

4.1 Wat is gezondheidsbevordering?

Een groot deel van de veelvoorkomende ziekten is te herleiden tot menselijk gedrag. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan rookgedrag, ongezonde voeding, condoomgebruik en alcoholconsumptie, maar ook medicijngebruik en therapietrouw.

Kernbegrip

Gezondheidsgedrag

Gezondheidsgedrag omvat alle gedragingen die invloed hebben (positief of negatief) op de gezondheid en het welzijn van mensen. Belangrijke gedragingen zijn lichamelijke activiteit, voedingsgedrag, roken, onveilig rijden, alcoholconsumptie en slaappgedrag.

Gezondheidsbevordering is het vakgebied dat zich primair bezighoudt met het bevorderen van gezond gedrag. Het in ► H.2 genoemde model van Lalonde (► par. 2.5), staat in feite aan de basis van dit vakgebied. Lalonde beschrijft vier typen factoren die van invloed zijn op gezondheid: biologische factoren, leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en factoren die te maken hebben met de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Met uitzondering van de biologische factoren (zoals erfelijkheid en geslacht), zijn de factoren die gezondheid beïnvloeden veranderbaar. Bijvoorbeeld door middel van voorlichting om mensen bewust te maken van de risico's van ongezond gedrag, of door de omgeving zodanig in te richten dat gezond gedrag beter kan worden uitgevoerd.

Feiten

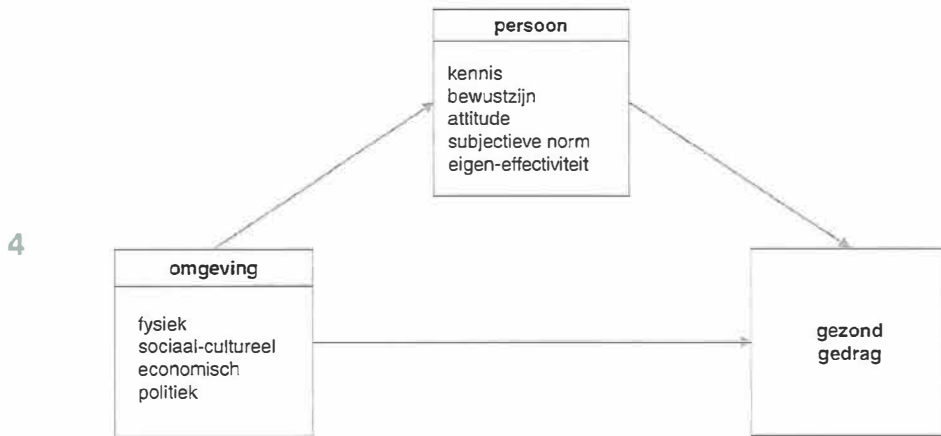
Veel chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, ontstaan onder invloed van menselijk gedrag. Gezond gedrag verkleint de kans op de ontwikkeling van die chronische ziekten. Maar ook als mensen een dergelijke ziekte ontwikkeld hebben, is bevordering van gezond gedrag van belang. Het verbetert de prognose en vergroot de kwaliteit van leven.

Gezondheidsbevordering kan worden gedefinieerd als 'een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die (samen) gezond gedrag en gezonde leefcondities stimuleren' [1]. Voorlichting heeft als doel mensen te helpen gezond te leven, door bijvoorbeeld lesprogramma's op scholen, leefstijlprogramma's voor zwangere vrouwen en veiligheidsprogramma's in bedrijven. Omgevingsinterventies richten zich op het veranderen van de omgeving, zodat gezonde keuzes makkelijker worden. Voorbeelden zijn de aanwezigheid van suikervrije alternatieven in het bedrijfsrestaurant, condoomautomaten in uitgaansgelegenheden en de aanleg van autoluwe zones in een stad.

Kernbegrip

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is het vakgebied waarin bevorderen van gezond gedrag centraal staat. Het is een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die (samen) gezond gedrag en gezonde leefcondities stimuleren.



Figuur 4.1 Raamwerk voor determinanten van gezondheidsgedrag (naar Kremers et al., 2006) [2]

Gezondheidsbevordering is een belangrijk onderdeel van het Nederlandse gezondheidsbeleid, al besteedt onze overheid er maar een fractie van het totale gezondheidsbudget aan (zie ► H.3). Gezondheidsbevordering wordt ook steeds belangrijker in het werk van verschillende beroepsgroepen in zorg, welzijn en preventie. Het inzicht groeit dat bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, diëtisten en praktijkondersteuners de kwaliteit van hun zorg verbeteren als zij in hun behandeling aandacht besteden aan het bevorderen van gezond gedrag. Dit wordt ook wel leefstijlgeneskunde genoemd (zie ook ► par. 3.4.2).

Dit hoofdstuk bespreekt de principes van gezondheidsbevordering. ► Paragraaf 4.2 behandelt de vraag hoe ongezond gedrag ontstaat. Paragraaf 4.3 geeft een overzicht van de methodieken die ingezet kunnen worden om gezond gedrag te bevorderen. ► Paragraaf 4.4 geeft een grove schets aan de hand van het zogenoemde Preventieakkoord van wat in Nederland aan gezondheidsbevordering wordt gedaan. Het hoofdstuk sluit af (► par. 4.5) met een schets van wat een professional in de spreekkamer kan doen om een patiënt te ondersteunen bij realiseren van gezond gedrag.

4.2 Wat is ongezond gedrag en hoe ontstaat het?

Om mensen te ondersteunen bij gedragsverandering is het van belang goed te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Dit vereist inzicht in de achtergronden of determinanten van gedrag – de factoren die het gedrag bepalen. ■ Figuur 4.1 geeft de verschillende factoren die daarbij een rol spelen in hun onderlinge samenhang weer.

Mensen leren gedrag aan wanneer aan een bepaalde stimulus een beloning wordt gekoppeld. De klassieke conditioneringstheorie stelt dat gedrag is aangeleerd en ontstaat door de koppeling van een ongeconditioneerde stimulus aan een geconditioneerde stimulus. Denk daarbij aan de verslaafde die een onweerstaanbare zucht naar alcohol krijgt bij het naderen van zijn favoriete kroeg (geconditioneerde stimulus), enkel omdat het binnengaan van die omgeving meestal gevolgd wordt door het drinken van bier (beloning). Gedrag kan ook ontstaan door het belonen van gewenste responsen. Zo leren patiënten heel snel welke acties ze moeten ondernemen (bijvoorbeeld eigen leefstijl gezonder voor spiegelen aan de arts dan die leefstijl feitelijk

is) om beloond te worden (compliment van de dokter). Overigens ontstaat gedrag niet alleen door directe maar ook door indirecte beloningsmechanismen. Dat laatste is het geval wanneer we gedrag van anderen imiteren na het waarnemen van (beloond) gedrag.

Theorieën en methoden

Gezondheidsgedrag ontstaat doordat mensen hun gedrag bewust of onbewust koppelen aan beloningsmechanismen. We leren nieuw gedrag aan door zelf een beloning te ervaren als we het gedrag uitvoeren, maar ook door bij anderen te zien dat hun gedrag beloond wordt.

De mate waarin mensen gevoelig zijn voor het leren van combinaties tussen een stimulus en gedrag is voor een deel biologisch bepaald. Zo weten we dat mensen die van nature erg impulsief zijn de verleiding van ongezonde gedragingen (denk aan alcohol, sigaretten, onveilig rijden) moeilijker kunnen weerstaan. Er zijn ook evolutionaire factoren aan te wijzen die verklaren waarom we geneigd zijn ongezonde keuzes te maken. Zo is het evolutionair verklaarbaar dat de meeste mensen niet geneigd zijn veel te bewegen als het niet nodig is, en veel te eten als het kan. In tijden van schaarste is het vermijden van overbodige inspanning (om uitgerust te zijn voor de jacht) en consumptie van energierijk voedsel als het een keer beschikbaar is (om reserves op te bouwen) belangrijk om te overleven. Maar het kan juist schadelijk zijn in een moderne maatschappij waarin we ons door de technische vooruitgang prima zittend kunnen vermaken en overal voedsel in overvloed is.

Vaak is gedrag dus een impulsieve reactie op een stimulus in de omgeving. Maar, gedrag kan ook het resultaat zijn van uitgebreide overwegingen. Reflectieve determinanten van ons gedrag zijn beredeneerd, bewust en vooral intentioneel ('ik moet niet te veel alcohol drinken op dat feest'). Impulsieve processen staan hiermee in contrast; die zijn veel meer

onbewust, impliciet en affectief ('nog eentje dan'). Niet zelden vindt er een conflict plaats, binnen een persoon tussen de impulsieve en reflectieve determinanten van gedrag.

Theorieën en methoden

Inzicht in determinanten van gedrag is nodig om de goede aangrijpingspunten voor interventies te identificeren. Specifiek gedrag, doelgroep en context bepalen de keuze voor de beste theoretische invalshoek om deze determinanten in kaart te brengen.

Het is een valkuil om te kijken naar menselijk gedrag zonder daarbij de invloed van andere mensen in iemands omgeving in ogenschouw te nemen. Die andere mensen nemen immers ook beslissingen die van invloed kunnen zijn op het gedrag van een individu. Er kunnen vijf niveaus worden onderscheiden [3]:

- individueel niveau, zoals burgers of patiënten
- interpersoonlijk niveau, zoals ouders, artsen
- organisatieniveau, zoals directeuren van scholen, managers in ziekenhuizen
- lokaal niveau, zoals opinieleiders in wijken
- samenlevingsniveau, zoals politici, bestuurders in de voedingsindustrie

Gezondheidsbevordering is er uiteindelijk op gericht om de gezondheid van individuen te bevorderen, het eerste niveau. In veel gevallen zijn het echter anderen die een zekere mate van controle hebben over de omgevingscondities waarbinnen gedrag tot stand komt. En zij zijn daarom mede verantwoordelijk voor de gezondheid van die individuen. Zo maken mensen de keuzes of en hoe ze lichamelijk actief zijn grotendeels op basis van wat ze van jongs af aan hebben aangeleerd van vrienden of ouders (interpersoonlijk niveau). Daarnaast bepaalt de aard van het werk en het beleid van de werkplek in hoeverre mensen actief kunnen zijn gedurende een werkdag

(organisatieniveau) en kan de aan- of afwezigheid van een sportvereniging in de buurt (lokaal niveau) een belangrijke rol spelen. Landelijke beleidsmakers hebben ten slotte een rol in hoe beweegvriendelijk publieke ruimtes worden ingericht, of welke campagnes worden gesubsidieerd om lichamelijke activiteit te bevorderen (samenlevingsniveau).

4 Worden de omgevingscondities voor de individuele gedragskeuzes genegeerd, dan bestaat de kans dat we mensen met bepaald gedrag gaan stigmatiseren. Obesitas wordt dan een puur individueel probleem en mensen met obesitas worden ten onrechte getypeerd als lui, gulzig en ongedisciplineerd. Wanneer professionals in de gezondheidszorg in deze valkuil trappen, heeft dat zeer negatieve gevolgen voor preventie en kwaliteit van de zorg. In de volgende paragraaf (→ par. 4.2.1) gaan we eerst in op de omgeving, die belangrijk is voor het gedrag. Daarna op hoe waarneming van de omgeving het leer- en denkvermogen (cognities) beïnvloedt (► par. 4.2.2).

4.2.1 De omgeving

Waaruit bestaat de omgeving waarin individueel gedrag tot stand komt? De omgeving kan simpel worden gedefinieerd als 'alle ruimte buiten de persoon'. Denk bijvoorbeeld aan het enorme aanbod van veel en goedkoop ongezond eten, de prijs van een abonnement van een fitnesscentrum, of onvoldoende sociale steun om te stoppen met roken. Er kunnen vier typen omgevingsdeterminanten worden onderscheiden (zie ook ► par. 2.5.3):

De fysieke omgeving verwijst naar de beschikbaarheid van middelen of mogelijkheden om gezond of ongezond gedrag te vertonen. Voorbeelden zijn de aanwezigheid van verkooppunten van condooms, of de aanwezigheid van speelplekken in de buurt, maar ook een spreekkamer die weinig afleidende prikkels bevat, zodat boodschappen van een zorgverlener beter overkomen bij een patiënt.

De economische omgeving betreft de kosten van gezond en ongezond gedrag. Te denken valt aan de kosten van sigaretten, alcohol en zonnebrandcrème.

De politieke omgeving verwijst naar de regels en wetgeving die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Hiertoe behoort wetgeving over de leeftijdsgrens voor verkoop van alcohol en het landelijke beleid met betrekking tot darmkankerscreening, maar ook de prijs en wetgeving rondom medicatie, die van invloed zijn op gebruik ervan door patiënten.

Ten slotte, de sociaal-culturele omgeving verwijst naar de sociale en culturele context waarbinnen het gedrag tot stand komt. Ze omvat factoren als de stijl waarmee ouders hun kinderen opvoeden, de rol van influencers op sociale media of religieuze normen ten aanzien van orgaandonatie.

4.2.2 Cognities

In de psychologie wordt met de term *cognitie* verwezen naar gedachten, bewustzijn, geheugen en aandacht. Cognitieve determinanten van gedrag hebben dus betrekking op onze individuele gedachten over dat gedrag. Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin iemand denkt dat handen wassen helpt bij het tegengaan van virusinfecties. Of goede voornemens die iemand heeft gemaakt om per 1 januari minder vlees te eten. Deze paragraaf bespreekt de belangrijkste cognitieve determinanten van gezondheidsgedrag: kennis, bewustzijn, intentie, motivatie, attitude, subjectieve normen, eigen-effectiviteitsverwachtingen. Deze determinanten vormen de kern van verschillende bekende sociaal-cognitieve theorieën, zoals de Sociaal-Cognitieve Theorie en het Beredeneerd Gedrag Model [4].

In traditionele en nog steeds gangbare opvattingen over gezondheidsbevordering staat de overdracht van *kennis* centraal: informatie over gezondheid en ziekte, en specifiek over de gezondheidsrisico's van bepaalde gedragingen, is nodig om gedragsverandering

te bewerkstelligen. Kennis over gezondheid en ziekte vormt een potentieel belangrijke determinant van gezondheidsgedrag. De redenering dat mensen die de juiste kennis hebben over wat gezond gedrag is zich daardoor ook gezonder gaan gedragen, is echter niet juist. Zo weten de meeste rokers wel dat roken slecht is voor hun gezondheid. Met andere woorden: alleen het vergroten van kennis is meestal niet voldoende om gedragsverandering te bewerkstellen.

Veel gezondheidsgedrag is complex, en bij complex gedrag is het niet zo vanzelfsprekend dat mensen zich bewust zijn van hun risicogedrag. Voor gedragingen als gezond eten, voldoende bewegen, matig alcoholgebruik en veilig zonnen weten we dat mensen vaak een te positief beeld hebben van hun eigen gedrag. Men weet dus onvoldoende dat het eigen gedrag 'on gezond' is. *Bewustzijn* van het eigen risicogedrag wordt gezien als een eerste essentiële stap in het proces van gedragsverandering. Pas wanneer men zich er ook van bewust is dat men het risicogedrag vertoont ('ik eet veel te vet, daarmee heb ik een verhoogde kans op het krijgen van allerlei ziekten'), zal men overwegen om het gedrag te veranderen. Net als kennis is een goede inschatting van het eigen risicogedrag een voorwaarde voor gedragsverandering, maar het is zelden voldoende voor gedragsverandering.

Met *gedragsintentie* bedoelen we de mate waarin iemand van plan is een bepaald gedrag uit te voeren. Mensen zijn bijvoorbeeld van plan om gezond te gaan eten, om voldoende te blijven bewegen of om op 1 januari te stoppen met roken. Mensen kunnen van plan zijn hun gedrag te veranderen ('ik ga stoppen met roken'), maar ook om hun huidige gedrag vol te blijven houden ('ik blijf dagelijks voldoende groente eten'). Intentie is vaak een goede voorspeller van gedrag en gedragsverandering. Zo was je recentelijk van plan om dit hoofdstuk te gaan lezen (intentie), en ben je er klaarblijkelijk in geslaagd dat te gaan doen (gedrag). Maar vaak is er bij gezondheidsgedrag sprake van een kloof tussen intentie en gedrag.

Mensen willen wel veranderen, maar om de een of andere reden lukt dit niet. Dit gebeurt onder andere wanneer mensen moeite hebben met het sturen van de eigen emoties en cognitieve processen die nodig zijn voor het uitvoeren van doelgerichte acties. Denk hierbij aan het stellen van realistische doelen, beheersen van impulsen en het omgaan met frustratie en tegenslagen. Dit zijn *zelfregulatievaardigheden*.

Kernbegrip

Zelfregulatie

Zelfregulatie refereert aan de mogelijkheid om de eigen emoties en cognitieve processen te sturen die nodig zijn voor doelgerichte acties, zoals het stellen van doelen, beheersen van impulsen en het omgaan met frustratie en tegenslagen.

Een begrip dat duidelijk gerelateerd is aan intentie is *motivatie*. Iemand's motivatie ten aanzien van het uitvoeren van een bepaald gedrag kan worden gezien als hoe sterk iemand gedreven is dat gedrag uit te voeren. Mensen die sterk gemotiveerd zijn om meer te gaan bewegen zullen dus ook een hoge intentie hebben tot meer bewegen. Er bestaat echter wel een belangrijk verschil tussen beide concepten. Intentie verwijst naar de sterkte (kwantiteit) van de motivatie (bijvoorbeeld 'ik wil heel graag meer gaan sporten'), terwijl motivatie vooral verwijst naar de aard (kwaliteit) ervan ('ik wil meer gaan sporten omdat ik ervan geniet'). Zo kunnen mensen meer intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd zijn. Bij intrinsieke motivatie komt die drive uit de persoon zelf (gezonder eten omdat ik dat lekker vind), terwijl bij extrinsieke motivatie die drive een oorzaak heeft die buiten de persoon ligt (ik wil gezonder eten omdat dat moet voor mijn gezondheid, omdat mijn arts dat wil). Iemand die een fitnessprogramma gaat volgen uit gevoelens van schaamte voor zijn of haar lichaamsgewicht is dus ook extrinsiek

gemotiveerd. De veronderstelling is dat mensen die meer intrinsiek gemotiveerd zijn, makkelijker hun gedrag zullen veranderen, maar vooral ook dat ze een verandering in gedrag makkelijker volhouden.

4

Met de van oorsprong Engelse term *attitude* wordt de houding bedoeld van mensen ten aanzien van een bepaald onderwerp, een zogeheten attitudeobject. Dat attitudeobject kan een onderwerp zijn (bijvoorbeeld een positieve houding ten aanzien van zonne-energie), maar ook een gedrag. Attitudes over gedrag worden mede gevormd op basis van eerdere leerervaringen. Attitudes zijn niet alleen gebaseerd op verstandelijke overwegingen, maar ook op diepgewortelde gewoonten en 'irrationele' overtuigingen. Zo kan een attitude over roken gebaseerd zijn op zowel opvattingen ('roken is ongezond', 'van roken krijg je kanker'), alsook op emotionele of ethische opvattingen ('als ik stop met roken heb ik geen plezier meer in mijn leven', 'roken bij kleine kinderen, dat kan ik niet maken').

Onder *subjectieve norm* worden de verwachtingen van belangrijke anderen verstaan. Voorbeelden zijn: 'mijn partner verwacht dat ik ventileer voor een gezond binnenmilieu', of 'mijn vrienden verwachten dat ik gezellig meerook en meedrink'. Uitgangspunt bij de subjectieve norm is dat wanneer een persoon geen gehoor geeft aan de verwachtingen van de eigen sociale omgeving, de persoon dan (sociale) sancties zou kunnen verwachten (bijvoorbeeld worden buitengesloten als men niet meerookt of meedrinkt).

Eigen-effectiviteitsverwachting staat voor de verwachting die mensen hebben over hun eigen vermogen om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren, ofwel: acht men zichzelf in staat het desbetreffende gedrag uit te voeren. Eigen-effectiviteitsverwachting is dus niet hetzelfde als zelfvertrouwen. Zelfvertrouwen is een algemene, relatief stabiele, persoons-eigenschap. Eigen-effectiviteit daarentegen is gedragspecifiek. Iemands eigen-effectiviteit om medicijnen in te nemen op de tijden zoals voorgeschreven kan heel laag zijn, terwijl die-

zelfde persoon een hoge eigen-effectiviteit heeft ten aanzien van de consumptie van voldoende groenten. De inschatting kan bovendien erg variëren tussen sociale situaties: niet roken tijdens het werk kan voor een persoon gemakkelijk zijn, maar niet roken tijdens een feest heel moeilijk.