling te geven aan gezondheidsbevordering. De auteurs laten zien hoe je gezondheidsbevordering middels een integrale aanpak in kunt zetten in de eigen beroepspraktijk en op wijkniveau. In de complexiteit van de aanpak van gezondheidsverschillen biedt dit boek houvast om systematisch en planmatig aan gezondheid te werken. De auteurs inspireren de lezer met veel concrete praktijkvoorbeelden om de theorie te illustreren. In combinatie met de website waar onder meer opdrachten, video's en richtlijnen te vinden zijn, zorgt dit boek ervoor dat de lezer direct aan de slag kan én wil.

Djoeke van Dale, *RIVM Gezond Leven*
Monique Leijen, *gemeente Den Haag*

Inhoud

Inleiding	11
1 Wat is gezondheid?	19
1.1 Ziekte en gezondheid	20
1.2 Omgeving en gezondheid: <i>the health field</i>	23
1.3 Positieve Gezondheid	24
1.4 Gezondheid gedurende de levensloop	30
1.5 Hoe gezond is Nederland?	33
1.6 Gezondheid in de moderne tijd: leven in overvloed	36
1.7 Alles is gezondheid	42
Samenvatting	43
Literatuur	44
2 Gezond gedrag en gedragsverandering	47
2.1 Determinanten van gezondheid	48
2.2 Determinanten van gedrag	58
2.3 Gedragsbeïnvloeding en gedragsverandering	66
2.4 Bevorderen van gezondheid door het veranderen van determinanten	76
Samenvatting	77
Literatuur	78
3 Landelijke wetgeving en gezondheidsbeleid	83
3.1 Preventie	84
3.2 Landelijke gezondheidskaders: beleid	88
3.3 Landelijke gezondheidskaders: wetgeving	94
3.4 Rolverdeling bij financiering van preventie	101
3.5 Decentralisaties	103
Samenvatting	104
Literatuur	105
4 Lokale integrale gezondheidsaanpak	109
4.1 Lokaal gezondheidsbeleid	111
4.2 Integrale aanpak	115
4.3 Gezondheidsbevordering in verschillende settings	118
4.4 Effectieve interventies	128
4.5 Planmatig werken	130
Samenvatting	138
Literatuur	139

5	Gezondheidsbevordering in de zorg	143
	5.1 Motiveren en veranderen	144
	5.2 Signaleren en interveniëren	148
	5.3 Gezondheidsbevordering in de eerste lijn	154
	5.4 Gezondheidsbevordering in de tweede lijn	161
	5.5 Leefstijl als medicijn	165
	Samenvatting	167
	Literatuur	168
6	Gezondheidsbevordering in de community	171
	6.1 Werken aan gezondheidsbevordering in de wijk	172
	6.2 Samenwerken: een voorwaarde voor succes	174
	6.3 Armoede, schulden en gezondheid	180
	6.4 Uitbreiding van de Gezonde Wijkaanpak naar de fysieke omgeving	182
	Samenvatting	188
	Literatuur	189
7	Bewegen	195
	7.1 Bewegen en gezondheid	196
	7.2 Beweging en risicogroepen	200
	7.3 De landelijke en lokale kaders voor bewegen	203
	7.4 Integrale aanpak en de rol van de professional	207
	Samenvatting	215
	Literatuur	216
8	Roken	219
	8.1 Roken en gezondheid	220
	8.2 Gebruik en risicogroepen	223
	8.3 De landelijke en lokale kaders voor tabaksontmoediging	226
	8.4 Integrale aanpak en de rol van de professional	230
	Samenvatting	238
	Literatuur	239
9	Alcohol	243
	9.1 Alcohol en gezondheid	244
	9.2 Gebruik en risicogroepen	248
	9.3 De landelijke en lokale kaders voor alcoholmatiging	251
	9.4 Integrale aanpak en de rol van de professional	255
	Samenvatting	262
	Literatuur	264

10 Voeding	267
10.1 Voeding en gezondheid	269
10.2 Voeding en risicogroepen	270
10.3 De landelijke en gemeentelijke kaders voor gezonde voeding	272
10.4 Integrale aanpak en de rol van de professional	277
Samenvatting	287
Literatuur	288
11 Ontspanning	291
11.1 Mentale overbelasting en gezondheid	292
11.2 Risicogroepen mentale overbelasting	296
11.3 Beleidskaders voor ontspanning	301
11.4 Integrale aanpak om ontspanning te stimuleren	302
Samenvatting	310
Literatuur	311
12 Drugs	315
12.1 Drugs en gezondheid	316
12.2 Gebruik en risicogroepen	319
12.3 De landelijke en lokale kaders voor drugspreventie	321
12.4 Integrale aanpak en de rol van de professional	325
Samenvatting	333
Literatuur	334
Dankwoord	337
Beeldverantwoording	339
Afkortingen	341
Register	343
Over de auteurs	349

Inleiding

Gezondheidsbevordering is zich aan het ontwikkelen. Traditioneel gezien werkt de gezondheidsbevorderaar vanuit de GGD aan de publieke gezondheid, maar we zien nu dat gezondheidsbevordering ook steeds belangrijker wordt in het werk van verschillende beroepsgroepen in de zorg en het sociale domein. Het inzicht groeit dat verpleegkundigen, diëtisten, leefstijlcoaches, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers en preventiewerkers uit de verslavingszorg naast het verlenen van zorg óók de gezondheid in brede zin en een gezonde leefstijl kunnen bevorderen. Gezondheidsbevordering als beroepscompetentie is een logische ontwikkeling in het vak. Gezondheid is namelijk veel meer dan het afwezig zijn van ziekte en is daarmee ook niet te beperken tot één beroepsgroep of één type professional. Gezondheid overstijgt het domein van zorg en is een zaak van de hele maatschappij.

Gezonder en ongezonder

Het is een feit dat de gezondheid in Nederland de afgelopen eeuw in het algemeen sterk is verbeterd. We worden in Nederland gemiddeld steeds ouder en ons leven kent gemiddeld steeds meer gezonde levensjaren. Ondervoeding komt nauwelijks meer voor, kindersterfte is teruggedrongen en tot voor kort waren veel infectieziekten goed onder controle. De COVID-19-pandemie heeft echter duidelijk gemaakt dat pandemieën van infectieziekten op de loer blijven liggen. Ontwikkelingen in de medische wetenschap hebben de kennis over ziekten vergroot, waardoor de zorg en preventie van ziekten zijn verbeterd. Mede hierdoor verkleint vaccinatie de kans sterk dat mensen erg ziek worden van een COVID-19-besmetting. Behandeling is in veel gevallen toereikend. We hebben in Nederland een uniek systeem van jeugdgezondheidszorg, het Rijksvaccinatieprogramma, een sterke eerstelijnszorg en bevolkingsonderzoeken die ziekten zoals borstkanker vroegtijdig kunnen signaleren. Ons zorgsysteem heeft tot grote gezondheidswinst geleid. Is de opkomst van gezondheidsbevordering in diverse beroepsgroepen binnen zorg en welzijn dan wel nodig? Het antwoord hierop is een volmondig *ja*.

Hoewel we langer leven, is er ook een sterke opkomst van welvaartsziekten als gevolg van een ongezonde leefstijl. Diverse vormen van kanker, obesitas en diabetes type 2 zijn voorbeelden van welvaartsziekten. Ongeveer de helft van de inwoners in Nederland heeft overgewicht en ruim vijf miljoen Nederlanders hebben een of meerdere chronische aandoeningen. De ziektelast is hierdoor groot en de kosten rijzen de pan uit. Volgens het CBS waren in 2020 de zorgkosten 116 miljard euro. En wat te denken van de jeugd? Veel jongeren bewegen te weinig, eten ongezond en hebben overgewicht. Daarnaast is er nog steeds een veel te grote groep jongeren die begint met roken. Ook de mentale gezond-

heid van jongeren verslechtert en is door de gevolgen van de maatregelen om de COVID-pandemie te beteugelen nog meer achteruitgegaan. Tot slot vormt riskant gedrag van jongeren, zoals alcohol- en drugsgebruik, een vermijdbare oorzaak van vroegtijdig overlijden van jongeren. Ook hebben ontwikkelingen in de geneeskunde en het zorgsysteem niet kunnen voorkomen dat de gezondheid ongelijk verdeeld is over de bevolking in Nederland. Mannen en vrouwen met een lagere opleiding leven gemiddeld 4,4 jaar korter en zelfs vijftien jaar minder in goed ervaren gezondheid dan hoger opgeleiden.

Integraal gezondheidsbeleid

Om gezondheidsverschillen en welvaartsziekten terug te dringen en om een gezonde leefstijl aan te leren is meer nodig dan alleen een goed systeem van gezondheidszorg. In dit boek beschrijven we dat gezondheid en gezond gedrag worden beïnvloed door individuele, sociale en omgevingsfactoren. Om gezondheid, via deze factoren, effectief te bevorderen is een integraal en collectief beleid nodig waarin professionals uit verschillende domeinen het beste kunnen samenwerken. Gezond opgroeien, onderwijs, het inrichten van een gezonde (leef)omgeving, barrières opwerpen voor ongezonde producten en het stimuleren van de industrie om gezonde producten te ontwikkelen, behoren alle tot een dergelijk integraal beleid.

De professional

Gemeenten zijn de regievoerders van het lokale integrale gezondheidsbeleid. Recente transitie in de zorg hebben ervoor gezorgd dat gemeenten meer verantwoordelijkheden en meer mogelijkheden hebben gekregen om aan gezondheidsbevordering en preventie te werken. Bij de uitvoering van het integrale gezondheidsbeleid vormen professionals in de zorg, welzijn en preventie een onmisbare schakel. Zij spelen een cruciale rol in het bevorderen van gezond gedrag en het stimuleren van een gezonde leefstijl. De professionals staan immers in alle levensfasen in contact met burgers (van verloskundige tot de medewerker in de ouderenzorg), beschikken over de juiste vaardigheden en worden door burgers als gezondheidsautoriteit gezien. Van hen wordt steeds meer verwacht dat ze naast het verlenen van zorg en maatschappelijke ondersteuning ook competenties hebben als gezondheidsbevorderaar.

Over dit boek

Met dit boek willen we de student introduceren in de wereld van gezondheidsbevordering. Wij hopen hiermee (toekomstige) zorg-, welzijns- en preventieprofessionals te inspireren en stimuleren om een bijdrage te leveren aan een gezonder Nederland. Dit boek is een bundeling van alle bestaande kennis over gezondheidsbevordering en leefstijl en probeert de brug te slaan naar de praktijk van de professional. We gaan hierbij in op de beroepspraktijk van professionals in de zorg, welzijn en preventie en plaatsen deze in een bredere context van het lokale gezondheidsbeleid.

BRAVO+D

In dit boek gaan we bij de uitwerking van gezondheidsbevordering dieper in op de BRAVO-leefstijlthema's. BRAVO staat voor Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Dit zijn de leefstijlfactoren met een hoge ziektelast die het sterkst bijdragen aan een ongezonde leefstijl en ongezonde levensjaren. Om die reden is verbetering op het gebied van de BRAVO-leefstijlthema's een van de belangrijkste prioriteiten van de landelijke overheid als het gaat om gezondheid: 'Door roken, overgewicht (via voeding en beweging) en problematisch alcoholgebruik aan te pakken kan de gezondheid van heel veel Nederlanders verbeteren. Daarom heeft de Rijksoverheid samen met meer dan 70 maatschappelijke organisaties het Nationaal Preventieakkoord gesloten.¹ Daarnaast worden de mogelijkheden voor het thema ontspanning in een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid verkend.

Wij voegen daar het thema drugs aan toe. Het drugsgebruik onder jongeren is aan het normaliseren en grote groepen jongeren komen tegenwoordig in aanraking met drugs. Bovendien is de aanpak op het gebied van drugs vaak verweven met die van alcohol en roken. Denk bijvoorbeeld aan het schoolprogramma Helder op School, waarin de drie middelen binnen één preventieprogramma worden behandeld. We spreken daarom in dit boek over BRAVO+D. Er zijn ook nog andere leefstijlthema's die van belang zijn, zoals seksuele gezondheid en gamen. Om de verschillende leefstijlthema's goed uit te kunnen diepen en tegelijkertijd het boek behapbaar te houden, hebben we gekozen om ons te beperken tot BRAVO+D. De prioritering van de landelijke overheid sterkt ons in deze keuze.

Verbinding met RIVM Gezond Leven

Inmiddels is er veel bekend over effectieve gezondheidsbevordering op het gebied van de verschillende leefstijlthema's. Deze informatie is voor een aanzienlijk deel verzameld en gebundeld door het RIVM Gezond Leven.² Het RIVM Gezond Leven is in het leven geroepen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de totstandkoming van gezondheidsbevordering op lokaal niveau te ondersteunen. Via onder andere Loketgezondleven.nl biedt het RIVM aan professionals kennis, tips en praktische handvatten voor effectieve gezondheidsbevordering.

1 Ministerie van VWS (2021). *Nationaal Preventieakkoord*. Geraadpleegd op 29 december 2021, van www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord. Geraadpleegd op 29 december 2021.

2 Het RIVM werkt hierbij samen met diverse preventie- en zorgorganisaties in Nederland, zoals GGD GHOR Nederland, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsenvereniging en Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). Daarnaast is er nauwe samenwerking met de landelijke thema-instituten: Kenniscentrum Sport & Beweging, Pharos, Rutgers, Soa Aids Nederland, het Trimbos-instituut, VeiligheidNL en het Voedingscentrum.

De informatie over gezondheidsbevordering en leefstijl bereikt echter nog lang niet alle professionals in het veld. Door middel van dit boek willen we deze kennis voor (toekomstige) professionals ontsluiten en toepasbaar maken. Professionals kunnen direct aan de slag met gezondheidsbevordering en hoeven niet zelf het wiel opnieuw uit te vinden. Men kan gebruikmaken van specifieke, binnen de beroepsgroep ontwikkelde methoden en interventies, en men kan aansluiten bij samenwerkingsverbanden met andere professionals.

Naast aandacht voor de erkende effectieve interventies op het gebied van diverse leefstijlthema's behandelen we in dit boek ook ontwikkelingen zoals Positieve Gezondheid, publiek-private samenwerking en veelbelovende leefstijlprogramma's waarin professionals samenwerken onder het motto 'leefstijl als medicijn'.

Voor wie?

Gezondheidsbevordering en leefstijl is bedoeld voor hbo-studenten die zich voorbereiden op een toekomst als professional in de zorg, welzijn en preventie, waaronder primair verpleegkundigen, diëtisten en leefstijlcoaches. Het boek sluit aan bij het profiel van de gezondheidsbevorderaar zoals geformuleerd in de CanMEDS-criteria. Tegelijkertijd is het boek geschikt voor bijscholing van professionals die reeds actief zijn in het domein van gezondheidsbevordering of die zich specifiek bezighouden met een van de BRAVO+D-thema's. Hierbij valt te denken aan wijkverpleegkundigen, gezondheidscoaches, diëtisten, maatschappelijk werkers, medewerkers van sociale wijkteams, zorgverleners in ZAT-teams, buurtsportcoaches et cetera.

Opbouw

Het boek bestaat uit vier delen:

Deel I introduceert de concepten ziekte en (positieve) gezondheid en geeft de student inzicht in de determinanten die van invloed zijn op gezondheid en gezond gedrag. Ook analyseren we in dit deel welke determinanten beïnvloedbaar zijn en hoe gedrag veranderd kan worden via de omgeving en via motivatie.

In **Deel II** behandelen we verschillende vormen en definities van preventie en beschrijven we de landelijke en lokale kaders voor gezondheidsbevordering. Deze kaders worden vastgelegd door de overheid in wetgeving en beleid.

In **Deel III** beschrijven we welke rol professionals hebben binnen de landelijke en lokale kaders en hoe zij in hun beroepspraktijk in de zorg of in de community gezond gedrag kunnen bevorderen.

Vervolgens maken we in **Deel IV** gezondheidsbevordering concreet en toepasbaar voor de verschillende leefstijlthema's. In dit laatste deel van dit boek vertalen we de eerste drie delen naar de praktijk van bewegen, roken, alcohol, voeding, ontspanning en drugs, en beschrijven we concreet hoe de professional kan bijdragen aan een gezondere leefstijl.

Elk hoofdstuk in dit boek begint met een casus die de strekking van het hoofdstuk verwoordt. Daarna volgen de bijbehorende leerdoelen. De hoofdstukken sluiten af met een korte samenvatting. In dit boek komen casussen aan bod uit de dagelijkse praktijk van professionals, nieuw onderzoek en best practices uit binnen- en buitenland. Deze casussen zijn niet uitputtend, maar bewust gekozen om de inhoud te verduidelijken. Ze geven tegelijkertijd een beeld van de praktijkmogelijkheden. Ook hebben we met een aantal toonaangevende experts korte interviews gehouden om een specifiek thema toe te lichten. Deze interviews zijn verwerkt in het boek. In de bijbehorende website zijn per hoofdstuk de opdrachten, handige links en relevante documenten en video's te vinden. De opdrachten stellen de studenten in staat om de theorie met de praktijk te verbinden aan de hand van concrete situaties. We hopen met dit boek studenten te inspireren om over hun eigen vakgebied heen te kijken en vanuit een integrale visie te werken aan gezondheidsbevordering. Wanneer wordt verwezen naar materiaal op de website vind je het icoontje van het scherm in de marge.



Deel I

Inleiding op gezondheid

In dit deel introduceren we een aantal belangrijke concepten uit het boek: ziekte, (positieve) gezondheid, leefstijl en gezondheidsbevordering. Hoofdstuk 1 gaat in op de volgende vragen: wat is gezondheid eigenlijk en wat zijn de grootste uitdagingen voor gezondheidsbevordering in onze moderne tijd van welvaart en overvloed? In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de determinanten van gezondheid en van gezond gedrag, waarbij we onderscheid maken tussen persoonsgebonden, leefstijl- en omgevingsdeterminanten. Vervolgens analyseren we welke determinanten het meest relevant en beïnvloedbaar zijn. Deze kennis is nodig om beleid en interventies te ontwikkelen, met als doel om gezond gedrag te bevorderen en ongezond gedrag te ontmoedigen.

Deel I: Inleiding op gezondheid

H1. Wat is gezondheid?

H2. Gezond gedrag en gedragsverandering

Deel II: Landelijke en lokale kaders van gezondheid

H3. Landelijke wetgeving en gezondheidsbeleid

H4. Lokale integrale gezondheidsaanpak

Deel III: De rol van de zorgprofessional

H5. Gezondheidsbevordering in de zorg

H6. Gezondheidsbevordering in de community



Wat is gezondheid?

1

- 1.1 Ziekte en gezondheid
- 1.2 Omgeving en gezondheid: *the health field*
- 1.3 Positieve Gezondheid
- 1.4 Gezondheid gedurende de levensloop
- 1.5 Hoe gezond is Nederland?
- 1.6 Gezondheid in de moderne tijd: leven in overvloed
- 1.7 Alles is gezondheid

Casus

Een 'sanitaire revolutie'



In 2007 vroeg de redactie van het *British Medical Journal* aan haar lezers wat de belangrijkste medische doorbraak was geweest sinds de oprichting van het blad in 1840. Het blad had een shortlist van 15 medische revoluties opgesteld waaruit de lezers konden kiezen. Op deze lijst stonden onder andere de intrede van de computer in de zorg, antibiotica, anesthesie, de anticonceptiepil, vaccins en de orale rehydratietherapie, die in ontwikkelingslanden kinderen met diarree het leven redt. Ruim 11.000 mensen reageerden. Geen van de voornoemde grote doorbraken in de zorg werd tot winnaar gekozen. De lezers van het *BMJ* zagen een stedenbouwkundige ontwikkeling als de belangrijkste ontwikkeling voor de zorg en de gezondheid, namelijk de aanleg van riolering en drinkwatersystemen (Ferriman, 2007). De Nederlandse hoogleraar Public Health Johan Mackenbach had voor de shortlist de casus van de riolering beschreven. Volgens hem was de gezondheidswinst van de 'sanitaire revolutie' enorm. In de negentiende eeuw was het in de meeste Europese steden bittere noodzaak om tot betere openbare hygiëne te komen vanwege epidemieën van besmettelijke ziekten die veel mensen het leven kostten. Aan de basis van de sanitaire revolutie stonden de Londense arts John Snow en de advocaat Edwin Chadwick. Snow had een verband gelegd tussen cholera en drinkwater, en Chadwick kwam met het idee van een gesloten systeem om de uitwerpselen af te voeren en een drinkwatersysteem naar huizen aan te leggen. Men vermoedde dat 'kwade dampen', opstijgend uit onder meer uitwerpselen, verantwoordelijk waren voor ziekten als tbc, tyfus, dysenterie en cholera. Die moesten dus uit de stad worden geweerd door de aanleg van riolen. Het spouwater daarvoor moest uit de drinkwaterleidingen komen. Hoewel later bleek

dat bacteriën (en dus niet ‘kwade dampen’) verantwoordelijk waren voor de besmettelijke ziekten, had het systeem wel het beoogde effect: een aanzienlijke afname van ziekten en sterfte in de populatie.

Leerdoelen hoofdstuk 1

Na het bestuderen van dit hoofdstuk:

- ken je het verschil tussen ziekte en gezondheid en weet je wat de begrippen pathogenese en salutogenese inhouden;
- kun je benoemen waarin gezondheidsbevordering verschilt van de behandeling van ziekten;
- heb je inzicht in de omgevingsopvatting van gezondheid;
- kun je het begrip Positieve Gezondheid beschrijven en aangeven hoe je dat in je werkpraktijk kunt toepassen;
- weet je wat een gezonde leefstijl is;
- kun je de belangrijkste gezondheidsonderwerpen benoemen die spelen in de verschillende fasen van de levensloop van mensen;
- heb je inzicht in de actuele gezondheidssituatie van Nederland;
- weet je wat welvaartsziekten zijn en kun je aangeven welke gezondheidsproblemen in de moderne tijd spelen.

1.1 Ziekte en gezondheid

De samenwerking tussen de *advocaat* Chadwick en de *arts* Snow die tot de ‘sanitaire revolutie’ leidde, maakt meteen duidelijk dat ziekte en gezondheid niet alleen tot het domein van de zorg en medici behoren. Goede zorgvoorzieningen zijn weliswaar een basisvoorwaarde, maar ziekte en gezondheid overstijgen het terrein van de zorg. Uit de casus blijkt dat gezondheid voor een aanzienlijk deel een zaak is van de omgeving en de samenleving waarin een individu leeft. In dit boek benaderen we gezondheid vanuit dit brede perspectief en gaan we uitgebreid in op wat de zorg, de omgeving én uiteraard een individu zelf kunnen doen om gezondheid te bevorderen. Voor we hier dieper op ingaan, staan we eerst stil bij de concepten ziekte en gezondheid.

Ziekte is te omschrijven als een schadelijke somatische (lichamelijke) of psychische afwijking of aandoening van een organisme waardoor dit organisme minder goed functioneert. Veelvoorkomende ziekten zijn infectieziekten, hart- en vaatziekten, kanker (of veelvormingen), psychische aandoeningen en chronische ziekten. Een ‘chronische ziekte’ is gedefinieerd als een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Een chronische ziekte gaat meestal gepaard met pijn, geestelijk lijden, beperkingen in functioneren

of andere klachten (Volksgezondheidszorg.info, 2022a). De mate waarin mensen er hinder van ondervinden verschilt per ziekte en per individu. Van ziekten of aandoeningen kunnen we herstellen, maar van sommige komen we niet of moeilijk af (chronische ziekten) en aan sommige ziekten of aandoeningen kunnen we zelfs sterven. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de 15 aandoeningen in Nederland met de meeste sterfgevallen in 2020.³ In de eerste editie van dit boek gaven we een overzicht van de rangorde van sterfgevallen in 2015, en als we de rangordes vergelijken, zien we een zeer opvallend verschil. COVID-19 heeft zijn intrede gedaan en is de belangrijkste doodsoorzaak in 2020 geworden. Lange tijd waren infectieziekten in Nederland grotendeels onder controle, maar de COVID-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt dat pandemieën van infectieziekten op de loer blijven liggen. Ten opzichte van 2015 is het aantal sterfgevallen met zo'n 20.000 mensen toegenomen. In 2015 overleden in totaal 147.134 mensen, in 2020 is dat aantal gestegen naar 168.678 mensen.⁴ Naast COVID-19 bleven dementie, longkanker, beroerte, coronaire hartziekten en hartfalen de meest voorkomende doodsoorzaken.

Van de meeste ziekten herstellen we weer. Deze ziekten veroorzaken slechts een tijdelijke verslechtering van kwaliteit van leven. Chronische ziekten daarentegen leiden in veel gevallen tot een langdurige vermindering van kwaliteit van leven. De aard en ernst van bepaalde chronische ziekten (somatisch en psychisch) bepalen in hoeverre de kwaliteit van leven wordt beïnvloed. Somatische en psychische ziekten kunnen ook samengaan en elkaar versterken. Diabetes type 2 gaat bijvoorbeeld voor een deel van de patiënten gepaard met depressieve gevoelens. Andere negatieve aspecten van chronische ziekten zijn meer frequente en langdurige ziekenhuisopnamen, meer kans op complicaties na een operatie en meer kans op vroegtijdig overlijden. Bovendien hebben chronisch zieken relatief veel en langdurig zorg nodig.

Tabel 1.1 Ranglijst ziekten op basis van sterfte in 2020 en 2015
(Volksgezondheidszorg.info, 2022b)

Rangnummer in 2020	Ziekte/aandoening	Aantal in 2020	Rangnummer in 2015
1	COVID-19	20.138	–
2	Dementie	14.855	1
3	Longkanker	10.070	2
4	Beroerte	8.890	3

3 Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte | Volksgezondheidszorg.info.

4 Voor een deel is deze stijging verklaarbaar door het toegenomen aantal inwoners in Nederland. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) telde Nederland in 2015 16,90 miljoen inwoners. In 2020 was dit gestegen naar 17,41 miljoen.

Rangnummer in 2020	Ziekte/aandoening	Aantal in 2020	Rangnummer in 2015
5	Coronaire hartziekten	8.025	4
6	Hartfalen	7.130	5
7	COPD	5.627	6
8	Privé-, arbeids- en sportongevallen	5.618	9
9	Dikkedarmkanker	4.626	7
10	Borstkanker	3.080	10
11	Prostaatcancer	3.003	12
12	Pancreascancer	2.942	–
13	Infecties van de onderste luchtwegen	2.921	8
14	Diabetes mellitus	2.796	11
15	Hartritestoornissen	2.326	13

Gezondheid is lastiger te definiëren dan ziekte. Vraag honderd mensen wat gezondheid is en je krijgt honderd verschillende antwoorden. Voor de een is het 'niet ziek worden', voor de ander is het 'je fit voelen', 'gelukkig zijn' of 'een goede kwaliteit van leven hebben'. Weer een ander koppelt gezondheid aan een actieve leefstijl of een zinvol en betekenisvol leven. Iemand met diabetes kan zich ondanks zijn chronische ziekte gezond voelen, terwijl een lichame-lijk gezonde persoon in topconditie zich ongelukkig en depressief kan voelen. Er is geen consensus over de betekenis van gezondheid, maar het is voor de meeste mensen niet synoniem aan het afwezig zijn van ziekte. Walburg (2015) beschrijft gezondheid en ziekte als twee aparte dimensies. Ziekte is een continuüm dat loopt van geen ziekte tot ernstig ziek. Gezondheid loopt van een slechte gezondheid tot zeer gezond. Beide dimensies zijn aan elkaar gerelateerd en hangen met elkaar samen.

Veel ziekten kunnen tegenwoordig voorkomen worden doordat er gedetailleerd inzicht is in het proces van een ziekte of aandoening. Inzicht in het ontstaan, de ontwikkeling en het verloop van een aandoening noemen we **pathogenese**. Hoe duidelijker de pathogenese, hoe beter de preventie van een ziekte of aandoening kan worden ontwikkeld. Een grote stap in de behandeling en preventie van infectieziekten was bijvoorbeeld de ontdekking dat deze ziekten door micro-organismen zoals bacteriën, virussen, parasieten en schimmels worden veroorzaakt. De preventie van hiv/aids kwam pas goed van de grond toen duidelijk werd hoe het virus werd overgebracht. Kinderziekten zoals mazelen en rodehond zijn dankzij het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland inmiddels bijna helemaal verdwenen. Tegenover pathogenese staat het door Antonovsky (1996) geïntroduceerde concept **salutogenese**. De centrale vraag van salutogenese is: wat houdt mensen gezond en wat bevordert de gezondheid?

Toelichting Salutogenese



Salutogenese krijgt tegenwoordig een steeds prominentere plek in de uitwerking van lokaal gezondheidsbeleid. Zo brengt de gemeente Den Haag de bevorderende en beschermende factoren van gezondheid in kaart en ontwikkelt ze beleid om deze factoren te versterken. De insteek is niet alleen probleem- of ziektegericht maar vooral ook gezondheidgericht. In opdracht van de gemeente Den Haag heeft GGD Haaglanden onderzoek gedaan naar de relatie tussen armoede en gezondheid. Een belangrijke vraag daarbij was: wat maakt dat de ene persoon in armoede wel (positief) gezond blijft en de ander niet? Hieruit kwam naar voren dat eigen regie over de gezondheid en eigenwaarde essentieel zijn voor de beleving van een goede gezondheid. Op basis van dit onderzoek heeft de gemeente Den Haag beleid ontwikkeld dat zich richt op het verminderen van armoede door schuldenbeleid én op het versterken van de eigen regie. Professionals worden getraind om de cliënt op een gelijkwaardige manier tegemoet te treden, in plaats van betuttelend. Door salutogenese centraal te stellen ga je anders naar gezondheidsvraagstukken kijken en kun je inzetten op nieuwe beleidsmogelijkheden. Op de website bij het boek is het rapport van de GGD Haaglanden te vinden. In hoofdstuk 6 bespreken we meer voorbeelden van lokaal gezondheidsbeleid.

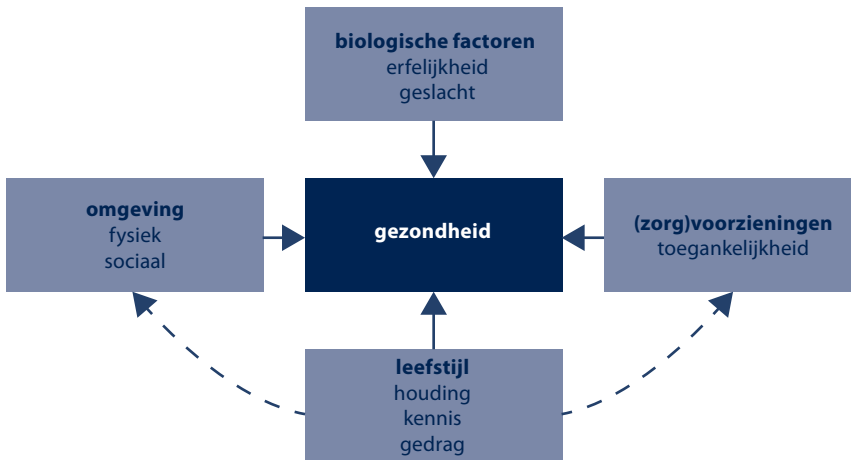


1.2 Omgeving en gezondheid: *the health field*

In 1974 verscheen er een rapport onder redactie van de Canadese minister van volksgezondheid, Marc Lalonde, waarin een overheid voor het eerst systematisch een maatschappelijke visie op gezondheid uitwerkte ('A new perspective on the health of Canadians'). In het rapport stapte men af van het biomedische denken dat sterk dominant was in die tijd. Het rapport en het model dat hieruit voortkwam markeren ook de ontwikkeling naar het vak gezondheidsbevordering (*health promotion*). Lalonde beschrijft vier deelgebieden die van invloed zijn op gezondheid: biologische factoren, leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en factoren die te maken hebben met de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. In figuur 1.1 hebben we het model schematisch uitgewerkt.

Lalonde introduceerde het concept '*health field*'. Het gezondheidszorgsysteem is belangrijk voor de ontwikkeling van een goede gezondheid maar hij voegt hieraan toe dat gezondheid ook sterk bepaald wordt door de individuele leefstijl en door de fysieke en sociale omgeving. Er zijn twee routes om gezondheid te bevorderen: risicofactoren voor ziekte of ongezondheid aanpakken (pathogenese) en een gezonde omgeving en gezond gedrag stimuleren (salutogenese). Het werk van Lalonde was ook de basis voor *The Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986). Dit is een internationaal verdrag dat werd ondertekend tijdens de door de WHO georganiseerde First International Conference

on Health Promotion in 1986. Dit verdrag heeft het denken over gezondheid en gezondheidsbevordering sterk veranderd. De Ottawa Charter beschrijft de basis van de huidige integrale benadering van gezondheidsbevordering. Ook het RIVM (2017a) hanteert deze benadering en definieert gezondheidsbevordering als: 'elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen.'



Figuur 1.1 Gezondheidsmodel volgens Lalonde (1974)

1.3 Positieve Gezondheid

Lalonde beschrijft zoals gezegd vier deelgebieden die van invloed zijn op gezondheid, maar definieert het begrip 'gezondheid' niet duidelijk. De World Health Organization (WHO), in Nederland ook wel Wereldgezondheidsorganisatie genoemd, heeft gezondheid ook proberen te definiëren:

'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.'

Sinds de formulering in 1948 is er veel discussie over deze omschrijving geweest. Veel beleidsmakers, medici en wetenschappers zijn het erover eens dat gezondheid breder gezien moet worden dan alleen het afwezig zijn van ziekte, maar de formulering lijkt nogal idealistisch en eigenlijk meer een nastrevenswaardig doel. Volgens Huber en Jung (2015) bevorderde de WHO onbedoeld medicalisering door gezondheid te formuleren als een toestand van *volledig* welbevinden. De formulering werkte contraproductief. Met de statische formulering van gezondheid als 'toestand', is vrijwel iedereen een patiënt die doorlopend behandeling behoeft. We kunnen ons daarnaast ook de vraag stellen wat volledig welzijn is. Wanneer is welzijn volledig? Is volledig welzijn überhaupt

mogelijk en wie bepaalt dat? Volgens deze definitie zouden veel, misschien wel de meeste, mensen ongezond zijn.

We kunnen constateren dat de WHO-definitie niet voldoet aan de praktijk en verschillende partijen zoeken naar een betere omschrijving van het concept 'gezondheid'. In de meer recente visieontwikkeling over het concept gezondheid blijft de brede grondgedachte van de WHO overeind, maar zijn nuances aangebracht en andere accenten gelegd. De herformulering van het concept gezondheid door de Nederlandse huisarts en onderzoeker Machteld Huber begint het sterkst voet aan de grond te krijgen als nieuwe beschrijving van gezondheid. Samen met een aantal collega's publiceerde Huber in 2011 een artikel in het *British Medical Journal* (Huber et al., 2011) waarin ze gezondheid omschreef als:

'...the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges.'

Huber beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals in de oude WHO-definitie, maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Het gaat veel meer om het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Uit een verdiepend onderzoek naar dit concept kwamen zes dimensies naar voren die relevant zijn voor gezondheid (Huber, Van Vliet & Broers, 2016 en kader).

Toelichting

Zes dimensies van gezondheid volgens Huber

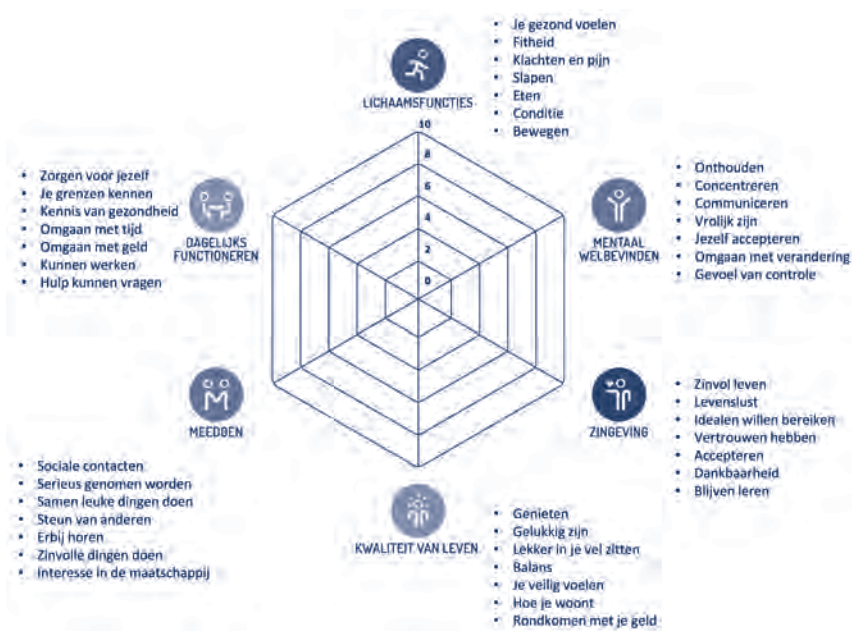


1. Lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie.
2. Mentaal welbevinden: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, het gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht.
3. Zingeving: zingeving/*meaningfulness*, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie.
4. Kwaliteit van leven: kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans.
5. Meedoen: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.
6. Dagelijks functioneren: basis-ADL (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen), instrumentele ADL, werkvermogen, *health literacy*.

Huber en collega's hebben deze zes dimensies voorgelegd aan zeven groepen stakeholders in de gezondheidszorg: behandelaren, patiënten met een chronische aandoening, beleidsmakers, zorgverzekeraars, gezondheidsvoorlichters,

burgers en onderzoekers uit verschillende disciplines. Alle stakeholdergroepen bleken het eens te zijn over het belang van de dimensie 'lichaamsfuncties'. Ten aanzien van de vijf andere dimensies waren er sterke verschillen tussen de groepen. Patiënten beoordeelden alle zes dimensies als vrijwel even belangrijk, waarmee ze gezondheid breed invulden. Andere stakeholdergroepen waardeerden deze dimensies als minder belangrijk dan 'lichaamsfuncties'. Dit gold met name voor de 'spirituele dimensie' en de dimensie 'sociaal-maatschappelijke participatie'.

De term Positieve Gezondheid werd door Huber geïntroduceerd om verwarring te voorkomen met de beschrijving van gezondheid als 'afwezigheid van ziekte'. Op basis van het model van Huber kan gezondheid in de zes dimensies worden uitgewerkt in de vorm van een spinnenweb (zie figuur 1.2). Door op verschillende momenten te meten kan een indruk worden verkregen van de ontwikkeling van de verschillende dimensies. Over de methode van Positieve Gezondheid en de betekenis hiervan voor het werk van professionals, spraken we met Miriam de Kleijn, die als onderzoekscoördinator verbonden is aan het Institute for Positive Health.



Figuur 1.2 Dimensies van Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health, 2017)

Interview

Van gezondheidszorg naar zorg voor gezondheid: Positieve Gezondheid in de praktijk

Naam: Miriam de Kleijn

Functie: adviseur en onderzoekscoördinator iPH

Relatie tot gezondheidsbevordering: pleitbezorger voor een gezonder Nederland

Miriam de Kleijn is als adviseur en onderzoekscoördinator verbonden aan Alles is Gezondheid en het Institute for Positive Health. Ze is opgeleid als arts-epidemioloog en heeft na haar promotie geruime tijd als huisarts gewerkt. Momenteel is ze fulltime gezondheidsconsultant op het snijvlak van onderzoek, praktijk, implementatie en onderwijs. Voor het iPH is zij onder andere het aanspreekpunt voor het onderzoeksnetwerk van waaruit studies worden opgezet naar de vraag: wat is de impact van Positieve Gezondheid?

Wat is het Institute for Positive Health?

Het Institute for Positive Health (iPH) is dé motor achter de beweging van Positieve Gezondheid. We zijn een stichting die is opgericht door Machteld Huber. Via het iPH faciliteren we zo veel mogelijk mensen en organisaties om Positieve Gezondheid in de praktijk te brengen en te leren van elkaar. Het netwerk is breed verspreid over de zorg, van de wijkzorg tot de verpleeghuiszorg. Ook in andere domeinen (het sociale domein, onderwijs, HR) zien we steeds meer interesse in Positieve Gezondheid. Vanaf 2022 gaat het iPH op in Alles is Gezondheid, een netwerk van publieke en private partners die de maatschappelijke beweging naar een gezonder Nederland stimuleert.

Wat is voor jou de essentie van Positieve Gezondheid?

Dat is de brede blik op gezondheid. We zijn in de zorg gewend om sterk in te zoomen op een probleem en als zorgverleners weten we 'wat goed is voor de patiënt'. Positieve Gezondheid is een methodiek om een persoon meer autonomie en eigen regie te geven over zijn leven en gezondheid. Aan de hand van ons gespreksmodel zoomt iemand samen met een professional uit en kijkt diegene weer naar het brede plaatje: hoe gaat het met mij? Wat vind ik ervan? Wat wil ik veranderen? We vragen dus niet zozeer: 'Waar heb je last van?'

De kern van onze methode is het voeren van een ander gesprek over gezondheid. Iemand begint met het invullen van ons gespreksinstrument, waarin we zes dimensies van gezondheid onderscheiden. De uitkomst van de vragenlijst wordt gepresenteerd in een spinnenweb (zie figuur 1.2), waarbij mensen in één oogopslag zien hoe ze zelf vinden dat het met ze gaat. Het voordeel van zo'n spinnenweb is dat mensen automatisch breder kijken dan de lichame-

lijke dimensie. De uitkomst wordt in het gesprek volledig waardenvrij besproken, waarbij mensen zelf reflecteren en bepalen waarin ze willen groeien. De patiënt heeft dus de regie. Iemand hoeft echt niet bij een dimensie die een vier krijgt te beginnen, mocht die er zijn. Iemand kan net zo goed van een zeven naar een acht willen groeien op een dimensie, daar zit de intrinsieke motivatie. Van daaruit start de groei, de rest gaat vanzelf meegroeien. De professional beweegt hierin mee.

Voor jongeren betekent gezondheid iets anders dan voor ouderen. Is het concept toepasbaar in verschillende levensfasen?

Er zijn zeker verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen, maar in grote lijnen zijn de zes dimensies in verschillende levensfasen gelijk. Om recht te doen aan de verschillen hebben we voor vier verschillende doelgroepen een apart gespreksinstrument ontwikkeld: kinderen, adolescenten, volwassenen en personen met een beperkte leesvaardigheid. De manier waarop je het gesprek voert is anders, maar de principes van autonomie en eigen regie zijn in alle levensfasen en voor verschillende doelgroepen leidend. In kindziekenhuizen wordt het gesprek anders gevoerd dan in de palliatieve zorg. Onze ervaring is dat professionals getraind in Positieve Gezondheid met iedereen 'een ander gesprek' kunnen voeren, ook bijvoorbeeld met mensen met een verstandelijke beperking.⁵

Kunnen professionals deze methode in hun werk toepassen?

Jazeker, maar het vergt wel een andere manier van werken en extra scholing is hiervoor nodig. Als zorgprofessionals worden we opgeleid om een diagnose te stellen en hier volgens protocollen en richtlijnen een behandeling aan te koppelen. We zijn minder gewend om naar de behoeften van de patiënt te kijken. Het mooie is dat onze methode niet alleen de autonomie van de patiënt centraal stelt, maar van de professional ook autonomie verwacht. Zorginstellingen die met onze methode willen werken, kunnen hun personeel laten trainen. Het is een stevige training waarin het leren voeren van 'het andere gesprek' centraal staat. Leren 'op de handen te zitten' en echt de patiënt aan het woord te laten. Vragen die je stelt over het ingevulde spinnenweb zijn bijvoorbeeld: wat vindt u van uw spinnenweb? Waar bent u tevreden over? Is er iets wat u wilt veranderen en zo ja, wat? En wat heeft u daarvoor nodig? Vanuit die vragen wordt het gesprek gevoerd tussen de patiënt en de professional. De veranderingen kan worden bijgehouden in het dossier en na verloop van tijd kan een professional vragen aan de patiënt om het spinnenweb nog eens in te vullen en bespreken of er iets veranderd is en wat dan zoal. Belangrijke voorwaarden om Positieve Gezondheid goed van de grond te krijgen zijn enthousiaste

5 Zie ook www.iph.nl/kennisbank/e-lvb-ontwikkelt-een-app-voor-verbetering-van-gezondheid-met-en-voor-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking/.

professionals en goede randvoorwaarden, zoals voldoende tijd om het andere gesprek te voeren. Het bestuur van de (zorg)organisatie moet de verandering dragen en achter de methode van Positieve Gezondheid staan.

Er wordt inmiddels veel gewerkt met het gespreksmodel. Wat zijn de ervaringen?

Patiënten zijn enthousiast en positief, vooral omdat ze zich meer gezien en gehoord voelen. Er ontstaat een ander soort verbinding, namelijk van mens tot mens. Dat is voor professionals ook heel motiverend. In hun rol als coach moeten professionals ook meer 'out of the box' denken en is het belangrijk dat ze een goed netwerk hebben van samenwerkingspartners. Dat maakt het werk ook veelzijdiger. Met de methodiek van Positieve Gezondheid kunnen we een patiënt in de volle breedte ondersteunen. Als iemand een hartinfarct heeft, behandel je dat uiteraard. De richtlijnen zijn duidelijk en je weet wat je moet doen. Maar voor een groot deel van gezondheidsvraagstukken heb je geen kant-en-klare medische oplossing. Daarvoor is een brede blik op gezondheid nodig. Mijn ideaal is dat professionals kennis en vaardigheden hebben over de (acute) medische zorg én de zorg voor de gezondheid van patiënten. Dit vraagt ook om een structuur in de zorg waarin je beide kunt inzetten.

Zijn er recent nog aanpassingen gedaan?

We zijn bezig met de doorontwikkeling van het spinnenweb. Zo hebben we twee vragen toegevoegd over intimiteit en seksualiteit. Die stonden niet in de oorspronkelijke uitwerking. Deze thema's werden in de praktijk als een gemis ervaren. Ze zijn voor patiënten heel belangrijk, maar mensen komen hier niet zo makkelijk zelf mee. Door de vragen op te nemen geven we patiënten de mogelijkheid om deze thema's bespreekbaar te maken als zij dat willen. Via onze website is het mogelijk om het spinnenweb in te vullen. Dit was al langere tijd mogelijk, maar de digitale begeleiding is sterker geworden. Je wordt op een 'coachende' manier door het proces heen geloodst. Ook hebben we een duidelijke uitlegvideo toegevoegd over wat Positieve Gezondheid is en je kunt gebruikmaken van een dagboekfunctie. Via je persoonlijke account kun je de veranderingen in je spinnenweb door de tijd heen volgen.

Wat zijn de plannen voor het iPH?

Er gaat wel iets groots veranderen. Wij gaan de komende drie jaar onderdeel uitmaken van het programma Alles is Gezondheid. We kunnen zo krachten bundelen en het is een manier om het gedachtegoed verder te kunnen opschalen. Het heeft ook praktische gevolgen. Zo is al onze informatie binnenkort (ook) te vinden via de website van Alles is Gezondheid.

Heb je nog een boodschap aan professionals in opleiding?

Door op een brede manier naar gezondheid te kijken, zien patiënten niet alleen wat fout gaat maar ook wat goed gaat. Dit kan heel motiverend werken en hierdoor krijgen ze soms de moed om een leefstijlverandering in gang

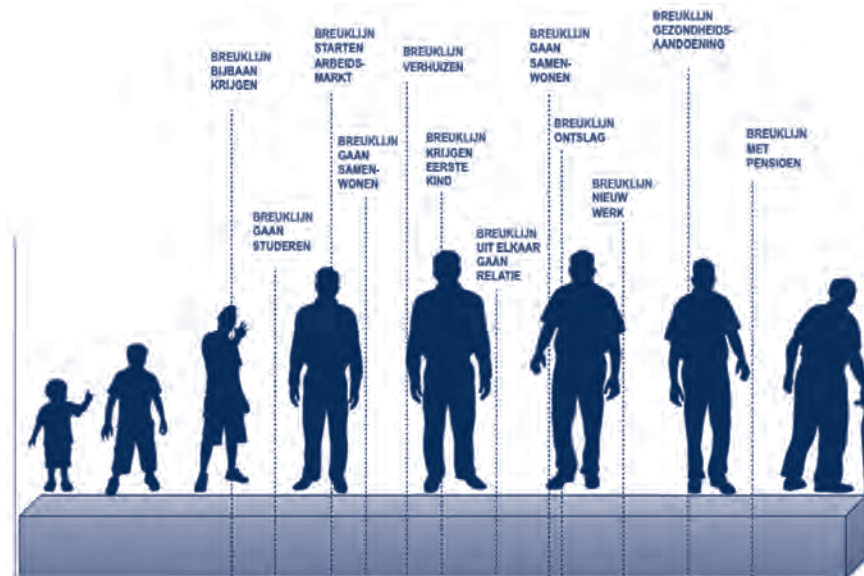
te zetten. Door aan te sluiten bij waar iemand op dat moment mee bezig is kan later de gewenste verandering volgen, bijvoorbeeld stoppen met roken of meer bewegen. Je bent soms effectiever via een omweg. En aan alle studenten zou ik willen zeggen: vul zelf een keer de vragenlijst in. Kijk in je eigen spiegel. Krijg zelf een gevoel bij Positieve Gezondheid.



Via de website kun je de zes dimensies van Positieve Gezondheid voor jezelf in kaart brengen. Op basis van het spinnenweb krijg je een beeld van hoe het met je gezondheid en welzijn gesteld is en kun je nadenken over wat je eventueel zou willen veranderen.

1.4 Gezondheid gedurende de levensloop

Hoewel het concept Positieve Gezondheid ontwikkeld is in de zorg en ook sterk gerelateerd is aan het omgaan met ziekte, is het veel breder toepasbaar. Zelfregie, zelfmanagement en het omgaan met levensgebeurtenissen zijn issues die spelen gedurende de gehele levensloop. Als we naar gezondheid kijken vanuit een levensloopperspectief, dan zien we dat de invulling en de waarde van gezondheid gedurende de levensloop veranderen en dat er **breuklijnen** zijn die een overgang in levensfasen markeren. We noemen dit ook wel *critical life events*.



Figuur 1.3 Breuklijnen of *critical life events* gedurende de levensloop (Sportregie, 2017)

Deze breuklijnen of levensgebeurtenissen hebben ook gevolgen voor de gezondheid. Het krijgen van een bijbaantje markeert voor jongeren de start van economische onafhankelijkheid van hun ouders. Ze krijgen financiële middelen waarmee ze gezonde of ongezonde aankopen kunnen doen. Studeren is voor veel jongeren een tussenfase waarin ze volop van het leven genieten en waarin bepaalde risicogedragingen zoals roken en alcoholgebruik meer voorkomen. Studenten bereiden zich voor op een werkend leven, maar doen ook nieuwe sociale contacten op en nemen deel aan het studentenleven. Na de studietijd begint de fase van werk en gezin waarin carrière en opvoeding centraal staan. Deze periode verloopt voor de meeste mensen met ups en downs. Positieve gebeurtenissen als een huwelijk en geboorte worden afgewisseld met negatieve, zoals het verlies van een baan, scheiding of het verlies van dierbaren. Mensen variëren sterk in hun reactie op deze gebeurtenissen en ze kunnen veel impact hebben op de gezondheid en kwaliteit van leven. Naarmate de leeftijd toeneemt breekt voor steeds meer mensen de tijd van aandoeningen en ongezonde levensjaren aan. De pensionering markeert de fase naar de laatste levensfase.

Gedurende de levensloop zien we een verschuiving in de verantwoordelijkheid voor gezondheid van de ouders van een kind naar het volwassen individu. Gezondheid wordt gedurende de verschillende levensfasen ook anders gewaardeerd. Een jongvolwassene in de kracht van zijn leven geeft aan gezondheid een andere prioriteit dan een ouder wordend individu die met ouderdomsklachten en ziekte te maken krijgt. In het kader vind je een overzicht van gezondheidsvraagstukken die kunnen spelen in verschillende levensfasen. We bespreken deze vraagstukken in de volgende subparagrafen.

Toelichting

Levensloop en gezondheidsvraagstukken



Gezond opgroeien: zwangerschap en geboorte, sociaal-emotionele ontwikkeling, gezondheidsopvoeding, risicogedrag, kwetsbare jongeren en gedragsproblemen.

Gezond blijven: uitgaansgedrag, werkgerelateerde gezondheidsproblemen, leefstijl en overbelasting, combineren van werk en gezin.

Gezond ouder worden: vergrijzing, omgaan met ziekten, zelfmanagement en gezond ouder worden.

1.4.1 Gezond opgroeien

Tijdens de zwangerschap en gedurende de kindertijd zijn ouders primair verantwoordelijk voor de gezondheid van hun kinderen. Dit omvat het creëren van een gezonde omgeving, gezonde voeding, voldoende beweging en het aanleren van een gezonde leefstijl. Als kinderen de schoolleeftijd bereiken komt de school in beeld als partij die ook verantwoordelijk is voor de gezondheid. Het

gaat dan vooral om het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling en het bieden van een veilige en gezonde schoolomgeving.

Tijdens de puberteit en de adolescentie neemt bij de meeste jongeren de behoefte aan experimenteren toe. Op zoek naar een eigen identiteit zoeken ze grenzen op en overschrijden die soms ook. Het brein maakt gedurende de puberteit nog een grote ontwikkelingslag en de emotionele en cognitieve ontwikkeling zijn voor veel jongeren gedurende deze fase uit balans. De prefrontale cortex, het deel van de hersenen dat verantwoordelijk is voor planning en gedragsregulatie, moet nog 'rijpen'. We zien dat veel jongeren zich gedurende de puberteit afzetten tegen hun ouders, en in deze fase neemt risicogedrag toe. Een deel van de jongeren start gedurende de adolescentie met risicogedragingen zoals roken, het drinken van alcohol en het gebruik van drugs. Om de gezondheid van jongeren te beschermen moeten ouders en andere volwassenen uit de omgeving van jongeren als een soort externe prefrontale cortex optreden. Zij zijn idealiter de rem op het experimenteelgedrag van jongeren.

Kortom, vanuit een levensloopperspectief zijn ouders en andere actoren uit de omgeving gedurende de zwangerschap, de kindertijd en puberteit primair verantwoordelijk voor de gezondheid van kinderen en jongeren. Ze spelen zo een cruciale rol als 'opvoeder', 'begrenzer' en 'beschermer'.

1.4.2 Gezond blijven

Gedurende de ontwikkeling naar volwassenheid zullen de meeste individuen steeds meer verantwoordelijk worden voor hun eigen gezondheid en zal het concept van Positieve Gezondheid sterker van toepassing worden. Dit zal zo blijven tot op hoge leeftijd. De eigen verantwoordelijkheid neemt af op het moment dat een ziekte als dementie zijn intrede doet en ouderen de gevolgen van hun eigen handelen niet meer kunnen overzien.

Na de adolescentie breekt de fase van jongvolwassenheid aan. In deze fase worden mensen zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en hebben ze hier ook persoonlijk de regie over. Een deel van de jongvolwassenen zal gaan werken en/of een gezin starten, en een ander deel zal gaan studeren. Voor veel jongvolwassenen breken 'de wilde jaren' aan van uitgaan, festivals en reizen. Deze periode wordt gekenmerkt door **hedonisme**, het loskomen van ouders en de start van een eigen leven. Mede door de hedonistische leefstijl zien we risicogedrag zoals het gebruik van alcohol en drugs toenemen. Misbruik van middelen en verslaving kunnen hieruit voortvloeien. Voor veel jongvolwassenen neemt het risicogedrag af als ze zich gaan 'settelen'. Dit noemen we ook wel natuurlijk herstel.

Gedurende de volwassenheid is werk een belangrijke factor voor de gezondheid. Het is voor veel mensen een essentiële bron van sociale contacten, zingeving, trots en ontwikkeling. Het kan echter ook een bron van stress en frustratie zijn, en de combinatie van werk- en zorgtaken kan tot overbelasting leiden. Gezond blijven leven is een uitdaging voor veel volwassenen, maar ook noodzakelijk om zo gezond mogelijk de pensioenleeftijd te halen.

1.4.3 Gezond ouder worden

Zoals we in paragraaf 1.5 zullen zien, worden we in Nederland steeds ouder. Ouder worden gaat gepaard met een toename van ongezonde levensjaren. De ouder wordende mens krijgt te maken met ziekten en het wegvallen van naasten en sociale netwerken. Steeds meer ouderen komen in een isolement terecht en eenzaamheid is een van de grote problemen van ouderdom. Volgens het RIVM (2011) neemt vanaf 75 jaar de kans op ziekten en beperkingen duidelijk toe en nemen de ervaren gezondheid en de lichamelijke kwaliteit van leven af. De ziekten die op oudere leeftijd het meest voorkomen en het grootste verlies aan gezonde levensjaren met zich meebrengen zijn dementie, coronaire hartziekten, beroerte, artrose en diabetes. Uit de studie *Gezond ouder worden in Nederland* (Zantinge et al., 2011) blijkt dat de helft van de zelfstandig wonende Nederlandse ouderen leeft met één of meer chronische ziekten. Toch geven twee op de drie ouderen aan geen lichamelijke beperkingen te ervaren en voelt meer dan de helft zich gezond. Dit neemt niet weg dat veel ouderen zich eenzaam en beperkt in hun kwaliteit van leven voelen.

1.5 Hoe gezond is Nederland?

We hebben gezien dat we ziekte en gezondheid kunnen beschouwen als twee aparte dimensies die aan elkaar gerelateerd zijn. Maar wat is op dit moment de staat van de gezondheid in Nederland? Hoe gezond zijn we eigenlijk en hoe oud worden we? Dit zijn vragen die we kunnen beantwoorden vanuit de **epidemiologie**. De epidemiologie bestudeert de gezondheidssituatie in een populatie en kijkt daarbij onder andere naar het vóórkomen en de verspreiding van ziekten binnen en tussen populaties. De **Staat van Volksgezondheid en Zorg** (kortweg: de Staat VenZ) geeft een actueel en cijfermatig beeld van ziekte en gezondheid in Nederland (Volksgezondheidszorg.info, 2022c). De Staat VenZ is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en wordt uitgevoerd door het Centrum Gezondheid en Maatschappij van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Het is een onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Er wordt samengewerkt met diverse Nederlandse onderzoeksinstituten voor een zo actueel en volledig mogelijk beeld. Voordat we ingaan op de cijfers lichten we eerst een aantal belangrijke termen uit de epidemiologie toe. Als eerste **levensverwachting**. De levensverwachting kan per jaar en voor iedere leeftijd worden berekend. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen de levensverwachting in gezonde en ongezonde levensjaren. De gezonde levensverwachting is het gemiddeld aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goede gezondheid door te brengen. Deze gezondheidsmaat combineert het aantal te verwachten levensjaren en de kwaliteit van leven in één getal. Het aantal levensjaren is gebaseerd op de levensverwachting. Voor de 'kwaliteit van het leven' maakt men gebruik van vier gezond-

heidsindicatoren, die elk de basis vormen van een specifieke soort gezonde levensverwachting:

1. levensverwachting in goed ervaren gezondheid;
2. levensverwachting zonder beperkingen;
3. levensverwachting in goede geestelijke gezondheid;
4. levensverwachting zonder chronische ziekten.

Andere termen voor ziekte en sterfte zijn morbiditeit en mortaliteit. **Morbiditeit** geeft de mate van het voorkomen van een specifieke ziekte aan. De morbiditeitsgraad is het aantal mensen dat in een bepaalde periode (meestal één jaar) door een ziekte wordt getroffen, per eenheid van bevolking. Het wordt gewoonlijk uitgedrukt als het aantal mensen dat wordt getroffen door een ziekte per 1000, 10.000, of 100.000 mensen. **Mortaliteit** is de sterfte in een bepaalde periode. De **prevalentie** is het aantal gevallen van een aandoening per 1000 of per 100.000 op een specifiek moment in de bevolking. De **incidentie** is het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking. Bij **multimorbiditeit** zijn er meerdere aandoeningen of ziekten tegelijk aanwezig.

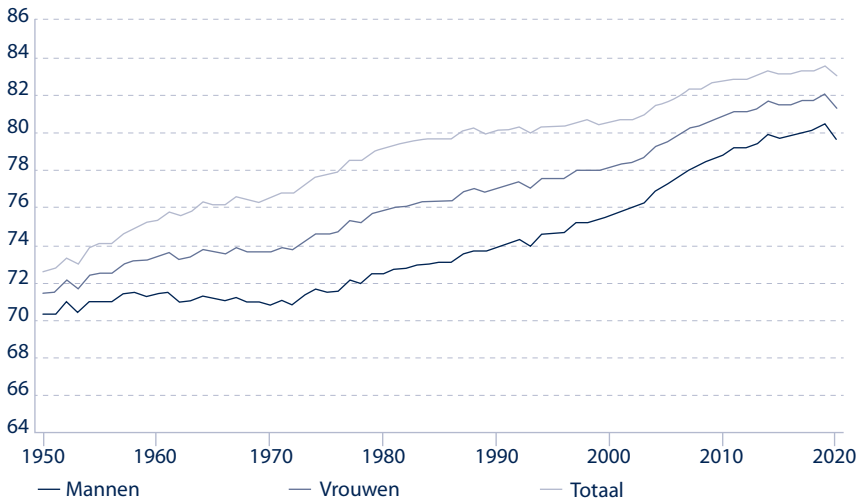
1.5.1 *Kerncijfers*

De Staat VenZ presenteert jaarlijks een overzicht met kerncijfers die de basis vormen van het gezondheidsbeleid. Via de website Volksgezondheidszorg.info worden deze cijfers bijgehouden en geactualiseerd. In de jaarlijkse publicatie wordt een uitgebreid overzicht gegeven van diverse deelterreinen van de zorg. We beschrijven in de volgende subparagrafen de belangrijkste ontwikkelingen die relevant zijn voor dit boek.

1.5.2 *Levensverwachting bij geboorte tussen 1950 en 2020 flink gestegen*

De levensverwachting bij geboorte is tussen 1950 en 2020 zowel bij mannen als bij vrouwen flink gestegen, zie figuur 1.4. Bij mannen van 70,3 tot 79,7 jaar en bij vrouwen van 72,6 tot 83,1 jaar (Volksgezondheidszorg.info, 2022d). De levensverwachting van mannen was in de periode 1950-1975 vrijwel constant. Daarna steeg de levensverwachting voor mannen sterk, vooral in de periode vanaf 2002. Voor vrouwen steeg de levensverwachting vooral sterk in de periode 1950-1980 en vanaf 2002. In de periode 1980-2000 nam de levensverwachting voor vrouwen nauwelijks toe. In 2020 is de levensverwachting ten opzichte van 2019 gedaald. Het RIVM concludeert dat COVID-19 de belangrijkste oorzaak is van die daling.

Levensverwachting bij geboorte 1950-2020



Figuur 1.4 Levensverwachting in Nederland in de periode 1950-2020 (Volksgezondheidszorg.info, 2022d)

1.5.3 Ook levensverwachting in goed ervaren gezondheid neemt toe

Niet alleen de levensverwachting, maar ook de levensverwachting in goed ervaren gezondheid steeg tussen 1981 en 2020. In deze periode is de levensverwachting in goed ervaren gezondheid voor mannen toegenomen van 59,9 jaar in 1981 naar 66,4 jaar in 2020 en van die van vrouwen van 62,4 jaar in 1981 naar 65,8 jaar in 2020 (Volksgezondheidszorg.info, 2022e). De (totale) levensverwachting steeg meer dan de levensverwachting in goed ervaren gezondheid, zoals je ziet. Dit betekent dat er niet alleen gezonde jaren bij zijn gekomen, maar ook ongezonde jaren.

1.5.4 Levensverwachting van laagopgeleiden lager dan die van hoogopgeleiden

Er is een verschil van 4,4 jaar in levensverwachting tussen hoger- en lageropgeleiden (Volksgezondheidszorg.info, 2022f). Het verschil tussen lager en hoger opgeleiden is nog groter als we naar de levensverwachting (bij geboorte) in goed ervaren gezondheid kijken. Hogeropgeleide mannen leven 14,6 jaar langer in goed ervaren gezondheid dan lageropgeleide mannen. Hogeropgeleide vrouwen leven 15 jaar langer in goed ervaren gezondheid dan lageropgeleide vrouwen (voor de periode 2017-2020).

Om gezondheidsverschillen en welvaartsziekten terug te dringen en een gezonde leefstijl aan te leren, is meer nodig dan alleen goede zorg. Het bevorderen van gezondheid en een gezonde leefstijl op school, op het werk, in de wijk en in de zorg biedt grote kansen voor gezondheids-winst. Professionals in zorg, welzijn en preventie spelen hierin een centrale rol.

Gezondheidsbevordering en leefstijl helpt de toekomstige professional inzicht te verkrijgen in de wereld van gezondheidsbevordering. Verschillende vraagstukken worden helder geanalyseerd aan de hand van de leefstijlthema's Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning en Drugs (BRAVO +D). Vanuit deze thema's leren studenten verbinding te leggen tussen theorie en praktijk, aan de hand van concrete situaties die aansluiten bij hun eigen (toekomstige) beroepspraktijk.

De tweede druk bevat meer praktijkvoorbeelden en behandelt nieuwe thema's zoals armoede in relatie tot gezondheid, leefstijlcoaching en mentale gezondheid van jongeren. Ook is er aandacht voor het planmatig selecteren en ontwikkelen van interventies.

De bijbehorende online leeromgeving is flink uitgebreid bij deze tweede druk. De onderwerpen uit het boek worden geïllustreerd aan de hand van video's en producten voor professionals die zijn ontwikkeld in het kader van het Nationaal Preventieakkoord. Ter verdieping zijn per hoofdstuk opdrachten, oefenvragen en een begrippentrainer toegevoegd.

Gezondheidsbevordering en leefstijl is bedoeld voor hbo-studenten die zich voorbereiden op een toekomst als professional in zorg, welzijn en preventie, waaronder verpleegkundigen, sociaal werkers en leefstijlcoaches. Ook zorgprofessionals die reeds werkzaam zijn, kunnen het boek ter verbreding van hun kennis raadplegen.

Sociaalpsycholoog dr. Lex Lemmers (1961) en sociaalwetenschapper Jeroen de Greeff MSc (1989) slaan een brug tussen wetenschap en praktijk in hun dagelijkse werk bij het Trimbos-instituut. Aan dit boek werkten vele deskundigen mee van diverse gezondheidsorganisaties en leefstijlinstituten.

