

## **Het Zorginnovatieboek: Meer gezondheid en welzijn voor ons geld**

door

Guus Schrijvers, gezondheidseconoom

Voorwoord

Hoofdstuk 1. De nieuwe drie-eenheid van de zorg (al geschreven)

Hoofdstuk 2. In een gezonde omgeving wonen gezonde mensen (al geschreven)

### **Hoofdstuk 3. Gezond maakt mooi, slim en blij**

Hoofdstuk 4. Preventie en financiële prikkels

Hoofdstuk 5. De geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg: een goed begin is het halve werk

Hoofdstuk 6. De eerstelijns versterken en ook de anderhalfde lijn

Hoofdstuk 7. De chronische zorg per chronische aandoening en bij multipathologie

Hoofdstuk 8. de ouderenzorg. De AWBZ en de Wmo

Hoofdstuk 9. De geestelijke gezondheidszorg

Hoofdstuk 10. zelfzorg en mantelzorg bij chronische aandoeningen, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 11 .De farmaceutische zorg bij chronische zieken, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 12 De oncologische zorg: niet alleen snelle diagnostiek maar ook shared decision making

Hoofdstuk 13 De electieve medisch specialistische zorg, centraal en decentraal

Hoofdstuk 14 De acute zorg, ook preventie is van belang

Hoofdstuk 15. De ziekenhuiszorg als de conclusies van hoofdstukken 11 t/m 13 juist zijn

Hoofdstuk 16 De palliatieve netwerken: terminale zorg en toch ook kostenverlaging?

Hoofdstuk 17. Synthese: Is het inderdaad mogelijk meer gezondheid voor je euro te krijgen?

Lijst van aanbevolen literatuur

Trefwoordenregister

### **Hoofdstuk 3: Gezond maakt mooi, slim en blij**

*Dit hoofdstuk gaat over gedragsbeïnvloeding van mensen met een gezonde leefstijl. Losse preventieve interventies blijken niet te werken en geïntegreerde wel. Professionals die deze laatste aanbieden moeten beschikken over een groot arsenaal aan competenties. Artsen zouden de ongezonde leefstijlen en de achtergronden daarvan moeten inventariseren en met een gericht advies naar een leefstijlcoach of andere professional verwijzen. Onduidelijk is of medicamenteuze interventies bijvoorbeeld ter verlaging van de bloeddruk altijd beter en goedkoper werken dan niet-medicamenteuze die gericht zijn op leefstijlverandering.*

Een losstaand programma voor gezondheidsbevordering werkt niet binnen bedrijven. Want slechts eenderde uit de doelgroep doet mee. Dat constateren Robroek en collega's in een literatuurstudie over 23 onderzoeken.<sup>1</sup> In een door hun zelf opgezette, gerandomiseerde studie vergeleken zij de lichamelijke activiteit en de groente- en fruitconsumptie van werknemers die wel en niet meededen aan een langdurig programma voor gezondheidsbevordering. Zij constateerden geen verbetering in de groep met gezondheidsbevordering. Evenmin verbeterden body mass index, cholesterol, bloeddruk en cardiovasculaire fitheid<sup>2</sup>.

Tot dezelfde conclusie komt Broekhuizen in haar experiment met een preventieve interventie voor mensen met een te hoge, familiale cholesterol. Zij ontwikkelde eerst PRO-FIT, waarin een interactieve website een leefstijl advies geeft op basis van gegevens die de patiënt heeft ingevoerd<sup>3</sup>. Daarnaast vindt, zo nodig, persoonlijke coaching plaats door een coach, getraind in motivational interviewing. Zij vergeleek een interventiegroep met controlegroep op het effect van de interventie op roken, bewegen, voeding en therapietrouw. Door middel van een regressieanalyse constateerde zij dat daarin geen verschillen optraden tussen interventiegroep en controlegroep<sup>4</sup>.

Ook Strijk komt met negatieve resultaten. Zij en haar collega's ontwikkelden het Vital@work<sup>5</sup> programma. Daarin krijgen oudere werknemers gedurende zes maanden yoga groep sessies met yoga, wekelijks onbegeleid sporten binnen werktijd en groepslessen over gezonde leefstijlen. Verder hebben zij in dat halve jaar drie individuele gesprekken met een begeleider, die onderzoeker Strijk een personal Vitality Coach noemt. Zij vergeleek twee groepen werknemers van 45-jaar en ouder: 367 deden mee aan Vital@work en 363 niet. Na zes en twaalf maanden bleken geen verschillen te bestaan tussen beide groepen in vitaliteit, bevoegenheid, productiviteit en ziekteverzuim<sup>6</sup>. Verweij<sup>7</sup> komt op basis van een overeenkomstig onderzoek tot dezelfde conclusie: leefstijlinterventies hebben geen invloed op leefstijl van werknemers.

<sup>1</sup> Robroek SJW e.a., Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review, *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009, 6:06

<sup>2</sup> Robroek SJW e.a., The cost-effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomized controlled trial, *BMC Public Health* 2007; 7: 259

<sup>3</sup> Zie: <http://www.pro-fitstudy.nl/Projectcoaching.html>

<sup>4</sup> Broekhuizen K. e.a., The efficacy of a tailored lifestyle intervention on multiple lifestyle behaviours in people with familial hypercholesterolemia, *PLoSOne*, 2012 (exacte verwijzing nog opzoeken)

<sup>5</sup> Zie: <http://www.vitalatworkstudy.nl/>

<sup>6</sup> Strijk JE, A worksite vitality intervention for older hospital workers to improve vitality, work engagement, work performance and sick leave: results of a randomized controlled trial, in: Strijk J., The (cost-) effectiveness of a lifestyle intervention in order to improve older worker's vitality, diss VU, 2012

<sup>7</sup> Verweij, L., Occupational health Guideline for preventing Weight Gain among employees, diss. VU, 2012

Wel blijven werknemers met de interventie ook na achttien maanden meer fruit eten dan de controlegroep.

In een prachtige overzichtsstudie bevestigen Koopmans en collega's de bevindingen van de vier hierboven genoemde recente Nederlandse proefschriften van Robroek, Broekhuizen, Strijk en Verweij. Zij constateren dat de deelnamebereidheid en deelname-trouw aan interventies die ingrijpen op de leefstijl laag is: een derde tot 50% begint er niet aan of stopt voortijdig.

Orow<sup>8</sup> publiceerde in 2012 een literatuurstudie over het effect van beweegprogramma's in de eerstelijns. Hij constateert mismoedig dat er nauwelijks effecten zijn en raadt huisartsen af te verwijzen naar dergelijke programma's. Tenslotte constateert Metcalff<sup>9</sup> dat het bevorderen van bewegen van kinderen nauwelijks effect heeft. In de dertig artikelen die zij onderzocht, blijkt dat kinderen gemiddeld slechts vier minuten per dag meer bewegen dankzij deze programma's.

Uit het boek van De Jong e.a. leid ik af, dat medicamenteuze behandelingen van roken, hypertensie en alcoholgebruik beter werken dan gezondheidsbevordering, die nauwelijks aanslaat. Zij doen dat in hun boek dat gebaseerd is op huisartsgeneeskundig onderzoek<sup>10</sup>.

Dit is een interessante constatering die ik vaak onder artsen tegenkwam tijdens mijn hoogleraarschap. Ik vat dit dilemma samen onder de noemer *Pillen of praten?* Ik geef enkele concrete vragen, die ik in de loop der tijd tegenkwam. Werken antihypertensiva beter tegen hoge bloeddruk dan een cursus stressreductie? Een te druk kind corrigeren, werkt Ritalin beter dan advisering over opvoed- en opgroei-problemen en leefstijlbegeleiding? En een depressieve patiënt, wanneer houdt gedragsbeïnvloeding en leefstijlbeïnvloeding op en gaat een therapeut over tot het voorschrijven van een antidepressivum? Tot nu toe zijn op deze vragen geen algemene antwoorden beschikbaar behalve de enkele artikelen van De Jong e.a., Ik stel dit na speurwerk op het internet en in literatuurbestanden. Het hangt van de individuele professionals af, wat zij aan patiënten adviseren: praten dan wel pillen.

Toch zijn er niet-medicamenteuze interventies die wel aanslaan. Het uitgebreide en wijkgerichte Harts slag-Limburg-project<sup>11</sup> bereikte een positief effect op het gemiddelde gewicht (-0,2 kg), de lichamelijke activiteit (+1,6 uren/week), bloeddruk, middelomtrek en de energie-inname (-51 kcal/dag) na 5 jaar. Het B.Slim project<sup>12</sup> (Lees in het Engels: Be slim) is een meerjarenaanpak en wordt gefinancierd vanuit het gezondheidsbeleid van de gemeente Amersfoort en subsidie vanuit het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw. B.

---

<sup>8</sup>Orow G., Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, *BMJ* 2012; 344

<sup>9</sup> Metcalf B., Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes, *BMJ* 2012;345:e5888 doi: 10.1136/bmj.e5888 (Published 27 September 2012)

<sup>10</sup> De Jong TOH e.a. (red), Praktische preventie, Bohn Stafleu\Van Lochum, Houten, 2009

<sup>11</sup>Schuit A., Effect van 5 jaar community interventie Harts slag Limburg op risicofactoren voor hart- en vaatziekten, *TSG*, January 2007, Volume 85, [Issue 1](#), pp 32-36 . Zie ook: Ronda G. e.a., The Dutch Heart Health community intervention 'Harts slag Limburg': results of an effect study at individual level, *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL* Vol. 19. No. 1 doi: 10.1093/heapro/dah104, pp 21`-31

<sup>12</sup> <http://amersfoort.bsllim.nu/documenten/B-Slim-jaarverslag-2011.pdf>

Slim gaat uit van een integrale aanpak, waarbij ingestoken wordt op een breed samenhangend pakket van interventies, bestaande uit vijf pijlers: draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren, en ondersteuning<sup>13</sup>. Ook het B. SLIM-project in de zorg bereikte een positief effect na 2 jaar op het gemiddelde gewicht (-2,4 kg) en verbeterde de conditie in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep<sup>14</sup>.

Huisartsen in de Utrechtse wijk Overvecht startten in 2005 met een vergelijkbaar project als in Amersfoort. De inwoners van Overvecht gebruiken minder zorg en bewegen meer. Uit de cijfers blijkt dat de zorgkosten 4 procent zijn gedaald tussen 2006 en 2010. Het aantal huisarts-, POH- en fysiotherapieconsulten is weliswaar gestegen, maar het zorggebruik in het ziekenhuis is gedaald. Het percentage Overvechters van negentien jaar en ouder dat de beweegnorm haalt, is in deze periode bovendien gestegen van 54 naar 65 procent. Minder kinderen hebben in Overvecht te kampen met overgewicht. Het aantal is gedaald van 26 procent in 2005 naar 20 procent in 2009<sup>15</sup>. Jebb en collega's tonen aan dat patiënten met overgewicht en verwezen door hun huisarts naar een Weight Watchers programma tweemaal zoveel gewicht kwijtraken in twaalf maanden dan patiënten met gebruikelijke zorg<sup>16</sup>. Zij vielen vijf kilo af tegen 2,2 kilo in de gebruikelijke groep. Het Weight Watchers Programma bestaat uit regelmatig wegen, dieet advisering, lichaamsbeweging en ondersteuning van een groep medepatiënten.

Waarom hebben Hartslag Limburg, B. Slim in Amersfoort, Gezond Overvecht en de Weight Watchers wel succes en de eerder aan het begin van het hoofdstuk genoemde niet? De eerder genoemde Koopmans en collega's wijzen op basis van hun overzichtsstudie erop dat succesvolle leefstijlinterventies:

1. Zijn toegesneden op een specifieke groep.
2. Gebruik maken van een combinatie van een samenhangende set van activiteiten en maatregelen.
3. Een participatie kennen van vele actoren en sectoren, inclusief de doelgroep.
4. Een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben.

Dat is inderdaad het geval bij deze vier initiatieven. De Engelse Royal College of Physicians pleit om dezelfde reden voor multidisciplinaire team om het overgewicht in Engeland tegen te gaan.<sup>17</sup> Onderzoeker Lovatto<sup>18</sup> en collega's onderzocht het effect van onderwijs over niet-roken bij leerlingen van 51 Canadese middelbare scholen. Hij constateert dat scholen die samenwerken met omgevingsactoren zoals supermarkten en sportinstellingen meer resultaten bereikten dan scholen die alleen de leraar gebruiken als actor.

---

<sup>13</sup> Ronda G e.a., The Dutch heart health community intervention 'Hartslag Limburg': results of an effect study at individual level. Health Promotion International (2004) 19(1):21-31.

<sup>14</sup> WJE Bemelmans e.a., Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg: Een verkennende studie naar de effecten, RIVM rapport 260301005/2004

<sup>15</sup> Zie uitvoerig: [http://www.experimentgezondewijk.nl/gezondewijk/PDF/Bijlage\\_1\\_hfdst\\_6.pdf](http://www.experimentgezondewijk.nl/gezondewijk/PDF/Bijlage_1_hfdst_6.pdf)

<sup>16</sup> Jebb SA e.a., Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial, The Lancet, [Volume 378, Issue 9801](#), Pages 1485 - 1492, 22 October 2011

<sup>17</sup> Kmietowicz Z., Multidisciplinary teams are needed throughout UK to manage obesity, BMJ 2012;346:e8679 doi: 10.1136/bmj.e8679 (Published 1 January 2013)

<sup>18</sup> Lovato C e.a., School and Community Predictors of Smoking: A Longitudinal Study of Canadian High Schools, December 13, 2012, American Journal of Public Health,

Een aanvullende verklaring dat losse preventieve interventies niet aanslaan, noemt het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITZ), die reductie bij overgewicht van jongeren in vijf gemeenten onder de loep nam. ITZ meldt dat overgewicht een gevoelig onderwerp is. Veel professionals spreken ouders niet aan op het overgewicht van hun kinderen. Zij constateren handelingsverlegenheid bij jeugdartsen en andere professionals. Vergelijkbare opmerkingen maken Saan en De Haes<sup>19</sup>. Zij wijzen op het gebrek aan gezondheidsvaardigheden bij professionals, die vrezen voor belerend optreden en voor *blaming the victim*.

In mijn eigen colleges aan medische studenten en afgestudeerde professionals wijs ik op vier basale competenties bij het uitbrengen van preventieve boodschappen. De eerste is dat er een vertrouwensrelatie bestaat tussen professional en patiënt. Immers als de patiënt overtuigd is van de welwillendheid van eerstgenoemde, bestaat er bereidheid de boodschap serieus te nemen. Dat is volgens mij de reden dat voorlichtingscampagnes van anonieme instanties zoals GGD'en en overheden nauwelijks aanslaan.

De tweede competentie betreft de juiste timing van het moment. Niet iedere patiënt staat altijd open voor preventieve boodschappen. Het gaat erom dat de professional inventariseert (door goed te luisteren), of die openheid er is. Ik geef hiervan een voorbeeld. In de weekeinden melden zich vele patiënten met alcohol gerelateerd letsel en vergiftiging op de Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen. Sommigen van hen zijn te dronken om een preventieve boodschap aan te horen. Anderen geven aan zich schuldig te voelen en staan open voor een kortdurende interventie. Het is dan aan de SEH-arts om hierop professioneel en met de juiste timing en informatie dosering in te spelen.

De derde competentie van de professional betreft het overtuigend brengen van de preventieve boodschap. Dat betekent dat deze er tijd voor neemt, verzorgde brochure aanreikt, checkt of de informatie overkomt en in een vervolggconsult er nog eens naar informeert.

Als andere vermoedelijke oorzaak van het geringe effect van op zichzelf staande preventieve interventies noem ik dat de professionals wellicht te weinig vragen naar het waarom van het bestaande ongezonde gedrag en het waarom van de te verwerven gezonde leefstijl. Met Schnabel ben ik van mening dat professionals deze Waarom-vragen te weinig stellen. Van belang is hierbij persoonlijke doelen te formuleren, bijvoorbeeld *als uw gewicht afneemt, kunt u langer genieten van uw kleinkinderen*. Bij scholieren en hun ouders is het doel dat gezond slim maakt. In het vorige hoofdstuk gaf ik hiervan een voorbeeld. Voor klanten van Weight Watchers is dat de te verwerven schoonheid: wie afslankt is mooier. Wie meer beweegt in de natuur, wordt blij! Met de waarom-vragen komen professionals in de wereld van de motivational interviewing. Deze methode bestaat uit vier basisprincipes; 1. Het tonen van empathie 2. Het creëren van discrepantie tussen wat de patiënt doet en wil 3. Uitvragen van weerstanden en daarmee omgaan en 4. Helpen en stimuleren als de patiënt zich anders gaat gedragen<sup>20</sup>.

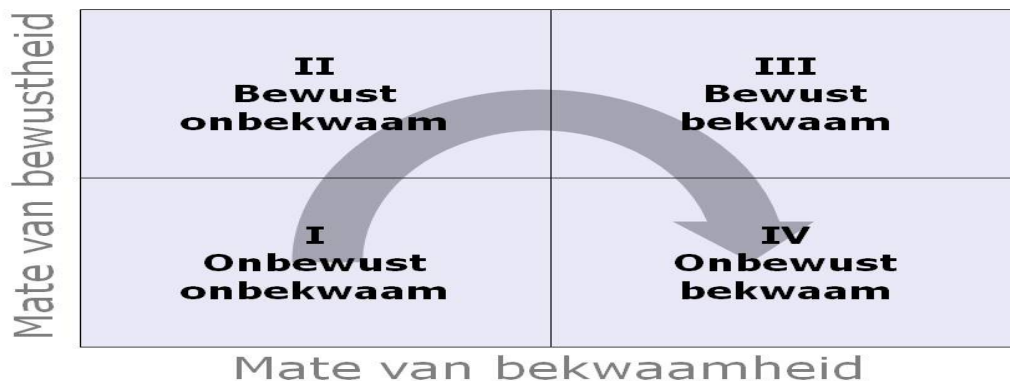
Dat gezondheidsbevordering niet aanslaat, kan ook liggen aan de didactiek van de programma's. Zelf ben ik voorstander van didactische modellen die de onwetendheid van de patiënt respecteren.

---

<sup>19</sup>Saan H. en W. de Haas, Gezond effect bevorderen, NIGZ, Woerden, 2005 p. 33 e.v.

<sup>20</sup>Zie uitgebreid Miller WR and S. Rollnick, Motivational Interviewing, preparing people for change, 2<sup>nd</sup> edition, The Guilford Press, New York, 2002

Ik denk hierbij aan de driehoek van Miller<sup>21</sup>, vaak gebruikt in de medische opleiding. Ik vertaal de uitleg hier direct naar de educatie van patiënten. Het onderste niveau wordt gevormd door de kennis waarover patiënten moet beschikken om hun toekomstige ziekte gerelateerde taken uit te kunnen voeren. Op het volgende niveau gaat het erom of zij weten hoe zij die kennis moeten gebruiken bij het uitvoeren van hun probleemoplossende taken. Deze twee fases betreffen kennisoverdracht. Op het derde niveau laten patiënten zien dat zij kunnen handelen in een gesimuleerde omgeving bijvoorbeeld in een rollenspel of in serious gaming. Het bovenste niveau in de piramide betreft het zelfstandig handelen in de complexe praktijk van alledag. Het model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam (zie hieronder) is



ontstaan in de jaren zeventig. Ik zie het als een variant op de Driehoek van Miller. Mij is onduidelijk wie het model heeft ontwikkeld. Het model beschrijft de verschillende fases die je in een leerproces doorloopt.<sup>22</sup> Ik licht het toe met de patiënt als voorbeeld. Als een patiënt een handeling nog nooit gedaan heeft of bepaald gedrag nog nooit heeft vertoond, dan is deze *onbewust onbekwaam*. De kunst is dan als docent of gezondheidsbevorderaar, de patiënt *bewust onbekwaam* te maken door bijvoorbeeld kennis aan te reiken en goede voorbeelden van andere patiënten. Zij worden zich bewust van hun onbekwaamheid. Als zij starten met oefenen komen zij erachter wat er allemaal voor komt kijken en hoeveel oefening er nodig is. Zij worden dan nog meer bewust onbekwaam. Dit is vaak een onprettig gevoel. Patiënten haken af van hun cursus of training. Langzamerhand krijgen zij het nieuwe handelen en gedrag in de vingers en gaat het hun steeds gemakkelijker af. Ze worden *bewust bekwaam*. Tenslotte, na heel veel oefening, lijken de dingen als vanzelf te gaan. Patiënten worden *onbewust bekwaam*. Dit model kan patiënten helpen te begrijpen waarom bepaalde fases van het leerproces zo onaangenaam voelen. Hierdoor wordt het eenvoudiger om het gedurende deze fases vol te houden.

Weer een andere didactische aanpak is het onderkennen van leerstijlen van patiënten. Ik volg hierbij de indeling van Kolb<sup>23</sup> (zie Box 1<sup>24</sup>). Hij onderscheidt doeners, bezinners, denkers en beslissers. Ik verwacht dat ook onder mensen met ongezonde leefstijlen deze rolmodellen voorkomen. Het lijkt mij verstandig dat gezondheidsbevorderaars en andere aanbieders van preventieve interventies eerst nagaan, wat de leerstijl van hun cliënt is

<sup>21</sup> Miller GE. The assessment of clinical skills/Competence/performance. Acad Med 1990; 65: 563-7

<sup>22</sup> Mijn beschrijving baseer ik op de tekst op website <http://www.talentinontwikkeling.org/matrix-bewust-bekwaam.html>

<sup>23</sup> Kolb, David (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

<sup>24</sup> Ontleend aan: [www.thesis.nl](http://www.thesis.nl)

ofwel een educatieve diagnose stellen. Zo blijken er vele mythen en bijgeloof te bestaan over overgewicht<sup>25</sup>. Voor die educatieve diagnoses zijn vragenlijsten beschikbaar. Ik verwijs hiervoor naar website [www.thesis.nl](http://www.thesis.nl). Wat ik wel mis in deze vragenlijsten is een grondige inventarisatie van de al aanwezige kennis bij de cliënt ofwel deftig gezegd van de eerder verworven competenties. Zelf heb ik mij geërgerd toen ik met mijn derde kind op het consultatiebureau kwam. Ik kreeg standaard uitleg over gezondheidsbevordering: de professional hield er geen rekening mee, dat ik al twee oudere kinderen had en als professional al het nodig wist over gezondheid van de allerkleinsten.

### Box 1. De leerstijlen van Kolb

Leerstijl	Kernwoorden	Leert het beste van...
Doener Accommoderen	Wat is er nieuw? Ik ben in voor alles in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• directe ervaring, dingen doen</li> <li>• nieuwe ervaringen, het oplossen van problemen</li> <li>• in het diepe gegooid worden met een uitdagende taak</li> </ul>
Bezinner Divergeren	Ik wil hier graag even over nadenken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• activiteiten waar ze de tijd krijgen/gestimuleerd worden (achteraf) na denken over acties</li> <li>• als de mogelijkheid wordt geboden eerst na te denken en dan pas te doen</li> <li>• beslissingen nemen zonder limieten en tijdsduur</li> </ul>
Denker Assimileren	Hoe is dat met elkaar gerelateerd?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestructureerde situaties met duidelijke doelstellingen (congressen, colleges, boeken)</li> <li>• als ze de tijd krijgen om relaties te kunnen leggen met kennis die ze al hebben</li> <li>• situaties waar ze intellectueel uitgedaagd worden</li> <li>• de kans krijgen vragen te stellen en de basismethodologie, logica etc. te achterhalen</li> <li>• concepten, modellen en systemen</li> </ul>
Beslisser Convergeren	Hoe kan ik dit toepassen in de praktijk?	<p>activiteiten waar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een duidelijk verband is tussen leren en werken</li> <li>• ze zich kunnen richten op praktische zaken</li> <li>• ze technieken worden getoond met duidelijke praktische voorbeelden</li> <li>• ze de kans krijgen dingen uit te proberen en te oefenen onder begeleiding van een expert</li> </ul>

<sup>25</sup> Casazza K e.a., Myths, Presumptions, and Facts, about Obesity, n engl j med 368;5 nejm.446 org january 31, 2013, pp 446-454

Ik draag zelf sinds 2006 bij aan de invoering van het gezonde school model op een grote middelbare school. Mijn promovendus Busch heeft hierover gepubliceerd<sup>26</sup>. De school maakte gebruik van lesmateriaal over ongezonde leefstijlen, afkomstig van GGD Nederland, RIVM en andere landelijke organisaties die ongezonde leefstijlen trachten terug te dringen. Wat de schoolleiding en mijzelf opvielen in het lesmateriaal, was het ontbreken van een onderwijskundige filosofie zoals die van Miller, over het werken van bewust onbekwaam naar bewust bekwaam of over de leerstijlen van Kolb. Het lesmateriaal was vaak alleen nuttig voor de onderste fase van Miller. Wanneer en hoe deze kennis toe te passen en te trainen in een gesimuleerde omgeving ontbrak veelal. Handreikingen over hoe om te gaan met verschillende leerstijlen ontbraken. Wellicht dat het gebrek aan didactiek in de losstaande preventieve interventies ook een verklarende factor is van het geringe effect daarvan op een gezonde leefstijl.

Ik ben nog steeds bezig met het verklaren waarom losse preventieve interventies vermeld in het begin van dit hoofdstuk zo weinig effect hebben en een geïntegreerde aanpak wel werkt.

Naast de al genoemde vier verklaringen van Koopmans en collega's en mijn toevoeging daarop over gebrek aan toegepaste leertheorieën in de interventies, speelt wellicht ook mee, dat de meeste interventies zich richten op het reduceren van één ongezonde leefstijl, bijvoorbeeld te weinig bewegen. Of op het terugdringen van tabaksgebruik. In Nederland bestaat voor elke ongezonde leefstijl een aparte organisatie: Zo dringt Stivoro het roken terug en STAP het alcoholgebruik, terwijl het bureau voor de voeding zich bekommert om het overgewicht.

Wellicht werkt het tegelijk aanpakken van verschillende ongezonde leefstijlen beter dan het stuk voor stuk aanpakken. Ik heb drie argumenten waarom dit zou kunnen zijn maar weet het niet zeker. Ten eerste kunnen verschillende ongezonde leefstijlen een gemeenschappelijke bron hebben, zoals een zwakke wil. Om bij een groep te horen en zich aan te passen kan het bijvoorbeeld gebeuren, dat pubers te veel alcohol gebruiken, roken en cannabis gebruiken. Het nagestreefde gevoel erbij te horen leidt hier tot drie ongezonde leefstijl tegelijk.

Of neem een drukke hoogleraar die a. te weinig beweegt b. ongezond eet en c. te veel stress ervaart. Zo iemand is niet gebaat met een leefstijlinterventie gericht op slechts één van deze drie ongezonde leefstijlen. Die ongezonde leefstijlen kunnen gezamenlijk een vorm van verkeerde zelfbehandeling zijn voor een achterliggend psychisch probleem: wellicht zijn geldingsdrang en narcisme het eigenlijke probleem van de hoogleraar in dit voorbeeld.

Ten tweede is er een epidemiologisch argument: het clusteren van ongezonde leefstijlen bij specifieke doelgroepen. Wie weinig beweegt, eet vaak ook verkeerd. Alcoholgebruik en roken gaan ook van samen. Bij dergelijke doelgroepen is het doelmatig het cluster van ongezonde leefstijlen tegelijk aan te pakken.

Ten derde zijn de professionele interventies om een ongezonde leefstijl aan te pakken voor een deel vergelijkbaar: (1) ze zijn toegesneden op een specifieke groep, (2) ze maken gebruik van een combinatie van een samenhangende set van activiteiten en maatregelen (3) ze kennen een participatie van vele actoren en sectoren, inclusief de doelgroep.

---

<sup>26</sup> Busch V. e.a., Literature review on the effectiveness of multi-health behavioral healthy school interventions, Literature review on the effectiveness of multi-health behavioral healthy school interventions., in print. Zie ook: Busch V. e.a., Initial results of a multi-behavioral health promoting school pilot intervention on a Dutch secondary school, Journal of adolescent health, @@ Vincent aanvullen. En:



Mijn droom is dat er in de eerstelijns libertair paternalistische (in het vorige hoofdstuk heb ik deze woorden uitgelegd) preventiewerkers, of noem ze leefstijlcoaches, komen, die cliënten met een of meer ongezonde leefstijlen via medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies begeleiden, zoekend naar gemeenschappelijke achterliggende oorzaken van het ongezonde gedrag. Op deze wijze kan zo het bepleite model van *Ziekte en Zorg (ZZ) zich realiseren in Gedrag en Gezondheid (GG)*<sup>27</sup>. Het zo door huisartsen bepleite preventieconsult<sup>28</sup> zou dan in mijn droom als een intakegesprek voorafgaan aan de preventieve interventies van de leefstijlcoach.

Het parlement heeft het besluit genomen om een consult voor zestienjarigen in het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg op te nemen<sup>29</sup>. Ook dat consult zou in mijn droom bestaan uit een inventarisatie van ongezonde leefstijlen en het aanbieden van aansluitende leefstijlinterventies. Bij ouderen denk ik aan preventief gezondheidsonderzoek zoals uitgevoerd door de GGD Zeeland en geëvalueerd door Van Stel.<sup>30</sup> Ook hier weer: individueel inventariseren van ongezonde leefstijlen en de oorzaken daarvan. Daarna is een leefstijlcoach beschikbaar die samen met vele andere actoren preventieve interventies aanbiedt. Ik wijs erop, dat ik hier pleit voor leefstijlscreening. Dat is wat anders dan gezondheidsscreening ofwel health checks die het vroegtijdig opsporen van ziekten en preventie van mortaliteit beogen. Helaas hebben deze geen zin zoals uit een grote overzichtstudie blijkt.<sup>31</sup>

Van belang voor die inventarisaties en leefstijlinterventies is de erkenning dat mensen regelmatig euforisch willen worden, uit hun dak willen gaan. Dat kan met behulp van sport, muziek, feesten en orgasmen. Dat kan ook met genotmiddelen, zoals alcohol, drugs en tabak ook wel heten. Ik wil mensen niet hun euforieën ontnemen, ik ben geen ernstige zedenpreker. Maar het moet toch mogelijk zijn om met minder genotmiddelen uit je dak te gaan? Een ander gegeven bij preventieve boodschappen is, dat dreigen niet werkt. Want de burger die een dergelijk bericht (bijvoorbeeld *van roken ga je dood*) ontvangt, rationaliseert al gauw: dat geldt voor de totale bevolking maar niet voor mij. Dergelijke boodschappen in massamedia of op pakjes sigaretten werken alleen voor bewustwording in de onderste laag van de eerder genoemde driehoek van Miller. Maar zij vormen slechts het begin van gedragsverandering<sup>32</sup>.

Kortom preventieve interventies vereisen een groot arsenaal aan competenties bij de professional, zoals de genoemde basiscompetenties, motivational interviewing, kennis en toepassing van de genoemde leertheorieën, veel kennis en vaardigheden om medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies te gebruiken, kennis over alternatieven om euforisch te worden en last but not least een niet bedreigende houding tegenover de cliënt.

<sup>27</sup> Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening, Discussienota uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, april 2010. Te downloaden via: [http://rvz.net/uploads/docs/Advies\\_-\\_zorg\\_voor\\_je\\_gezondheid.pdf](http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_zorg_voor_je_gezondheid.pdf)

<sup>28</sup> [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/M96\\_std.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M96_std.htm)

<sup>29</sup> zie: [https://www.google.nl/search?](https://www.google.nl/search?q=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aq=f&oq=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aqs=chrome.0.57.21391&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[q=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aq=f&oq=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aqs=chrome.0.57.21391&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.nl/search?q=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aq=f&oq=kamerbrief+extra+middelen+bestrijding+overgewicht+juni+2012&aqs=chrome.0.57.21391&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

<sup>30</sup> [http://www.ggdzeeland.nl/dbdocs/fileattachment\\_972.pdf](http://www.ggdzeeland.nl/dbdocs/fileattachment_972.pdf)

<sup>31</sup> Krogsbøll LT e.a., General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2012;345:e7191 doi: 10.1136/bmj.e7191 Page 1

<sup>32</sup> Iacobucci G., New anti-smoking campaign adopts shock tactics, *BMJ* 2012;345:e8697 doi: 10.1136/bmj.e8697 (Published 28 December 2012)

Ik zie die inventarisaties van ongezonde leefstijlen en aanbieden van preventieve interventies niet alleen in de eerstelijns plaatsvinden, maar ook in ziekenhuizen en andere tweedelijns instellingen.

Neem een longarts die veel COPD-patiënten ziet, die blijven roken. Neem een cardioloog met een hartpatiënt met overgewicht en verkeerde voeding. Ook in ziekenhuizen zouden inventarisaties van ongezonde leefstijlen en preventieve interventies moeten plaatsvinden. Het aanbieden daarvan is niet alleen de verantwoordelijkheid voor de eerstelijns en al helemaal niet alleen voor de GGD. Juist in de zo bepleite samenwerkingsverbanden rond specifieke groepen van chronische ziekten als COPD en Hart- en vaatziekten (ofwel disease management programma's) zouden deze preventieve interventies gestalte kunnen krijgen en samenhangend kunnen worden aangeboden in eerste- en tweedelijns. Op zo'n manier kan de Triple Aim filosofie zich realiseren: alle gezondheidsinstanties richten zich op preventie, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. Alleen de mate waarin zij dat doen, kan onderling verschillen. Ik wijs op het prachtige voorbeeld uit Oregon (: Bisognano M & C. Kenney, Pursuing the Triple Aim, Publisher John Wiley and Sons INC, San Francisco, p. 85 e.v.), waarin ziekenhuizen besparen op curatieve zorg en uit de besparingen cursus- en motivational interviewing betalen voor alle artsen en verpleegkundigen.

De vier genoemde geïntegreerde preventieve interventies bieden meer gezondheid en verhogen de kwaliteit van zorg. Of ze ook goedkoper zijn per jaar en per verzekerde is slechts bij twee van de vier (Hartslag en Gezond Overvecht) aangetoond. Hoe ze het beste kunnen worden bekostigd, is niet aan de orde geweest. Evenmin heb ik antwoord op de vraag, of financiële prikkels bij patiënten of professionals het enthousiasme voor preventie kunnen verhogen. In het volgende hoofdstuk ga ik op al deze vragen in.

## **Conclusie**

Dit hoofdstuk ging over gedragsbeïnvloeding van mensen met een gezonde leefstijl. Losse preventieve interventies bleken niet te werken; geïntegreerde wel. Professionals die deze laatste aanbieden moeten beschikken over een groot arsenaal aan competenties. Artsen zouden de ongezonde leefstijlen en de achtergronden daarvan moeten inventariseren en met een gericht advies naar een leefstijlcoach of andere professional moeten verwijzen. Onduidelijk is of medicamenteuze interventies, bijvoorbeeld ter verlaging van de bloeddruk, altijd beter en goedkoper werken dan niet-medicamenteuze interventies die gericht zijn op leefstijlverandering.