

Gedrags- verandering vanuit Positieve Gezondheid



Samenspel tussen

zorg en welzijn

Gedragsverandering vanuit Positieve Gezondheid

**(...) Take me to the magic of the moment
On a glory night
Where the children of tomorrow dream away
In the wind of change (...)**

– Scorpions (1990), 'Wind of Change', van het album Crazy World

Gedragsverandering vanuit Positieve Gezondheid

Samenspel tussen zorg en welzijn

John Dierx
Cindy de Bot
Andrea Steuns
Marleen Mares

u i t g e v e r i j | C
c o u t i n h o

bussum 2024

www.coutinho.nl/gvpg

Je kunt aan de slag met het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit links en referenties per hoofdstuk, invulbare modellen en extra oefeningen.

© 2022 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 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 op 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 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2022, tweede oplage 2024

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: Jeanne design, Arnhem

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN: 978 90 469 0827 3

NUR: 882

Voorwoord

Iedereen wil verandering, maar niemand wil veranderen. Deze zin kom ik geregeld tegen in presentaties over gedragsverandering. En het is in hoge mate waar: het is bijzonder moeilijk om een duurzame gedragsverandering tot stand te brengen. Als oud-wijkverpleegkundige en directeur thuiszorg weet ik hoe het werkt: een verpleegkundige werkt vaak vanuit overtuiging. Een verpleegkundige weet wat gezond eten is, hoe belangrijk goed slapen en voldoende bewegen zijn. En als je iets weet, wil je dat overbrengen op patiënten. Als directeur van het Institute for Positive Health heb ik echter ook ontdekt dat de sterkst bepalende factor voor gezondheid zingeving is. Hoe ieder individu invulling geeft aan zingeving, kun je als verpleegkundige niet weten. Dat is misschien maar beter ook; dat scheelt weer in de pogingen om mensen te overtuigen.

In plaats van je te concentreren op het afleren van 'slecht' gedrag en het aanleren van 'goed' gedrag zou je ook kunnen kijken naar welke wensen en behoeften je cliënt heeft. Dat is het uitgangspunt van Positieve Gezondheid. Zingeving is volgens mij de sterkst bepalende factor voor (het streven naar) een goede gezondheid. Het geven van inzicht en grip krijgen op gezondheid zijn essentiële onderdelen van het beroep van een wijkverpleegkundige. Deze onderdelen zijn net zo belangrijk als de verpleegtechnische handelingen die je leert.

Ik ben dan ook blij met dit boek, waarin de verbreding van gezondheidsbevordering – een van de CanMEDS-rollen – van jouw vak centraal staat. Dat is immers waar gezondheid begint.

Ik hoop dat dit boek jou niet alleen veel leerzame lessen biedt, maar ook uitnodigt om te werken aan jouw eigen Positieve Gezondheid!

Angelique Schuitemaker MHA
Directeur Institute for Positive Health

Dankwoord

Na twee jaar schrijven en overleggen is dit boek uiteindelijk mede tot stand gekomen door een aantal mensen die elke dag werken met Positieve Gezondheid en hier ervaring mee opgedaan hebben. Met name de verhalen uit de praktijk in de gemeenten Roerdalen en Echt-Susteren, waar we groepen van de sociale wijkteams hebben mogen trainen in Positieve Gezondheid, zijn belangrijk geweest. Veel dank aan de mensen die ons van nuttige informatie hebben voorzien voor het boek. Dank ook aan Sonja Thissen en Har Reijnen, die het ons gunden om de trainingen te verzorgen, waardoor we deze unieke ervaringen hebben kunnen opschrijven. En dank aan Bert Hesdahl, die zijn ervaringen in het werken met Positieve Gezondheid in de wijk met ons deelde.

Het hoofdstuk 'Positieve Gezondheid op school' is mede tot stand gekomen door gesprekken met Wiesje Neerhoff en Britt Lambertus, hartelijk dank daarvoor. Ook Dianne Eshuis en Ilse Jansen dank voor het aanleveren van de nodige informatie en het kritisch meelezen. Zeker door de snelle veranderingen die de laatste jaren op scholen hebben plaatsgevonden op het gebied van de gezondheidsbevordering en de rol van de jeugdverpleegkundige samen met de schoolmaatschappelijk werker is jullie input van grote waarde geweest.

Veel dank ook aan Nynke Burgers van De Haagse Hogeschool. Als docent en deskundige op het gebied van sportkunde en internationaal sportmanagement en als onderzoeker bij het lectoraat Impact van Sport was je inbreng erg belangrijk bij het vormgeven van het hoofdstuk 'Positieve Gezondheid bij sport en vrije tijd'. Met je ervaring in de praktijk heb je een belangrijke bijdrage geleverd aan de casus.

Voor het hoofdstuk over Positieve Gezondheid en werk hebben we gebruik mogen maken van de expertise van lector Arbeid en Gezondheid Josephine Engels en haar team, verbonden aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Josephine, zonder je inbreng hadden we essentiële informatie en diepgang gemist en daarmee heb je een onuitwisbare invloed gehad op dit hoofdstuk. Heel erg bedankt voor de tijd die je hebt genomen om ons te begeleiden op deze discipline. Fantastisch om te zien hoeveel kennis je hebt en dat je deze belangeloos deelt vanuit je aanstekelijke enthousiasme.

Dank ook aan Angelique Schuitemaker voor het schrijven van het voorwoord. Zeker omdat je vanuit meerdere invalshoeken de ideale persoon bent om dit voorwoord te schrijven. Enerzijds als verpleegkundige en anderzijds vanuit je directeurschap van het Institute for Positive Health kun je erg goed inschatten hoe belangrijk het is om vanuit het concept Positieve Gezondheid naar cliënten te kijken.

Zoals we overal merken is technologie niet meer weg te denken uit onze maatschappij en daarmee ook belangrijk voor Positieve Gezondheid. Grote

dank aan Stephanie Monfils, die voor ons het onderdeel 'Zorgtechnologie in relatie tot communicatie en ondersteuning' heeft geschreven (opgenomen in paragraaf 1.3). Je vermogen om deze ingewikkelde materie op deze begrijpelijke manier te verwoorden heeft een belangrijke dimensie aan het boek toegevoegd.

Ten slotte heel veel dank aan Uitgeverij Coutinho, die het ons gunde om dit boek te schrijven. Vooral dank aan Maarten Boddaert, die ons in eerste instantie benaderde om een boek over gedragsverandering voor verpleegkundigen te schrijven, in zijn woorden: '... maar dan net anders'. Ook dank aan Marianne Kruyskamp, die de begeleiding tijdelijk overnam, en uiteindelijk aan Casper Beekman, die ons begeleid heeft bij de laatste loodjes van het traject. Een traject dat voor iedereen nieuw en spannend was en nog steeds is. Ook dank aan Thirza Anker, Petra Akkerman en Michelle de Leeuw, die ons bij het finaliseren van het boek ondersteunden met juist die kwaliteiten die wij niet hebben.

Als auteurs wensen we alle lezers heel veel plezier en inspiratie toe. Laat het niet bij lezen alleen, want ook voor gezondheidsbevordering geldt: door het gewoon te doen, ga je het zien en leren.

John Dierx, Cindy de Bot, Andrea Steuns en Marleen Mares

Inhoud

Inleiding	11
Deel 1 Algemene introductie in gezondheid en gedragsverandering	16
1 Verleden, heden en toekomst van gezondheid en welzijn	17
1.1 Ontwikkeling van het gezondheidsbeeld	17
1.2 Definitie van gezondheid	19
1.3 Pathogenese versus salutogenese	21
1.4 Het concept Positieve Gezondheid: een andere manier van kijken	26
Oefeningen	29
2 Het gesprek in zorg en welzijn	31
2.1 Motiverende gespreksvoering	31
2.2 Oplossingsgerichte gespreksvoering	33
2.3 Overeenkomsten en verschillen	35
Oefeningen	38
3 Gedragsmodellen	41
3.1 Inleiding	41
3.2 De sociale leertheorie	42
3.3 Het health belief model (HBM)	43
3.4 Het elaboration likelihood model (ELM)	45
3.5 Het ASE-model	46
3.6 Het Stages of Change model	47
3.7 Het I-Change model	50
3.8 De Self Determination Theory (SDT)	52
3.9 Het gedragswiel	53
Oefeningen	56
Deel 2 Settings van gedrag en gedragsverandering	59
4 Positieve Gezondheid in de wijk	61
4.1 Wijk: context en definities	62
4.2 Positieve Gezondheidsdimensies in de wijk	65
4.3 Interventies in de wijk	68
4.4 Samenvatting en kernboodschap	76
Casussen en oefeningen	77

5	Positieve Gezondheid op school	81
5.1	School: context en definities	81
5.2	Positieve Gezondheidsdimensies op school	89
5.3	Interventies op school	92
5.4	Samenvatting en kernboodschap	95
	Casus en oefeningen	97
6	Positieve Gezondheid op het werk	101
6.1	Werk: context en definities	102
6.2	Positieve Gezondheidsdimensies op het werk	108
6.3	Interventies op het werk	110
6.4	Samenvatting en kernboodschap	113
	Casus en oefeningen	115
7	Positieve Gezondheid bij sport en vrije tijd	119
7.1	Sport en vrije tijd: context en definities	119
7.2	Positieve Gezondheidsdimensies bij sport en vrije tijd	121
7.3	Interventies bij sport en bewegen	124
7.4	Samenvatting en kernboodschap	129
	Casus en oefeningen	130
8	Positieve Gezondheid in het ziekenhuis	133
8.1	Het ziekenhuis: context en definities	133
8.2	Positieve Gezondheidsdimensies in het ziekenhuis	138
8.3	Interventies in het ziekenhuis	141
8.4	Samenvatting en kernboodschap	144
	Casus en oefeningen	146
Deel 3	Afrondende kijk op werken met Positieve Gezondheid in zorg en welzijn	147
9	Positieve Gezondheid en interprofessioneel samenwerken	149
9.1	Het belang van interprofessioneel samenwerken (IPS)	149
9.2	Interprofessioneel samenwerken in de praktijk	151
9.3	Interprofessioneel samenwerken en Positieve Gezondheid	153
9.4	Samenvatting en kernboodschap	155
	Oefening	156
	Literatuur	157
	Register	167
	Over de auteurs	175

Inleiding

Wat maakt dit boek zo anders?

Gezondheidsbevordering is een vakgebied dat inmiddels al tientallen jaren bestaat. Voorheen werd gesproken over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo) en was het vooral een taak van verpleegkundigen in het wijkwerk om mensen bij te staan. Die taak spitste zich met name toe op het geven van voorlichting. In de huidige vorm van gezondheidsbevordering is voorlichting echter slechts de eerste van drie V's. Naast de V van 'voorlichting' kennen we binnen gezondheidsbevordering ook de V's van 'voorzieningen' en 'voorschriften'. Allemaal activiteiten met als doel planmatige gedragsverandering om mensen gezonder te laten leven.

Dit vakgebied lijkt de afgelopen jaren aan populariteit te winnen. Binnen veel landelijke nota's en andere publicaties wordt gesproken over de overgang van 'ziekte en zorg' (ZZ) naar 'gezondheid en gedrag' (GG) en zo mogelijk naar 'mens en maatschappij' (MM) (Polder et al., 2012). Allemaal vanuit de wetenschap dat voorkomen nog altijd beter is dan genezen, zeker ook in financiële zin. Maar op de een of andere manier is en blijft het een lastig vakgebied.

De meeste boeken die tot nu toe verschenen zijn, geven een zeer uitgebreide beschrijving van hoe gezondheidsbevordering eruitziet, welke aanpakken er zijn en volgens welke modellen gewerkt kan worden. Zo zijn de boeken *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* van Damoiseaux, Van der Molen en Kok (1998) en met dezelfde titel van Brug, Van Assema en Lechner (2010) klassiekers en de uitgebreidste boeken op dit gebied. Deze boeken zijn vooral geschreven op universitair niveau en hebben nog steeds een onbetwiste grote waarde. Daarnaast zijn er voor de groep academisch geschoolden boeken die gezondheidsbevordering combineren met een zeer uitgebreid overzicht van de wet- en regelgeving rondom het brede veld van de gezondheidszorg, zoals *Volksgezondheid en gezondheidszorg* van Mackenbach en Van der Maas (2008) en *Gezond effect bevorderen* van Saan en De Haes (2005).

Voor de praktijkgerichte hbo-opleidingen is er ook al wat verschenen over het onderwerp van gezondheidsbevordering en preventie. Zo zijn al jaren het boek *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici* van Sassen (2016) en een speciale uitgave voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (Sassen, 2010) de belangrijkste en uitgebreidste boeken op dit terrein. Voor het paramedisch onderwijs is er hierover vanuit een andere insteek het boek *Doen en blijven doen* van Van der Burgt en Verhulst (2009). Binnen het welzijnsonderwijs op het hbo komt gedragsverandering in die context nauwelijks aan de orde, ondanks het recent verschenen boek *Samen werken aan ge-*

zondheid. Psychosociale en medische basiskennis voor de sociaal werker van Van Iersel en Van Wijngaarden-de Bodt (2018).

De huidige boeken rondom gezondheidsvoorlichting, gedragsverandering en preventie voor onderwijs aan (para)medici, verpleegkundigen en gezondheids- en gedragswetenschappers gaan uit van de WHO-benadering van gezondheid. De insteek van de WHO – en dus de insteek van gedragsverandering – is het afleren van oud gedrag en het aanleren van nieuw gedrag. Dit is meer in de richting van het zogenoemde *deficit*-denken: het denken in termen van gebreken, en vanuit het perspectief van de professional.

De recentste drukken besteden inmiddels ook aandacht aan het concept Positieve Gezondheid. Dat concept wordt echter niet vertaald naar mogelijke implicaties voor de aanpak bij het proces van gedragsverandering. De insteek volgens het concept Positieve Gezondheid en salutogenese is echter wel anders, omdat het focust op wat er al aan kwaliteiten, talenten, vaardigheden en sociale en fysieke omgevingsfactoren aanwezig is voor gezond gedrag. Dat is meer in de richting van het *assets*-denken, oftewel denken in termen van mogelijkheden, en gaat uit van het perspectief – de wensen en behoeften – van de cliënt.

De vraag is echter of de insteek vanuit het concept Positieve Gezondheid die gezondheidsbevordering dan echt zo anders maakt. Enerzijds wel, omdat niet zozeer de professional bepaalt welk gedrag of welke leefstijl veranderd moet worden, maar de cliënt zelf. Anderzijds niet, want als de cliënt zelf aangeeft met welk gedrag of welke leefstijlcomponent hij het liefst aan de slag wil gaan, is het belangrijk om een context te hebben van hoe een dergelijke gedragsverandering aangepakt dient te worden. En bij het uitvoeren van een effectieve gedragsverandering is het nog steeds van belang om de juiste determinanten van dat gedrag in beeld te hebben.

Wat het boek wel is, en wat niet

Vanuit de praktijk is er steeds meer aandacht voor het werken met het nieuwe concept Positieve Gezondheid. De huidige zorg- en welzijnsprofessionals zijn weliswaar enthousiast over het werken met het nieuwe concept, maar merken dat ze kennis en vaardigheden missen om het in de praktijk ook goed vorm te geven. Daarnaast is er steeds meer nadruk op samenwerking tussen deze disciplines – zeker vanuit de wijkteams. Maar deze samenwerking is moeilijk als je niet dezelfde taal spreekt en andere uitgangspunten hebt. Werken vanuit een bredere gezondheidsbenadering en het concept Positieve Gezondheid biedt die taal, en daarmee mogelijk ook een betere samenwerking.

Dit boek brengt niet alleen beide werelden van zorg en welzijn – en wellicht nog meer werelden – samen door in een gezamenlijk begrippenkader te voorzien. Het geeft ook handvatten om interdisciplinair en synergetisch samen te werken, door uit te gaan van het concept Positieve Gezondheid waarbinnen samenwerken vanuit specialisme een uitgangspunt is. De uitgave kenmerkt zich

door een praktische insteek in het werken vanuit assets van mensen en volgens het concept Positieve Gezondheid. Dit komt tot uiting op twee manieren:

- 1 Om zo veel mogelijk op de praktijk aan te sluiten bestaat het boek uit drie delen. Na een algemene introductie in gezondheid en gedragsverandering in deel 1 worden deze onderdelen in deel 2 verder uitgewerkt per setting: wijk, school, werk, sport en vrije tijd, en ten slotte ziekenhuis. We sluiten in deel 3 af met een hoofdstuk over interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn.
- 2 Elk hoofdstuk vanuit de praktijksetting (deel 2) is hetzelfde opgebouwd, waardoor het herkenbaar blijft. Bij elk hoofdstuk worden een kenmerkende casus en diverse oefeningen beschreven, die zowel individueel als op groepsniveau kunnen worden uitgewerkt.

Daarmee is het boek vooral een praktisch handboek voor hbo-onderwijs op het gebied van gezondheidsgedrag en gedragsverandering. Hoewel de verpleegkundige in opleiding er zich mogelijk het meest in zal herkennen, zullen ook mensen in andere paramedische disciplines en sociaal werkers in opleiding duidelijke aanknopingspunten vinden. Tijdens het doorlopen van de stof zal steeds duidelijk worden dat samenwerking binnen gezondheid en welzijn het beste resultaat oplevert. Zo verbindt het boek expliciet beide werelden met elkaar. Het boek geeft een duidelijk inzicht in de plek van gezondheidsbevordering in de verschillende settings. Ook leert het boek dat de sleutel tot succes van goede gezondheidsbevordering ligt in het leveren van maatwerk en vakmanschap om vanuit het perspectief van de ander te kijken.

Het boek pretendeert niet een allesomvattend en gedetailleerd inzicht in en overzicht van het hele vakgebied van de gezondheidsbevordering te geven. Dat wordt, zoals reeds beschreven, in andere boeken veel uitgebreider behandeld. Als er behoefte is aan verdere diepgang tijdens en na het bestuderen van dit boek, dan juichen we die verdieping van harte toe en adviseren we de aanschaf van een van de eerdergenoemde boeken.

We staan op een punt van verandering. Verandering van onze kijk op gezondheid en hoe we daar vorm aan kunnen geven. Er waait een *wind of change* zoals de Scorpions dat bezongen in hun gelijknamige rocknummer (zie pagina 2) naar aanleiding van de perestrojka in de Sovjet-Unie eind jaren tachtig van de vorige eeuw. En ook nu bij Positieve Gezondheid gaat het om de noodzaak van groeiende steun vanuit vele beroepsgroepen en vooral ook de overheid, alsmede om ... de lange adem. Laat je meewaaien op deze 'wind of change', en geniet van de reis.

Leeswijzer

Het boek is ingedeeld in drie delen. In het eerste deel behandelen we de wat algemenere onderdelen van gezondheid en gedragsveranderingen. Zo nemen we in hoofdstuk 1 de lezer mee op een korte reis naar hoe de kijk op gezond-

heid en gedrag door de eeuwen heen is veranderd. Dit stukje geschiedenis is handig om je te realiseren in welke tijd we nu staan, en waarom en hoe we nu naar gezondheid en gedrag kijken. Als je de lijn in de ontwikkeling ziet, kun je voorzichtig naar de toekomst van gezondheid en gedrag kijken en mogelijk bepaalde bewegingen voorspellen. In ieder geval helpt het om de toekomst van gezondheid en gedrag mee vorm te geven.

In het verlengde van die kleine geschiedenis gaan we vervolgens in op de recentste ontwikkeling in de manier van kijken naar gezondheid en ziekte: het principe van salutogenese en het verschil met pathogenese. Vanuit de salutogenese wordt ingegaan op waarom de mens eigenlijk de expert is van zijn eigen gezondheid. Het denken vanuit salutogenese leidt tot het concept Positieve Gezondheid. Dit concept komt in het hele boek steeds terug en we staan er in het eerste hoofdstuk dan ook uitgebreid bij stil. Ook stippen we aan hoe zorgtechnologie daar een rol in speelt of kan spelen: ten eerste in het proces van communicatie en ten tweede in het ondersteunen van gezondheid en gedrag. Het praten over gezondheid onderling en met cliënten is zo'n centraal onderwerp dat we in hoofdstuk 2 apart ingaan op gespreksvoering bij het stimuleren van gezondheid en gezond gedrag.

In hoofdstuk 3 gaan we de diepte in: we behandelen de meestgebruikte gedragsveranderingsmodellen in de gezondheidsbevordering. Dit hoofdstuk zet de modellen op een rij die bij gezondheidsbevordering kunnen worden gebruikt om in beeld te brengen welke factor(en) of determinant(en) van gedrag een belangrijke rol speelt/spelen en hoe die eventueel te veranderen zou(den) zijn. De modellen bieden kaders om met een individuele cliënt of met een groep cliënten aan de slag te gaan met gedragsverandering. In dit boek ligt de nadruk op het concept Positieve Gezondheid.

In het tweede deel beschrijven we hoe gezondheid en gedrag worden beïnvloed door de omgeving, oftewel de setting, waarin iemand zich bevindt. Daarmee vormen hoofdstuk 4 tot en met 8 min of meer de kern van het boek. De kennis uit de voorgaande hoofdstukken wordt uitgewerkt per setting. Achtereenvolgens worden de settings wijk, school, werk, sport en vrije tijd, en ziekenhuis behandeld. Deze volgorde is gekozen omdat Positieve Gezondheid met name thuis in de wijk begint met het leven van alledag. Elke dag gaan (over het algemeen) de kinderen/jeugdigen/jongeren/adolescenten naar school en volwassenen naar het werk. In de wijk en buiten werk en school wordt gesport en de vrije tijd doorgebracht. Helaas is het soms zo dat je van de gezondheidszorg gebruik moet maken en mogelijk in het ziekenhuis belandt. Aangezien een groot deel van de verpleegkundigen, paramedici en sociaal werkers in deze setting werkt, besteden we hier expliciet aandacht aan.

Elke setting wordt eerst omschreven, waarna er een vertaling volgt naar de zes dimensies van Positieve Gezondheid. Hier zijn ook de verbindingen aangegeven tussen verschillende disciplines die hierin mogelijk werkzaam zijn. In

de verschillende settings worden de verschillende functienamen van de professionals gebruikt die in die betreffende setting passen en herkend worden door de professionals. Vanuit de insteek van Positieve Gezondheid zijn mogelijke interventies uitgewerkt naar de relevantste gedragsmodellen. Elke beschrijving van een setting eindigt met een casus en oefeningen om mee te oefenen of een discussie te starten.

We eindigen het boek in deel 3 met hoofdstuk 9, waarin we uitgebreid ingaan op de interdisciplinaire communicatie en samenwerking. We communiceren namelijk niet alleen met cliënten, maar in het proces ook zeker met andere professionals. We zien in de praktijk echter geregeld dat we als professionals van verschillende disciplines niet dezelfde ‘taal’ spreken. Dat is echter voor de cliënt wel erg belangrijk in het kader van gezondheid en gedrag.

Op deze manier is in dit boek een praktische vertaling gemaakt van de modellen met de determinanten op verschillende dimensies van Positieve Gezondheid naar de concrete interventies in de praktijk. Daarmee hopen we dat de lezer snel inzicht krijgt in gedrag en gedragsverandering vanuit het concept Positieve Gezondheid en ermee aan de slag kan in de praktijk.

Online studiemateriaal

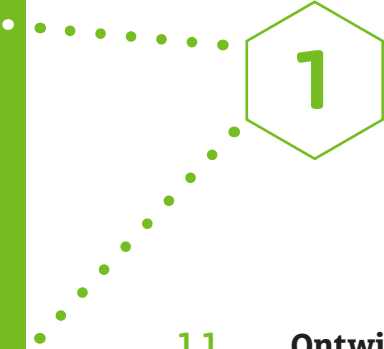
Op www.coutinho.nl/gvpg vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:

- links en referenties per hoofdstuk;
- invulbare modellen;
- extra oefeningen.

Deel 1

Algemene introductie in gezondheid en gedragsverandering





1

Verleden, heden en toekomst van gezondheid en welzijn

1.1

Ontwikkeling van het gezondheidsbeeld

Gezondheid is voor iedereen erg belangrijk. Vraag iemand: 'Wat vindt u belangrijk in uw leven?' en 'gezondheid' staat nagenoeg altijd op de eerste plaats. Wat er dan onder het begrip 'gezondheid' wordt verstaan, verschilt van persoon tot persoon, van cultuur tot cultuur en zelfs door de tijd heen. Het beeld van 'gezondheid' en de maakbaarheid ervan heeft door de eeuwen heen een hele vlucht genomen. Ook voor het huidige en toekomstige denken over gezondheid is het erg belangrijk te zien welke globale ontwikkeling het begrip 'gezondheid' heeft doorgemaakt. Immers, je moet het verleden kennen om het heden te begrijpen en de toekomst vorm te kunnen geven.

De natuur als leidend principe

Gezondheid is al van belang sinds het ontstaan van de mens. Als jager-verzamelaars waren de mensen geheel gericht op de natuur. Als iemand al een kwaal had, dan zocht men de oorzaak in natuurfenomenen en de goden die deze fenomenen zouden hebben opgeroepen. Door te offeren en aanbidden kon iemand genezen. De oorzaak lag dus buiten de mens zelf; als je al aan preventie wilde doen, dan richtte je je eerst op de goden. Dit was ook nog zo ten tijde van de oude Grieken en Romeinen. Toch kwam er met de komst van Galenus en Hippocrates al enige kentering in: de focus verschoof van hogere machten en de natuur naar het eigen lichaam. Ziekte was een disbalans tussen de elementen aarde, lucht, vuur en water. Deze werden vertaald naar de lichaamseigen stoffen als bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Deze stoffen konden onder de vreselijkste omstandigheden uit het lichaam worden verkregen door in mensen te snijden en te prikken zonder verdoving. Vervolgens trok de 'geneeskundige' dan zijn conclusies.

Het geloof doet zijn intrede

Met de komst van de monotheïstische godsdiensten (christendom, jodendom en islam) ontstond er een nieuwe kijk op gezondheid, waarbij goed en kwaad centraal stonden. De wonderen van Jezus in het Nieuwe Testament zijn voorbeelden van hoe je met een vast en goed geloof van de vreselijkste aandoeningen en zelfs verlamming kon genezen. Zorgen voor zieken was vooral een taak van de geestelijken, met duiveluitdrijving en heksenverbranding om kwade geesten en ziekten te verbannen. Eigenlijk deden we hier een stapje terug van

de klassieke oudheid, waar de eerste vormen van anatomiestudie al begonnen te ontstaan.

Ontdekking van lichamelijke anatomie

Toch zette de nieuwsgierigheid van de mens zich door. Het bleek dat het lichaam uit meer dan alleen de vier elementen bestond. Er werden organen ontdekt, zonder aanvankelijk daar nu precies de functie van te kennen. Zoals Rembrandts schilderij *De anatomische les van Dr. Nicolaes Tulp* (1632) laat zien, was men in die tijd al zeer geïnteresseerd om meer over het lichaam te weten te komen. Met die kennis ging men anders kijken naar gezondheid en ziekte. Ook de geest werd daarbij betrokken, omdat men in het hoofd dingen ontdekte die mogelijk ziekte konden veroorzaken. Behandelingen als trepanatie (een gat in het hoofd boren) ontstonden om de geest lucht te geven of een kwade geest te verdrijven.

Ontwikkeling van geneeskunde en epidemiologie

Gaandeweg kreeg men steeds meer grip op de organen in het lichaam en hun functies. Ook begon men ontdekkingen te doen over aandoeningen die te koppelen waren aan bepaalde gebeurtenissen. Hongersnoden, epidemieën en pandemieën brachten veel kennis over niet alleen anatomie, maar ook over virussen, schimmels en bacteriën die een rol konden spelen. Tijdens de grote pestepidemie kwam men erachter dat ratten het virus konden verspreiden. In Venetië moesten schepen daarom veertig dagen buiten de stad blijven liggen om zeker te zijn dat er geen pest mee de stad in kwam. Daar kennen we nu het woord 'quarantaine' nog van (*quaranta* = veertig). En de cholera-epidemieën leidden uiteindelijk tot het aanleggen van rioleringsystemen en waterleidingen.

Dankzij meer kennis over hoe het lichaam in elkaar zat, reageerde op factoren van buitenaf en hoe ziekten daardoor konden ontstaan, werden ziekten – en dus gezondheid – beheersbaar. Zo kwam ook gedrag in beeld: met bepaald gedrag kon je voorkomen dat je ziek werd. Door je handen te wassen, konden bacteriën niet worden doorgegeven. Door je hand voor je mond te houden bij het niesen en hoesten, kon je anderen niet besmetten.

Ouderdom en welvaart

Inmiddels zijn we zo ver ontwikkeld en weten we zo veel meer dat nagenoeg elke aandoening in ieder geval te ontdekken is en in veel gevallen ook te genezen. Daarmee komen we in een heel ander tijdperk, waarin mensen steeds ouder worden. Nu leren we weer andere aandoeningen kennen, die eerder nooit voorkwamen omdat we dan allang overleden waren. Dat noemen we ook wel *delayed*-degeneratieve ziekten. Dementie is daar een voorbeeld van, net als sommige vormen van kanker.

De toename van de welvaart heeft een ander neveneffect. Nagenoeg iedereen kan aan voldoende voedsel komen en hoeft daar steeds minder voor te doen. Het gebruik van genotmiddelen is gemakkelijker geworden; waar voor-

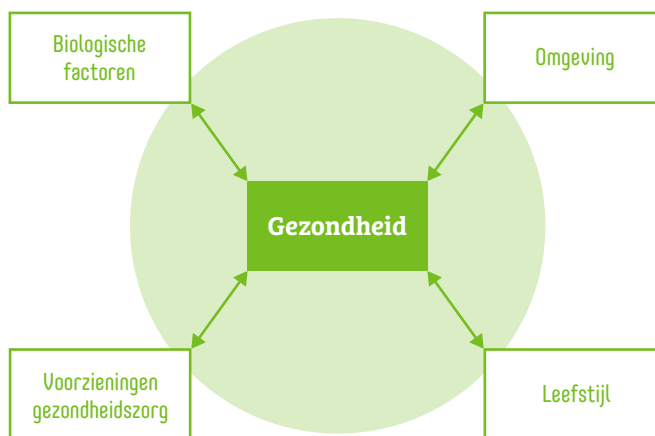
heen alleen de gegoede burgerij zich het financieel kon veroorloven om te roken, is het nu voor iedereen toegankelijk. Zo zijn de afgelopen decennia de degeneratieve welvaartsziekten ontstaan waar we in toenemende mate mee te maken hebben.

1.2 Definitie van gezondheid

Zo is het beeld van gezondheid verschoven van iets waar je geen grip op had en wat van de goden was, tot iets wat maakbaar is. Gezondheid wordt nog steeds gedefinieerd als vrij zijn van ziekte, maar hierin is de laatste jaren een enorme verschuiving opgetreden. Met name na de Tweede Wereldoorlog is er in de wereld veel veranderd, ook in gezondheidsdenken. Niet voor niets formuleerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) drie jaar na het einde van de Tweede Wereldoorlog tijdens de wederopbouw van een verwoest Europa een definitie over gezondheid die vrij vertaald luidt:

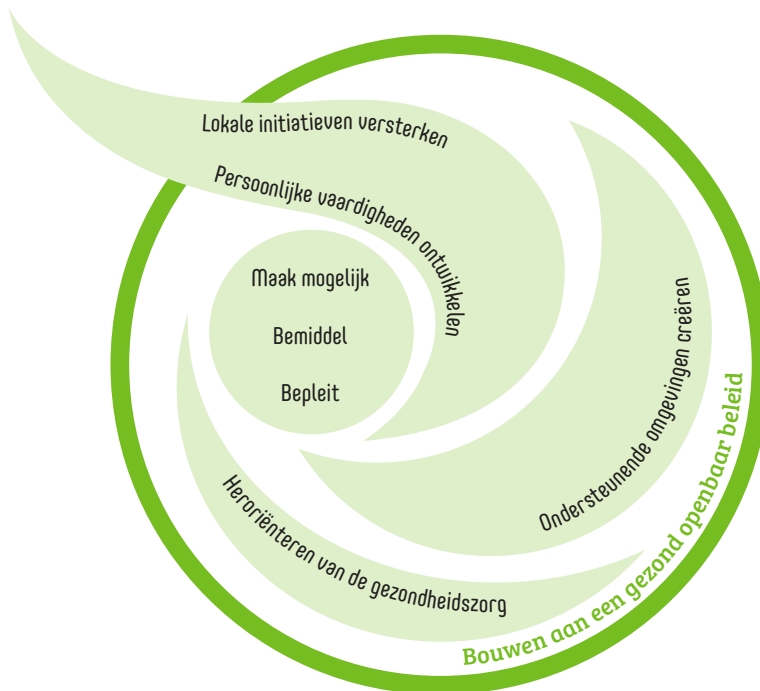
‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’ (WHO, 1948).

Op basis van deze definitie is diverse keren getracht om hieraan invulling te geven en daarmee gezondheid te bevorderen. Zo heeft in 1974 de toenmalige Canadese minister Lalonde een model (figuur 1.1) ontwikkeld waarbij gezondheid centraal wordt gesteld en het resultaat is van biologische factoren, fysieke en sociale omgeving, leefstijl en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen.



Figuur 1.1 Model van Lalonde

Dit model is later tijdens een conferentie doorontwikkeld tot het Ottawa Charter (figuur 1.2), vernoemd naar de plaats waar die conferentie gehouden werd (Thompson et al., 2018). Dit is nu nog steeds het basismodel voor gezondheidsbevordering omdat het beleid, onderzoek en praktijk omvat.



Figuur 1.2 Het Ottawa Charter voor gezondheidsbevordering

Door de vele ontwikkelingen in de maatschappij, geneeskunde, wetenschap en technologie (zie paragraaf 1.1) is het denken over het begrip ‘gezondheid’ veranderd. In de afgelopen jaren hebben diverse wetenschappers zich samen met maatschappelijke organisaties gebogen over de definitie van gezondheid. Zo kwam Bircher (2005) tot een definitie die ook door de WHO wordt omarmd:

‘Een dynamische staat van welzijn gekarakteriseerd door een fysiek, mentaal en sociaal potentieel, dat tegemoetkomt aan de eisen van het leven evenredig naar leeftijd, cultuur en persoonlijke verantwoordelijkheid. Als dit potentieel onvoldoende is om te voldoen aan deze eisen, is er sprake van ziekte.’

Hoewel dit al een hele verbetering en nuancering is van de eerdere WHO-definitie, gaat ook deze definitie nog wel erg uit van het professionele oogpunt van gezondheid. Dat terwijl de maatschappelijke ontwikkeling juist in de richting gaat om de mens – in ons geval de cliënt of patiënt – centraal te stellen. Daarom

organiseerde Machteld Huber in samenwerking met Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) in 2011 een conferentie waarbij een aantal vooraanstaande wetenschappers uit de wereld zijn gaan nadenken over een nieuwe definitie die paste bij alle maatschappelijke, wetenschappelijke en politieke ontwikkelingen. Aan het einde van deze conferentie is de nieuwe definitie (Huber et al., 2011) van gezondheid gelanceerd die inmiddels bekendstaat als Positieve Gezondheid:

‘Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.’

Deze definitie is gebaseerd op de salutogenesebenadering, waar voorheen en nu ook nog vaak vooral vanuit de pathogenesebenadering wordt gedacht en gehandeld. In dit boek staat het denken vanuit de salutogenesebenadering en vanuit het concept Positieve Gezondheid centraal. In de volgende paragrafen gaan we daarom eerst nader in op deze begrippen en op wat die nu precies betekenen voor de praktijk.

1.3 Pathogenese versus salutogenese

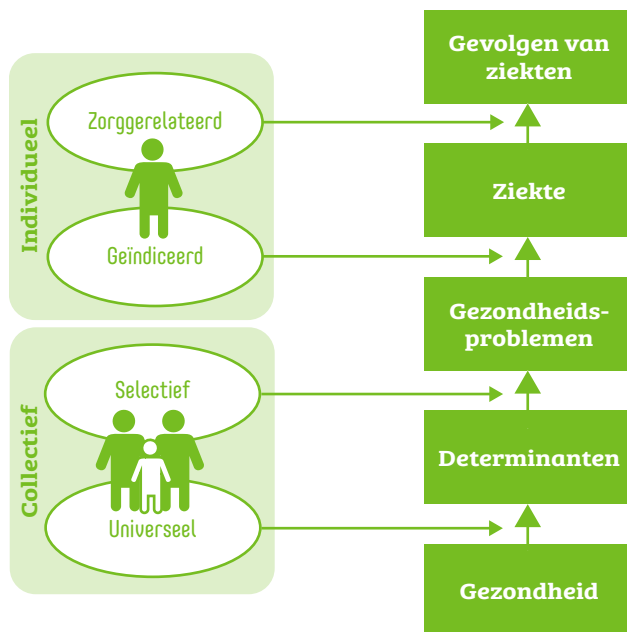
Het gaat bij gezondheidszorg dus nog steeds vaak over ziektezorg, weten we nu. Het voorkomen van ziekte is beter dan genezen, is een veelgehoorde uitspraak. Echter, in diezelfde uitspraak zit al ingesloten dat het blijkbaar heel duidelijk is wanneer je ziek bent, maar dat het lastig te bepalen is wanneer je gezond bent. De gezondheidszorgopleidingen zijn sterk ingericht om ziekten te herkennen en te behandelen. Daardoor weten we inmiddels heel veel over ziekten en hoe ze ontstaan, oftewel: pathogenese. Dat woord is afgeleid van het Griekse *pathos*, dat ‘ziekte’ betekent, en *genese*, dat ‘ontstaan’ betekent.

‘Voorkomen is beter dan genezen’ geeft ook aan hoe we mensen benaderen. We vragen altijd naar wat er mis is of waar mensen last van hebben. Zo maken we voor onszelf een beeld voor een behandeling of therapie om die last weg te nemen. Daarbij nemen we dan de regie over van de mensen en worden ze patiënten (‘patiënt’ betekent eigenlijk ‘wachtende’ of ‘geduldige’). De ‘patiënten’ krijgen te horen wat ze moeten afleren en weer moeten aanleren of doen om beter te worden.

Nu is dat bij een patiënt die graag van zijn aandoening af wil, wellicht nog best wel goed en begrijpelijk. De patiënt zal het gegeven advies graag opvolgen, omdat hij toch graag weer ‘gezond’ wil worden. Maar bij verandering van leefstijl (gedragsverandering) is dat toch vaak net iets anders. Het gaat er dan om dat iemand iets moet veranderen, iets van zijn gedrag – wat op zich al moeilijk is. En dan mogelijk ook nog eens iets waarvan die persoon niet eens overtuigd is dat het direct iets oplevert. Ziehier de centrale uitdaging van preventie!

Preventie is een breed begrip. Om dit meer af te bakenen is een indeling gemaakt. Voorheen spraken we van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Bij primaire preventie gaat het om voorkomen van ziekte en aandoeningen onder gezonde mensen. Secundaire preventie is gericht op mensen met risicofactoren, zoals verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, tijdelijk overmatig alcoholgebruik of overgewicht. Er is nog geen sprake van ziekte maar wel van verhoogd risico daarop. Ten slotte spreken we over tertiaire preventie als er sprake is van een klinische aandoening, zoals hart- en vaatziekten, nierziekten, COPD/astma en diabetes. Inmiddels is de secundaire preventie iets verder opgedeeld in selectieve en geïndiceerde preventie. Tegenwoordig maken we onderscheid tussen vier niveaus van preventie (zie figuur 1.3):

- 1 *Universele preventie* richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking.
- 2 *Selectieve preventie* richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met een of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.
- 3 *Geïndiceerde preventie* richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.
- 4 *Zorggerelateerde preventie* richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.



Figuur 1.3 Vormen van preventie

Bron: Volksgezondheidszorg.info (z.d.)

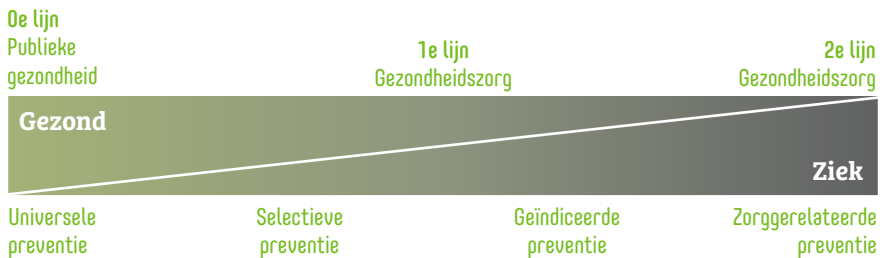
Het zou goed zijn om aan te sluiten bij wat de patiënt zelf het belangrijkste vindt en het liefst zou willen en ook kan. Oftewel, wat kan de persoon nu even niet door de aandoening of het type gedrag dat hij vertoont, en wat zou hij wel graag (weer) willen kunnen doen? De focus verschuift dus meer van wat de professional denkt en wil naar wat de patiënt denkt en wil. Deze insteek volgt het principe van salutogenese.

Salutogenese is de tegenhanger van pathogenese. Het woord is samengesteld uit het Latijnse woord *salus* 'gezondheid', en het al bekende Griekse woord *genese* ('ontstaan'). Het is geïntroduceerd door de Israëlische socioloog en onderzoeker Antonovsky (1987), die onderzoek deed naar de vrouwelijke overlevenden van de concentratiekampen. Het viel hem op dat één op de vijf vrouwen een heel normaal leven kon opbouwen zonder al te veel psychische problemen, ondanks wat ze meegemaakt hadden. Hij zag dat deze vrouwen beter dan de andere vrouwelijke slachtoffers van de concentratiekampen konden begrijpen wat er gebeurd was en hun huidige situatie beter in beeld hadden, dat ze ook betekenis konden geven aan wat er gebeurd was en dat ze een manier hadden gevonden om daarmee om te gaan. Hij kwam op drie factoren die blijkbaar belangrijk waren en het mogelijk maakten om psychisch 'gezond' te blijven: *comprehensibility* (begrijpelijkheid), *manageability* (kunnen omgaan met moeilijkheden) en *meaningfulness* (zingeving). Antonovsky noemde deze factoren samen de *sense of coherence* (SoC). Daarnaast ontdekte hij dat deze drie factoren beter waren ontwikkeld naarmate de vrouwen over meer zogenoemde *general resistance resources* (GRR's) beschikten. Dit waren hulpbronnen als lichamelijke aspecten, cognitieve vaardigheden, emotionele vaardigheden, interpersoonlijke relaties en macrosocioculturele aspecten (Mittelmark et al., 2017).

Salutogenese ligt aan de basis van het concept Positieve Gezondheid. Het gaat namelijk vooral over wat de cliënt zou willen en wat die al heeft en kan, en minder over wat er niet meer kan en volgens de zorg- en welzijnsprofessional wel zou moeten kunnen. Bij de benadering vanuit salutogenese – en dus ook Positieve Gezondheid – gaat de professional veel meer het gesprek aan om vervolgens gezamenlijk met de cliënt tot de beste oplossing te komen. Dat betekent niet dat de cliënt het maar vooral zelf moet uitzoeken en de zorg- en welzijnsprofessional niets meer hoeft te doen! Het gaat er veel meer om dat de cliënt de hulp of behandeling krijgt waar hij zelf niet in kan voorzien. En mogelijk kan een andere professional voor de cliënt een rol spelen voordat een gezondheidsprofessional kan helpen.

Het denken vanuit salutogenese en het concept Positieve Gezondheid stimuleert – vereist wellicht zelfs – het interdisciplinair samenwerken. Immers, een cliënt verplaatst zich tijdens zijn leven steeds door het zogenoemde gezondheidscontinuüm (figuur 1.4). Nagenoeg iedereen begint bij zijn geboorte in het uiterst linkse groene gebied. Op zekere momenten in het leven en in

meerdere of mindere mate krijgt iedereen met aandoeningen en ziekten te maken en schuift dan, vaak tijdelijk, op naar de kant van het grijze gebied. Na behandeling en genezing schuif je dan weer terug naar links totdat je ergens in het groen belandt, al naargelang je herstel. Het is dan ook erg belangrijk dat de professionals die in de verschillende 'lijnen' werkzaam zijn, goed met elkaar kunnen uitwisselen om de cliënt het beste te kunnen bieden uit wat er mogelijk is op basis van wat die cliënt aangeeft nodig te hebben.



Figuur 1.4 Gezondheidscontinuüm

De mens als expert?

De mens als expert is een mooi uitgangspunt van Positieve Gezondheid. Dit uitgangspunt gaat om het in kaart brengen van de behoeftes van de ander en het op zoek gaan naar de motivatie bij de ander. Wat zijn iemands talenten, ontwikkelingspunten en passies? Die zoektocht is lang niet voor iedereen gemakkelijk. Als hulpverlener ondersteun je de ander hierbij. Belangrijk is dat je altijd vanuit de ander blijft denken en je gelijkwaardig opstelt in een hulpverleningsrelatie. Uiteindelijk kent die ander zichzelf het best. Verandering in gedrag begint bij de ander, bij intrinsieke motivatie. Maar wat nu als die ander een verstandelijke beperking heeft, doof is, in een depressie zit, kind is, laaggeletterd is, of op een andere manier de taal niet goed machtig is? Dan is het een stuk minder eenvoudig om je behoeftes uit te spreken, keuzes te maken of de consequenties van je keuzes op de lange termijn te overzien. Dan is het wellicht al moeilijk te begrijpen waar een gesprek over gezondheid over gaat. Wat voor ons als hulpverlener vanzelfsprekend is, hoeft dat voor de ander niet te zijn.

En als dát geregeld de praktijk is – hoe gaan we dan aan de slag met Positieve Gezondheid? Wat is daarin voor jou als professional belangrijk? Er zijn inmiddels verschillende tools ontwikkeld rond Positieve Gezondheid, voor mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb), maar ook voor kinderen en jongeren. Daarnaast is het netwerk van de cliënt, patiënt of bewoner belangrijk. Diens naasten weten vaak goed wat hij bedoelt en belangrijk vindt, dus daar kun je gebruik van maken. En het allerbelangrijkst is waarschijnlijk tijd. Neem de tijd om de ander te leren kennen, investeer in wat de ander