

POSITIEVE LEEFSTIJL VERANDERING

WAT ELKE
PROFESSIONAL MOET
WETEN OVER
LEEFSTIJL EN
GEDRAGSVERANDERING

Ingrid Steenhuis & Wil Overtoom

Positieve leefstijlverandering

Wat elke professional moet weten over leefstijl- en gedragsverandering

Ingrid Steenhuis & Wil Overtoom

ISBN 978 90 8850 748 9

NUR 770/740

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag 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 kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost) te wenden.

INHOUD



INLEIDING	11
1 LEEFSTIJL	15
Introductie	15
Wat heeft in de twintigste eeuw geleid tot gezondheid?	15
Levensverwachting	17
Gezonde levensverwachting	18
Bewegen	19
Wat is de aanbeveling?	19
Wat zijn de feiten?	20
Is zitten het nieuwe roken?	20
Roken	20
Wat is de aanbeveling?	20
Wat zijn de feiten?	21
Alcohol	21
Wat is de aanbeveling?	21
Wat zijn de feiten?	22
Voeding	22
Wat is de aanbeveling?	22
Wat zijn de feiten?	25
Overgewicht	26
Wat zijn de feiten?	27
Ontspanning	28
Wat zijn de feiten?	28
Wat zijn de feiten?	29
Is gezond ook gelukkig?	31

Geluk	31
Geluk, gezondheid en leefstijl	32
Leefstijlbevordering als onderdeel van positieve gezondheid	33
Positieve gezondheid	33
Kritische noot	35
Tip voor in de praktijk	35
2 LEEFSTIJL VERANDEREN	36
Introductie	36
Fasen van gedragsverandering	37
Vijf fasen	37
Kritische noot	38
Tips voor in de praktijk	39
Bewustwording	40
Bewustzijn en misperceptie	40
Tips voor in de praktijk	40
Beredeneerd gedrag	41
Theorie van beredeneerd gedrag	41
Kritische noot	44
Tips voor in de praktijk	44
Intrinsieke of extrinsieke motivatie	45
Zelfdeterminatietheorie	45
Kritische noot	46
Tips voor in de praktijk	47
Motivational interviewing	47
Coaching met motivational interviewing	47
Tips voor in de praktijk	49
Uitdagende doelen stellen	50
Uitdagende doelen en prestaties	50
Tips voor in de praktijk	53
De kloof tussen intentie en gedrag	53
Het ontstaan van de kloof	53
Tips voor in de praktijk	55
Zelfcontrole en wilskracht	56
Grenzen aan het willen	56
Kritische noot	57
Tips voor in de praktijk	57

	Sociale invloed	58
	Sociale normen, netwerken, sabotage en steun	58
	Tips voor in de praktijk	60
	Terugval	61
	Hoogrisicosituaties en terugval	61
	Mispercepties die bestaan over een (re)lapse	64
	Tips voor in de praktijk	65
	Blik op de toekomst	67
	Nieuwe interventies	67
	Tot slot	69
	Gedragsveranderingstechnieken	69
3	KIJKEN OVER DE GRENZEN VAN DISCIPLINES	70
	Introductie	70
	Verandermanagement	71
	Veranderen om te overleven	71
	SWOT-analyse	71
	Kritische noot	72
	Tips voor in de praktijk	72
	Waardoor veranderingen mislukken	75
	Veranderstappen	76
	Tips voor in de praktijk	78
	Weerstand bij veranderen	78
	Tips voor in de praktijk	80
	Gedragseconomie en keuzearchitectuur	80
	Op het grensvlak van economie en psychologie	80
	Automatisch gedrag: systeem 1 en systeem 2	81
	Soorten nudges	82
	Kritische noot	83
	Tips voor in de praktijk	84
	Sociale marketing	86
	Commerciële marketingtechnieken voor sociale doeleinden	86
	Kritische noot	90
	Tips voor in de praktijk	90
	Tot slot	91
	Gedragsveranderingstechnieken	91

4	KWETSBARE DOELGROEPEN	92
	Introductie	92
	Mensen met weinig gezondheidsvaardigheden	93
	Tips voor in de praktijk	96
	Mensen met financiële problemen	96
	Financiële problemen, leefstijl en gezondheid	96
	Beperkte cognitieve bandbreedte	98
	Ook zonder financiële problemen grote sociaal-economische gezondheidsverschillen	99
	Tips voor in de praktijk	101
	Mensen met een psychiatrische aandoening	101
	Aandacht voor leefstijl	101
	Screening en interventies	102
	Beweging als behandeling?	103
	Tips voor in de praktijk	104
	Ouderen	105
	Leefstijl van ouderen	105
	Pensionering	107
	Tips voor in de praktijk	107
	EPILOOG	109
	BIJLAGEN	
	TOOLS VOOR IN DE PRAKTIJK	113
	TOOLS VOOR GEDRAGSANALYSE	114
	BRAVO quickscan voor volwassenen	114
	Spinnenweb positieve gezondheid	120
	Determinanten van gedrag	122
	Sociale omgeving scan	123
	SWOT	125
	TOOLS MET BETREKKING TOT DE MOTIVATIE VOOR GEDRAGSVERANDERING	127
	Dwingende noodzaak	127
	Kosten-batenanalyse	129
	Concurrentieanalyse	130
	Beslismatrix	132

PLANNING TOOL	133
SMART doelen stellen en als-dan plannen	133
MONITORING TOOL	135
Schema voor monitoring	135
TERUGVALPREVENTIE TOOLS	137
In balans	137
Hoogrisicosituaties en copingplan	140
Copingplan voor terugkerende hoogrisicosituaties	141
Copingvaardigheden	142
Negatieve gedachten vervangen door positieve gedachten	144
HANDIGE EN BETROUWBARE WEBSITES	146
BRONNEN	148
OVER DE AUTEURS	158
REGISTREER JE BOEK	160
REACTIES OP POSITIEVE LEEFSTIJLVERANDERING	161
INDEX	163

INLEIDING



Een positieve leefstijlverandering levert mensen veel op: gezondheid, energie en vitaliteit. Mensen zonder ernstig overgewicht die niet roken en slechts matig alcohol gebruiken, leven gemiddeld zeven jaar langer en brengen het grootste gedeelte van die jaren door in goede gezondheid. Toch blijkt de gedragsverandering die hiervoor nodig is voor veel mensen een flinke uitdaging en een welhaast onmogelijke opgave.

Aan goede voornemens en intenties ligt het niet. Goede voornemens op het gebied van leefstijl domineren al jaren de top vijf lijstjes met goede voornemens. Sportiever worden, meer bewegen, stoppen met roken, afvallen, minder snoepen, je minder druk maken over dingen: veel mensen hebben het zich meer dan eens voorgenomen. Vervolgens zijn ze er ook meer dan eens weer mee gestopt. Sommige pogingen zijn amper serieus te nemen. Veel nieuwjaarsvoornemens vallen in deze categorie. Binnen een paar uur, een paar dagen of hooguit paar weken zijn de meeste mensen afgehaakt. Drastische pogingen om te veranderen, zijn meestal ook geen lang leven beschoren. Je hele eetpatroon omgooien om een dieet van een of andere goeroe te volgen, is simpelweg niet de rest van je leven vol te houden. Gedragsverandering is moeilijk, het op de lange termijn volhouden is zo mogelijk nog moeilijker. Dit boek gaat niet over de halfslachtige pogingen met oud en nieuw, gaat ook niet over drastische veranderingen en al helemaal niet over leefstijlgoeroes.

Dit boek is voor de gezondheids- en welzijnsprofessional die zijn cliënt wil ondersteunen bij het verbeteren van zijn leefstijl en voor de professional die dit het liefste baseert op wat er in de wetenschap bekend is over wat wel en niet werkt. Kennis over het proces van gedragsverandering is daarbij essentieel. De cliënt die moet afvallen weet zelf vaak heel goed wat hij beter wel en niet kan eten, maar is onkundig in het veranderen van zijn gedrag. De cliënt die rookt kent de risico's van het roken, maar is onmachtig om zijn gedrag te veranderen.

Mensen die een serieuze poging ondernemen om iets aan hun leefstijl te veranderen, krijgen daar vaak in het begin wel hulp bij. De huisartspraktijkondersteuner zet ze op het goede spoor, de diëtist maakt samen met de cliënt een plan en de buurtsportcoach helpt de cliënt om in beweging te komen. Maar na deze ‘honeymoon fase’ waarin alles nieuw is, er ondersteuning is en dingen lijken te lukken, volgt een lastiger fase. De veranderingen moeten ingepast worden in het dagelijks leven en dit kost energie. Niet iedereen in de omgeving van de cliënt is een supporter van de verandering; er blijken zelfs saboteurs te zijn. Een fase vol uitdagingen en weerstanden volgt. Mensen gaan misschien wel ‘vals spelen’, nemen het wat minder nauw en het schiet niet echt meer op. Vervolgens zijn er twee scenario’s mogelijk. Sommige mensen vervallen weer in hun oude gewoonten en zijn terug bij af. Anderen slagen erin, met hulp, om de verandering in leefstijl blijvend op te nemen in hun dagelijkse routine. Dit boek wil een hulpmiddel zijn voor professionals in zorg en welzijn (waaronder ggz-hulpverleners, welzijnswerkers, zorgverleners, wijkteams, praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk, leefstijlcoaches, diëtisten, paramedici, trainers, psychologen) om cliënten in alle fasen van de gedragsverandering te helpen. Van honeymoon fase tot de verankering in de dagelijkse routine.


In hoofdstuk 1 staan de BRAVO-leefstijlgedragingen centraal: **bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning**. Wat zijn de richtlijnen, hoe goed of slecht doen we het in Nederland en waarom is het van belang je leefstijl te veranderen? Leefstijl staat niet op zich, maar maakt deel uit van het gehele concept van positieve gezondheid. In hoofdstuk 1 komt dit concept ook aan bod.

In hoofdstuk 2 bekijken we het proces van gedragsverandering nader en geven we handvatten om in de praktijk aan de slag te gaan met gedragsverandering. Het is onze missie om kennis en inzichten over gedragsverandering beschikbaar te maken voor professionals. De vertaling van theorie naar praktijk en evidence-based adviezen dragen bij aan het effectiever begeleiden van een gedragsverandering. Daarbij geven we geen top tien van tips om te stoppen met roken, of een top tien van stressverlagende tips. We proberen veel meer om professionals gedragsanalyse- en gedragsveranderingstechnieken in handen te geven die toepasbaar zijn op alle onderwerpen waarbij een gedragsverandering essentieel is.

Oplossingen voor complexe vraagstukken, zoals het veranderen van leefstijl, liggen niet in één vakgebied, maar juist op het grensvlak van disciplines. Daarom kijken we in hoofdstuk 3 over de grenzen van vakgebieden heen. Inzichten uit het bedrijfsleven over verandermanagement passen we toe op een leefstijlverandering. We beschrij-

ven sociale-marketingtechnieken om gezondheid en een gezonde leefstijl beter te verkopen. De gedragseconomie en keuzearchitectuur leren ons hoe je mensen onbewust de gezonde keuze laat maken.

Sommige kwetsbare groepen hebben wat extra aandacht nodig en daarom staan in hoofdstuk 4 een aantal van die doelgroepen centraal. Het zijn mensen die minder gezondheidsvaardigheden hebben, mensen met financiële problemen, mensen met een psychiatrische aandoening en ouderen. Voor deze doelgroepen levert een leefstijlverandering extra veel op, maar ligt het veranderen van leefstijl ook gecompliceerder.

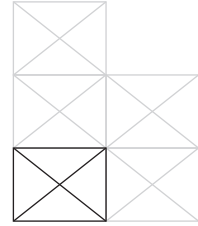
De tips voor in de praktijk die we door het hele boek heen geven, helpen jou als professional om kennis daadwerkelijk toe te passen in de praktijk. Daarbij zijn we uitgegaan van een situatie waarin veelal individuele begeleiding wordt gegeven, of in kleine groepen met veel individuele aandacht. Om het nog gemakkelijker te maken, hebben we aan het eind van het boek een aantal praktische tools verzameld, die gebaseerd zijn op kennis en inzichten uit dit boek. Wanneer er bij een onderwerp een tool beschikbaar is, geven we dit aan met .

Op veel van de theorieën en concepten die we bespreken, is wel iets aan te merken. Er bestaat geen allesomvattende en altijd kloppende theorie. In dit boek hebben we dat inzichtelijk willen maken door kritische noten bij theorieën en concepten te bespreken. Dat betekent niet dat een theorie meteen waardeloos is en overboord moet worden gegooid. Modellen en methoden helpen om de dagelijkse werkelijkheid beter te interpreteren, maar is altijd een versimpeling hiervan. Het is goed je daarvan bewust te zijn.

Over alle onderwerpen die in dit boek aan bod komen, zouden we nog veel verder kunnen uitweiden. We hebben er echter voor gekozen om relevante onderwerpen op een compacte manier te behandelen en meteen toepasbaar te maken voor de praktijk. Het intensiever gebruik van kennis en inzichten over gedragsverandering in de praktijk is al een gedragsverandering op zich. We hopen dat dit boek daarvoor een inspiratie is.

Alle modellen en formulieren uit dit boek zijn op groot formaat en voor eigen gebruik te downloaden. Gebruik hiervoor de button op de website www.swpbook.com/1999

1 LEEFSTIJL



INTRODUCTIE

Een goede gezondheid staat op nummer één van de prioriteitenlijst van Nederlanders. Wat daarbij precies onder een goede gezondheid wordt verstaan, is vaak niet helemaal duidelijk. In dit hoofdstuk gaan we na waardoor de (gezonde) levensverwachting de afgelopen eeuw gestegen is. Ook blijkt dat verdere gezondheidswinst behaald wordt door positieve veranderingen in leefstijl. De BRAVO-gedragingen staan daarbij centraal: **b**ewegen, **r**oken, **a**lcohol, **v**oeding, **o**ntspanning. Ten slotte gaan we dieper in op het begrip gezondheid en introduceren we het concept positieve gezondheid.

Na het lezen van dit hoofdstuk heb je een goed beeld van:

- de gestegen (gezonde) levensverwachting;
- de BRAVO-gedragingen;
- de richtlijnen die gelden voor de BRAVO-gedragingen;
- de werkelijke situatie in Nederland met betrekking tot de BRAVO-gedragingen;
- de gezondheidsimplicaties van leefstijl;
- het verband tussen geluk, gezondheid en leefstijl;
- het concept positieve gezondheid.

WAT HEEFT IN DE TWINTIGSTE EEUW GELEID TOT GEZONDHEID?

In vergelijking met honderd jaar geleden leven we langer en blijven we langer gezond. Een aantal ontwikkelingen heeft hieraan bijgedragen. De medische wetenschap nam een enorme vlucht, maar dat is niet het enige. Zo zijn de hygiënische omstandigheden zodanig verbeterd dat infectieziekten veel minder kans krijgen. Een Amerikaanse overheidsorganisatie heeft de factoren op een rijtje gezet waardoor in de afgelopen eeuw zoveel gezondheidswinst is geboekt (hoewel ze dat voor Amerika heeft gedaan, is veel van toepassing op alle westerse landen, waaronder Nederland):

- 1 De *zorg voor moeder en kind* voor, tijdens en na de bevalling is de afgelopen eeuw verbeterd. Er zijn bijvoorbeeld consultatiebureaus opgericht (in Nederland het eerste in 1901 door de Haagse huisarts Plantenga). In de loop der jaren zijn de werkzaamheden van consultatiebureaus veranderd. Daar waar in het begin extra melk werd verstrekt op de consultatiebureaus, kwamen er in de latere jaren allerlei taken bij om de kinderen te screenen op allerlei aandoeningen, zoals een gehoortest. Ook wordt er voorlichting en advies gegeven.
- 2 In de jaren 1960 kwam de *anticonceptiepil* beschikbaar, wat vrouwen een betrouwbare methode en controle gaf met betrekking tot de voortplanting.
- 3 Het invoeren van een grootschalig *vaccinatieprogramma* heeft geholpen om een aantal infectieziekten, zoals kinkhoest, de pokken en de bof, grotendeels uit te roeien. Hoewel er in Nederland al eerder werd ingeënt, startte in 1957 het Rijksvaccinatieprogramma. Dit is een vast schema van inenting, op kosten van de overheid, beschikbaar gesteld voor alle kinderen.
- 4 Maatregelen op het gebied van de *hygiëne* hebben geholpen om het aantal infectieziekten te verminderen. Schoon drinkwater voor iedereen, aanleg van riolering, het organiseren van de vuilnisafvoer en ongediertebestrijding zijn van onschatbare waarde geweest.
- 5 Ons *voedsel* is veiliger en gezonder geworden, onder andere door de aanschaf van koelkasten in alle huishoudens. In 1960 had nog maar 10% van de Nederlandse huishoudens een koelkast; tien jaar later was dit 93%.
- 6 Een verbetering in de *werkomstandigheden* heeft geleid tot een vermindering van het aantal arbeidsongevallen. De productiemethoden zijn veiliger, de arbeidsomstandigheden beter en het personeel is beter opgeleid. Toch zijn er in Nederland nog altijd een paar honderdduizend mensen per jaar die behandeld moeten worden bij hun huisarts, op de eerste hulp of zelfs opgenomen worden in het ziekenhuis als gevolg van een ongeval op het werk. De kans daarop is het grootst bij werknemers in de bouw.
- 7 Door *verkeersmaatregelen* en veiliger auto's is de veiligheid op de weg toegenomen. Het aantal dodelijke slachtoffers door verkeersongevallen is relatief gezien dan ook afgenomen.
- 8 In de jaren 1940-1950 werd voor het eerst het ontstaan van longkanker gelinkt aan *roken*. Deze kennis, samen met maatregelen om het roken tegen te gaan (voorlichting, hulp bij stoppen met roken, hogere prijzen door accijnzen en wetgeving om het roken op openbare plekken te verbieden) hebben ertoe geleid dat er minder mensen zijn gaan roken of gestopt zijn.
- 9 Het aantal mensen dat sterft door hart- en vaatziekten of een beroerte is gedaald. De preventie is verbeterd door het opsporen en behandelen van een

hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte. Ook de daling van het aantal rokers heeft bijgedragen. Verbeteringen in de zorg, bijvoorbeeld in de eerste hulp aan patiënten met hartproblemen, zorgen ervoor dat de overlevingskansen zijn toegenomen.

Opvallend is dat in de vorige eeuw vooral veel gezondheidswinst werd geboekt via zaken die niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, zoals hygiëne en verkeersmaatregelen. Door alle verbeteringen komen er veel minder infectieziekten voor en mensen overlijden nu eerder aan een chronische ziekte dan aan een infectieziekte. Daarmee is ook de manier waarop gezondheidswinst kan worden geboekt veranderd. Er kan nu veel meer winst worden behaald door leefstijlveranderingen, in plaats van door verbetering van de hygiëne. De BRAVO-gedragingen hebben invloed op het risico van tal van ziekten zoals kanker, hart- en vaatziekten, COPD en diabetes.

'Er kan nu veel meer winst worden behaald door leefstijlveranderingen.'

LEVENSVERWACHTING

Rond 1900 lag de gemiddelde levensverwachting rond de vijftig jaar. Inmiddels is de levensverwachting flink gestegen. Er is verschil tussen mannen en vrouwen. De levensverwachting voor mannen is in de periode 1950-1970 vrijwel gelijk gebleven, rond de 71 jaar. Sinds 1970 is de levensverwachting voor mannen sterk gestegen, met nog een piek in de eerste tien jaar van de huidige eeuw. De levensverwachting van mannen die in 2015 zijn geboren is 79,7 jaar.

De levensverwachting bij geboorte steeg voor vrouwen juist in de periode 1950-1980, om vervolgens rond 1980 te stagneren. Echter, ook bij hen is er toch weer een duidelijke stijging waargenomen aan het begin van de huidige eeuw. Dat heeft vooral te maken met een afgenomen risico om aan hart- en vaatziekten te overlijden, door betere behandelmogelijkheden. De levensverwachting van vrouwen die in 2015 zijn geboren is 83,1 jaar.

Het verschil tussen mannen en vrouwen in levensverwachting is overigens afgenomen na 1980. Was het verschil in 1980 nog 6,7 jaar, in 2015 was dat nog maar 3,4 jaar. Het afgenomen verschil komt doordat mannen en vrouwen qua rookgedrag steeds meer op elkaar zijn gaan lijken, wat een verband heeft met het risico op hart- en vaatziekten en longkanker. Sinds de jaren 1950 is het aantal mannen dat rookt

gedaald van 90% naar ruim 25%. Het percentage vrouwen dat rookt is nooit boven de 50% geweest, maar is nu iets minder dan 25%. De prognose is dat de levensverwachting nog verder stijgt. In 2060 tot 87,1 jaar voor mannen en 89,9 jaar voor vrouwen. Ook is de prognose dat het verschil tussen mannen en vrouwen nog verder zal afnemen.

GEZONDE LEVENSV ERWACHTING

Niet alle jaren worden in goede gezondheid doorgebracht. Daarom is het ook van belang om te kijken naar het aantal verwachte levensjaren in goede gezondheid.

Wanneer leef je in goede gezondheid? Daarvoor worden vier indicatoren gebruikt:

- 1 Het maakt uit hoe mensen zelf hun gezondheid ervaren. De een kan zich doodziek voelen bij kleine kwaaltjes, terwijl de ander met een chronische ziekte fluitend door het leven gaat en roept dat hij super gezond is.
- 2 Lichamelijke beperkingen worden meegenomen. Kan iemand (al dan niet met hulpmiddelen zoals een gehoorapparaat of bril) een goed gesprek met iemand voeren, de krant lezen, of een zware boodschappentas dragen?
- 3 Chronische aandoeningen waaraan je kunt overlijden of die je dagelijkse bezigheden kunnen hinderen, zoals hartafwijkingen, reuma, of migraine, worden meegerekend.
- 4 Er wordt gekeken naar de geestelijke gezondheid. Wanneer iemand bijvoorbeeld lijdt aan zware depressies, kun je niet spreken van jaren in 'goede gezondheid'.

Hoewel vrouwen iets langer leven, is het aantal jaren dat ze doorbrengen in goede gezondheid hoger voor mannen. Mannen geboren in 2014 hebben een gezonde levensverwachting van 64,9 jaar. Hun totale levensverwachting was bijna 80 jaar. Ze leven dus zo'n vijftien jaar met beperkingen of chronische ziekten. Vrouwen geboren in 2014 hebben een gezonde levensverwachting van 64 jaar. Met een totale levensverwachting van ruim 83 leven zij dus bijna twintig jaar met ziekte of beperking. Niet alleen de totale levensverwachting stijgt, ook de gezonde levensverwachting stijgt mee.

BRAVO!?

De casus van mevrouw Van Beek

Mevrouw Van Beek is 47 jaar, werkt vier dagen in de week op kantoor en heeft thuis een druk gezin. Daardoor komt ze minder vaak dan ze wil aan sporten toe. Al met al lukt het haar om één keer per week naar de sport-

school te gaan, maar daarnaast wandelt ze nog twee dagen per week een half uur samen met haar man. Bij het avondeten drinkt ze graag een glas wijn en in het weekend zijn dit een paar glazen. Ze rookt niet. Ook probeert ze gezond te eten en te koken: er komt wekelijks vis op tafel en ze eet volkorenbrood. Ze vergeet vaak om fruit mee te nemen naar haar werk. Groente eet ze vooral bij het avondeten, zo'n 150 gram. Haar Body Mass Index (BMI) is 24,5. Daar is ze zelf niet tevreden over, ze vindt vooral haar buik te dik. Haar buikomtrek is 82 cm. Ze zou er wel iets aan willen doen, maar haar werk is bij tijd en wijle nogal stressvol. Op die momenten komt ze helemaal niet meer aan zichzelf toe.

In hoeverre heeft mevrouw Van Beek een gezonde leefstijl?

Op welke punten voldoet mevrouw Van Beek wel/niet aan de richtlijnen en aanbevelingen?

Wat zou je haar adviseren?

Mevrouw Van Beek komt later in dit hoofdstuk nog eens aan bod.

De belangrijkste leefstijlgedragingen zijn samen te vatten in de BRAVO-gedragingen: **bewegen**, **roken**, **alcohol**, **voeding** en **ontspanning**.

BEWEGEN

WAT IS DE AANBEVELING?

In 2017 heeft de Gezondheidsraad nieuwe beweegerichtlijnen opgesteld ter vervanging van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en de Fitnorm die eerder gehanteerd werden. De Beweegerichtlijnen stellen dat bewegen goed is en dat meer bewegen nog beter is. Dit is gebaseerd op de gezondheidswinst die behaald kan worden door veel te bewegen. Bewegen geeft een lager risico op hart- en vaatziekten, diabetes, depressieve symptomen en borst- en darmkanker. Concreet stelt de richtlijn dat volwassenen per week minimaal 150 minuten matig intensief moeten bewegen. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit zijn stevig doorwandelen, zwaardere huishoudelijke klussen en traplopen, te herkennen aan een verhoogde ademhaling. Daarnaast is de richtlijn om minimaal twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten te doen zoals krachttraining, traplopen of hardlopen. Ouderen moeten dat combineren met balansoefeningen. Voor kinderen wijkt de richtlijn iets af: zij moeten elke dag minimaal een uur matig intensief bewegen en

drie keer spier- en botversterkende activiteiten doen. Voor alle groepen geldt het advies om niet te veel stil te zitten.

WAT ZIJN DE FEITEN?

BEWEEGRICHTLIJNEN



44% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder haalt de norm.



56% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder haalt de norm niet.

IS ZITTEN HET NIEUWE ROKEN?

‘Zitten is het nieuwe roken’, wordt steeds vaker gezegd. Dat is te sterk uitgedrukt, maar feit is wel dat Nederlanders te veel uren zittend doorbrengen. Achter de televisie, achter de computer, op school, op het werk. Al deze weinig intensieve activiteiten terwijl je zit of ligt vallen onder *sedentair gedrag*. Nederlanders van 4 jaar en ouder zitten gemiddeld bijna 9 uur per dag. De groep jongeren van 12 tot 20 jaar zit het meest: meer dan 10 uur per dag. Sedentair gedrag leidt onder andere tot een hoger risico op hart- en vaatziekten en vroegtijdige sterfte. Wanneer mensen naast het zitten ook veel bewegen, neemt het risico wel af. Hoe het precies komt dat sedentair gedrag nadelig is voor de gezondheid, is nog niet duidelijk en er wordt nog volop onderzoek naar gedaan. Wel is duidelijk dat het aantal uren sedentair gedrag beperkt moet worden. Ook helpt het om het zitten regelmatig te onderbreken door te gaan staan of een stukje te lopen.

ROKEN

WAT IS DE AANBEVELING?

De aanbeveling ten aanzien van roken is kort maar krachtig. Niet roken is het advies. Roken is de belangrijkste leefstijlgerelateerde risicofactor voor ziekte. Maar liefst 91% van de gevallen van longkanker wordt door roken veroorzaakt. Roken veroorzaakt in vergelijking met andere leefstijlgedragingen de hoogste ziektelast. Het CBS heeft berekend dat zware rokers in vergelijking met mensen die nooit hebben gerookt gemiddeld 13 jaar korter leven. Naast longkanker verhoogt roken het risico op tal van andere aandoeningen, zoals COPD (chronische longziekte), kanker in het hoofdhalsg gebied of hart- en vaatziekten. Stoppen met roken is moeilijk, maar heeft