Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk

Levensloop en populatiegerichte aanpak ter versterking van gezondheid, welbevinden en veerkracht

Prof. Dr. J.A.Walburg.
1 juli, 2014.
Hoogleraar positieve psychologie.
Universiteit Twente.

Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk

Levensloop en populatiegerichte aanpak ter versterking van gezondheid, welbevinden en veerkracht

© 2014, J.A. Walburg

Voorwoord

De samenwerkende gezondheidscentra van Nieuwegein en Nijkerk en MOvactor (Welzijnsorganisatie Nieuwegein) willen hun beleid baseren op de principes van de positieve gezondheid. Naast aandacht voor curatie willen zij de gezondheid van de bevolking in hun werkgebied in stand houden en versterken. Op hun verzoek kwam dit rapport tot stand, een achtergrond studie die kan bijdragen aan een verdieping van hun beleid. Deze studie kwam tot stand op initiatief van Gezondheidscentrum de Nije Veste, Gezondheidscentrum Corlaer, Gezondheidscentrum de Schans, Gezondheidscentrum de Roerdomp, Zorgplein Zuid, EMC Nieuwegein, MOvactor en Universiteit Twente.

Inhoudsopgave

Samenvatting **6**

Inleiding **8**

1. Gezond al voor de start **21**
2.1 Samenvatting en nieuw beleid 22

2. Gezond aan de start **23**
2.1 Bewegen 23
2.2 Voeding 24
2.3 Stress 25
2.4 Armoede en andere sociale omstandigheden 26
2.5 De betrokkenheid van de vader 28
2.6 Samenvatting en nieuw beleid 29

3. Positieve eerste stappen **31**
3.1 Leefstijl 31
3.2 Opvoedingspraktijk 32
3.3 Depressie bij de moeder 33
3.4 De fysieke omgeving 34
3.5 Kinderopvang 34
3.6 Samenvatting en nieuw beleid 35

4. Kalm en solide ontwikkelen in de basisschooljaren **36**
4.1 Samenvatting en nieuw beleid 38

5. Een gezonde ontwikkeling in de wilde jaren **39**
5.1 Samenvatting en nieuw beleid 43

6. Bloei in de productieve jaren **44**
6.1 Gezin 47
6.2 Levensgebeurtenissen 48
6.3 Werk 49
6.4 Samenvatting en nieuw beleid 51

7. Gezond naar de finish **53**
7.1 Lichamelijke en mentale gezondheid 53
7.2 Dementie 57
7.3 Kwetsbare ouderen 58
7.4 Samenvatting en nieuw beleid 59

8. Chronische ziektes **61**
8.1 Empowerment 63
8.2 Zelfmanagement 63
8.3 Veerkracht 63

8.4 Sociale steun 64
8.5 Relatie met zorgverlener 64
8.6 Samenvatting en nieuw beleid 65

Bijlagen:
Bijlage 1 Inhoudelijke verkenning – integrale gezondheids-verbetering in communities. 66
Bijlage 2 Eerste inhoudelijke verkenning – onderzoeksmethodieken 74

Literatuurlijst **80**

Samenvatting

- Gedurende de hele levensloop is leefstijl een factor die sterk bepalend is voor ziekte en positieve gezondheid. Niet roken, gezond eten en regelmatig bewegen zijn van wezenlijk belang. In het streven naar een gezondere populatie om ziekte te beperken en bloei te bevorderen is het bevorderen van een gezonde leefstijl en het interveniëren bij een ongezonde leefstijl een wezenlijk onderdeel. Dat is niets nieuws. Nieuwer is de constatering dat dit pas kans van slagen heeft als niet alleen de eerste lijn of zorgorganisaties zich daar op richten. Het kan niet zonder de betrokkenheid van alle belanghebbenden bij de gezondheid en alle partijen die invloed hebben op de gezondheid gedurende een langere periode van een generatie.
- Gedurende de gehele levensloop is welbevinden een factor die sterk bepalend is voor ziekte en positieve gezondheid. Net zo of zelfs tenminste zo belangrijk als de leefstijl factoren. Het verhogen van het welbevinden in een bevolking alsmede het interveniëren bij ernstig onwelbevinden is een wezenlijk onderdeel van een beleid gericht op het bevorderen van de gezondheid.
- Gedurende de hele levensloop is sociale steun een factor die gezondheid en welbevinden beïnvloedt en die compenserend kan werken bij negatieve invloeden. Het past daarom in een gezondheidsbeleid om maatschappelijke samenhang in het algemeen te bevorderen, ondersteuning te bieden aan mensen voor wie het moeilijk is om een sociaal netwerk op te bouwen en aan mensen die sterk afhankelijk zijn van dit netwerk zoals ouderen of chronisch zieken.
- Armoede is een factor die in combinatie met andere negatieve invloeden, een negatieve impact heeft op gezondheid, Het beperken van armoede of van de gevolgen van armoede past in een gezondheidsbeleid. Als er sprake is van andere complicerende factoren ligt een centrale aanpak door alle zorg en verwante instanties voor de hand.
- Welbevinden heeft invloed op het beloop en de prognose van chronische ziektes. Reden om bij chronische ziekte bijzondere aandacht te besteden aan het versterken van veerkracht, de kwaliteit van het ondersteunende netwerk en aan andere factoren die afhankelijkheid beperken, empowerment versterken en welbevinden verhogen.

- Geïsoleerde maatregelen om de gezondheid te bevorderen lijken weinig effect te hebben. Samenwerking tussen alle relevante partijen is van belang op basis van een gemeenschappelijke missie namelijk het gezond houden van de burgers, gekoppeld aan de uitvoering van duidelijke actieplannen per betrokken partij.

Consequenties voor de gezondheidscentra van Nieuwegein en Nijkerk.

1. **Neem de begrippen: populatie aanpak, levensloop aanpak en positieve gezondheid als uitgangspunt voor het verbeteren van de gezondheid van de populaties door duidelijke doelen te stellen gericht op het verbeteren van de leefstijl en zo van de gezondheid gedurende tenminste een generatie.**
2. **Betrek daarbij andere partijen die belang bij en invloed hebben op de gezondheid en ontwikkel derhalve een regie en forum functie. Stimuleer en inspireer en monitor en geef feedback rond relevante parameters.**
3. **Versterk het Welzijn op Recept model. Bouw dat uit rond leefstijlinterventies en het versterken van de veerkracht. Maak er een school voor levenskunst van.**
4. **Zorg ervoor dat de sociale wijkteams aangehaakt worden bij de gezondheidscentra en richt die met name op de, zeg honderd, meest problematische huishoudens met prioriteit voor huishoudens met kinderen.**
5. **Experimenteer met en evalueer internet interventies op recept gericht op leefstijl, veerkracht en opvoedingsondersteuning.**
6. **Begin het gezondheidsbeleid met een gezaghebbende vorm van Future Search om alle betrokkenen te richten op een beleid en actieplannen met als doel het positief gezond houden van de bevolking.**

Inleiding

Positieve gezondheid

Al in 1946 stelde de WHO vast dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte: " Gezondheid is een toestand van volledig positief fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte" (WHO, 1946). Toch is in de 68 jaar die sindsdien verstreken zijn het gezondheidsbeleid zo goed als volledig ingericht op het behandelen van ziekte en voor een klein deel op de determinanten van met name chronische, ziekte zoals hart en vaatziekte, diabetes en kanker. De determinanten die bijdragen aan gezondheid kregen veel minder aandacht.

In 1986 verscheen de nota 2000, een doorbraak in het gezondheidsbeleid van het ministerie van VWS. Deze nota nam gezondheid en het bevorderen van gezondheid als uitgangspunt en definieerde gezondheid als: "het vermogen om zich te verweren tegen verstoringen" (VWS, 1986). Deze nota heeft zeker geleid tot de intensivering van preventieve activiteiten rond leefstijlaspecten die samenhangen met ziekte. In de loop van de tijd bleken deze activiteiten gericht op het beperken van gezondheids risico's juist niet de groep te bereiken waar de meeste gezondheids winst te behalen was zoals de lager opgeleiden en migranten. En het gevolg was dat het verschil in gezonde levensverwachting in die jaren alleen maar is toegenomen. Mannen en vrouwen met een lage opleiding leven respectievelijk 18,8 en 16,6 minder in goede gezondheid dan hoger opgeleiden. En de kale levensverwachting verschilt 6,9 respectievelijk 5,7 jaar (VTV, 2010).

In 2011 verscheen vanuit VWS een nieuwe gezondheidsnota:"Gezondheid dichterbij". Ook daar staat het beperken van gezondheidsrisico's centraal en krijgt preventie een steviger plaats. En hoewel de nota nog heel dicht bij de curatieve zorg blijft en het voorkomen van risico's, meer dan het bevorderen van de gezondheid in een populatie, wordt daar wel op gepreludeerd door het centraal stellen van het begrip: "gezonde buurten".

In de wetenschappelijke discussie over gezondheid komt steeds vaker het begrip: "positieve gezondheid" op. Soms gedefinieerd als een soort super gezondheid:" a combination of excellent status on biological, subjective, and financial measures" (Seligman, 2008) en soms als de "ability to adapt and selfmanage" (Huber et al., 2011). Positieve gezondheid gaat over het

gezond houden van een populatie, dat is meer dan het behandelen van ziekte en het beperken van gezondheids risico's.
De afwezigheid van ziekte is dus niet hetzelfde als een positieve gezondheid. Dat omvat aspecten van

- Fysieke welbevinden in de zin van een goede lichamelijke conditie, goede functionele gezondheid(Kunnen doen wat je graag wilt doen)
- Emotioneel welbevinden in de zin van het ervaren van positieve gevoelens, van geluk,
- Psychologisch welbevinden in de zin van mentaal goed of optimaal kunnen functioneren,
- Sociaal welbevinden in de zin van het hebben van sociale contacten van een goede kwaliteit en
- Spiritueel welbevinden in de zin dat het leven en de dagelijkse activiteiten hun zin hebben.

Op basis van deze vormen van welbevinden die dus niet per se afhankelijk zijn van de aan of afwezigheid van ziekte ontstaat ruimte voor bloei en ontwikkeling. Bloei houdt in dat iemand het eigen talent of de eigen sterke kanten kan ontwikkelen, voldoende controle ervaart over het eigen leven, een doel heeft in het leven en dat succesvol kan nastreven en relaties positief ervaart. Indicatoren van positieve gezondheid zijn dan : een goede lichamelijke conditie, veerkracht, gevoel van eigenwaarde, optimisme, tevreden over het leven, hoopvol, actief deelnemend aan het leven van de gemeenschap en sociale integratie.
In een longitudinaal onderzoek (Keyes & al., 2012) wordt duidelijk dat van de mensen die bij de eerste meting voldeden aan de criteria voor een positieve gezondheid 1% overleden was na tien jaar tegenover 5,5% van de mensen die niet voldeden aan die criteria. Een van de meest boeiende bevindingen van dit onderzoek was dat de aanwezigheid van een positieve mentale gezondheid een betere voorspeller was van mortaliteit dan de gebruikelijk genoemde factoren zoals roken, leeftijd, geslacht, etniciteit, fysieke inactiviteit en somatische aandoeningen.

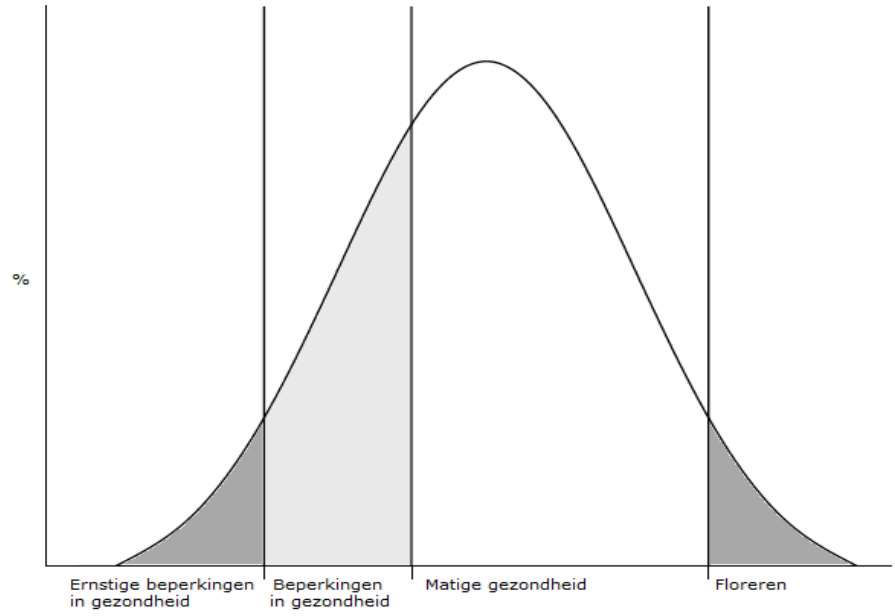
Zonder een poging te doen om het begrip positieve gezondheid te definiëren verstaan we daar het volgende onder:

- Eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid.
- Goede fysieke conditie en goed emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden om daarmee bloei en ontwikkeling mogelijk te maken

- Vermogen om zich aan te passen onder omstandigheden die de gezondheid bedreigen
- Vermogen tot zelfmanagement

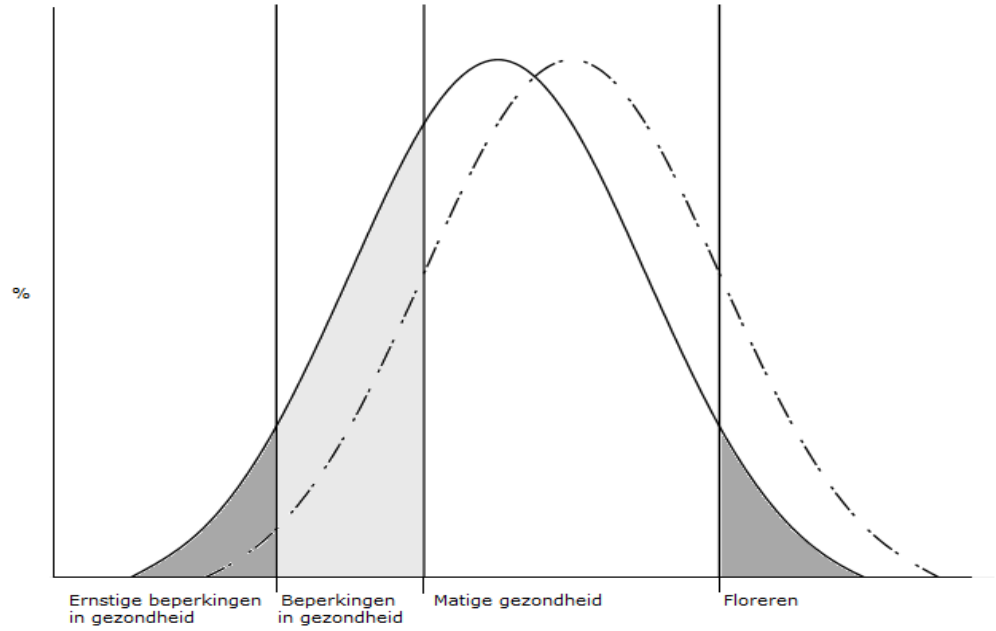
Populatie aanpak

De reguliere taken van de gezondheidszorg richten zich op behandeling bij ziekte. De gezondheidsstrategie die daarbij hoort richt zich dan met name op groepen met een bepaalde ziekte teneinde de ernst, de duur te beperken en terugval te voorkomen.
Een populatie aanpak ontleent zijn zin aan hoge prevalenties van ziekte en ziekte bevorderend gedrag. Zo zijn er in Nederland 4,5 miljoen mensen met een chronische ziekte en heeft 1,3 miljoen mensen zelfs meer dan één chronische ziekte (VTV,2010). Zo hadden 42,7% van de mensen ooit in hun leven een psychische aandoening en 18% het afgelopen jaar (ten Have, 2010). En zo roken nog 28% van de mensen, heeft 11% ernstig overgewicht en voldoet slechts 11% van de lager opgeleiden aan de norm voor gezond bewegen (tegenover 73% van de hoger opgeleiden) (VTV, 2010). Daarnaast is er een aanzienlijk aantal mensen dat laag scoort op welbevinden, bijvoorbeeld door eenzaamheid. Laag welbevinden is een risico voor onder andere depressie, drugs en alcoholgebruik bij jongeren en voor hart en vaatziekten.
De prevalentie van ziekte hangt samen met de gemiddelde omvang van de risico factoren in een populatie. Zie figuur 1



Figuur 1. Gezondheidsspectrum

Hoe hoger het gemiddelde, des te groter is het aantal mensen met een ziekte (Academy of medical sciences, 2004). Dus heeft het zin om de gezondheid van mensen op het niveau van een populatie aan te pakken. Het bevorderen van gezondheid en het beperken van het voorkomen van ziekte hangt samen met de identificatie van de kenmerken van de populatie. Kleine veranderingen op populatie niveau kunnen leiden tot grote verschillen in ziekte (Huppert, 2009) en een grote toename van het aantal mensen dat lichamelijk en psychisch gezond is.



Figuur 2. Het effect van het verschuiven van het gemiddelde richting positieve gezondheid

Verbeteringen in voedings- of bewegingsgedrag kunnen gezondheidswinst opleveren. Wanneer dagelijks één ongezonde snack wordt vervangen door een gezonde kan naar schatting ruim 3.5% van het totaal aantal sterfgevallen ten gevolge van hart en vaatziekten worden voorkomen in het Verenigd Koninkrijk (Lloyd-Williams & al., 2009). Voedingsinterventies op school kunnen kosteneffectief zijn bij een langdurige toename in groente- en fruitconsumptie. De kosteneffectiviteitsratio's van de interventies 'Pro children intervention' en 'Schoolgruiten' worden geschat op bijna 8.000 en 14.000 euro per voorkomen DALY (Te Velde et al., 2010).
Ook stoppen met roken kan QALY's opleveren. De schatting van de gezondheidswinst voor een kort stopadvies is na honderd jaar enkele

duizenden QALY's. Dit is voor intensieve ondersteuning na 100 jaar meer dan honderdduizend QALY's (Feenstra et al., 2005).
Een combinatie van interventies kan na 15 jaar ruim 3% van de nieuwe hart- en vaatziekten bij diabetespatiënten voorkomen. Dit zijn interventies met aantoonbare effecten op risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Baan et al., 2009). De geschatte kosteneffectiviteit, van een leefstijlinterventie voor mensen met overgewicht is 4.000 to 5.500 euro per QUALY (Jacobs-van der Bruggen et al., 2007).
Bijgaande tabellen geven verder inzicht in de populatie effecten van veranderingen in de leefstijl

Tabel 1
Effecten van eliminatie van risicofactoren op (gezonde) levensverwachting in de totale Nederlandse bevolking uit 2007 (VTV, 2010)

Risicofactor	Resterende levens-verwachting	Resterende gezonde levensverwachting	Levensverwachting op individueel niveau	Gezonde levensverwachting op individueel niveau
Roken	1.8	2.0	4.1	4.6
Overgewicht	0.5	0.9	1.2	2.1
Lichamelijke inactiviteit	0.4	0.5	0.9	1.2
Overmatig alcoholgebruik	0.2	0.3	0.6	0.9

Tabel 2
Totale bijdrage aan levensverwachting en de kwaliteit van leven en gemiddelde kosteneffectiviteit van het totaal van preventie en zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kankers (Meerding et al., 2007)

	Infectieziekten	Hart- en vaatziekten	Kankers
Levensverwachting (jaar)	+1.4	+2	M: +0.3 V: +0.85
Kwaliteit van leven (ziektejaarequivalenten)	+0.2	+1	Minimaal
Gemiddelde kosten-effectiviteit (€/QALY)	3.800 (2.900-5.300)	2.000 (1.600-3.500)	17.000 (16.000-18.000)
Aandoeningen waarbij veel gezonheidswinst wordt geboekt	Tuberculose, bronchitis, griep, longontsteking	Beroerte, coronaire hartziekten	Borstkanker, dikkedarmkanker

Ook op het gebied van psychische ziektes geeft onderzoek informatie over de effecten die van een populatie aanpak verwacht mogen worden Een belangrijke vingerwijzing vormt het onderzoek met een follow up van zeven jaar van de UK Health and Lifestyle Survey waar 1 punt afname op

de schaal van psychische symptomen samenhing met een afname van 6% in psychiatrische ziektes (Huppert, 2009).
'Een stap op weg' en 'Grip op je dip' zijn twee effectieve interventies beschikbaar voor het verminderen van de incidentie van depressie. Jaarlijks kan met deze interventies bij ruim 1.900 jongeren een depressie worden vermeden. Omgerekend zijn dit jaarlijks ongeveer 440 DALY's (Meijer et al., 2006). Beide interventies zijn gebaseerd op de Amerikaanse variant 'Coping with depression'. Bij deze interventie werd de kostenffectiviteitsratio geschat op bijna 10.000 dollar per gewonnen QALY (Lynch et al., 2005).
En tenslotte vond een meta-analyse naar de effecten van een kortdurende interventie op sterfte van probleemdrinkers dat de sterfte bij drinkers die de kortdurende interventie hadden gevolgd ruim 50% lager was dan bij drinkers die geen interventie hadden gevolg (Cuijpers et al., 2004). Kortdurende interventies in de eerste lijn (individuele preventie) hebben een gunstige verhouding tussen zorgkosten en gezondheidseffecten. Naar schatting ligt de kosteneffectiviteitsratio van de kortdurende interventie rond de 5.000 euro per gewonnen QALY (Tariq et al., 2009).

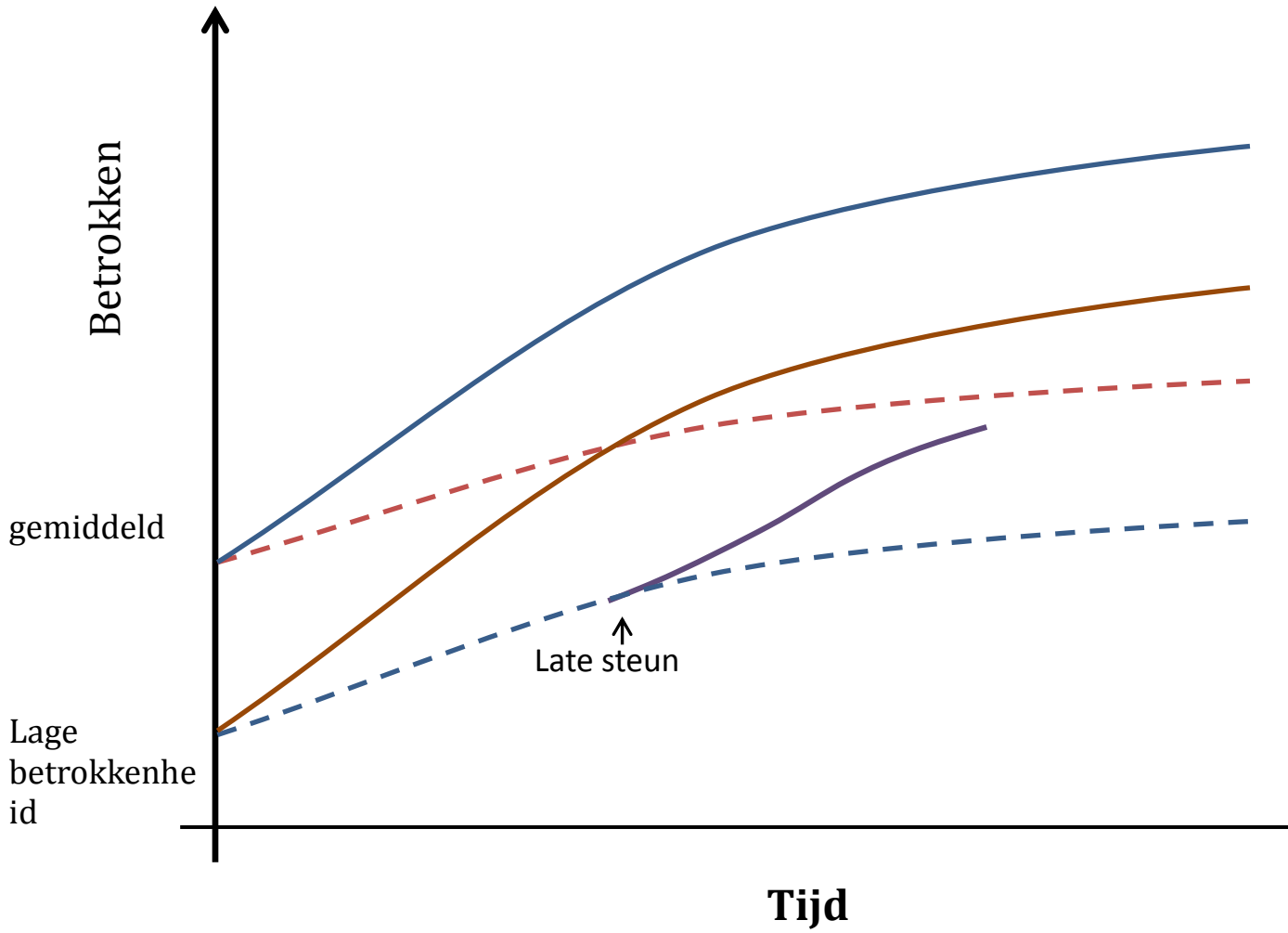
Dat maakt het de moeite waard om de factoren op te sporen die lichamelijke en mentale gezondheid bevorderen. Die factoren kunnen een aanvullende bijdrage leveren om de gezondheid, het welbevinden en het floreren in een bevolking te versterken met alle bijkomende voordelen zoals kostenreductie in de zorg en toegenomen productie en participatie. Deze studie gaat om de identificatie van dergelijke factoren in de levensloop.

Levensloop aanpak

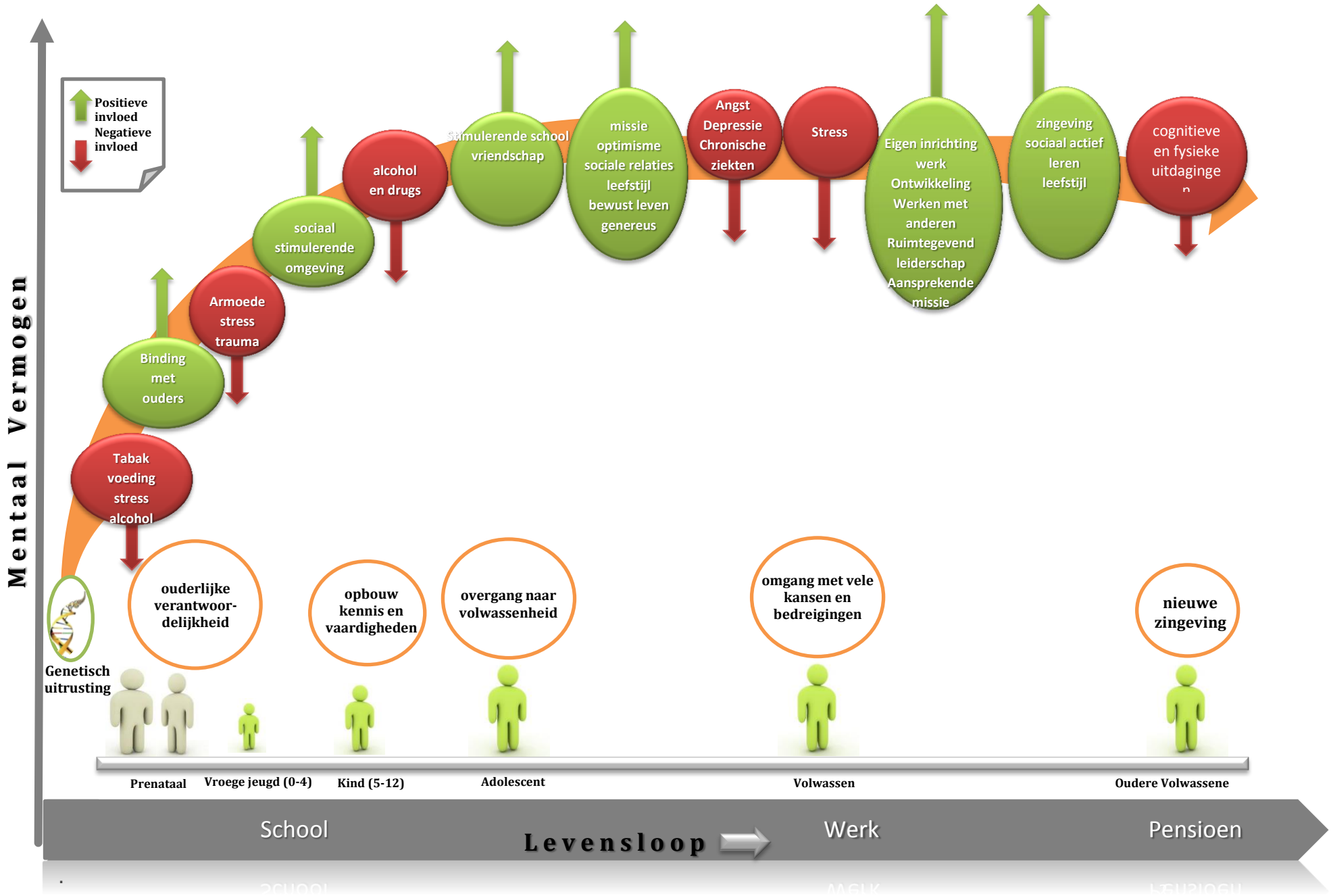
Ons vermogen om effectief te kunnen handelen, om onze mentale capaciteit te ontwikkelen en om tot bloei te komen ontwikkelt zich in de loop van ons leven vanaf de conceptie tot aan de dood en kan veranderen gedurende het leven. Ons fysieke en mentale vermogen bouwt zich in onze jonge jaren snel op om gedurende de volwassenheid tot stabiliteit te komen en daarna weer af te nemen. Er zijn veel factoren die deze ontwikkeling beïnvloeden. Daarbij spelen erfelijke factoren een rol en factoren vanuit de omgeving. Extra complicatie is dat erfelijke en omgevingsfactoren interacteren. Omgevingsinvloeden kunnen gevolgen hebben voor de manier waarop genen tot uiting komen. De omgevingsinvloeden die in de loop van een leven hun invloed uitoefenen zijn gedurende de eerste fases vooral afhankelijk van de kwaliteit van de

thuissituatie, meestal het gezin. Hoe gaan de ouders om met voeding, hoeveel warmte bieden zij, hoe ondersteunen zij de taalontwikkeling. Geleidelijk wordt de invloed van school en peers groter tot een moment waarop het gezin van oorsprong minder directe invloed heeft dan school of vrienden of een partner. In de volwassen levensfase is het werk een belangrijke invloed naast de eigen sociale contacten met vrienden of binnen een gezin. En op oudere leeftijd kan afhankelijkheid ontstaan van familie of instellingen (figuur 3).

In elke fase van de levensloop zijn er kritische momenten die een aanknopingspunt zijn voor begeleiding of interventies om de gezondheid en de bloei te versterken.
De interventies zijn er dus op gericht om gedurende de gehele levensloop mensen impulsen te geven om hun gezondheid en bloei voort te zetten en te versterken. Dat geldt zeker voor mensen die kwetsbaar zijn: hetzij door aanleg, hetzij door externe omstandigheden. Omdat die groep risico loopt op een chronische ziekte of op een ongelukkig leven dat niet goed tot ontwikkeling komt is het daar in het bijzonder aangewezen om interventies in te zetten die meer kansen bieden (zie figuur 4).



Figuur 4. Doel versterken betrokkenheid (Foresight, 2008).


Mentaal Vermogen
Positieve invloed
Negatieve invloed
Tabak voeding stress alcohol
Binding met ouders
Armoede stress trauma
sociaal stimulerende omgeving
alcohol en drugs
Stimulerende school vriendschap
missie optimisme sociale relaties leefstijl bewust leven genereus
Angst Depressie Chronische ziekten
Stress
Eigen inrichting werk Ontwikkeling Werken met anderen Ruimtegevend leiderschap Aansprekende missie
zingeving sociaal actief leren leefstijl
cognitieve en fysieke uitdagingen
Genetisch uitrusting
ouderlijke verantwoor-delijkheid
opbouw kennis en vaardigheden
overgang naar volwassenheid
omgang met vele kansen en bedreigingen
nieuwe zingeving
Prenataal
Vroege jeugd (0-4)
Kind (5-12)
Adolescent
Volwassen
Oudere Volwassene
School
Levensloop
Werk
Pensioen

Figuur 3. Mentaal vermogen in de levensloop (Beddington et al., 2008).

Dat is de reden om hierna wat nauwkeuriger te kijken naar de invloeden die in de verschillende levensfasen ons vermogen om tot bloei en ontwikkeling komen beïnvloeden.

Gezondheidscentra Nieuwegein en Nijkerk

In Nieuwegein en Nijkerk zijn gezondheidscentra ontstaan die nauw samenwerken en vernieuwingen in de eerste lijn willen realiseren om te komen tot geïntegreerde gezondheidscentra. Centra waar interventies plaatsvinden bij ziekte, waar advies en begeleiding wordt gegeven bij risico op ziekte of voor het in stand houden van gezondheid en welbevinden. En waar samengewerkt wordt met welzijn, maatschappelijk werk en andere zorginstellingen maar ook met de gemeente, de verzekeraars, scholen en bedrijven met als centraal doel: het herstellen, bevorderen en in stand houden van gezondheid en welbevinden bij de burgers in hun werkgebied.

De kenmerken van de populatie van Nieuwegein en Nijkerk zijn in bijgaand overzicht samengevat. Duidelijk wordt dat de bevolking van Nieuwegein een achterstand heeft als het gaat om gezondheid en welbevinden en dat die van Nijkerk iets boven het gemiddelde van Nederland uitkomt.

Gezondheid in Nieuwegein

Ziekte

- De meest voorkomende ziekten bij volwassenen zijn migraine/ernstige hoofdpijn (14%), hoge bloeddruk (13%), ernstige aandoening van nek en schouder (9%), astma/chronische bronchitis/longemfyseem/CARA (9%) en gewrichtsslijtage aan heupen of knieën (7%). In de regio is dit 14%, 11%, 9%, 7% en 8%.
- Van de 65-plussers ervaart 28% een lichamelijke beperking. Men ervaart vooral mobiliteitsbeperkingen (23%) naast gezichtsbeperkingen (9%) en gehoorbeperkingen 8%).
- 16% van de volwassenen en 45% van de senioren heeft contact met een huisarts of specialist n.a.v. een hoge bloeddruk. Het landelijk gemiddelde is 13% respectievelijk 42%.
- 17% van de volwassenen geeft mantelzorg. 21% van de mantelzorgers voelen zich (over)belast. Landelijk is dit 12% respectievelijk 14%. 13% van de senioren geeft mantelzorg. 15% van de mantelzorgers voelt zich overbelast. Landelijk is dit 13% respectievelijk 14%.
- 43% van de volwassenen heeft ten minste één chronische aandoening. Landelijk is dit 38%.
- Het merendeel van de jongeren groeit op in gezinnen met lage inkomens (25%) of modaal inkomen (47%) voor wat betreft de sociaal economische status

Psychische gezondheid

- 46% van de volwassenen heeft risico op angststoornissen en depressieve klachten. Landelijk is dit 40%.
- 46% van de volwassenen en 51% van de senioren ervaart eenzaamheid. Landelijk is dit 37% respectievelijk 45%.
- 13% van de volwassenen ervaren problemen in de combinatie tussen werk en zorg. Landelijk is dit 11 %.
- 8% van de volwassenen ervaren seksuele problemen. Landelijk is dit 7%.
- 67% van de volwassenen heeft hulp uit de omgeving gekregen voor psychische problemen. Landelijk is dit 27%.
- 11% van de volwassenen is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Landelijk is dit 8%.
- 16% van de kinderen heeft een ongunstige score op faalangst. Landelijk is dit 13%.

Leefgewoonten

- 41% van de volwassenen en 37% van de senioren voldoet niet aan de Beweegnorm. Landelijk is dit 35% respectievelijk 31%. 12% van de kinderen voldoet niet aan de norm voor gezond bewegen. In de regio is dit 9%.
- 53% van de volwassenen heeft overgewicht en 15% van de volwassenen heeft ernstig overgewicht. Landelijk is dit 45 respectievelijk 12. 61% van de senioren heeft overgewicht. Landelijk is dit 59%.
- 10% van de kinderen ontbijten minder dan 5 dagen per week. In de regio is dit 5%. 85% van de volwassenen voldoet aan de ontbijtnorm. In de regio is dit 87%.
- 63% van de kinderen in de gemeente eet niet dagelijks fruit. In de regio is dit 58%. 25% van de volwassenen voldoet niet aan de fruitnorm. In de regio is dit 27%.
- 30% van de volwassenen voldoet aan de groentenorm. In de regio is dit 31%.
- 22% van de kinderen is niet lid van een sportclub. In de regio is dit 16%.
- 41% van de kinderen kijken tv/video/dvd en/of computeren totaal 2 uur of meer per dag. In de regio is dit 33%.
- 4% van de bovenbouwkinderen heeft wel eens gerookt en 27% wordt thuis blootgesteld aan rook. In de regio zijn deze cijfers 4% respectievelijk 22%.
- 15% van de senioren rookt en 9% drinkt overmatig alcohol. Landelijk is dit 13% respectievelijk 8%.

Gezondheid in Nijkerk

Inwoners

- 40.434 inwoners wonend in 16.202 huishoudens. De gemiddelde huishoudgrootte is 2.5. Het landelijk gemiddelde ligt op 203 personen.
- 26.5% van de huishoudens is alleenstaand, 2.4% is een eenoudergezin, 42.4% is meerpersoons zonder kinderen en 28.7% is meerpersoons met kinderen. Landelijk is dit 35.5%, 6.4%, 29.7% en 28.4%.
- 6.3% van de inwoners is tussen de 0-4 jaar, 13.8% tussen de 5-14 jaar, 11.8% tussen de 15-24 jaar, 18.0% tussen de 25-39 jaar, 35.2% tussen de 40-64 jaar, 8.8% tussen de 65-74 jaar en 6.1% is 75 jaar en ouder.
- 94.4% van de inwoners is autochtoon, 1.7% westers allochtoon en 3.9% niet westers allochtoon.
- 49.8% van de inwoners is man en 50.2% van de inwoners is vrouw.

Ziekte

- 10.3% van de inwoners tussen de 20 en 64 jaar rapporteren een matige tot slecht ervaren gezondheid. Landelijk is dit 10.8%.
- 38 patiënten per 1000 inwoners bezoekt de huisartsenpraktijk voor diabetes, 12 voor COPD, 122 voor CVRM en 5 voor hartfalen. Landelijk is dit 50, 19, 128 en 7.
- 8% van de jongeren heeft een risico-indicatie. Van hen betreft het 26% psychosociale problematiek, 26% voeding/overgewicht en 15% ontwikkelingsproblemen. 13% heeft klachten aan ogen en 11% heeft klachten aan oren.

Psychische gezondheid

- In 2010 gaf 54% van de ouders in Nijkerk aan behoefte te hebben aan opvoedondersteuning.
- 14% van de jongeren heeft last (gehad) van pestgedrag, 16% meldt weleens geestelijk mishandeld te zijn, 7% lichamelijk.

Leefgewoonten

- Uit een onderzoek in de regio naar het alcoholgebruik van jongeren tussen de 12 en 16 jaar bleek dat 49% van deze groepen in die vier weken alcohol had gedronken en dat 34% de jongeren die alcohol hadden gedronken meer dan 5 drankjes met alcohol hadden gedronken.
- In de regio haalt 49% van de volwassenen de NNGB (dagelijks minstens een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit, minimaal 5 dagen per week), 47% is semi-actief en 4% is inactief.
- In de regio haalt 38% van de volwassenen de fitnorm (ten minste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve activiteit), 47% is semi-fit en 15% is niet fit.
- 68% van de jongeren tot 18 jaar is in 2012 lid van een sportvereniging .

De samenwerkende gezondheidscentra van Nieuwegein en Nijkerk nemen het begrip positieve gezondheid als uitgangspunt voor hun gezondheids interventies: het herstellen van gezondheid bij ziekte, het identificeren en aanpakken van risico's voor de gezondheid en het bevorderen van de gezondheid in de bevolking waar zij verantwoordelijk voor zijn.

Dat leidt tot een aantal uitgangspunten:

1. Lichaam en geest zijn één. Aandacht voor psychische problemen en gezondheid zijn net zo belangrijk als aandacht voor lichamelijke gezondheid en ziektes. Er is een aanzienlijke interactie tussen lichaam en geest waarbij mentale problemen ziektes kunnen veroorzaken of versterken zoals SOLK (Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten), of van invloed zijn op chronische ziektes zoals hart en vaatziektes.
2. In de curatieve praktijk wordt voortdurend gezocht naar de mogelijkheid die de patiënt zelf heeft om zijn of haar ziekte te beïnvloeden. Bij chronische ziektes stelt de behandelaar zich op als coach ter ondersteuning van de acties die de patiënt zelf kan ondernemen. Empowerment en zelf management zijn centrale begrippen.
3. Onwelbevinden is vaak aanleiding voor psychische of lichamelijke klachten. Deze klachten worden serieus genomen en kunnen vaak beter aangepakt worden vanuit het sociaal maatschappelijk werk dan per se door de huisarts.
4. De verantwoordelijkheid voor de gezondheid in een populatie berust in eerste instantie bij de burgers die de populatie vormen. De eerste lijn doet er alles aan om die gezondheid te ondersteunen in samenwerking met andere partijen die ook een belang hebben bij gezonde en productieve burgers zoals zorginstellingen, de gemeente, scholen, middenstand en bedrijven.

Op grond daarvan en vooruitlopend op de resultaten van de hierna volgende studie en uitgaande van de begrippen positieve gezondheid, populatieaanpak en levensloop aanpak, kan het beleid van de gezondheidscentra nieuwe impulsen geven aan de gezondheid door:

1. **Het bevorderen van de positieve gezondheid in de populatie. Dat kan het beste door doelen na te streven die te maken hebben met leefstijl van de bevolking. En dat kan niet anders dan door nauw samen te werken met andere betrokkenen zoals gemeente, verzekeraar, scholen, bedrijven, zorginstellingen, maatschappelijk werk.**
2. **In elke populatie is er een aantal gezinnen waar de problemen zich opstapelen: op het gebied van leefstijl en op het gebied van ziekte. Voor kinderen uit dergelijke gezinnen is het moeilijk om te ontsnappen aan deze invloeden waarmee zij een slechte start maken. Rondom een aantal van deze echte probleemgezinnen en individuele mensen met ernstige samengestelde problemen kan alleen een pro actief en onderling afgestemd beleid in de loop van de tijd verandering of stabilisatie brengen. Een sociale wijkteam is, ondersteund door zorg organisaties en gemeente, verzekeraar en politie, bij uitstek de partij om de uitvoering ter hand te nemen, bij voorkeur opererend vanuit de eerstelijns gezondheidscentra.**

1. Gezond al voor de start

Al meteen de eerste kus is bepalend voor de gezondheid van het kind dat mogelijk tot ontwikkeling komt als die kus naar meer smaakt. Die kus is een onbewuste bron van informatie over de gezondheid van de ander en de mate waarin mensen genetisch bij elkaar passen. Philematologen (wetenschappers die de kus bestuderen) stellen dat de belangrijkste functie van de kus is om de juistheid te testen van de partnerkeus. Vooral vrouwen zijn daar goed in. Zij registreren in die kus informatie over het immuunsysteem van de partner en als dat nu maar voldoende afwijkt, dan is er een goede match. Twee verschillende immuunsystemen geven meer kans op gezond blijvende kinderen. De informatie die een vrouw opdoet tijdens de kus gaat volgens de philematologen direct naar de hersenen om daar een data bank te vormen over de gezondheid van de partner, diens eet en drink en rookgewoontes en zijn geestelijke conditie.

Veel mensen realiseren zich niet dat hun gezondheidsgedrag al voor de conceptie van invloed is op het nog niet eens gemaakte kind. In een van de grootste onderzoekingen in de Verenigde Staten werden gezondheidsgewoontes van zwangere vrouwen vergeleken met vrouwen die zwanger wilden worden. Ten opzichte van de zwangere vrouwen rookte meer dan de helft van die vrouwen en dronken zij regelmatig alcohol. Bijna de helft had haar eetgewoontes niet aangepast (Anderson et al., 2006). Als het gaat om preconceptie zorg gaat de meeste aandacht naar chronische ziektes, diabetes en het innemen van foliumzuur. Maar er is weinig aandacht voor gezondheidsgedrag. Toch kunnen die gedragingen invloed hebben op de fysieke en mentale gezondheid van het kind (Delissaint et al, 2011). Roken, alcoholgebruik, te weinig foliumzuur, overgewicht, hoge bloeddruk en diabetes kunnen leiden tot voortijdige geboortes en een laag geboortegewicht, maar ook tot het foetaal alcohol syndroom en defecten in het zenuwstelsel en andere geboorte defecten. De basis voor een gezonde start in het leven ligt in de ontwikkeling van de organen bij de foetus, de organogenese. Dat is heel vroeg en vormt dus een goede reden om al voor de start in te zetten op gezondheids bevorderende acties.

Dat heeft zin!

Vrouwen die meededen aan een preconceptionele interventie verbeterden niet alleen hun kennis over risico's en het voorkomen daarvan, maar veranderden ook hun gezondheidsgedrag voor en gedurende de zwangerschap (Elsinga et al, 2008).

Meestal blijft de man hier buiten schot. Ten onrechte. Het gezondheidsgedrag van de man voor de conceptie heeft invloed op de kwaliteit van zijn sperma en op het gezondheidsgedrag van de vrouw. Er zijn indicaties dat roken kan leiden tot een afname van de hoeveelheid en kwaliteit van het sperma en van de vruchtbaarheid. Ook excessief alcoholgebruik, marihuana en/of cocaïne gebruik en het slikken van anabole steroïden kan schadelijke gevolgen hebben.

De transitie van een paar naar een gezin biedt een goed uitgangspunt voor de bevordering van de gezondheid van beide. En er is dus veel voor te zeggen om echtparen die een kind willen goed voor te lichten over de factoren die de gezondheid van het gewenste kind bevorderen. Daarbij gaat het dan vooral over het gezondheidsgedrag en de omgang met mogelijke chronische ziektes.

2.1 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING GEZOND VOOR DE START

- De gezondheid en het gezondheidsgedrag van de partners die een kind wensen is van invloed op het nog niet verwekte kind.
- Interventies die zich richten op de kennis en het gezondheidsgedrag van partners die een kind wensen vergroot hun kennis en bevordert hun gezondheidsgedrag.

Zaken die bij een interventie aan de orde kunnen komen zijn (CDC,2014):

1. Algemene gezondheid en welbevinden
2. Toegang tot de zorg
3. Vruchtbaarheid en gezinsplanning
4. Gebruik van alcohol en tabak
5. Voeding
6. Bewegen
7. Mentale gezondheid(stress, angst, depressie)
8. Emotionele en sociale steun en netwerken
9. Chronische ziekten (diabetes, bloeddruk, astma)
10. Infecties(HIV, SOA).

NIEUW BELEID

1. **Consultatief gesprek met echtpaar dat een kind overweegt**
2. **Verwijzing op recept bij problematisch gezondheidsgedrag voor een gezondheids interventie, voort te zetten bij zwangerschap.**

2. Gezond aan de start

Ook zonder naam bestaat het kind al. Van een klompje cellen is het volop aan het groeien in de beschutting van het lichaam van de moeder. Gaandeweg dringt steeds meer van de buitenwereld door. Veel van wat de moeder eet en drinkt gaat via de bloedbanen in het lichaam van het kind rond. Ook haar emoties maakt het kind mee. En iets van leren vindt plaats. Als je kinderen voor hun geboorte een melodietje laat horen, blijkt uit de reactie van de hersenen dat zij na de geboorte het melodietje herkennen.
Voordat we wat meer in detail ingaan op de invloed van verschillende factoren, toch eerst het algemene beeld. Alle normale en bekende risico's en beschermende en gezondheids bevorderende gedragingen zijn ook bepalend voor het ongeboren kind. Die beschermende factoren zijn overbekend: niet roken, niet tot zeer matig alcohol drinken, actief blijven bewegen, een gevarieerd voedingspatroon waarbij groente en fruit de basis vormen waarbij vlees en vis het accent en niet de hoofdmoot zijn. En als het even kan het beperken van lang aanhoudende stress. Als ouders daarmee rekening kunnen houden staat maar weinig een voorspoedige en gezonde ontwikkeling in de weg.

2.1 Bewegen

Over het effect van bewegen op het ongeboren kind weten we niet eens zo heel veel. Overdreven lichamelijke activiteit of eenzijdig belastende lichamelijke activiteiten zoals lang staan kunnen een risico vormen. Maar een normaal actief patroon met regelmatig intensief bewegen heeft alleen maar voordelen voor de moeder en het kind. De risico's van actief bewegen zijn heel beperkt en gaan vooral over te veel belasting die samenhangt met bepaalde beroepen. Fysieke activiteit zorgt voor een goede doorstroming van het bloed, beperkt cardio vasculaire risico's, zorgt voor een betere zuurstof opname in het bloed, vermindert de bloeddruk, voorkomt trombose en helpt bij de instandhouding van een gezond gewicht bij de moeder(Schlussel et al., 2008). Ook de kans op een post natale depressie wordt kleiner omdat actief bewegen positieve emotionele effecten heeft. Dat zijn dan vooral de voordelen voor de moeder. Voor het kind betekent een lichamelijk actieve moeder waarschijnlijk minder lichaamsvet, meer tegen stress bestand zijn en een goede gedragsontwikkeling op neuronale basis. Ook het proces van de geboorte is bij actieve vrouwen korter met minder complicaties (Melzer et al, 2010)

Ondanks deze voordelen geloven nog veel vrouwen het bakerpraatje dat ze bij zwangerschap hun lichamelijke activiteiten sterk moeten inperken. Dat kan leiden tot hogere bloeddruk en overgewicht van de moeder en kind, en diabetes (Jovanovic-Petersen et al.,1991).
Kortom, uitzonderingen daargelaten is een lichamelijk actieve leefstijl met tenminste een half uur per dag matig intensieve lichamelijke activiteit, in het voordeel van de groei en bloei van moeder en kind.

2.2 Voeding

Een gematigde voeding, vooral bestaand uit het eten van groente en fruit, matige hoeveelheden vlees, vis, volle granen bevat in principe voldoende voedingsstoffen voor moeder en kind.
Het voedingscentrum geeft een mooi overzicht van wat je wel en beter niet kunt eten gedurende een zwangerschap. Dus geen rauw vlees, juist wel vis, maar niet gerookt, geen rauwe schaal of schelpdieren, geen roofvissen zoals tonijn, geen zachte kaas gemaakt van rauwe melk, geen rauwe eieren. Oppassen met medicijnen, vooral met pijnstillers en kruiden. Het complete overzicht staat op de site (www.voedingscentrum.nl). Als extra voedingssupplementen worden foliumzuur en vitamine D aangeraden. In een groot prospectief cohort onderzoek in Denemarken onder ruim 7000 vrouwen met een follow up van 33 jaar bleek dat de mindere kwaliteit van leven op 33 jarige leeftijd vooral bepaald werd door het roken van de moeder en haar gebruik van medicatie, met name pijnstillers en psychofarmacologische geneesmiddelen (Ventegod et al, 2005).
Minder weten we van wat de hersenen kan beïnvloeden. In een groot Europees onderzoeks project: "Nutrimenthe" zijn gedurende 5 jaar honderden Europese gezinnen onderzocht De onderzoekers keken met name naar het effect van voeding op de cognitieve, emotionele en gedragsontwikkeling van kinderen. Foliumzuur, zo bleek, ingenomen gedurende de eerste drie maanden van de zwangerschap kan gedragsproblemen in de vroege jeugd voorkomen. Ook omega-3 zoals dat in vette vis voorkomt heeft een gunstige werking. Omega-3 vetzuren zijn de bouwstenen van hersencellen. In het Nutrimenthe onderzoek zag men dat het regelmatig eten van vette vis een positief effect had op leervaardigheden. Omega-3 heeft ook in ander onderzoek een gunstig effect op de mentale ontwikkeling van het kind en op de cognitieve ontwikkeling op langere termijn (Eilander et al, 2007).

Daarnaast zijn er vele kleine studies die ingaan op de schadelijke of gunstige werking van bepaalde voedingsstoffen maar waarvan het bewijs nog te dun is om conclusies aan te verbinden. Een studie kan ik als chocolade liefhebber niet nalaten te vermelden. Een Fins onderzoek stelde vast dat de dagelijkse consumptie van pure chocola tijdens de zwangerschap actievere en vrolijker baby's tot gevolg heeft. Maar dat kan ook komen omdat die moeders van de chocola wat gelukkig worden en dat op het kind overdragen. In ieder geval hoef je chocolade niet te laten staan als je zwanger bent. Gelukkig maar.

Dus wat zwangere vrouwen kunnen doen om de groei en bloei van hun kind te bevorderen is, als het gaat om voeding, een gewoon gezond eet en leefpatroon, aangevuld met Foliumzuur, omega-3 en vitamine D, natuurlijk in overleg met de dokter als het gaat om de dosering. Niet roken, geen alcoholgebruik, grote terughoudendheid bij het gebruik van pijnstillers en psychofarmaca.

2.3 Stress

Er is nogal wat onderzoek dat een relatie aantoont tussen stress gedurende de zwangerschap en het toegenomen risico op een aantal ziekten. In een groot populatie onderzoek in Denemarken is dat verband nader onderzocht (Tegelhoff et al, 2011). Dat onderzoek gaat over 66.203 moeder-kind paren met een gemiddelde follow up van 6,2 jaar. De onderzoekers onderscheidden twee soorten stress: "life stress" en "emotional stress" . Levensstress gaat over de druk van levensomstandigheden zoals werk, wonen en relaties. Emotionele stress gaat over gevoelens van angst en depressie. Beide vormen van stress namen toe tijdens de zwangerschap. Levensstress had een verband met een aanzienlijke hoeveelheid kinderziektes zoals infectie en parasitaire ziektes, ziektes van oog, oor, huid, ademhalingsstelsel, spijsvertering, bewegingsstelsel en het genitaal urinair systeem. Boeiend is dat emotionele stress alleen samenhing met infectieziekten. De laatste bevinding wijkt af van eerder onderzoek. Dat zou kunnen komen door de diversiteit in operationalisatie van emotionele stress. De oorzaken van de gevonden verbanden kunnen samenhangen met een te grote blootstelling aan glucocorticoiden die ontstaan bij chronische stress.
Prenatale stress gaat ook samen met de neurologische ontwikkeling die de cognitieve ontwikkeling beïnvloedt. Het gevonden verminderde cognitieve functioneren veroorzaakt worden door het afgenomen vermogen van het lichaam om nieuwe hersencellen te maken (neurogenese). Kinderen van

moeders die bloot zijn gesteld aan langdurige stress zijn gevoeliger of juist minder gevoelig voor stressprikkels. Die toegenomen emotionele kwetsbaarheid van het kind kan een oorzaak hebben in de beperkter ontwikkeling van de hippocampus onder invloed van chronische stress (Wolf et al., 2008). De invloed van stress op het mentaal vermogen kan ook te maken hebben met de toegenomen kans op een laag geboortegewicht. Kinderen met een erg laag geboortegewicht doen het slechter op school. De effecten van stress lijken het sterkst te zijn in het eerste en derde trimester omdat dan de impact op het ontwikkelende brein het grootst is. Een bijzonder aspect van het effect van prenatale stress op het emotionele en cognitieve functioneren is dat die kinderen kwetsbaarder zijn voor met stress samenhangende cognitieve achteruitgang op latere leeftijd.
Gelukkig kan postnataal compensatie plaatsvinden voor prenatale schade. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat een postnatale interventie waarbij de moeder meer en gerichte aandacht geeft aan het kind kan leiden tot herstel van de neurogenese (Lemaire et al, 2006).

In ieder geval kunnen we het volgende concluderen:

- Vooral omgevings stress heeft impact op de lichamelijke, emotionele en cognitieve bloei en groei van het kind
- Er zijn interventies beschikbaar die stress kunnen verminderen, bijvoorbeeld het versterken van veerkracht en het versterken van het sociale netwerk
- De schade van prenatale stress kan beperkt worden door goede postnatale zorg.

2.4 Armoede en andere sociale omstandigheden

Etniciteit en sociale deprivatie zijn sterk verbonden met negatieve perinatale uitkomsten zoals een laag geboortegewicht of een voortijdige geboorte. Veel onderzoek over dit thema komt evenwel uit de Verenigde Staten en is slecht te vergelijken met de Europese of Nederlandse situatie. In een groot overzicht van 106 onderzoeken beschouwden de onderzoekers als negatieve geboorte uitkomsten: een te vroege geboorte, een laag geboortegewicht of een te laag gewicht voor de leeftijd. 93 van de 106 onderzoeken laten ten minste een significante relatie zien tussen een maat voor de sociaal economische status en geboorte uitkomsten. De negatieve geboorte uitkomsten concentreerden zich in de groepen met de lagere sociaal economisch status (Blumenshine et al., 2010). De factor die deze verschillen het sterkst verklaarden was roken.

Een van de weinige Europese onderzoeken is een grote Rotterdamse populatie studie onder bijna 60.000 zwangere vrouwen (Poeran et al, 2013). De uitkomsten zijn opvallend. In de meeste achterstands wijken waren de perinatale uitkomsten een stuk slechter dan in andere wijken. Maar dat gold vooral voor de autochtone vrouwen en veel minder voor de vrouwen van buitenlandse afkomst. De onderzoekers maakten een index in een tien-puntsschaal met vijf categorieën. Hoogste kwaliteit: boven de 7, laagste kwaliteit en dus hoge sociale deprivatie minder dan 3.9. Elk punt dat de vrouwen hoger scoorden op deze schaal liet een afname zien van 16% in de mortaliteit bij de westerse vrouwen. Dat verloop was niet zichtbaar bij de niet westerse vrouwen. De onderliggende oorzaak is niet helder: hangt dat samen met gezondheidsgedrag? Komt het omdat het voor de vrouwen van Nederlandse afkomst een grotere stressfactor vormt dat zij in een achterstandswijk wonen? Speelt de genetica een rol?

In Nederland groeit ongeveer 1 op de 10 kinderen op in armoede. Er leven ruim 600.000 huishoudens in armoede (CBS, 2014), waarvan 200.000 moet rondkomen van een bijstandsuitkering. Dat heeft dan betrekking op ruim 380.000 kinderen (Kinderen in tel, 2014). Die cijfers geven een indicatie van het aantal kinderen dat risico loopt op een ongezonde start. Bij zwangerschappen waarbij sprake is van een laag inkomen of een lage opleiding of het wonen in een achterstandswijk kan het aantal risicofactoren elkaar versterken:

- Gevolgen slechte woonomstandigheden
- Slechte voeding
- Roken, alcoholgebruik, gebruik van pijnstillers
- Levensstress

Die factoren hebben direct invloed maar werken ook door op een langere termijn, mogelijk ook door het cumulatieve effect met het opgroeien in armoede. Zo heeft een kind met een dergelijke achtergrond op twintigjarige leeftijd een achterstand van 13 IQ punten op een kind dat niet in armoede is opgegroeid. Ook hadden deze kinderen meer moeite met het beheersen van hun emoties als volwassene.

Armoede gaat niet per definitie samen met problemen in de ontwikkeling van kinderen. Als het een puur financieel probleem is bijvoorbeeld van tijdelijke aard zijn er weinig negatieve gevolgen. Die negatieve gevolgen spelen pas echt als er sprake is van een combinatie van factoren zoals armoede, lage opleiding, slecht gebruik maken van bestaande

voorzieningen, stress, huiselijk geweld en psychische problemen. Dan stijgt de kans op problemen tot 30% (Katz, et al, 2007). Die problemen hebben onder andere betrekking op de ontwikkeling van intelligentie, gedragsproblemen en delinquentie (Hermann, 2005). Het gaat dus vooral om een opeenstapeling van problemen.

Er zijn factoren die compenseren voor de negatieve invloed van armoede of andere ongunstige sociaaleconomische omstandigheden. Dat gaat dan met name over het hebben van een goed ondersteunend sociaal netwerk en de betrokkenheid van de vader en de familie. Sociale steun heeft een sterk positief verband met de gezondheids status en het gezondheids gedrag van de vrouw (Canella, 2006).

Een kanttekening is van belang bij het geboortegewicht. Veel van de studies stellen het geboortegewicht als parameter van negatieve geboorte uitkomsten centraal. Inderdaad heeft een extreem laag geboortegewicht veel negatieve gevolgen voor de neurologische ontwikkeling zoals zichtbaar wordt in cognitieve en gedragsontwikkeling. Maar dat geldt eigenlijk alleen voor kinderen met een laag geboortegewicht bij wie sprake was van neonatale complicaties. De minder extreme en complexe situaties van kinderen met een zeer laag geboortegewicht hebben op twintig jarige leeftijd een opleidingsniveau, beroep en manier van leven die gelijk is aan de controlegroep van kinderen met een normaal geboortegewicht (Gaddlin et al., 2009).

2.5 De betrokkenheid van de vader

De betrokkenheid van de vader bij de zwangerschap beïnvloedt op een positieve manier de gezondheid van de vrouw, het kind en van de vader zelf. Al sinds de zestiger en zeventiger jaren worden mannen aangemoedigd om actiever te zijn in ouder groepen voor, tijdens en na de zwangerschap. Het ging daarbij dan wel meestal om de ondersteuning van de vrouw. En dan ook nog veelal voor mannen die voor het eerst vader worden, over het algemeen afkomstig uit de hogere middenklasse. Het wordt steeds duidelijker dat het belang verder gaat dan de vrouw en het kind en dat deze betrokkenheid ook voordelen heeft voor de gezondheid van de man zelf. Een eerste effect van dit soort trainingen die mannen meer bij de zwangerschap betrekken is dat mannen zich wat minder onzeker en gemarginaliseerd voelen. Bovendien hadden de mannen na de training een betere gezondheid dan mannen die de training niet volgden

en zij hadden minder relatie problemen (Plantin et al., 2011). Ook internet trainingen laten dit soort effecten zien.
Longitudinaal onderzoek toont aan dat een gebrek aan steun, in het bijzonder van de kant van de partner, aanzienlijke gevolgen heeft voor de groei van de foetus. De deelname van de vader aan gezondheidsprogramma's kan zelfs gevolgen hebben voor de kindermortaliteit.
Zijn aanwezigheid bij de geboorte heeft een positieve invloed op de pijn van de vrouw, op haar vermoeidheid en kan de duur van de bevalling verkorten. Op langere termijn blijkt die aanwezigheid de relatie te versterken. Het is wel belangrijk om te beseffen dat dit soort onderzoek vooral plaats vond bij witte middenklasse ouders. Mogelijk heeft het bevorderen van de betrokkenheid van de vader nog meer impact bij zeer jonge gezinnen en bij migranten gezinnen of gezinnen met een laag inkomen of opleiding.

2.6 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING GEZOND AAN DE START

- De gezondheid en het gezondheidsgedrag van de ouders van het nog niet geboren kind zijn van invloed op de gezondheid van het kind
- Een lichamelijk actieve leefstijl is bevorderlijk voor de ontwikkeling van het kind.
- Gezonde voeding gekenmerkt door groente en fruit en volkoren granen heeft een positief effect op de ontwikkeling van het kind. Aanvullende voedingssupplementen die overwogen kunnen worden zijn Foliumzuur, omega-3 en vitamine D. Roken heeft zeer negatieve gevolgen evenals problematisch alcoholgebruik. Terughoudendheid is geboden met pijnstillers en psychofarmaca.
- Langdurig aangehouden stress kan schadelijk zijn voor moeder en kind. Een goed sociaal netwerk en vooral de betrokkenheid van de familie en de vader kan daarvoor compenseren. Interventies gericht op het verminderen van stress, bijvoorbeeld een veerkracht training kan stress doen verminderen.
- Armoede kan, in combinatie met andere risicofactoren schadelijke gevolgen hebben. Een goed sociaal netwerk kan daarvoor compenseren.
- De betrokkenheid van de vader heeft een positieve invloed op de gezondheid van de moeder, het kind en van de vader zelf.
- Een transitie periode als een zwangerschap vormt een goed aanknopingspunt voor mensen om hun leefstijl gezonder te maken.

NIEUW BELEID

1. **De eerstelijns instellingen in Nieuwegein en Nijkerk stellen een protocol op om gedurende de zwangerschap aandacht te besteden aan leefstijl aspecten(bewegen, voeding, stress).**
2. **Scholen van verloskundigen in het signaleren en adresseren van leefstijl problemen, gebruikmakend van methoden als motivational interviewing.**
3. **Uitbreiding van Welzijn op Recept met interventies die de betrokkenheid van de vader bevorderen en die leefstijl veranderingen bij de moeder ondersteunen rond bewegen, voeding en stoppen met roken.**
4. **Het ontwikkelen van case management bij gezinnen waar sprake is van armoede in combinatie met meer dan drie risicofactoren: stress, slecht gebruik van voorzieningen, lage opleiding zodat het kind in ieder geval een zo gezond mogelijke start heeft. Alle betrokken instellingen zijn op de hoogte van het beleid ten aanzien van die gezinnen.**

3. Positieve eerste stappen

Gedurende de baby en peutertijd, tussen 0 en 6 jaar, ontwikkelt het lichaam en de geest het meest. Zo ontwikkelt het zicht zich in het eerste jaar, zijn de eerste twee jaar bepalend voor de ontwikkeling van de basale emoties, vindt de taal ontwikkeling in de eerste zes jaar plaats en diezelfde jaren zijn cruciaal voor de motorische ontwikkeling. De sociale ontwikkeling met leeftijdgenoten ontwikkelt zich iets later, tussen 2 en 7 jaar.
De eerste drie jaar is het kind erg kwetsbaar en ideaal gesproken brengt het kind veel tijd door onder de hoede van ouders of andere opvoeders die voeden, beschermen, stimuleren en liefhebben. Dat is de beste basis om alle vaardigheden te leren die later nodig zijn. De voorwaarden om tot een positieve ontwikkeling te komen lijken dan zo simpel: warm en liefdevol ouderschap, een veilige thuis omgeving en informele ondersteuning vanuit de gemeenschap (Barry et al., 2008). Onder die omstandigheden ontwikkelen zich de lichamelijke gezondheid, het emotionele welbevinden en de cognitieve en sociale vaardigheden zich het best. We geven hierna een overzicht van een aantal factoren dat een de lichamelijke en mentale ontwikkeling positief en negatief beïnvloedt en welke factoren beschermend kunnen zijn.
Wat opvalt in de literatuur is

- Dat het wetenschappelijk onderzoek ten eerste sterk gericht is op de identificatie van factoren die ziekte en problemen voorspellen en veel minder op factoren die bijdragen aan een positieve ontwikkeling
- Dat het meeste onderzoek gaat over de rol van de moeder en
- Dat het meeste onderzoek terugkijkt, retrospectief is.

3.1 Leefstijl

Een gezonde of een ongezonde leefstijl ontwikkelt zich al vroeg. Jonge kinderen wennen snel aan een ongezonde leefstijl. Als in de opvoeding van meet af aan zoet de norm is bij de voeding kan al op jonge leeftijd overgewicht ontstaan met alle negatieve gevolgen daarvan. Hoewel in Nederland het aantal kinderen met overgewicht ten opzichte van andere landen gemiddeld is, heeft toch een aanzienlijk aantal kinderen overgewicht: 14,5% kinderen tussen 2 en 8 jaar met overgewicht en 12,2% kinderen met obesitas (RIVM, 2010). Veel van de kant en klaar producten met baby voeding of ontbijten bevatten veel suiker. Kinderen in

Nederland eten nog steeds veel te weinig groente en fruit. Slechts 19% van de 2 a 3 jarigen en 1% van de 4 tot 6 jarigen krijgt de aanbevolen hoeveelheid groente. Overgewicht en obesitas komt bij kinderen van migranten meer voor dan bij autochtonen en binnen die laatste groep hebben lager opgeleiden vaker een te hoog gewicht.

3.2 Opvoedingspraktijk

Er zijn heel weinig studies die ingaan op de relatie tussen de manier van opvoeden en het welbevinden op latere leeftijd. En waar die er zijn gaat het om een retrospectief onderzoek. Een interessante uitzondering is een longitudinaal prospectief onderzoek in Engeland, gebruik makend van een geboortecohort uit 1946. Er werd gekeken naar de kenmerken van de opvoeding bij kinderen tot hun zestiende jaar in de effecten op hun welbevinden bij tweeënvijftig jaar. Drie opvoedstijlen werden vergeleken: zorg en aandacht(hoe begripvol, hoe vriendelijk, hoe behulpzaam, hoeveel aandacht, etc.), niet-betrokkenheid of laissez faire (zelf zaken regelen en beslissen, veel vrijheid) en beheersing (over beschermend, alles willen weten, privacy niet respecteren).
Goede zorg van de moeder was positief gecorreleerd met positieve relaties aangaan, doel hebben in het leven, zelf acceptatie en welbevinden in het algemeen. Goede zorg van de vader was verbonden met dezelfde variabelen en daarbij met invloed op de omgeving en persoonlijke groei. De niet-betrokkenheid van de moeder maakte weinig verschil maar van de vader hing die sterk negatief samen met persoonlijke groei. De effecten van beheersing, de derde opvoedstijl, waren voor vader en moeder sterk en negatief. Veel van deze effecten verliepen indirect waarbij de persoonlijkheid van het kind sterk meespeelde of de verschillen wel of niet significant waren. De slotconclusie is dat de opvoedingsstijl niet grote maar wel consistente effecten hebben op kinderen tot op latere leeftijd. Een hoog niveau van zorg en aandacht werkt positief uit voor het welbevinden terwijl een attitude van laissez fair en veel controle negatief uitpakt. Die verbanden waren het sterkst in de vader dochter relatie. Een van de meest opvallende resultaten was de mate waarin de vader mede bepalend is voor het welbevinden van de kinderen. Vaak werd daarbij aan de moeder een centrale rol toebedeeld maar, in ieder geval in dit onderzoek, geeft de werkelijkheid ook de vader een stevige plaats. Ook in ander onderzoek blijkt steeds weer het belang van een goede, op belangstellende zorg gebaseerde hechting tussen ouders en kind waarbij vooral de rol van de moeder is onderzocht. Het is dan ook geen wonder dat een onverwachte langdurige scheiding van een van de ouders

negatieve gevolgen kan hebben, met name als die scheiding niet goed verloopt, “goed” in de zin van respectvol, met uitleg, zonder extreme emoties en negatieve uitlatingen van de ouders over elkaar. In dat verband speelt het gedrag van de ouders bij een vroeggeboorte ook een rol. Die heeft allerlei biologische en hormonale gevolgen maar de opvoedstijl is ook van belang. De ervaringen in het ziekenhuis, de zorg voor het kind, angst over de gezondheid en het leven van het kind geeft dat kind een bijzondere start. Ouders zijn vaak meer beschermend waardoor ook meer kans bestaat dat het kind onzeker wordt of angstig. Deze overbescherming kan op lange termijn gevolgen hebben. Goede zorg voor deze ouders kan de stress verlagen en de kans op een post natale depressie verminderen (Benzies et al., 2013; Schappin et al., 2013).

3.3 Depressie bij de moeder

De meeste vrouwen hebben na de geboorte van hun kind een emotioneel wankele periode met huilbuien en slaapproblemen. De meeste van deze babyblues gaan vanzelf over. Maar bij tien procent van de vrouwen duurt het langer en ontwikkelt zich een depressie. De sombere stemming kan invloed hebben op de moeder-kind relatie en kan de gehechtheid negatief beïnvloeden omdat de moeder minder gevoelig is voor de signalen van het kind. De depressie kan samenhangen met erfelijke factoren, met het gebrek aan steun van de vader of familie, met onzekerheid in de relatie en met persoonlijke factoren zoals een heel hoge verwachting. De droom van het geïdealiseerde kind spat soms uit elkaar bij de aandacht en de zorg die een kind, zeker een wat minder gezond kind, opeist. De partner, familie en anderen in de omgeving kunnen veel betekenen voor de depressieve moeder maar als de klachten niet afnemen is professionele hulp aangewezen. De kans op herhaling bij een volgende zwangerschap is groot, reden om aandacht te besteden aan het voorkomen daarvan. Gezien de hoge prevalentie van post natale depressies is het belangrijk om vrouwen te informeren over het bestaan er van en om de depressie te voorkomen. Een gezond dieet, het bespreken van de verwachtingen rond het kind, het praten met de partner of anderen over eventuele zorgen en het doen van lichte lichamelijke oefeningen kan helpen. Een effectieve interventie is ook de intensivering van huisbezoeken van de kant van de verloskundige, het versterken van veerkracht, telefonische ondersteuning en psychotherapie (Dennis et al., 2013).

3.4 De fysieke omgeving

De fysieke omgeving waarin een kind opgroeit is van belang voor zijn of haar ontwikkeling. Bij wetenschappelijk onderzoek zijn deze fysieke factoren moeilijk los te maken van de sociaal economische situatie. Maar desondanks blijkt dat kinderen in huizen zonder tuin, in flats, meer psychische problemen ervaren zoals depressies, slechte concentratie en gevoelens van hopeloosheid (Cooper et al., 2008) tenzij ergens compensatie is in de zin van nabije speelvelden. Zelfs in dichtbevolkte volkswijken scheelt het aanzienlijk als kinderen een eigen kamer hebben. De aanwezigheid van natuur beschermt het kind tegen stress. Vierjarigen bijvoorbeeld die niet buiten konden spelen, vanwege zaken als het verkeer, hebben een meer gespannen relatie met hun ouders, minder vriendjes en een slechtere sociaal-emotionele en lichamelijke ontwikkeling.
Ook geluidsoverlast van buren en verkeer kan negatieve invloed hebben op het welbevinden van het kind. Rokende ouders beïnvloeden de longfunctie op jonge maar ook op latere leeftijd. Een slechte longfunctie op jonge leeftijd voorspelt ademhalingsstoornissen zoals COPD.

3.5 Kinderopvang

Een goede kinderopvang levert een positieve bijdrage aan de ontwikkeling van het kind wat later zelfs tot uiting komt in hogere cijfers voor taal en wiskunde (NCKO, 2013; Dearing et al., 2009; Belsky et al., 2007). De positieve effecten gelden vooral voor kinderen met sociaal economische risico factoren zoals armoede en lage sociaal economische status. (Burchinal et al., 2000, Love et al., 2003, NCKO, 2013). Overzichtsstudies zijn vrij unaniem in hun conclusie: de positieve of negatieve effecten van kinderopvang hangt samen met de kwaliteit daarvan (Love et al., 2003; Burger, 2010). Een hoge kwaliteit kan ook compenseren voor de gevolgen van de postnatale depressie van de moeder (Herba et al., 2013).
Bij een lage kwaliteit van de opvang(vanaf zes maanden, twee dagen per week) zijn de schoolprestaties lager en is er meer externaliserend probleemgedrag. Omdat vijftig procent van alle kinderen gebruik maakt van de opvang vormt die een belangrijke invloed die ook compenserend kan werken voor kinderen die met een achterstand beginnen. Die slag kan met name in de baby opvang gemaakt worden.

3.6 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING POSITIEVE EERSTE STAPPEN

- Met een gezonde leefstijl is veel gezondheidswinst te boeken vooral omdat de huidige leefstijl bij kinderen een is die sterk bepaald wordt door te veel suiker inname en veel te weinig groente en fruit. De transitie van individu naar ouder kan behulpzaam zijn bij het veranderen van de leefstijl van de ouders.
- De opvoedingsstijl en dan met name een liefhebbende en zorgende stijl heeft tot laat in het leven effect op het kind.
- Depressie komt bij 10% van de moeders voor en kan behandeld en deels voorkomen worden. Dat is van belang voor de moeder maar ook van het kind omdat de depressie van de moeder een negatieve invloed op het kind en het gezin kan hebben.
- In de fysieke omgeving is het van belang dat die veilig is en ruimte biedt voor privacy en spel. Natuur in de omgeving speelt een positieve rol.
- De kwaliteit van de kinderopvang is van groot belang. Goede opvang heeft positieve effecten en slechte opvang negatieve. Een goede opvang kan compenseren voor problemen die het kind thuis heeft.

NIEUW BELEID

1. **Alle partijen die betrokken zijn bij de geboorte van kinderen besteden aandacht aan het bevorderen van een gezonde voeding van kinderen. Met name de verloskundige heeft hier een taak.**
2. **In gezinnen waar overduidelijk de opvoeding een sterk negatieve invloed heeft worden de ouders ondersteund in hun opvoedingstaken. Dat kan variëren van een cursus via internet, een opvoedingscursus via welzijn op recept en de toepassing van het programma Tripple P dat overal in de wereld positieve resultaten boekt.**
3. **Depressie bij de moeder dient vroegtijdig gesignaleerd en geadresseerd worden. Zowel curatief als preventief zijn er mogelijkheden, ook via internetcursussen die de veerkracht verhogen of speciaal inspelen op de mentale gezondheid van moeders.**
4. **Woningbouw verenigingen dragen zorg voor woningen die voldoen aan de minimum eisen die je vanuit het perspectief van een kind kunst stellen.**

4. Kalm en solide ontwikkelen in de basisschooljaren

De periode tussen het zesde en het twaalfde jaar wordt vaak beschouwd als de midden kindertijd, tussen de peutertijd en de adolescentie in. In deze periode zijn kinderen vanuit een sterke verbondenheid met hun gezin voorzichtig aan het op gang komen in de wereld daarbuiten. Ze bouwen aan hun autonomie en hun onafhankelijkheid en de buitenwereld zoals vriendjes en onderwijzers krijgt meer invloed. Deze jaren zijn wat rustiger dan de snelle groeiperiode van de peuter en de heftigheid van de adolescent. Het is daarmee ene periode van geleidelijke fysieke en emotionele ontwikkeling. De meeste mensen ervaren deze periode als redelijk zorgeloos. De basisschool jaren zien we als een gezonde en rustige periode met weinig extreme risico's. De lichamelijke risico's worden veelal voorkomen door inentingen en de gestage emotionele, sociale en emotionele ontwikkeling is evenmin aanleiding voor grote risico's. Het kind en diens primaire omgeving, het gezin en de school hebben dus alle ruimte voor de belangrijkste ontwikkelingen: het opbouwen van cognitieve vaardigheden, de ontwikkeling van de persoonlijkheid, motivatie en betrokkenheid en de opbouw van sociale vaardigheden en persoonlijke relaties. In deze periode worden ook de waarden van de maatschappij geleerd en geïnternaliseerd. Het centrale thema is integratie van de verschillende ontwikkelingen binnen het individu en van het individu in diens sociale context.
De meeste risico's zijn een voortzetting van de risico's die we al eerder identificeerden bij de vroege jeugd als het gaat om leefstijl, opvoedingspraktijken en fysieke omgeving. Bij de leefstijl vormt ook in deze fase het overgewicht een aanzienlijk risico omdat overgewicht in de jeugd bovendien overgewicht op latere leeftijd voorspelt (Nader et al, 2006). Slechte voeding heeft een uitwerking op alle belangrijke ontwikkelingen die deze fase kenmerken. Een goed ontbijt, voldoende groente en fruit, regelmatig vis, we weten het zo langzamerhand wel, in combinatie met deelname aan sport bevordert zeer een gezonde ontwikkeling. Gezien de ongezonde voedingsgewoontes van veel kinderen op deze leeftijd en hun vaak achterblijvende lichamelijke conditie (vooral bij meisjes, vooral bij migranten, vooral bij een laag inkomen en opleiding) ligt hier een aanzienlijke kans voor het verbeteren van de gezondheid op populatie niveau (RIVM, 2010). Als het gaat om de mentale gezondheid kunnen problemen ontstaan op basis van opvoedingspraktijken, door extreme blootstelling aan gewelddadige games of seks films, door pesten en door afwezigheid van de ouders. Deze risico's kunnen tot problemen leiden als zij in combinatie met elkaar

voorkomen: beide ouders werken, er is geen opvang in de buurt en het kind is vaak alleen, verveelt zich en brengt veel tijd door achter de computer of voor de televisie en beweegt te weinig. Problemen die kunnen ontstaan zijn slechte gewoontes (nagelbijten, tics), agressief gedrag, depressie, bijvoorbeeld na verlies, angsten, gedragsproblemen en pesten of gepest worden. Allen zaken waar oplossingen voor zijn in behandeling maar die bij voorkeur voorkomen worden.
Wat bevordert groei en bloei?
Allereerst een gezonde omgeving die veilig is, schoon met mogelijkheden voor privacy en spel.
Ten tweede een liefhebbend gezin en een positief zorgende opvoedingsstijl waarvan we de kenmerken al in de vorige levensfase aangaven. In deze periode komt het aan op de ontwikkeling van een aantal vaardigheden, als het gaat om een goede gezondheid, zoals weten wat gezondheid is wat gezond gedrag inhoudt en hoe dat na te streven is, zelfdiscipline, de juiste beslissingen kunnen nemen bij riskante situaties, eetgewoontes en omgaan met conflicten. In het gezin komen al deze zaken regelmatig langs en vormen zo een goede leerschool.
Maar ook de school zelf speelt een belangrijke rol als basis voor het leren van cognitieve vaardigheden maar ook voor de bevestiging of ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden. Veel onderwijzers benutten hun gezag om aan de ontwikkeling van die vaardigheden bij te dragen. Maar het beleid van een school reflecteert vaak de versnippering van de verschillende thema's rond voeding, beweging, alcohol en drugs, seksualiteit en pesten. Daar zijn afzonderlijke programma's voor, waardoor het effect ervan beperkt is en kinderen van zo'n pakket nogal eens weinig anders onthouden dan dat er eens een paar bijzondere lessen waren met mensen van buiten. Veel beter zou het zijn als er in alle onderdelen van de school aandacht kan zijn voor de integratie van de verschillende ontwikkelingslijnen van het kind als uitgangspunt is van het school curriculum in de vorm van een totale school aanpak. Natuurlijk opgezet in nauwe samenspraak en met actieve medewerking van de ouders. Dat bevat allereerst een aantal cognitieve vaardigheden die kunnen leiden tot de best denkbare cito toets. Maar daarnaast hanteert zo'n school ook een krachtige missie die bepalend is voor de cultuur van de school en die pro actief en consequent wordt nagestreefd. Een cultuur waar de norm is dat kinderen vriendelijk en genereus voor elkaar zijn, waar niet gepest wordt, waar beleefdheid een belangrijke norm is en waar wilskracht en doorzettingsvermogen ontwikkeld worden. In zo'n school is een apart curriculum dwars door alle klassen heen waar aandacht is voor sociale en emotionele vaardigheden. Waar de sterke kanten van leerlingen

worden geïdentificeerd en ruimte krijgen. Waar kinderen feedback krijgen op hun proces van aanpak van problemen, meer dan alleen op het resultaat. Zo'n school leidt niet alleen tot betere schoolprestaties maar ook tot kinderen die in staat zijn om succesvol te kunnen bewegen in de complexe wereld die ze betreden. Zo'n school kan compenseren voor problemen thuis of kan de opvoeding ondersteunen waardoor een gezonde ontwikkeling en bloei de meeste kans krijgt.

4.1 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING KALM EN SOLIDE ONTWIKKELEN IN DE BASISSCHOOLJAREN

- Leefstijlfactoren zoals voeding en bewegen spelen een belangrijke rol bij de lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling die een kind in die fase doormaakt
- De opvoedingsstijl van de ouders is ook in deze fase van belang voor het welbevinden van het kind. De manier waarop de ouders omgaan met de risico's waar een kind mee in aanraking komt kan problemen veroorzaken en voorkomen.
- De school is een belangrijke aanvulling op de opvoeding van de ouders. De school kan die opvoeding bevestigen of kan compenseren voor de negatieve aspecten van de opvoeding.

NIEUW BELEID

1. **Voer een check in op de ontwikkeling en lichamelijke en mentale gezondheid van het kind. Een APK op 5, 6, 8 en 10 jarige leeftijd.**
2. **Als ouders moeite blijken te hebben met de opvoeding stel via Welzijn op recept opvoedingsondersteuning beschikbaar**
3. **Als ouders een uitgesproken negatieve invloed hebben op de ouders zorg dan voor case management vanuit het sociale wijkteam waarbij alle instellingen zich voegen naar de afspraken.**
4. **De gezondheidscentra gaan in gesprek met de lokale basis scholen om na te gaan hoe en waar ze elkaar kunnen ondersteunen en hoe de school een gezond klimaat kan zijn voor lichaam en geest.**

5. Een gezonde ontwikkeling in de wilde jaren

Over weinig levensfases is zoveel onderzoek gedaan als over de adolescentie, de leeftijdsfase tussen ongeveer 12 en 21 jaar. Deze periode wordt wel zowel de beste als de slechtste van alle levensfasen genoemd. De adolescent ondergaat verschillende bio-psychosociale veranderingen. Er is een sterke fysieke ontwikkeling en de adolescent beweegt zich naar onafhankelijkheid, moet beslissingen nemen over de toekomst en een eigen identiteit ontwikkelen. Soms biedt de omgeving daarbij alle steun maar voor anderen is die er veel minder of niet of is er zelfs sprake van een negatieve beïnvloeding. Tegenwoordig lijkt de kwetsbaarheid van adolescenten groter te zijn dan vroeger door de echtscheidingen, de mobiliteit van het gezin, hoge competitie op school en op het werk en eenvoudiger toegang tot alcohol en drugs. De adolescentie bestaat uit enkele deelfasen:

1. De puberteit (12-14): veel aandacht voor uiterlijk, peers worden erg belangrijk, wens tot acceptatie van lichaam, emoties en vaardigheden
2. Midden adolescentie (14-16):seksuele relaties, alcohol en drugs, zoeken naar identiteit, stemmingswisselingen
3. Latere adolescentie (16-21) :voorbereiding op werk en gezin.

Gedurende de adolescentie ontstaan nogal wat risico's door de neiging van adolescenten om te experimenteren rond opleiding (drop out), roken, alcohol en drugs, verkeersongevallen, probleemgedrag (delinquentie), lichamelijke gezondheid (leefstijl) en mentale gezondheid (depressie, angsten, suïcidaliteit). In het onderzoek naar risico en beschermende factoren zie je goed hoe die interacteren en met elkaar samenhangen. Die samenhang is ook zichtbaar in ziektes en probleemgedragingen. Ook die hangen vaak met elkaar samen. Daarom heeft het niet zoveel zin om per probleem risicofactoren te identificeren of daar aparte preventieprogramma's op in te zetten. Die interactie is ook zichtbaar bij risico van verschillende aard. De ontwikkeling van jonge mensen is een functie van een complexe interactie tussen genetische en andere biologische processen, individuele psychologische processen en verschillende niveaus van sociale context: thuis, school, omgeving. Soms, bij heel specifieke problemen zijn ook specifieke risicofactoren te onderkennen. Dus voordat we wat verder de diepte ingaan is het goed om te beseffen dat de effecten van risico en beschermende factoren met elkaar samenhangen en cumulatief zijn. Die factoren hebben gevolgen

voor de gezondheid, lichamelijk, mentaal en sociaal. Sommige risicofactoren hebben specifieke effecten. In het algemeen zijn de beschermende factoren als volgt samen te vatten.

- Gezin: positieve opvoedingsstijl, goede relatie met broers en zussen en grootouders, aandacht voor leefstijl en leren, heldere structuur, positieve sociale normen, ruimte voor de ontwikkeling van vaardigheden.
- School: veilige omgeving, heldere structuur, ondersteunende relaties, positieve sociale normen, ruimte voor de ontwikkeling van talent, interactie van gezin, school en gemeenschap.

De risico factoren bevinden zich in het tegenovergestelde van de beschermende factoren.
Echtscheiding of de dood van een van de ouders vormt een bijzondere risicofactor in de zin dat kinderen in die situatie meer mentale, emotionele en gedragsproblemen laten zien. Dat hangt ook weer sterk af van de manier waarop de scheiding plaatsvindt of zoals het verlies van de ouder verwerkt wordt.
Mishandeling veroorzaakt vrijwel altijd een aantal emotionele en gedragsproblemen.
Armoede kan oorzaak zijn van problemen binnen het gezin wat kan leiden tot conflicten, de pressie en opvoedingsproblemen wat dan weer impact kan hebben op de adolescent.
Gedurende de adolescentie neemt de prevalentie van *psychische problemen* sterk toe ten opzichte van de voorgaande levensfase. Risicofactoren zijn : een depressieve ouder, een pessimistische kijk op de wereld en de aanwezigheid van sombere gevoelens. Een depressieve ouder bijvoorbeeld verhoogt de kans op een depressie met een factor drie of vier. Ook hier speelt weer de interactieve combinatie van factoren (Garber, 2006).
De ontwikkeling van *angsten* komt ook weer voort uit een combinatie van factoren. Verlegenheid of bangig gedrag maakt iemand kwetsbaar voor angststoornissen (Biederman et al., 1993). Als een van de ouders angstig is neemt de kans op een angststoornis bij het kind toe (Rosenbaum, 1993).
Problematisch alcohol en druggebruik komt meer voor bij jongens en vaker in het midden of de late adolescentie. Een specifieke risicofactoren is problematisch alcohol of drugsgebruik van een van de ouders. Het is mogelijk dar erfelijkheid ook een rol speelt (Mayes en Suchman, 2006). Kinderen met een moeilijk karakter, een slechte zelfcontrole, impulsief en

die krachtige ervaringen opzoeken lopen meer kans op problematisch alcohol en drugsgebruik (Hawkins et al., 1992). Vaak komen verslavingsproblemen voor in combinatie met angst, depressie of ADHD (Mayes en Suchman, 2006). Ouders die een beschermende en zorgende opvoedingsstijl hebben en alert zijn op signalen van druggebruik helpen hun kind beter te beschermen tegen middelenmisbruik. Roken op jonge leeftijd brengt risico's met zich mee voor later druggebruik. Belangrijk is dat ouders helder zijn over alcohol en drugs en het gebruik beargumenteerd verbieden, bij alcohol tot de wettelijke leeftijd van 18 jaar.

Als het dus gaat om het bevorderen van een onbelemmerde bloei gedurende de adolescentie helpt het als de adolescent opgroeit bij liefhebbende ouders die onderling niet te hoog oplopende conflicten hebben, en een positieve relatie heeft met de ouders en een goede omgang met broers en zussen en grootouders waarbij de omgeving ondersteunend is. Risico's ontstaan bij discriminatie, armoede, een onveilige omgeving met pesten of criminaliteit en bij ouders die afstandelijk en controlerend optreden.
Interessant is de bevinding van Lerner (2005) problemen beter worden voorkomen als de aandacht van ouders en school het meest uitgaat naar het versterken van de positieve ontwikkeling van de adolescent dan naar het voorkomen van risicogedrag. Die constatering is de basis van wat wel genoemd wordt: de positieve jeugd ontwikkeling (PYD, positive youth development). Die sluit aan bij de positieve psychologie en in dat perspectief wordt een goede fysieke en psychosociale ontwikkeling niet zozeer bepaald door een afname van negatief gedrag maar juist door een toename van de indicaties voor bloei: competentie, vertrouwen, verbinding, karakter en zorg en aandacht voor anderen. Deze kenmerken blijken omgekeerd gerelateerd met internaliserende en externaliserende probleemgedragingen (Gestsdottir et al., 2007).

De literatuur rond de adolescentie is sterk gericht op factoren die problemen veroorzaken en op interventies bij probleemgedrag. Die factoren en probleemgedragingen staan aanzienlijk minder op de voorgrond bij een aanpak die zich richt op het versterken van de genoemde competenties bij adolescenten. De ontwikkeling van die competenties zou probleemgedrag kunnen voorkomen en zouden compenserend kunnen werken voor risicofactoren. De school is een van de meest voor de hand liggende settings waar dit uitgangspunt centraal kan staan. Het gaat dan om het opbouwen van veilige en ondersteunende

relaties, gelegenheid voor de ontwikkeling van vaardigheden, positieve sociale normen en het versterken van de betrokkenheid van de student in een omgeving van vertrouwen en respect. De vraag is dan hoe leraren kunnen leren hoe zij de ontwikkeling van jongeren kunnen bevorderen door het instellen van positieve normen in de klas en door aandacht te besteden aan die normen. Maar vooral hoe zij betrokkenheid en intrinsieke motivatie kunnen versterken. In het huidige schoolsysteem ligt de nadruk sterk op prestaties. In dat systeem haakt 39% van de leerlingen in het beroepsonderwijs af. Dat is maatschappelijk een heel hoge prijs omdat die groep leerlingen in de problemen gaat komen als zij met een onafgemaakte opleiding op de arbeidsmarkt gaan. Dat percentage wijst op een gebrek aan intrinsieke motivatie en betrokkenheid die te versterken is door de betrokken en gemotiveerde leraren (van Uden, 2014) die leerlingen de ruimte geven om ook hun persoonlijke talenten te ontplooien en niet alleen de leercompetenties. Dat betekent dat scholen meer dan nu positieve normen opstellen en feedback geven over de realisering daarvan, dat de leraren betrokken zijn en aandacht geven aan de ontwikkeling van alle sociale, cognitieve en emotionele vaardigheden die van belang zijn in deze snel en sterk veranderende wereld van het bedrijfsleven. Een dergelijk schoolsysteem kan deels compenseren voor risicofactoren en levert betere schoolprestaties maar ook meer plezier en welbevinden bij leraren en leerlingen.

5.1 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING EEN GEZONDE ONTWIKKELING IN DE WILDE JAREN

- De riscofactoren voor ziekte en probleemgedrag hangen met elkaar samen evenals de probleemgedragingen.
- Belangrijkste bescherming kunnen het gezin en de school leveren. Het gezin door een positieve beschermende opvoedingsstijl en de school door het betrokken en waarderend ontwikkelen van individuele vaardigheden op basis van sterke kanten van de leerling en op basis van wat vereist is aan competenties
- Een nieuwe manier om voor risicofactoren te compenseren en om probleemgedrag te voorkomen is om meer aandacht te geven aan de ontwikkeling van positieve vaardigheden dan aan het voorkomen van probleemgedrag.
- Betrokkenheid en intrinsieke motivatie zijn belangrijk als goede voorbereiding op het productieve leven wat na de adolescentie volgt. Dat kan het best gebeuren door gemotiveerde en betrokken leraren.

NIEUW BELEID

1. **Welzijn op recept ontwikkelt een interventie gericht op de positieve omgang met adolescenten**
2. **De gezondheidscentra gaan in gesprek met scholen om na te gaan wat hun rol kan zijn als het gaat om de bevordering van een gezonde ontwikkeling van adolescenten. De inzet is de toepassing van de principes van de positieve jeugd ontwikkeling en het aanbrengen van een continue lijn in de gezondheidsbevordering waar de ontwikkeling van weerbaarheid en veerkracht centraal staan.**

6. Bloei in de productieve jaren

De periode van de volwassenheid is de langste periode in de levensloop die begint rond het 21ste jaar en die eindig met 65 jaar, de traditionele leeftijd van de pensionering. Kenmerkend voor deze periode zijn in de meeste gevallen de opbouw van een gezin en de ontwikkeling in het werk. Op volwassen leeftijd zijn we op het hoogtepunt van onze fysieke en mentale capaciteiten. Vaak is er eerst een periode van experimenteren met verschillende rollen in relatie en werk voordat de doelen en de verwachtingen zich een beetje stabiliseren.
Jonge volwassenen richten zich op hun bloei in de liefde en op het werk en maken keuzes over opleiding, loopbaan, relaties en kinderen. Dat kan na een jaar of tien leiden tot gevoelens van teleurstelling maar vooral van voldoening. Rond de veertig ontstaat meestal een evenwicht tussen autonomie en verbinding, acceptatie over de gerealiseerde positie en een zekere senioriteit in het werk die enig gezag en onafhankelijkheid geeft. In die periode kunnen ook existentiële vragen opkomen: ”Heb ik wel gerealiseerd wat ik wilde, doe ik wel wat ik leuk en belangrijk vind, is deze relatie wel voldoende bevredigend?”. Een midlife crisis of een scheiding ligt op de loer als die vragen conflictueuze antwoorden oplevert. In de periode van het vijftigste jaar ontstaat vaak wat meer rust, reflectie en acceptatie. De aandacht gaat naar de opkomende generatie, naar kinderen, en op het werk ontwikkelt de situatie zich vaak stabiel. We gaan hier in op drie belangrijke thema’s van de volwassen levensfase: bloei en welbevinden, samenlevingsvorm en werk.

Bloei en welbevinden. De volwassenheid biedt talloze situaties die de bloei en het welbevinden kunnen bevorderen, maar ook kunnen beperken. De New Economic Foundation doet jaarlijks onderzoek naar welbevinden in de wereld en komt tot de identificatie van een aantal factoren die het belangrijkste zijn voor het welbevinden in een populatie of in een land (NEF, 2013):

1. Inkomen
2. Vrijheid en democratie
3. Relaties
4. Werk
5. Gezondheid.

Deze factoren voorspellen vrij precies hoe gelukkig mensen in een land of in een regio zijn. Geen wonder dus dat we in Nederland behoren tot de

gelukkigste landen van de wereld. De kinderen in Nederland zijn het meest gelukkig van alle kinderen in de wereld en de volwassenen scoren ook hoog op subjectief ervaren geluk. Natuurlijk zijn er ook binnen Nederland grote verschillen die met name samenhangen met sociaal economische status(werk, woonomgeving, inkomen) en met de gezondheid.
Dat gaat over het antwoord op de vraag: "bent u gelukkig in uw leven?". Iets anders is als we het subjectieve welbevinden combineren met het psychologisch welbevinden (het volop realiseren van je mentale mogelijkheden) en het sociaal welbevinden (de kwaliteit van je sociale relaties). Dan zegt 35% hoog te scoren op die drie aspecten en heeft 65% een matig of redelijk welbevinden. Dat afgenomen welbevinden is geconcentreerd bij mensen met psychische problemen en bij mensen met een lage sociaal economische status (Westerhof et al., 2008).
Er is een zekere overeenstemming over de hoeveelheid welbevinden die afhangt van erfelijke factoren(50%), omgeving (10%) en de eigen invloed (40%). Dit zijn zeer globale indicaties en geven een beetje een idee van de waarde van externe omstandigheden en wat mensen zelf in de hand hebben. Ook over de factoren die te maken hebben met het gedrag en de keuzes van mensen is een redelijke overeenstemming en hoewel elke auteur op het gebied van welbevinden tot andere formuleringen komt, is er toch een redelijke overeenkomst in de factoren die zij identificeren. Zo kom je tot zes principes van welbevinden (Walburg, 2008).

1. Positief en optimistisch denken. Het gaat over een positieve beoordeling van verleden, heden en toekomst en het besef dat mensen voor een deel hun eigen lot kunnen bepalen, meer dan door anderen.
2. Leven vanuit een betekenisvolle missie en dit succesvol kunnen nastreven. Het geven van betekenis aan ons leven is een voorwaarde voor welbevinden. Welbevinden komt mee met het realiseren van die betekenis. Dat vergt ook het vermogen om succesvol doelen te kunnen stellen en die te realiseren.
3. Bewust leven en genieten. Welbevinden is meer het bewust kunnen genieten van kleine momenten dan van grote gebeurtenissen als hoge materiele welvaart, een nieuwe auto, een prachtige loopbaan etc.
4. Interactie met anderen. Welbevinden zonder interactie met tenminste een paar mensen die betekenis voor ons hebben is zo goed als onmogelijk. De ontwikkeling van vriendschappen, liefdes,

deel uitmaken van een gemeenschap, het draagt aanzienlijk bij aan ons welbevinden
5. Gezonde leefstijl. Een gezonde leefstijl bevordert een goede geestelijke en lichamelijke gezondheid. Een goede mentale en lichamelijke gezondheid maakt ons weerbaar tegen aanslagen op onze gezondheid.
6. Geluk delen. Geluk ontleent zijn zin vaak aan de congruentie tussen het eigen geluk en dat van anderen. Gelukkige mensen dragen graag bij aan het geluk van anderen en omgekeerd als je daaraan bijdraagt voel je je beter.

Deze principes zijn te beïnvloeden. In een review waarin in de wetenschappelijke literatuur gezocht werd naar de effectiviteit van interventies om welbevinden te versterken concludeert de auteur dat die interventies werken. Het welbevinden neemt toe en de depressieve symptomen nemen af. Dat geldt ook voor interventies die via het internet worden aangeboden (Bolier et al., 2013).

Er kunnen verschillende redenen zijn om het welbevinden van mensen te bevorderen.

1. In het algemeen leidt welbevinden tot betere uitkomsten in de zin van een goede gezondheid, goede relaties, werkplezier en productiviteit op het werk en op school. Welbevinden en deze uitkomsten beïnvloeden elkaar wederzijds. Het heeft dus zin om op populatie niveau te streven naar een hoger welbevinden.
2. Welbevinden kan bijdragen aan het voorkomen van psychische problemen (Keyes et al., 2010; Lamers et al., 2012; Bolier et al., 2013). Het bevorderen van welbevinden is vaak meer acceptabel en minder met stigma's omgeven dan programma's die zich richten op de preventie van specifieke psychische problemen. Ook kan welbevinden bijdragen aan de behandeling van psychische problemen (Bolier et al., 2013; Sin et al., 2011).
3. Het bevorderen van welbevinden is een wenselijke interventie bij chronisch zieken. Chronische ziekte betekent vaak een aanzienlijke afname van het welbevinden dat het verloop van de ziekte en het herstel negatief kan beïnvloeden.
4. Het verhogen van welbevinden is soms de enige resterende behandeling, bijvoorbeeld in verpleeghuizen.

6.1 Gezin

Het ouderschap levert zowel spanning als plezier op en is een ervaring die mensen verandert. Als je eenmaal kinderen hebt blijf je de rest van je leven een ouder. In die zin kunnen we ook het ouderschap zien in een levensloop perspectief. Het plezier en de zorgen veranderen in de loop van de tijd.

Steeds meer mensen blijven zonder kinderen, soms ongewild maar steeds vaker bewust. Het hebben van jonge kinderen betekent heel wat stress en het is ook geen wonder dat jonge volwassenen zonder kinderen hun welbevinden positiever waarderen dan jonge volwassenen met jonge kinderen. Later in de levensloop verandert dat beeld niet wezenlijk. Geen kinderen hebben heeft geen of licht positieve effecten op het welbevinden. Natuurlijk is dat afhankelijk van de wens om kinderen te krijgen. Dat komt ook omdat het krijgen van kinderen steeds meer een keus is en de beslissing om geen kinderen te wensen wordt steeds meer door de omgeving aanvaard. Er zijn grote individuele verschillen in reactie op kinderloosheid, afhankelijk van cultuur en sociaal economische status (Hewlett, 2002).
Het ouderschap is een belangrijke overgang in de levensloop. Als die overgang erg vroeg komt, zoals bij tieners, kan dat de mogelijkheden voor opleiding en werk beïnvloeden. Maar dat leidt lang niet altijd tot problemen. Wel kan een postnatale depressie mede veroorzaakt zijn door twijfel over de kwaliteit van de relatie of gebrek aan steun van de vader (Simpson et al., 2003). Ouders van jonge kinderen zijn meer gestrest dan ouders van oudere kinderen. Dat heeft te maken met het niet goed kunnen vinden van een evenwicht tussen werk en het dan zeer veeleisende gezin, maar ook met alle eisen die jonge kinderen stellen als het gaat om verzorging en aandacht. Vrouwen zonder partner hebben het over het algemeen zwaarder met hun kinderen wat zich kan uiten in gezondheidsklachten, afgenomen welbevinden en depressieve klachten. Het inkomen en de ondersteunende sociale netwerken spelen daarbij een belangrijke rol. Een structurele factor die het welbevinden van ouders bedreigt is de spanning tussen werk en gezin (Umberson et al., 2010). Als kinderen ouder zijn ontstaan andere aandachtspunten. Het plezier van het ouderschap maar ook de gezondheid van de ouders is erg afhankelijk van de omgang van het kind met de ouder en van de problemen die het kind ervaart bijvoorbeeld rond financiën, alcohol en drugs of de gezondheid (Milkie et al., 2008). Dat kan een oorzaak zijn van depressies.

Ouderschap biedt kansen voor bloei maar kan ook een prijs hebben voor de gezondheid en het welbevinden. Het is van belang om in de eerstelijn op de hoogte te zijn en te blijven van de ontwikkelingen van het ouderschap om bij risico's tijdig te kunnen reageren.

6.2 Levensgebeurtenissen

De normale loop van het leven kan plotseling onderbroken worden door een gebeurtenis. Soms positief zoals een huwelijk of een geboorte of een nieuwe baan en soms negatief, zoals een scheiding, het overlijden van een geliefde, ontslag of een misdrijf.
De reactie van mensen op dergelijke gebeurtenissen varieert sterk. Sommige mensen zijn zozeer mentaal aangeslagen dat zij blijvend negatieve gevolgen ondervinden voor hun welbevinden maar ook voor hun gezondheid. En voor sommigen biedt de gebeurtenis een nieuw perspectief en een nieuw gevoel van zingeving zodat zij zich, ook bij zeer negatieve gebeurtenissen, beter voelen en met meer overtuiging in het leven staan. Dit zijn de extremen. Voor de meeste mensen betekent een negatieve gebeurtenis een terugval in hun welbevinden maar op termijn ook weer een herstel, terug in de richting van het oorspronkelijke welbevinden. De eerste tijd is bepaald door verdriet, woede, angst of depressie maar in de loop van de tijd neemt de kracht van die gevoelens af en treedt herstel in. De meeste mensen hebben een zodanige veerkracht dat zij van de negatieve gebeurtenissen geen blijvende gevolgen ondervinden. Dat hangt af van de ernst van de gebeurtenis en van de persoonlijke veerkracht. De gebruikelijke aanpak vanuit de zorg is goed omschreven met het begrip "watchful waiting". De tijd en het eigen sociale netwerk heeft een helende werking waar de zorg geen rol hoeft te hebben. Maar het kan ook anders verlopen. Bijvoorbeeld bij zeer ernstige gebeurtenissen of bij erg gevoelige mensen. Het verdriet gaat niet meer over, zet zich vast en een depressie of andere stoornis dreigt. Een "stepped care" aanpak, gekenmerkt door geleidelijk in intensiteit oplopende interventies lijkt dan het meest aangewezen. Eerst enkele gesprekken met een hulpverlener, mogelijk een welzijn op recept verwijzing waar de veerkracht wordt verstrekt, een internet interventie en als dat niet lukt, een verwijzing naar de meer gespecialiseerde GGZ.

6.3 Werk

Soms lijkt het alsof het leven alleen maar leuk is in de uren en dagen buiten ons werk. Maar zonder werk worden we vaak ziek en ongelukkig. Werk is kennelijk een essentiële bron van sociale contacten, zingeving, trots en ontwikkeling.

Mensen zonder werk zijn twee keer zo ongelukkig als mensen met werk en dat ongeluk is hoger naarmate de opleiding hoger is. Zonder werk zijn mensen depressiever, drinken meer, de suïcidaliteit neemt toe en de gezondheid neemt op veel fronten af (Burchell et al., 1999). Omdat werkeloosheid zo'n invloed heeft op de gezondheid is daar aandacht voor nodig. Er zijn effectieve interventies beschikbaar die een deel van de negatieve gevolgen beperken. Zo zijn interventies die herintreden faciliteren, gecombineerd met het versterken van de veerkracht een effectieve manier om de gezondheid en het welbevinden van mensen die ongewild zonder werk zijn in stand te houden (Barry et al., 2008).

Wel werk hebben is belangrijk voor de gezondheid en meer. Maar niet altijd. Een derde van de werknemers heeft te maken met zware stress en dat leidt bij 14% van de werknemers tot een burn out (SZW, 2014). Overbelasting wordt zichtbaar door vermoeidheid, depressie en angst en ook door hoge bloeddruk, hart en vaatziektes en verminderde weerstand tegen ziekte. Vaak melden mensen hun overbelasting laat waardoor de klachten verergeren. Stress op het werk wordt meestal door een combinatie van factoren bepaald: slechte relatie met de baas, hoge werkdruk, persoonlijkheid, onzekerheid over het werk en reorganisaties. Dat soort stress is andere stress dan de stress die bijna iedereen die werkt regelmatig ervaart als een prestatie moet worden neergezet. Dergelijke stress is zelden het probleem, integendeel het is een vorm van stress die we vaak opzoeken. Het gaat bij stress bijna altijd om de context waarbij ook de situatie thuis een rol speelt, of die ondersteunend is. Als ook daar veel spanning is leidt dat nog sneller tot een burn out.
De werkomgeving reageert vooral bij problemen van psychische aard negatief. Die ziet een achteruitgang in betrokkenheid en productiviteit, begrijpt niet goed wat er aan de hand is en dat kan leiden tot ingrijpen vanuit de leiding wat weer aanleiding is tot meer spanning en verslechtering van de klachten. Vanuit de zorg is er vaak te weinig of verkeerde aandacht voor dergelijke problemen op het werk. Een voorbeeld van verkeerde aandacht is om bij stressklachten of depressieve klachten het advies te geven om maar even te stoppen met werken en tot

rust te komen. In veel gevallen verhoogt dat de stress alleen maar. Een voorbeeld van te weinig aandacht is de alles of niets aanpak bij ziekte: je bent ziek en dan werk je niet of je bent niet ziek en dan werk je wel. Maar bij psychische klachten en ook wel een aantal lichamelijke klachten is het van belang om meer geleidelijk interventies toe te passen. Bijvoorbeeld om met de patiënt en de werkgever na te gaan of het mogelijk is om alleen in de ochtend te werken. Of een of meer dagen per week minder te werken. Ook het herstel van psychische klachten heeft baat bij een geleidelijke overgang van ziek naar weer aan het werk, ook als er nog symptomen van de ziekte zijn. Er zijn allerlei interventies die dit proces ondersteunen zoals de internet cursus "return to work" en zaken als ondersteund werken waarbij een kwetsbare werknemer intensiever wordt begeleid.
Het belang van de werkplek voor de gezondheid is groot. De werkplek vormt een belangrijke omgeving voor de beïnvloeding van de (mentale) gezondheid. Effectieve mentale gezondheidsbevordering kan op de werkplek plaatsvinden met betrokkenheid van collega's, evaluatie van de werkbelasting en het ontwikkelen van een beleid bij intimidatie of pesten. Sommige beroepen zijn buitengewoon belastend zoals politieagent, militair en brandweerman. Ook zwaar zijn beroepen waarbij mensen blootstaan aan zeer veeleisende klanten. In dergelijke gevallen is het versterken van veerkracht een aangewezen en effectieve interventie, in het team of via internet (Elliot, 2008).

In de huidige diensten en kennis economie komt veel aan op de inzet van het mentaal vermogen. Mentaal kapitaal vormt voort veel bedrijven de belangrijkste productie factor. Reden te meer om dit kapitaal goed te beschermen door een beleid te voeren dat goed en adequaat en vroeg inspeelt op problemen, dat risico's identificeert en adresseert zoals het versterken van de veerkracht bij mentaal belastende beroepen.
Maar ook een klimaat waarbij respectvol wordt omgegaan met de energie van mensen en dat, daar waar het mogelijk is, hun gezondheid ondersteunt en bevordert. In fysieke zin kan dat met een gezond aanbod in de kantine, een fitness ruimte, mogelijkheden voor rust, beschikbaarheid voor ondersteuning bij leefstijl verandering, rond roken eten en alcoholgebruik. Maar ook gezond in de zin dat mensen met plezier en betrokkenheid hun werk kunnen doen. Dat vereist meer dan enkele interventies. Dat vereist het investeren in een goed werkklimaat.

En mensen hebben aangegeven wat voor hen belangrijk is op het werk (Walburg, 2008):

1. Ruimte om het werk voor een deel zelf in te richten
2. Ruimte voor het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden en talenten
3. Een maatschappelijk aansprekende missie van het bedrijf
4. Werken met anderen die enthousiast aan het werk zijn
5. Een stijl van leiding geven die ruimte geeft maar ook persoonlijke aandacht.

Het is een aanzienlijke inspanning om een dergelijke cultuur op te bouwen. Maar het is er wel een waarbij het individu gezond tot bloei komt en waarbij het bedrijf een grotere betrokkenheid, creativiteit en productiviteit terug krijgt (Harter et al., 2003).

6.4 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING BLOEI IN DE PRODUCTIEVE JAREN

- Het is de moeite waard om het welbevinden op populatie niveau te verhogen omdat welbevinden verbonden is met een aantal positieve uitkomsten zoals een betere gezondheid en beter functioneren op school en in het werk
- Het bevorderen van welbevinden in de zorg kan naast de aandacht voor ziekte maar kan ook een op zichzelf staande interventie zijn.
- Er zijn interventie beschikbaar die het welbevinden verhogen.
- Bij ouders kunnen gezondheids risico's ontstaan als er geen goed evenwicht gevonden kan worden tussen gezin en werk, als de relatie tussen de ouders duurzaam ontwricht raakt, als de relatie tussen ouder en kind spanning oplevert door gedrags of gezondheidsproblemen van het kind.
- Levensgebeurtenissen kunnen ingrijpende gevolgen hebben maar worden meestal opgevangen binnen bestaande sociale netwerken.
- Onvrijwillige werkeloosheid is een bron van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen.
- Werk kan een risicofactor vormen voor de gezondheid bij overbelasting.

NIEUW BELEID

1. **Gemeente, zorg en verzekeraars richten zich gezamenlijk op het opstellen en uitvoeren van een beleid dat het welbevinden in de bevolking van Nijkerk en Nieuwegein bevordert.**
2. **Welzijn op recept wordt uitgebreid met veerkracht verhogende interventies bij mensen zonder werk, bij problemen rond de verwerking van belastende gebeurtenissen, bij chronisch zieken, ouderen en mogelijk andere groepen. Ook de inzet van interventies die via het internet verlopen wordt overwogen.**
3. **De gezondheidscentra in Nieuwegein en Nijkerk gaan in gesprek met plaatselijke werkgevers om na te gaan hoe zij gezamenlijk de gezondheid van de werknemers kunnen bevorderen.**

7. Gezond naar de finish

De manier waarop we omgaan met en denken over het ouder worden is snel aan het veranderen. In plaats van een zorgelijke periode met afnemende gezondheid en mobiliteit zien we steeds meer ouderen die na hun pensionering nog een gezonde levensverwachting hebben van ruim 20 jaar. En pas daarna eist het leven zijn tol. Binnen een eeuw steeg onze gemiddelde levensverwachting van 44 naar 80 jaar. En die stijging gaat maar door. Naast de omgang met kleine gezondheidsklachten of zich manifesterende chronische ziektes gaat het in toenemende mate over zingeving. Wat doe je met die 20 jaar? Fietsen en city trips? Verhuizen naar een zonnig land? Beginnen aan de opleiding die je altijd hebt willen volgen? Vrijwilligerswerk? Er is een heel nieuwe levensfase aan het ontstaan, een soort gerontologische adolescentie. De crisis is niet een van hormonen die ineens door je lijf jagen en de noodzaak om jezelf te bewijzen maar van zingeving na een leven waarbij de zin altijd klaarlag door al het werk en vaak een gezin. En dan ineens ben je samen of alleen en heb je twintig jaar in te vullen op een manier die zinnig en plezierig is.

7.1 Lichamelijke en mentale gezondheid

In 1987 verscheen in het tijdschrift Science een artikel dat een doorbraak werd in het denken over ouder worden: "Human aging, usual and succesful aging" (Rowe et al., 1987). De onderzoekers, beide afkomstig uit de wetenschappelijke top van de gerontologie toonden grote gezondheidsverschillen tussen ouderen aan. Zij zagen bij de groep ouderen in het algemeen een zekere achteruitgang maar bij veel ouderen in het geheel geen of minimale en bij andere juist veel achteruitgang. Een slechte gezondheid op oudere leeftijd, zo concludeerden zij, is niet per se het logische gevolg van ouder worden. De veranderingen in gezondheid zijn mede afhankelijk van leefstijlaspecten: van voeding en bewegen. Er is dus een verschil tussen gemiddelde en succesvolle veroudering. Ziek zijn of een slechte conditie op oudere leeftijd hoort dus niet automatisch bij het ouder worden en ziek zijn betekent evenmin automatisch slechter functioneren of een aanzienlijk lagere kwaliteit van leven omdat veel mensen zich aanpassen aan hun ziekte. Hoe worden mensen succesvol ouder en hoe kunnen we ze daarbij ondersteunen en bevorderen dat ze hun bloei en ontwikkeling kunnen voortzetten en actief blijven deelnemen aan maatschappelijke activiteiten? Met succesvol bedoelen we een zo goed mogelijke mentale en lichamelijke conditie en een succesvolle

aanpassing aan de veranderingen die het gevolg zijn van het ouder worden, ook bij afname van die conditie en ook bij ziekte.
We geven hier twee voorbeelden: een van een gemiddelde en succesvolle veroudering en een van de manier waarop ouderen zich kunnen aanpassen aan een ziekte.

Hoe veroudert een hart en wat is gemiddelde en succesvolle veroudering? Het gemiddelde beeld is dat de capaciteit van ons hart vermindert met het ouder worden. Het pompen gaat minder goed en dus nemen de lichamelijke prestaties af. Dat minder goede pompen vergroot ook de kans op hartaandoeningen zoals ritme stoornissen, hartfalen en problemen met de hartklep. De kransslagaders kunnen zich vernauwen en kortademigheid en benauwdheid kan het gevolg zijn. Ongeveer de helft van de ouderen ervaart problemen rond de vernauwing van de slagaders. Dat is een snelle samenvatting van het gemiddelde proces. Leefstijlfactoren bepalen de helft tot drie kwart van de hartproblemen en de meeste van de andere problemen hangen samen met infecties en andere oorzaken. Beweging bijvoorbeeld. Gemiddeld neemt onze capaciteit om inspannend werk te verrichten af met tien procent per tien jaar en dat al vanaf ons dertigste. De helft van die afname ontstaat niet zozeer door veroudering maar door gebrek aan beweging. En zelfs bij ouderen nam de pompfunctie weer toe na een korte training van acht weken. Stoppen met trainen leidde snel weer tot achteruitgang. Dagelijks stevig wandelen is al genoeg om de functie van het hart te verbeteren. De effecten daarvan zijn over een langere periode bekeken en de effecten bij de minst fitte groep waren hoog: de sterfte nam maar liefst met vierenveertig procent af. Dus het ouder worden van het hart is niet zozeer een probleem maar een gebrek aan beweging (Heckman et al., 2008).

Hoe reageren ouderen op een sterke visuele achteruitgang? Sommige mensen krijgen op oudere leeftijd last van een bepaalde vorm van staar die onontkoombaar uiteindelijk leidt tot blindheid. Wahl, die in Heidelberg daarnaar onderzoek doet zag grote verschillen in de manier waarop mensen reageren op dat verlies van hun gezichtsvermogen (Wahl et al., 1999). Verschillen die van andere factoren afhankelijk bleken dan de mate van achteruitgang. Waar dit voor sommige ouderen een onoverkomelijk trauma opleverde, bleef het welbevinden bij naderen relatief overeind. Die verschillen waren al zichtbaar in de eerste reacties. Sommige mensen reageerden woedend en ongeduldig op elke achteruitgang waar anderen zochten naar zintuigelijke compensatie en alternatieven. De een dacht steeds maar:” Nu kan ik dat ook al niet meer zien” en de ander dacht “

Fijn dat ik met mijn kleinkinderen kan blijven praten en ze kan voelen". Het verschil lag in een obsessie met de achteruitgang en een voortdurende aanpassing en beheersing. De mate waarin het verlies van het gezichtsvermogen het dagelijkse leven beïnvloedde was meer afhankelijk van eigen beoordelingen, gedachten en beslissingen dan van de klinische indicatoren (Horowitz et al., 1995).
Als het gaat om chronische ziektes weten we dat 64% van de mensen boven de vijftig een of meer chronische aandoeningen heeft tegenover 24% boven de 25 jaar. Maar slechts 20% van de mensen boven de 70 heeft een beperkende conditie waar ze in het dagelijkse leven last van hebben en voor nog geen 5% is die beperking zodanig dat ze niet zelfstandig kunnen leven.

De conclusie kan helder zijn: Ziekte en conditie verlies is minder het gevolg van veroudering dan van leefstijl. Natuurlijk zijn sommige mensen van nature beter beschermd tegen ziekte dan anderen. Sommige mensen zijn kwetsbaar voor chronische ziektes zoals diabetes en hart en vaatziektes. Maar ook bij kwetsbare mensen speelt de leefstijl een belangrijke rol bij de snelheid, de impact en de ervaring van de ziekte.

Cruciaal bij het behoud van gezondheid en bij aanpassing is lichamelijke activiteit. Door regelmatig te bewegen leef je langer, je kans op ziekte is kleiner, je kans om van anderen afhankelijk te worden neemt af en de kwaliteit van je leven is hoger (Angevaren et al., 2010). Dat blijkt uit heel veel onderzoek waarvan een enkele uit de Archives of Internal Medicine:

- Van de 13.535 onderzochte vrouwelijke verpleegkundigen hadden de vrouwen die lichamelijk actief waren minder kans op chronische ziektes, hartziektes en andere fysieke, cognitieve en mentale stoornissen (Williamson et al., 2010).
- Van de 155 vrouwen tussen 65 en 75 jaar waarvan de helft meedeed aan een training en de andere helft niet, verbeterden de eerste groep hun conditie aanzienlijk maar ook hun probleemoplossende vaardigheden en hun concentratie (Etgen et al., 2010).

Gezien de talloze reviews en onderzoekingen op dit gebied is geen ontkomen aan de conclusie dat leefstijlfactoren en met name bewegen belangrijke factoren vormen als het gaat om behoud van gezondheid bij het ouder worden. Het bevorderen van vitaliteit is ook de beste interventie als het gaat om het voorkomen van valongevallen (Burns et al., 2012).

Op het gebied van de mentale gezondheid speelt hetzelfde. De mentale gezondheid van de meeste mensen wordt beter naarmate ze ouder worden. De gemiddelde prevalentie van depressie stoornissen in Nederland is 5,2% (depressie in het afgelopen jaar) en bij ouderen tussen de 55 en 65 4,1. Voor angststoornissen zijn die cijfers 10,1 en 8,3. (de Graaf et al., 2010). Ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn veel vaker depressief, mogelijk samenhangend met hun verlangen naar hun land van oorsprong. Ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn ouderen veel meer depressief. Al met al lijkt het er op dat de mentale gezondheid bij ouderen varieert met hun fysieke gezondheid, verlies van dierbaren, verlies van sociale steun, materiele tegenslagen, aanwezigheid in ziekenhuis of verzorgings of verpleeghuis en met hun culturele afkomst (Barry et al., 2008). Het probleem ontstaat als we kijken naar de toegang van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg. Slechts tussen de 8 en 16% van de ouderen met psychische problemen krijgt daarvoor een behandeling tegenover 20 a 40% van de volwassenen met een vergelijkbare stoornis (ten Have, 2010). Het lijkt wel of behandelaars denken dat ze ouderen niet kunnen behandelen omdat het stigma is dat hun stoornis samenhangt met hun leeftijd en die is niet te veranderen. Toch weten we dat behandeling van psychische klachten bij ouderen net zo effectief is als bij jongeren. Het preventief bevorderen van de mentale gezondheid van ouderen kan effectief gebeuren door deelname aan allerlei sociale activiteiten, vrienden, vrijwilligerswerk, blijven leren, blijven bewegen en programma's in het bijzonder gericht op de meer kwetsbare ouderen (Barry et al., 2008). Bewegen lijkt een eerste keus te zijn als het gaat om interventies bij problemen in de geestelijke gezondheid. In een systematische meta analyse van de literatuur blijkt dat bewegen een sterk effect heeft op het mentale welbevinden van ouderen en dat de kosten effectiviteit van interventies die dat bevorderen rond de €10.000 ligt per gewonnen levensjaar (Windle et al., 2010). En ouderen die vrijwilligerswerk doen blijkt niet alleen dat hun leven meer betekenis krijgt en ze meer positieve gevoelens ervaren, maar ook dat hun mortaliteit afneemt (Huppert, 2009).

Er zijn grote verschillen in cognitief functioneren die voor een deel samenhangen met verschillen in leefstijl. Er zijn weinig redenen om aan te nemen dat ouderen meer dan een lichte achteruitgang kunnen verwachten in hun cognitieve functioneren. Hun eigen idee is vaak anders waarbij attributie ook een rol speelt: je vergeet iets op oudere leeftijd en je denkt dat het komt omdat je ouder bent terwijl je misschien vroeger net zo veel vergat. Die achteruitgang wordt in sterke mate beïnvloed door enkele

leefstijl factoren waarvan bewegen en cognitief actief blijven de belangrijkste zijn. Er zijn aanwijzingen dat ons denken, evolutionair gezien, een internalisering is van bewegen. De hersen circuits die fysieke vaardigheden ondersteunen zijn in belangrijke mate dezelfde als die het denken ondersteunen. Dat verklaart waarom mensen na het sporten een nieuwe woordenschat 20% sneller leren dan voor het sporten. En waarom uit een groot longitudinaal onderzoek onder bijna 19.000 vrouwen bleek dat vrouwen die meer dan 12 uur per week stevig wandelden 20% beter cognitief functioneerden dan de vrouwen die dat minder dan een uur per week deden (Ratey et al., 2009).
Als we kijken naar de impact van bewegen op de geest dan zien we het volgende:

- Het versterkt de bloedsomloop en voorziet zo de hersenen van meer zuurstof
- Het reguleert de brandstofvoorziening zodat er minder kans is op beschadiging door vrije radicalen
- Het voorkomt stress en vermindert de gevolgen van stress
- Het verbetert de stemming
- Het versterkt het immuunsysteem
- Het verbetert de motivatie om actief te blijven
- Het bevordert de groei van hersencellen en verbinding tussen de hersencellen.

7.2 Dementie

Dementie is een bijzondere vorm van cognitieve achteruitgang.
In 60 tot 70% is de ziekte van Alzheimer de belangrijkste veroorzaker en bij ongeveer 15% gaat het om de kwaliteit van de bloedvaten(vasculaire dementie). Over de oorzaken van Alzheimer is het laatste woord nog niet gezegd maar wel lijken de oorzaken van Alzheimer, als het gaat om de risicofactoren op dezelfde als gelden voor vaatziekten. In een review die deze risicofactoren inventariseert komen naar voren: hoge bloeddruk, hoog cholesterol, obesitas op volwassenleeftijd en roken (Stewart en Prince, 1999). De hersen veranderingen die horen bij Alzheimer ontstaan vaak al 10 tot 20 jaar voordat de ziekte tot uiting komt. Dat geldt veel minder voor hoogopgeleiden bij wie dementie minder vaak voorkomt maar als die zich voordoet is het verloop veel sneller wat wijst op een ernstige hersen beschadiging. Factoren die beschermend werken bij dementie en die het verloop kunnen vertragen zijn: fysiek, cognitief en sociaal actief blijven, een vetarm dieet. Als het gaat om de behandeling laat een review

en meta analyse van 20 RCT's zien dat met name door familie ingezette ondersteuning het welbevinden van ouderen met dementie bevordert. Bij cognitieve rehabilitatie en lichamelijke oefening vond men geen significante effecten. Het enige wat mogelijk effect heeft bij ouderen in verpleeghuizen is een groepsvorm van cognitieve stimulatie (Cooper et al., 2012).

7.3 Kwetsbare ouderen

Tot nu toe hebben we ons gericht op jongere ouderen met een redelijke gezondheid. Er zijn ook veel ouderen die geconfronteerd worden met de beperkingen die horen bij een aantal lichamelijke en psychische, veelal chronische ziektes. Vaak gaat het om wat oudere ouderen bij de problemen zich zodanig opstapelen dat zij ondersteuning nodig hebben in het dagelijkse leven. In de gerontologie wordt voor deze groep het woord fragiel gebruikt: " personen die meestal, maar niet altijd, een hogere leeftijd hebben dan 75 jaar en die vanwege een opeenstapeling van diverse voortdurende problemen ondersteuning nodig hebben om het hoofd te kunnen bieden aan het dagelijkse leven (Hogan et al, 2003). Die fragiliteit is vaak verbonden met ziekenhuisopnames, verpleeghuisopnames en mortaliteit. Het proces van fragiliteit is niet helemaal onomkeerbaar. Factoren die dat kunnen verbeteren zijn evenwichtsoefeningen, voedingsadviezen en controle en beheersing van de bloeddruk. Vaak is er bij fragiliteit alleen aandacht voor de lichamelijke aspecten wat afbreuk doet aan de manier waarop mensen hun fragiliteit zelf ervaren en waarbij psychologische en sociale factoren evenzeer meespelen. De lichamelijke beperkingen springen natuurlijk wel het meest in het oog. Zo zijn er veel problemen in de leeftijd boven de 75 en 85 met zitten en staan (49%,64%), verplaatsen (49%,80%) , persoonlijke verzorging (32%, 67%), huishoudelijke verzorging (57%,84%), zien (18%,37%) en horen (23%,36%) (Gezondheidsraad, 2009). Om de zelfredzaamheid in deze groep te versterken kunnen werken: lichamelijke activiteit, valpreventie, het leren omgaan met gezondheidsproblemen en het stimuleren van wat minder of nog niet is aangetast (gezondheidsraad, 2009).
Daarnaast lijkt het van belang om kwetsbaarheid vroeg te signaleren en als ouderen voldoen aan de definitie van lichamelijke, psychische en sociale fragiliteit. De eerstelijn lijkt bij uitstek de aangewezen plek om fragiliteit vast te stellen om te komen tot een aanpak vanuit verschillende betrokken partijen teneinde de zelfredzaamheid te bevorderen, het beloop te beïnvloeden en risico's te voorkomen en om na te gaan waar positieve

aanknopingspunten zijn die de kwaliteit van leven kunnen versterken. De Tilburg Frailty Index kan daarbij behulpzaam zijn (Gobbens et al., 2010). Eenzaamheid concentreert zich in deze groep kwetsbare ouderen. Het goed onderhouden van een sociaal netwerk of het opbouwen van een netwerk van vrijwilligers kan deze eenzaamheid tegen gaan.

7.4 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING GEZOND NAAR DE FINISH

- De lichamelijke en mentale gezondheid van ouderen worden maar voor een klein deel verklaard door ouderdoms aspecten. Veel meer bepalend zijn leefstijl factoren zoals bewegen en voeding.
- De cognitieve achteruitgang bij ouderen wordt veel meer bepaald door factoren als leefstijl, met name bewegen, voeding en cognitief en sociaal actief zijn dan door het ouder worden.
- Lichamelijk actief zijn door tenminste een half uur per dag intensief te bewegen heeft vele lichamelijke en cognitieve gezondheidsvoordelen die de gevolgen van het ouder worden beperken
- Lichamelijk actief worden op latere leeftijd kan de negatieve gevolgen van een slechte leefstijl beperken en soms zelfs omkeren.
- Het lijkt raadzaam om voor dementie uit te gaan van dezelfde risicofactoren als voor vaatziekten zowel in de preventie als bij de behandeling om het beloop te vertragen.
- Bij zeer kwetsbare ouderen kan een beleid gericht op vroege signalering, goede diagnostisering en vroege interventies het verdere beloop vertragen.

NIEUW BELEID

1. **Uitbreiden van Welzijn op recept met interventies die ouderen na hun pensioen helpen in het vinden van zin in het leven van de pensionering**
2. **Uitbreiden van Welzijn op recept met interventies die zich richten op het verbeteren van de leefstijl van ouderen.**
3. **Het oprichten van een ouderenraad die beleidsvoorstellen doet aan de gemeente rond ouderen en die als bijzondere taak heeft: het voorkomen en aanpakken van eenzaamheid bij ouderen.**
4. **Het vanuit de gemeente en maatschappelijke instellingen en bedrijven beschikbaar stellen van gevarieerd vrijwilligerswerk van goede kwaliteit.**

5. **Het versterken van bestaande netwerken of het opbouwen van een netwerk van vrijwilligers bij geïndiceerde kwetsbare ouderen.**
6. **Overweeg de invoering van vouchers die jongere ouderen ontvangen van oudere ouderen voor hulp en ondersteuning en die zij later zelf kunnen inzetten.**
7. **Het zo vroeg mogelijk signaleren van kwetsbare ouderen in de eerstelijn en het ontwikkelen van een beleid van interventie en begeleiding waar elke zorgverlener zich aan committeert.**
8. **Het aanpassen van "we helpen" (www.wehelpen.nl) voor Nieuwegein en Nijkerk.**

8. Chronische ziektes

Dwars door de levensloop kan zich een onfortuinlijke ontwikkeling voordoen: een chronische ziekte.
Niemand is voorbereid op een chronische ziekte. Mensen hebben een aantal interne representaties van hun toekomst, bewust en onbewust. Maar het scenario van een chronische ziekte is daar niet bij. Doet zich dat scenario wel voor vereist een succesvolle aanpassing veel van het mentale vermogen. Dat is een van de gevolgen van een chronische ziekte: het toekomstbeeld is ineens heel anders en negatiever van kleur. Andere gevolgen zijn natuurlijk de somatische gevolgen die samenhangen met de ziekte zelf: pijn, ongemak, minder mobiliteit en de interactie met de zorg: onderzoek, ziekenhuisbezoek en de papier winkel van de AWBZ. Die afname van welbevinden verschilt per individu. Bij sommige mensen neemt het welbevinden veel sterker af dan bij anderen. En er zijn ook mensen bij wie het welbevinden toeneemt, die zich sterker voelen, die zich meer verbonden voelen met familie of vrienden en die zich meer gaan richten op zaken die er voor hen echt toe doen (Bower et al., 2009). Mensen die daartoe in staat zijn hebben positiever gezondheidsuitkomsten zoals verminderde morbiditeit en mortaliteit en positieve veranderingen in het immuunsysteem (Bower et al, 2008). In deze gunstige effecten van positieve emoties zit wel een nuance. In ieder geval werken positieve emoties vrijwel altijd positief voor de gezondheid bij chronische ziektes met een redelijk vooruitzicht van lange termijn overleving. Maar die emoties kunnen schadelijk zijn bij mensen in een verder gevorderd stadium van hun ziekte en een slechte prognose van overleving (Cohen et al., 2006). Mogelijk zijn zij te optimistisch waardoor zij minder klachten melden en zich minder aantrekken van instructies. Mogelijk speelt vermijding van het besef van de chronische ziekte ook een rol.

In Nederland is naar schatting een kwart van de mensen chronisch ziek. Dat varieert in de levensloop. 15% van de jongeren tussen 15 en 24 heeft een chronische ziekte en bijna 50% van de mensen ouder dan 65. 8% van de Nederlanders heeft meer dan een chronische ziekte, dat gaat dan om 1,3 miljoen mensen, vooral ouderen. Mensen met een lagere opleiding hebben vaker een chronische aandoening. Dat hangt mede samen met de clustering van risicogedrag bij lager opgeleiden: vaker roken, minder gezond eten, minder bewegen en meer alcohol consumptie (RIVM,2010). Somatische chronische ziektes hangen sterk samen met psychische stoornissen en afname van welbevinden. In een recente meta analyse bleek dat een hoger welbevinden zowel het herstel als de overleving bij

somatische chronische ziektes bevordert. Emotioneel welbevinden voorspelt de lange termijn prognose (Lamers et al., 2012). Drie meta analyses die al eerder waren uitgevoerd laten een consistente positieve relatie zien tussen subjectief welbevinden en optimisme aan de ene kant en gezondheidsuitkomsten aan de andere kant. Dat geldt zowel voor een gezonde als voor een zieke populatie (Aspinwall et al., 2010). Het is niet helemaal duidelijk hoe dat werkt. Heeft welbevinden een directie invloed op parameters die bepalend zijn voor ziekte? Verloopt het verband via indirecte fysieke indicatoren? Of is de oorzaak vooral dat optimisme en welbevinden samenhangen met gezond gedrag en betere zelfzorg?
De relatie tussen welbevinden en chronische ziekte is ook onderzocht bij een aantal afzonderlijke ziektes. Ik geef hier wat voorbeelden.
Een review rond *hart en vaatziekten* concludeert dat welbevinden consistent een beschermende werking heeft voor hart en vaatziekten, onafhankelijk van de gebruikelijke risico factoren. Dat geldt vooral voor optimisme. Daarnaast blijkt welbevinden positief samen te hangen met gezondheidsgedrag dat herstel ondersteunt. Welbevinden bleek niet consistent samen te hangen met vaatvernauwing en omgekeerd samen te hangen met ontstekingen. Onduidelijk was de samenhang met cholesterol. Wel was er een positieve relatie met lichaamsgewicht en bloeddruk (Boehm et al., 2012).
Bij diabetes lijkt een positieve emotionele gezondheid lange termijn effecten te hebben als het gaat om het leren leven met diabetes en een beschermende werking tegen de negatieve gevolgen van de aangehouden stress en depressie die vaak met diabetes samenhangen.
Bij kinderen met kanker tenslotte bleek dat de manier waarop zij zich aanpassen aan hun ziekte de psychosociale belasting beter voorspelt dan de gezondheidsgeschiedenis (Phipps, 2007).
Zonder hier verder in te gaan op de details laten de meeste reviews positieve effecten van welbevinden zien op:

- Het verwerken van verlies van het gezichtsvermogen (Nyman, 2012),
- Op de stemming, het welbevinden en het functioneren bij dementie (Subramaniam et al., 2012),
- Op de kwaliteit van leven bij kanker (Tamagawa et al., 2012)

Er zijn zeker ook kritische overzichten, bijvoorbeeld een review die aangeeft dat de positieve psychologie de impact overschat van positieve emoties op bijvoorbeeld de fighting spirit, de fysieke symptomen en de posttraumatische groei bij kanker (Coyne et al., 2010).

Wat zijn elementen die invloed hebben op het beloop en de ervaring van een chronische ziekte, anders dan medische interventies? We gaan hierna in op enkele van die thema's, relevant in het verband van de positieve gezondheid.

8.1 Empowerment

Empowerment gaat om het vermogen van patiënten om hun gezondheid en hun gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. De veronderstelling is dat empowerment een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven en op het beloop van de ziekte en tot minder kosten leidt. Het meest effectief lijkt te zijn een combinatie van educatie, zelf monitoring, feedback over het beloop, zelf management training, persoonlijke oefenprogramma's en communicatie met zorgverleners of collega patiënten. Ook internet interventies die deze elementen bevatten zijn effectief (Kuijpers et al., 2013).

8.2 Zelfmanagement

Zelfmanagement is sterk verbonden met empowerment en in sommige definities hetzelfde. De WHO beschouwt zelfmanagement als het geven van directe controle aan patiënten als het gaat om de omgang met hun ziekte. Een review laat positieve resultaten zien op de klinische variabelen en de kwaliteit van leven (Huyser, 2010). Er is een grote variatie in methodieken.

8.3 Veerkracht

Veerkracht is het vermogen van mensen om hun mentale gezondheid te behouden bij aanzienlijke tegenslagen, waaronder een chronische ziekte. Ook veerkracht houdt verband met empowerment en zelf management. Hoop, optimisme, acceptatie van de ziekte, zelfwaardering, doorzettingsvermogen en vastbeslotenheid zijn begrippen die vaak rond veerkracht genoemd worden. In een uitvoerige review hangt veerkracht positief samen met zelfzorg of zelf management, adherentie aan medische voorschriften, pijn en enkele fysieke uitkomsten. Het versterken van veerkracht draagt bij aan het kunnen leven met een chronische ziekte en om beter te functioneren met een ziekte (Stewart et al., 2011). Er zijn interventies beschikbaar voor individuen, groepen en via internet.

8.4 Sociale steun

Het mobiliseren van sociale steun komt in verschillende reviews naar voren als een effectieve interventie die het leven met een chronische ziekte meer acceptabel maakt. Het mes snijdt bij aandacht aan het sociale systeem aan twee kanten. Ook de omgeving vindt de omgang met iemand met een chronische ziekte met weinig verbeter perspectief vaak moeilijk. De meest betrokkenen, gezin, familie, zijn hier het belangrijkst. Als iemand geen sociale steun in zijn omgeving heeft, kan een kunstmatig opgebouwd netwerk van vrijwilligers een goede vervanging vormen.

8.5 Relatie met zorgverlener

Om veerkracht, empowerment en zelfmanagement te ondersteunen kan de hulpverlener veel doen aan het versterken van het vermogen van de patiënt om de ziekte te kunnen hanteren.
Ten eerste door een opstelling als dokter, zeker, maar ook als coach. Als inspirator en ondersteuner van de initiatieven die de patiënt zelf neemt. Daar hoort een waarderende manier van gespreksvoering bij en een waarderende diagnostiek en behandeling. Waarderend in de zin dat positief wordt omgegaan met de eigen oplossingen van de patiënt. In de diagnostiek kan de hulpverlener niet alleen aandacht besteden aan de problemen van de patiënt maar ook aan zijn oplossingen en sterke kanten. De ontwikkeling van de sterke kanten van de patiënt kan voor een deel compenserend werken voor de problemen en kan ontwikkeling en bloei mogelijk maken, ook bij chronisch zieken.

8.6 Samenvatting en nieuw beleid

SAMENVATTING WELBEVINDEN BIJ CHRONISCHE ZIEKTE

- Zonder daarvan overspannen verwachtingen te hebben kan het bevorderen van welbevinden een belangrijke plaats innemen bij de behandeling en zorg van mensen met een chronische ziekte. Niet alleen verbetert dat hun kwaliteit van leven en geeft het zin aan hun leven, maar het heeft ook positieve invloed op andere factoren zoals adherentie, gezondheids gedrag, zelfmanagement, zorgkosten en beïnvloedt de overlevingskansen positief.
- Dat bevorderen van welbevinden kan het beste gebeuren door aandacht te besteden aan de psychische gezondheid van de patiënt en diens vermogen om zelf bij te dragen aan de zorg en behandeling. Er zijn evidence based methoden beschikbaar die zich centreren rond veerkracht en die tevens zaken als empowerment, zelfmanagement en opbouw en onderhoud van sociale steun bevatten
- De hulpverlener kan bij chronische ziekte het beste een coachende rol innemen die de patiënt inspireert en ondersteunt in de eigen omgang met de ziekte. Motiverende gespreksvoering biedt een aanknopingspunt. Aandacht voor de sterke en gezonde kanten van de patiënt in de diagnostiek en de behandeling en zorg kan de patiënt helpen om een nieuw perspectief te vinden en kan soms compenserend werken voor de schade van de ziekte.

NIEUW BELEID

1. **Uitbreiding van Welzijn op recept met de ontwikkeling van vaardigheden die nodig zijn teneinde om te gaan met een chronische ziekte: veerkracht, zelfmanagement, gezondheidsgedrag, opbouw sociale steun.**
2. **De hulpverleners ontwikkelen vaardigheden die hen in staat stellen om bij chronische ziekte een coachende rol te vervullen, onder andere door het leren van motiverende vormen van gespreksvoering en door aandacht te besteden, naast de ziekte, aan de sterke en gezonde kanten van de patient.**

Bijlage 1. Inhoudelijke verkenning – Integrale gezondheidsverbetering in communities

Marijke Dijkstra en Jan Walburg.

Integrale gezondheidsbevordering staat hoog op de agenda van landelijk en regionaal overheidsbeleid. In Nederland en in het buitenland ontstaat steeds meer ervaring op het gebied van wijkgericht werken en "community health". Een beperkte inventarisatie geeft enig zicht op mogelijke good-practices en resultaten van integrale gezondheidsverbetering in communities.

Overheidsbeleid
De Rijksoverheid (2012) besteedt sinds 2007 extra aandacht aan achterstandswijken
Het Centrum Gezond Leven heeft diverse handleidingen ontwikkeld, namelijk voor de gezonde school, gezonde wijk, gezonde gemeente en gezond werk (Loket Gezond Leven, 2012).

Voorbeeldprojecten

- **Coalitie Gezond Geweten**, Den Haag

Doel: De bevolking van de vier Haagse krachtwijken over tien jaar gezonder te laten zijn en in een gezonde omgeving te laten wonen en werken. Terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Aanpak: In een meerjarenprogramma (2010-2014) diverse projecten uitrollen volgens een integrale en gezamenlijke aanpak. De Haagse aanpak is gericht op vier sporen: Gezond en sportief leven, gezonde leefomgeving, toegankelijke preventie en zorg en gezond kunnen meedoen. Binnen elk spoor zijn vijf thema's uitgewerkt, namelijk vermindering van overgewicht, roken, depressie, eenzaamheid en hart vaat- en longaandoeningen. Deze thema's zijn vertaald naar concrete doelstellingen en acties.

Onderzoeksmethode: Gestart is met een wijkenanalyse op basis van verschillende bronnen (monitoren, nota's, websites, van GGD, stadsdelen, huisartsen, welzijnswerk en zorgverzekeraars).
Waar mogelijk worden concrete acties of projecten geëvalueerd, net als het (samenwerkings)proces en de tevredenheid van betrokken actoren en gebruikers.

Voor het meten van gezondheidseffecten wordt aangesloten bij grootschalige onderzoeken: Herhaling van de G4 Gezondheidsenquête in 2012 (laatste keer was 2008) en Urban40 onderzoek naar de gezondheidseffecten van de Krachtwijkenaanpak. Voor enkele acties worden kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd, in ieder geval voor het project Fit for Work.

Resultaten: Nog geen.

Meer informatie: http://www.gezondgeweten.nl/

- **Hartslag**, Limburg

Doel: Afname van hart- en vaatziekten in de algemene populatie van Maastricht en lage SES groepen in het bijzonder door het stimuleren van een gezonde leefstijl (lichamelijke activiteit, vetconsumptie en roken).

Aanpak: Tussen 1998 en 2002 (met enige uitloop) is Hartslag uitgevoerd. Hartslag bestond uit een Community-deel waarin acht lokale werkgroepen werden geformeerd, en een deel waarin personen met (een hoog-risico op) hart- en vaatziekten door huisartsen en specialisten in het ziekenhuis werden doorverwezen naar gezondheidsadviseurs. In het community-deel zijn tussen 1999 en 2003 790 interventies geïmplementeerd waarvan 590 major interventies. De meeste interventies waren gericht op fysieke activiteit (361) en gezonde voeding (193), slechts negen interventies waren gericht op roken. Ongeveer de helft van de interventies werden uitgevoerd in lage SES wijken.

Onderzoeksmethode: Meerdere onderzoeken zijn uitgevoerd binnen het project Hartslag, waaronder vijf dissertaties en een kosteneffectiviteitsstudie (zie De Gouw, 2012 voor een overzicht). Er is een nulmeting uitgevoerd, procesevaluaties en effectevaluaties met controlegroepen. De controlepopulatie werd gehaald uit de Doetinchem cohort studie, een studie die elke vijf jaar fysieke metingen uitvoert bij de participanten. Ook is er op beleidsniveau onderzoek gedaan zoals naar processen van lokaal gezondheidsbeleid (o.a. netwerk- en stakeholderanalyse), dynamiek van beleid, praktijk en onderzoek op het gebied van publieke gezondheidszorg, en de bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg.

Resultaten: Uit de nulmeting (3.000 participanten en 895 controleparticipanten) kwam naar voren dat de mate van risicogedrag

voor hart- en vaatziekten boven het landelijke gemiddelde lag. In de procesevaluaties kwamen aandachtspunten naar voren voor communicatie, subwerkgroepen en deskundigheidsbevordering. De effectevaluaties (2.414 participanten en 758 controleparticipanten) lieten geen significant zien voor roken maar wel voor voeding (experimenteel versus controle). Positieve effecten werden gevonden op BMI, middelomtrek, bloeddruk en glucosegehalte.

Meer informatie: Verschillende wetenschappelijke artikelen
http://www.ggdzl.nl/

- **EPODE/JOGG**, meerdere regio's in binnen- en buitenland

Doel: Gezamenlijk overgewicht voorkomen bij kinderen.

Aanpak: Ontstaan als project in twee Franse dorpen, in totaal 6600 inwoners. In de eerste periode van vier jaar werd alleen intensieve voorlichting gegeven over voeding op de kinderopvang, buitenschoolse opvang en basisscholen (agendasetting met als doel bewustwording). In de tweede periode werd de hele gemeenschap gemobiliseerd om de boodschap "gezond dieet en voldoende lichaamsbeweging" onder de aandacht te brengen van gezinnen met jonge kinderen. Er werden maatregelen getroffen in de fysieke omgeving, activiteiten georganiseerd, het aanbod van gezonde voeding bevorderd en ouders werden bij de activiteiten betrokken. Gedurende een periode werd er één nieuwe activiteit geïntroduceerd, die vervolgens moest beklijven. Pas dan werd een nieuwe activiteit georganiseerd.
Daarna is de aanpak door een commerciële instelling vertaald naar een implementatiestrategie voor andere dorpen en landen. Van de tien Franse dorpen die tussen 2004 en 2007 gestart zijn, zijn nog geen effecten bekend. Momenteel voeren 225 Franse gemeenten het project uit, maar activiteiten variëren per gemeente. De EPODE methode kent nu vier pijlers: Een sterk bestuurlijk commitment op hoog gemeentelijk niveau, een stevige wetenschappelijke achtergrond en begeleiding tijdens alle fasen van het proces, een sociale marketing aanpak voor het beïnvloeden van gedrag en een multi-stakeholder benadering (in Nederland vertaald als publiek-private samenwerking). EPODE heet in Nederland Jongeren Op Gezond Gewicht. Aan JOGG doen 12 gemeenten en één provincie mee. JOGG kent een vijfde pijler ten opzichte van EPODE, namelijk de verbinding tussen preventie en zorg.

Onderzoeksmethode: Jaarlijkse monitor waarin kinderen gemeten en gewogen werden. Dezelfde gegevens werden verzameld in twee controledorpen in de directe omgeving. Ook konden de gegevens vergeleken worden met ontwikkelingen in de rest van Frankrijk. JOGG wordt gemonitord door het CIAO-consortium. Dat staat voor Consortium Integrale Aanpak Overgewicht en is een samenwerkingsverband tussen vijf Academische werkplaatsen.

Resultaten: Na 10 jaar was het percentage overgewicht en obesitas sterk gedaald in de twee Franse experimentele dorpen (8,8%) ten opzichte van de twee controledorpen (17,8%).

Meer informatie:

- http://www.epode-european-network.com/en/ressources-center/224-een-recommendations.html
- http://www.jongerenopgezondgewicht.nl/home
- http://www.ciao-onderzoek.nl/

- **Gezonde wijk Overvecht**, Utrecht

Doel: Terugdringen van overgewicht bij de jeugd tot en met 19 jaar in de wijk Overvecht in Utrecht. Ook was het doel een hecht netwerk van intermediairs te creëren in de wijk (community ontwikkeling) voor het kunnen borgen van de activiteiten na de projectfase.

Aanpak: Op het gebied van informatie, voorlichting en educatie zijn 143 activiteiten uitgevoerd. 41 activiteiten gericht op massamedia, 10 individuele activiteiten en 92 groepsactiviteiten. Op het gebied van community ontwikkeling (netwerkvorming e.d.) zijn 85 activiteiten geregistreerd. Tussen 2005 en 2010 zijn het aantal partijen in het project gegroeid van 3 naar 30.

Onderzoeksmethode: In Overvecht wonen ongeveer 65.000 kinderen tot 19 jaar waarvan 75% van allochtone afkomst. De voorbereidingsfase bestond uit een community diagnose waarmee problemen, meningen, stakeholders en mogelijkheden in kaart werden gebracht. Actie- en evaluatieonderzoek maakten deel uit van het project. Daarin werd gebruik gemaakt van een controlewijk in Utrecht.

Resultaten: Tussen 2006 en 2010 zijn de zorgkosten met 4% verminderd door intensieve samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijn. Het percentage kinderen met overgewicht is afgenomen van 26% naar 20%.

Significante verschillen waren er voor 4-7 jarigen, 4-12 jarigen met een lage SES en 4-12 jarigen van Marokkaanse afkomst. Het aantal jongeren tot 19 jaar dat de beweegnorm haalt is gestegen van 54% naar 65%. Pubers werden moeilijk bereikt ondanks contacten met middelbare scholen maar het was zoeken naar effectieve interventies. Enkele interventies zijn omgezet in beleid (fruitbeleid, voedings- en beweegbeleid) en de GG&GD probeert zoveel mogelijk activiteiten in het kader van haar reguliere werkzaamheden aan te bieden. Een deel van de activiteiten is gestopt door het wegvallen van het activiteitenbudget.

Meer informatie: http://www.utrechtgezond.nl/

- **Communities that Care**, meerdere regio's in binnen- en buitenland

Doel: Een preventieprogramma om probleemgedrag, maatschappelijke uitval en alcohol- en drugsgebruik van jongeren te voorkomen of terug te dringen. Op de lange termijn is het doel van het programma een veilige wijk te creëren waar kinderen en jongeren worden aangemoedigd hun capaciteiten aan te spreken en zich optimaal te ontwikkelen.

Aanpak: In de eerste plaats worden leiders in de wijk en stakeholders gemobiliseerd in wijkgerichte coalities. Deze leiders en stakeholders krijgen een training en hebben de taak om de risico- en beschermende factoren in de wijk in kaart te brengen. Vervolgens maakt de coalitie op basis van de data een keuze uit de belangrijkste risico- en beschermende factoren waar ze zich op gaan richten. Daarbij kiezen en implementeren ze onderzochte en effectieve preventieve interventies en monitoren ze de implementatie en uitkomsten van (nieuwe) interventies.

Onderzoeksmethode: USA: Matched communities participeerden in een studie naar korte termijn effecten (13 paren van communities). Met toeval werd de ene wijk toegewezen als experimentele wijk en de andere wijk als controlewijk. In een nested cross-sectioneel design werden middelengebruik, probleemgedrag, risico- en beschermende factoren uitgevraagd met behulp van vragenlijsten. De data werden gebruikt om een keuze te maken uit de belangrijkste risicofactoren voor de inzet van preventieve interventies. Ook is er jaarlijks een panel van jongeren ondervraagd.
Daarnaast zijn procesevaluaties uitgevoerd.
In Nederland wordt het CtC scholierenonderzoek gebruikt voor probleemverheldering en evaluatieonderzoek.

Resultaten: De nulmeting laat geen verschillen zien tussen interventie- en controlewijken en de jongeren uit die wijken. Tussen de fifth grade en seventh grade en na 1,67 jaar van implementatie van nieuwe preventieve interventies waren er significante verschillen te zien. De jongeren uit de controlewijken hadden een significante grotere kans om te beginnen met delinquent gedrag. Jongeren van de controlewijken hadden een 27% grotere kans om in 6th grade te beginnen met alcoholgebruik dan jongeren van de interventiewijk. De effectsize is (nog) klein (.15) maar kan mogelijk verbeteren na verdere implementatie.
De bereidheid van een coalitie en de kwaliteit van het interne functioneren (o.a. machtstrijd, inzet van de leden) zijn belangrijk voor het succes van een preventieve coalitie.

Meer informatie:
- http://www.ctc-holland.nl/
- http://www.springerlink.com/content/m0644280350m3636/
- http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X08000906

- **Toolkit for Health and Resilience In Vulnerable Environments**, USA

Doel: Met een positieve insteek de gezondheid bevorderen in wijken met veel etnische minderheden en de gezondheidskloof verkleinen.

Aanpak: THRIVE is een Amerikaans programma. Tot nu toe was er in onderzoek en beleid vooral aandacht voor risicofactoren. Met veerkracht worden voornamelijk beschermende factoren bedoeld, en juist deze factoren kunnen de gezondheid en veiligheid in wijken verbeteren op de lange termijn. De THRIVE tool bestaat uit twintig wijkgerichte factoren op vier gebieden: infrastructuur van een wijk, sociale netwerken in de wijk, de beschikbaarheid van verschillende en kwalitatief goede diensten en instituten, en sociaal economische factoren.
Bewoners, professionals en beleidsmakers komen één dag bij elkaar en identificeren in de ochtend hun belangrijkste zorgen in hun wijk op het gebied van gezondheid. Ook krijgen zij een training in een wijkgerichte veerkrachtbenadering om gezondheidsverschillen te verkleinen. In de middag worden de factoren gerangschikt en wordt er een top 4-6 geselecteerd. Voor deze factoren worden de sterktes en zwaktes in kaart gebracht, sleutelfiguren bepaald voor de vervolgstappen en evaluatie.

Onderzoeksmethode: In een pilotstudie in drie wijken in verschillende steden in Amerika werd de tool één dag ingezet. Interviews werden tussen twee en vier maanden daarna afgenomen met deelnemers.

Resultaten: Binnen vier maanden na THRIVE werden positieve veranderingen doorgevoerd in alle wijken. De tool werd als positief ervaren, een geschikt instrument om verandering teweeg te brengen. Deze veranderingen zijn echter niet direct toe te schrijven aan de tool aangezien elke wijk ook financiering kreeg voor hun deelname.

Meer informatie:
- http://thrive.preventioninstitute.org/thrive.html
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449502/

- **School mental health Multi-intervention programs**, USA

Deze multipele interventie programma's bevatten beleid, diensten en interventies gericht op de school, professionals en jongeren. Verschillende (gecontroleerde) studies hebben korte termijn effecten aangetoond bij jongeren, namelijk veranderingen in kennis, vaardigheden, attituden en gedrag op het gebied van mentale gezondheid. Er zijn inmiddels kwalitatief goede educatie programma's,

Succesfactoren bij de implementatie van een gezamenlijke community aanpak

- Formuleer een duidelijke en breed gedragen visie en missie met alle betrokken partijen (inclusief inwoners!). Evalueer (en vernieuw) deze visie en missie periodiek voor aansluiting bij nieuwe situaties en kansen.
- Organiseer een gezamenlijk planningsproces gedurende een maand tot meer dan een jaar voordat er activiteiten geïmplementeerd worden. Een beperkende factor kan beperkte tijd voor het planningsproces zijn, bijvoorbeeld vanwege subsidie eisen of beleidskaders. Daardoor kunnen beslissingen geforceerd worden en is er beperkt tijd voor het opzetten van een steunend netwerk met potentiële leden voor de community aanpak.
- Geef na het opstellen van de doelen prioriteit aan deze doelen. Daarbij rekening houdend met andere zorgen die er in een community spelen. Niet de grootste groep of kerngroep van het project bepaalt de prioriteit, maar ook burgers hebben inspraak. Er moet een balans zijn tussen wetenschappelijke prioriteiten en de wensen of zorgen van de inwoners.

- Leiderschap is de interne factor die bijdraagt aan de effectiviteit van community projecten. Ook al is er vaak één persoon die de leiding heeft, in een groep is er vaak meer diversiteit aan leiderschapskwaliteiten en vaardigheden aanwezig dan bij één persoon. Ook is een groep leiders minder kwetsbaar dan één leider. Het leiderschap moet ook verspreid zijn binnen alle betrokken partijen zodat de betrokkenheid hoog is en blijft, en er snel geschakeld kan worden tussen organisaties.
- Signaleer met behulp van documentatie en monitorsystemen intermediaire uitkomsten en geef daarmee feedback op wat er in de community aanpak wel en niet werkt. De inspanningen kunnen zo meer op de potentieel meest effectieve activiteiten gericht worden.
- Organiseer training en ondersteuning die nodig is voor het optimaal functioneren van de verschillende medewerkers in het project.
- Deel tussentijds behaalde successen met beleidsmakers, financiers, inwoners, media etc. om de interesse te blijven houden voor (de doelen van) het project. Communiceer belangrijke informatie uit de evaluaties met stakeholders.
- Zorg voor voldoende vertrouwen en tijd. Voldoende tijd is belangrijk om een goed netwerk op te kunnen bouwen met zowel de uitvoerders als de inwoners (draagvlak creëren). Om veranderingen in de community te bewerkstelligen is er vertrouwen in het project nodig van uitvoerders en inwoners (Roussos & Fawcett, 2000).

Bijlage 2. Eerste inhoudelijke verkenning – onderzoeksmethodieken

Marijke Dijkstra en Jan Walburg

Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk is een ambitieus project van de samenwerkende gezondheidscentra in Nieuwegein en Nijkerk, welzijn Nieuwegein (MOvactor), de Gemeente Nijkerk en Nieuwegein, Achmea, en de Universiteit Twente. Het doel is in tenminste vier jaar een meetbare verbetering te realiseren in de gezondheid en het welbevinden van de burgers in Nieuwegein en Nijkerk. Meer concreet:

- In vier jaar Nieuwegein net zo gezond als de rest van Nederland.
- Op de lange termijn zijn Nieuwegein en Nijkerk gezonder en veerkrachtiger dan het gemiddelde in Nederland.

De vier domeinen waar het project zich op zal richten zijn: Meedoen (participatie), gezond en sportief leven (leefstijl), gezonde en plezierige leefomgeving, toegankelijke en humane zorg.

In een of meerdere academische gezondheidswerkplaatsen komen maatschappelijke partners, kennispartijen, burgers en bedrijven bij elkaar. De academische werkplaatsen geven inhoudelijke input voor gezondheidsverbetering. Ook evaluatie en wetenschappelijk onderzoek zullen hierin een plek krijgen.

Promotieonderzoek

Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk biedt mogelijkheden voor een promotieonderzoek. Dit onderzoek zal zich richten op:

- Verbeteren van veerkracht
- Community gerichte benadering (scholen, wijk, werk, gezondheidszorg)
- Het aanbieden van multipele interventies, niet alleen gericht op leefstijl, maar ook op participatie, leefomgeving en zorg
- Combinatie van fysieke en psychische component (bv. veerkracht en bewegen)
- Economisch rendement / kosteneffectiviteit.

Een opzet voor wetenschappelijke artikelen en uiteindelijk het proefschrift zou er als volgt uit kunnen zien:

1. Meta-analyse naar de toepassingen van positieve gezondheid en veerkracht of naar het effect van community gerichte projecten / multipele interventies ter bevordering van de gezondheid
2. Onderzoeksmethodologie van complexe gezondheidsbevorderende projecten, de ontwikkeling van een gevoelig meetinstrumentarium
3. Effectiviteit van Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk (meer dan één interventie versus geen interventie) met veerkracht als primaire uitkomstmaat
4. Kosteneffectiviteit van de gekozen aanpak
5. Kwalitatieve analyse op basis van levensverhalen van burgers.

In 2014/5 is het belangrijk om te starten met:

- Monitor gegevens verzamelen en vergelijken. Bijvoorbeeld van de GGD ‘s en een andere GGD (bv. in Limburg, Den Haag, Drenthe), Achmea, eerstelijnsorganisaties, welzijnswerk en zorginstellingen.
- Literatuuronderzoek
- Concrete vraagstellingen, uitkomstmaten en procesmatige uitkomsten bepalen
- Aanpassen monitorsysteem en/of meetinstrumentarium vaststellen.

In de publieke gezondheidssector is steeds vaker aandacht voor de community gerichte benadering. Daarin proberen organisaties gezamenlijk de gezondheid en het welbevinden te verbeteren van grotere groepen die deel uit maken van dezelfde "community". In deze benadering staat de integrale aanpak centraal, bestaat uit een samenwerking van meerdere sectoren en het aanbieden van een aantal (componenten van) interventies zoals beleid en massamediale campagnes.

Multipele interventie programma's zetten in op meerdere:

- Doelgroepen: individuen, gezinnen, wijken, organisaties, sociale netwerken
- Sectoren: gezondheid, educatie, verkeer, huisvesting, werk
- Sociaal ecologische systemen

En de interventies worden aangeboden:

- Vanuit verschillende kanalen: non-profit organisaties, commerciële organisaties, overheden, coalities, media

- In verschillende settings: thuis, school, werk, kerk/moskee, internet, zorginstelling.

Wat is er bekend over community en multipele interventieprogramma's?
Verschillende uitgevoerde studies op het gebied van community gerichte gezondheidsbevordering hebben niet de gewenste en verwachte resultaten opgeleverd. Dit heeft mogelijk met het gekozen onderzoeksdesign te maken en met de gemeten uitkomstmaten. Ook zijn bijvoorbeeld sociale en economische factoren sterkere predictoren van gezondheidsuitkomsten op populatieniveau dan vele interventies op het gebied van de publieke gezondheid (Roussos & Fawcett, 2000). Daarnaast gaat het vaak om korte termijn effecten terwijl eerste effecten van community gerichte gezondheidsbevordering pas na enkele jaren te verwachten zijn (Edwards e.a., 2004; Van Koperen e.a., 2011). Een andere mogelijke verklaring is dat er met de implementatie van vele interventies slechts kleine groepen bereikt worden, mogelijk doordat er op te veel onderwerpen de focus is gelegd (Abbema e.a., 2004).

Systematische reviews uitgevoerd door the Effective Public Health Practice Project (USA) laten zien dat multipele interventies effectiever zijn dan losse interventies of interventies met één component. En dat losse interventies effectiever zijn als ze ingebed zijn in een veelzijdige interventie. Deze uitkomst verschilt met andere reviews waarin geen of een zeer klein effect werd gevonden. Mogelijk heeft dit te maken met de verschillende inclusiecriteria van de reviewstudies en het feit dat EPHPP meer gericht is op kenmerken van de interventie en het implementatieproces dan op uitkomstmaten (Edwards e.a., 2004).

Wat zijn gebruikte en gewenste onderzoeksmethodieken?
Een standaardevaluatiemethode of instrument voor het evalueren van community interventies of multipele interventies is er niet omdat het vaak een complex en flexibel geheel is, afhankelijk van de context en betrokken stakeholders, en omdat er verschillen in doelen van de interventie en in vraagstellingen van het onderzoek zijn (Alting e.a., 2003).

Vanaf 1970 zijn er community-based intervention trials uitgevoerd voor onder meer de preventie van hart- en vaatziekten. Onderzoekers bepaalden het design van de studie en de implementatiestrategie en er was vrijwel geen inbreng vanuit de community zelf. Op basis van de eerste studies is dat laatste momenteel wel een belangrijk onderdeel van

community gerichte projecten (Roussos & Fawcett, 2000). In de review van Roussos & Fawcett (2000) kwam naar voren dat vrijwel alle geïncludeerde studies (34) een experimenteel of quasi experimenteel design hadden. De meeste studies gebruikten meerdere onderzoeksmethoden zoals een case-studie design, documentatie van de activiteiten en de implementatie, cross-sectioneel vragenlijstonderzoek en prospectief cohortonderzoek. 91% van de studies werd uitgevoerd in een periode van minder dan vier jaar. De meeste studies onderzochten proximale uitkomstmaten zoals gezondheidsgedrag in geselecteerde steekproeven.

Een veelbelovend design is het gebruik van multipele-baseline of time series designs (Roussos & Fawcett, 2000). Van Koperen e.a. (2011) geven aan dat community gerichte gezondheidsbevordering onderzocht moet worden in een quasi experimenteel time series design waarin veranderingen op individueel niveau en op omgevingsniveau worden gemeten. De evaluatie bestaat uit een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden, oftewel een mixed-method benadering (triangulatie) om niet alleen de effectiviteit vast te stellen maar ook de impact en het proces van een community project (Van Koperen e.a., 2011; Hawe e.a., 2003). Om veranderingen in gedrag te meten op individueel niveau en in de community is een pre-test post-test design gewenst. Ook is een controle community gewenst als dit binnen het budget en de tijd mogelijk is. Randomisatie is daarbij geen vereiste (Van Koperen e.a., 2011). Klassieke onderzoeksdesigns als Randomised Controlled Trials (gericht op individuen) en Community Intervention Trials (gericht op groepen) zijn vaak de standaard maar blijken in de praktijk niet in overeenstemming te zijn met het dynamische en deels oncontroleerbare karakter van de community benadering (Alting e.a., 2003; Atienza & King, 2002).

Onderzoek In Nieuwegein en Nijkerk

Op basis van het voorgaande kan het onderzoek naar het gezondheidsbeleid in Nieuwegein en Nijkerk een of meer van de volgende uitkomstmaten, meetinstrumenten en studiedesigns bevatten.

Mogelijke uitkomstmaten

<u>Primair:</u>
Welbevinden of veerkracht

Secundair:
Overgewicht, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid (depressie/angst/somatisatie/stress), participatie, zelfredzaamheid/zelfmanagement, leefstijl (bewegen, voeding, roken, alcohol), kwaliteit van leven, zorggebruik, productiviteit.

Onder veerkracht kan worden verstaan:
Mastery, hoop, optimisme, levensdoel, sociale vaardigheden, aanpassingsvermogen/ flexibiliteit.

Mogelijke meetinstrumenten (aansluitend op de monitor van de GGD)

- Demografische kenmerken: leeftijd, sekse, opleiding, werk, chronische ziekte, culturele achtergrond
- Welbevinden: MHC-SF of WHO-5
- Overgewicht: BMI, buikomvang
- Mate van de fysieke activiteit (mate en patroon): SQUASH
- Angst/depressie/somatisatie/stress: 4 DKL
- Participatie en zelfredzaamheid: IPA
- Zelfmanagement: PIH-NL
- Leefstijl: BRAVO
- Kwaliteit van leven: Euroqol
- Zorggebruik: Uit gegevens van Achmea en/of andere zorgverzekeraars
- Zorggebruik en productiviteit: Tic-P
- Veerkracht: Resilience scale

Om ook zicht te krijgen op het bereik van het gezondheidsbeleid en het bereik van de geïmplementeerde interventies zou er in de monitor een overzicht opgenomen kunnen worden van alle geïmplementeerde interventies en activiteiten in het kader van het project. Participanten kunnen aankruisen wat ze kennen/gezien hebben en waar ze aan mee hebben gedaan.

Mogelijke onderzoeksmethoden
Het onderzoeksdesign omvat in ieder geval een proces- en effectevaluatie. Bij voorkeur gebruik makend van verschillende onderzoeksmethoden (triangulatie).

De procesevaluatie kan bestaan uit:

- Literatuuronderzoek
- Interviews/focusgroepen met uitvoerders en burgers

- Levensverhalen met burgers
- Foto's van de omgeving (periodiek herhalen)
- Logboek van uitvoerders (wekelijks)

Voor het observeren van veranderingen in is het van belang ook rekening te houden met de betrouwbaarheid tussen twee (of meer) observeerders.

De effectevaluatie kan bestaan uit (een combinatie van):
- Quasi experimenteel time series design (monitoring met meerdere metingen en een controlegroep)
- Monitoring van bereik en impact van interventies en activiteiten*
- Pretest – posttest (control group) design
- Cohortstudie (monitoring van dezelfde groep individuen)
- Cross-sectionele studie (monitoring van verschillende groepen individuen per meetpunt)
- Community Intervention Trial, randomisatie van steden of wijken. Participatie van ten minste 10 communities per studie is nodig voor voldoende power. Bij voorkeur de experimentele community matchen met een controle community.
  NB. CIT leidt (tot nu toe) vaak tot kleine of niet-significante uitkomsten.

* Bijvoorbeeld per interventie een rangorde toekennen op basis van de mate van belangrijkheid: Een schoolbeleid voor fruit eten heeft een grotere impact dan voorlichting over fruit eten in één klas. De rangorde kan door burgers en experts worden vastgesteld.

Literatuurlijst

Abbema, E.A., Van Assema, P., Kok, G.J., De Leeuw, E., & De Vries, N.K. (2004). Effect evaluation of a comprehensive community intervention aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands. *Health Promotion International, 19 (2),* 141-156.

Academy of Medical Sciences. (2004). Calling Time. The Nations drinking as a major health issue. United Kingdom: The Academy of Medical Sciences.

Alting, D.E.M., Bouwens, J.G.M., & Keijsers, J.F.E.M. (2003). *Het evalueren van community interventies. Resultaten en conclusies van een reviewstudie naar onderzoeksmethoden en meetinstrumenten.* Woerden: NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie.

Anderson, J.E., Ebrahim, S., Floyd, L., & Atrash, H. (2006). Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period – United states, 2002-2004. *Maternal and Child Health Journal, 10*(s7), 101-106.

Angevaren, M., Vanhees, L., Nooyens, A.C.J., Wendel-Vos, C.G.W., & Verschuren, W.M.M. (2010). Physical activity and 5-year cognitive decline in the doetinchem cohort study. *Annuals of Epidemiology, 20*(6), 473-479.

Aspinwall, L.G., & Tedeschi, R.G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 39*(a), 4-15.

Atienza, A.A., & King, A.C. (2002). Community-based health intervention trials: An overview of methodological issues. *Epidemiologic Reviews, 24 (1),* 72-79.

Baan, C.A., Schoemaker, C.G., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Hamberg- van Reenen, H.H., Verkleij, H. Heus, S,. & Melse, J.M. (2009). Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: RIVM.

Barry, M.M., & Friedli, L. (2008). The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children , adults and older people. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-B3. Government Office of Science and Innovation, London, UK.

Beddington, J., Cooper, C.L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F.A., Jenkings, R., Jones, H.S., Kirkwood, T.B.L., Sahakian, B.J., & Thomas, S.M. (2008). The mental wealth of nations. *Nature, 455*, 1057-1060.

Belsky, J., Burchinal, M., McCartney, K., Vandell, D.L., Clarke-Steward, K.A., & Owen, M.T. (2007). Are there long-effects of early child care? *Child development, 78*(2), 681-701.

Benzies, K.M., Magill-Evans, J.E., Hayden, K.A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and child-birth, 13*(1), s10.

Blumenshine, P., Egerter, S., Barclay, C.J., Cubbin, C., & Braveman, P.A. (2010). Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: A systematic review. *American Journal of preventive medicine, 39*(3), 263-272.

Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R., & Kagan, J. (1993). A 3-year follow up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(4), 814-821.

Boehm, J.K., & Kubzansky, L.D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin, 138*(4), 655-691.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), 119.

Bower, J.E., Low, C.A., Moskowitz, J.T., Sepah, S., & Epel, E. (2008). Benefit finding and physical health: positive psychological changes and enhanced allostasis. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(1), 223-244.

Bower, J.E., Moskowitz, J.T., & Epel, E. (2009). Is benefit finding good for your health? Pathways linking positive life changes after stress and physical health outcomes. *Association for Physical Science, 18*(6), 337-342.

Burchel, B.J. (1999). The unequal distribution of job insecurity:1966-1986. *International review of applied economics, 13*(3), 437-458.

Burchinal, M.R., & Roberts, J.E. (2000). Relating quality of center-based child care to early cognitive and language development longitudinally. *Child Development, 71*(2), 339-357.

Burger, K. (2010). How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the affects of early interventions for children from different social backgrounds. *Early Childhood Research Quarterly, 25*(2), 140-165.

Burns, R.A., Byles, J., Mitchell, P., & Anstey, K.J. (2012). Positive components of mental health provide significant protection against likelihood of falling in older women over a 13-year period. *International Psychogeriatrics, 24*(9), 1419-1428.

Cannella, B.L. (2006). Mediators of the relationship between social support and positive health practices in pregnant women. *Nursing Research, 55*(6), 437-445.

CBS, opgehaald op 10-06-2014, http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm.

Cohen, S., & Presman, S.D. (2006). Positive affect and health. *Association for Psychology Science, 15*(3), 122-125.

Cooper, C., Makadam, N., Katona, C., Lyketsos, C.G., Ames, D., Rabins, P., Engedal, K., de Mendonça Lima, C., Blazer, D., Teri, L., Brodaty, H., & Livingston, G. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics, 24*(6), 856-870.

Cooper, R., Boyco, C., & Codinhoto, R.(2008) The effect of the physical environment on mental well-being. In Metal Capital and Wellbeing (pp. 967-1006). Wiley Blackwell.

Coyne, J.C., & Tennen, H. (2010). Positive Psychology in cancer care: Bas science, exaggerated claims and unproven medicine. *Annuals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 39*(1), 16-26.

Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction, 99:839-45.

Davis, R., Cook, D., & Cohen, L. (2005). A community resilience approach to reducing ethnic and racial disparities in health. *American Journal of Public Health, 95 (12),* 2168-2173.

Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B.A. (2009). Does higher quality early child care promote low –income children's math and reading achievement in middle childhood. *Child development, 80*(5), 1329-1349.

Dellissaint, D., & McKyer, E.L.J. (2011). A systematic review of factors utilized in preconception health behavior research. *Health Education and Behavior, 38*(6), 603-616.

Dennis, C.L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic review, 2*, CD001134.

Edwards, N., Mill, J., & Kothari, A.R. (2004). Multiple intervention research programs in community health. *Canadian Journal of Nursing Research, 36 (1),* 40-54.

Eilander, A., Hundscheid, D.C., Osendarp, S.J., Transler, C., & Zock, P.L. (2007). Effects of n-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation on visual and cognitive development throughout childhood: a review of human studies. *Prostaglandins Leukotriens and Essential Fatty Acids*, 76, 189-203.

Elliot, R. (2008). The neutral basis of resilience. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Government Office of Science and Innovation, London, UK.

Elsinga, J., de Jong-Potjer, L.C., van der Pal-de Bruin, K.M., le Cessie, S., Assendelft, W.J.J., & Buitendijk, S.E. (2008). The effect of preconception counseling on lifestyle and other behavior before and during pregnancy. *Woman Health Issues, 18*(s6), s117-s125.

Etgen, T., Sander, D., Huntgeburth, U., Poppert, H., Först, H., & Bickel, H. (2010). Physical activity an incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study. *Archieves of Internal Medicine, (170)*2, 186-193.

Feenstra, T.L., van Baal, P.H.M., Hoogenveen, R.T., Vijgen, S.M.C., Stolk, E., & Bemelmans, W.J.E. (2005). Cost-effectiveness of interventions in tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM-rapport 260601003. Bilthoven: RIVM.

Feinberg, M.E., Greenberg, M.T., & Osgood, D.W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: A study of Communities that Care. *American Journal of Community Psychology, 33,* 163-176.

Foresight (2008). Mental capital and well-being: making the most of ourselves in de 21st century. London: The Government Office of Science. Gaddlin, P.O., Finnstrom, O., Sydsjo, G., & Leijon, O. (2009). Most very low birth weightsubjects do well as adults. *Acta Paediatrica, international Journal of Paediatrics, 98*(9), 1513-1520.

Garber, J.(2006). Depression in children and adolescents. Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*(6s1), 104-125.

Gestsdottir, S., & Lerner, R.M. (2007). Intentional self-regulation and positive youth development in early adolescence: Findings from the 4-H study of positive youth development. *Developmental Psychology, 43*(2), 508-521.

Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen:focus op zelfredzaamheid. Den Haag, Gezondheidsraad, 2009, publ nr. 2009/07.

Gobbens, R.J.J., van Assen, M.A.L.M., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., & Schols, J.M.G.A. (2010). The Tilburg Frailty Indicator. Psychometric properties. *Journal of the American Medical Director Association, 11*(5), 344-355.

De Gouw, S. (2012). *De effectiviteit van het overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Met name op het gebied van overgewicht, voeding en beweging (dissertatie).* Enschede: Universiteit Twente.

Harter, J.K., Schmidt, F.L., & Keyes, C.L.M. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes. A review of the Gallup studies. In C.L.M. Keys en J. Haidt, Flourishing: The positive person and the good life (pp. 205-224). Lincoln, NE: The Gallup organization.

Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., & Gold, L. (2003). Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomized community intervention trial. *Journal of Epidemiologic Community Health, 58,* 788-793.

Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., & Catalano, R.F. (2008). Early effects of Communities that Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health, 43,* 15-22.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risks and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105.

Heckman, G.A., & McKelvie, R.S. (2008). Cardiovascular aging and exercise in healthy older adults. *Clinical Journal of Sport Medicine, 18*(6), 179-485.

Herba, C.M., Tremblay, R.E., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Seguin, J.R., & Côté, S.M. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems can early chil care help children of depressed mothers? *JAMA Psychiatry, 70*(8), 830-838.
Hermann, K. (2005). Linking small and big-measuring the impact of private sector involvement in poverty reduction and local economic development: Economic Research Paper.

Hewlett, S.A. (2002). Executive women and the myth to have it all. *Harvard Business Review, 80*(4), 66.

Hogan, D.B., Macknight, C., & Bergman, H.(2003). Models, definitions, and criteria for frailty. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*(s3),1-29.

Horowitz, A., Balisteri, E., Stuen, C., & Fangmeier, R. (1995).Visual impairment and rehabilitation needs of nursing home residents. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 89*(1), 7-15.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., van der Weel, S., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ, 343.*

Huppert, F.A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*(2), 137-164.

Huyser, N., Zelfmanagement interventies bij chronisch zieken. Scriptie VU Amsterdam en Trimbos-instituut, 2011.

Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Engelfriet, P.M., Bos, G., Hoogenveen, R.T., Feenstra, T.L., & Baan, C.A. (2007) Opportunities for preventing diabetes and it complications. A modeling approach. Bilthoven: RIVM.

Jovanovic-Peterson, L., & Peterson, C.M. (1991). Is exercise safe or useful for gestational diabetic women? *Diabetes, 40*(s2), 179-181.

Joseph Rowntree Foundation (2007). The relationship between parenting and poverty. York: Katz, I., Corlyon, J., La Placa, V., & Hunter, S..
Katz, J., West, K.P., Pradhan, E.K., Leclerq, S.C., Khatry, S.K., & Shrestha, S.R. (2007). The impact of a small steady stream of income for women on family health and economic well-being. *Global Public Health, 2*(1), 35-52.

Keyes, C.L.M., Dhingra, S.S., & Simoes, E.J. (2010). Change in level of mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2379-2384.

Kinderen in tel, opgehaald op 10-06-2014, http://www.kinderenintel.nl/.

Van Koperen, M., Visscher, T.L.S., & Seidell, J.C. (2011). Scientific evaluation and dissemination. In: Borys, J.M., Le Bodo, Y., De Henauw, S., Moreno, L.A., Romon, M., Seidell, J.C., & Visscher, T.L.S. *Preventing*

Childhood Obesity. recommendations. Lavoisier: Epode European Network.

Kuijpers, W., Groen, W.G., Aaronson, N.K., & van Harten, W.H. (2013). A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: Relevance for cancer survivors. *Journal of Medical Internet Research, 15*(2), e37.

Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., & Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(5), 538-547.

Lemaire, V., Lamarque, S., Le Moal., M, Piazza, P.V., & Abrous, D.N. (2008). Postnatal stimulation of the pups counteracts prenatal stress-induced deficits in hippocampal neurogenesis. *Biological Psychiatry, 59*(9), 786-792.

Lerner, R.M., Almerigi, J.B., Theokas, C., & Lerner, J.V. (2005). Positive youth development: A view of the issues. *Journal of Early Adolescents, 25*(1), 10-16.

Lloyd-Williams, f. Mwatsama, M., Ireland d, R. & Capewell, S. (2009). Small changes in snacking behavior: The potential impact on CVD mortality. *Public Health Nutrition.*

Loket Gezond Leven, opgehaald op 13-01-2012, http://www.loketgezondleven.nl/settings/

Love, J.M., Harrison, L., Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M.H., Ross, C., Ungerer, J.A., Raikes, H., Brady-Smith, C., Boller, K., Brooks-Gunn, J., Constantine, J., Kisker, E.E., Paulsell, D., & Chazan-Cohen, R. (2003). Child care quality matters: How conclusions may vary within context. *Child development, 74*(4), 1021-1031.

Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen., M.R., O'Connor, E., & Dickerson J. (2005). Cost effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. Arch Gen Psychiatry, 62;1241-8.

Mayes, L.C.; Suchman, N.E. (2006). Developmental pathways to substance abuse. In Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.), (pp. 599-619). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Meerding, W.J., Polder, J.J., de Hollander, A.E.M., & Mackenbach, J.P. (2007). Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van de gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, hart- en vaatziekten –

Zorg voor euro's – 6. Bilthoven: rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Melzer, K., Schutz, Y., Boulvain, M., & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy: Cardiovasculair adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sport Medicine, 40*(6), 493-507.

Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapport 270672001. Bilthoven: RIVM.

Milkie, M.A., Bierman, A., & Schiemand, S. (2008). How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Social Psychology Quarterly, 71*(1), 86-105.

Nader, P.R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z., & Susman, S.J. (2006). Identifiying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics, 118*(3), 594-601.

NCKO (2013). Pedagogische kwaliteit van de kinderopvang en de ontwikkeling van jonge kinderen: een longitudinale studie. Nederlands Consortium Kinderopvang Onderzoek.

NEF, verkregen op 10-06-2014, http://www.neweconomics.org/issues/entry/well-being.

Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., & de Graaf, R. (2010). Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact; Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2). Utrecht: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.

Nyman, S.R., Dibb, B., Victor, C.G., & Gosney, M.A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life. *Disability and Rehabilitation, 34*(12), 971-81.

Philips, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(9), 1055-1066.

Plantin, L., Olukoya, A.A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of father's involvemet in pregnancy and childbirth paternal support. *Fathering, 9*(1), 87-102.

Poeran, J., Maas, A.F.G., Birnie, E., Denktas, S., Steegrs, E.A.P., & Bonsel, G.J. (2013). Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant in a Dutch urban population. *Social Science and Medicine, 83*, 42-49.

Ratey, J.J., & Hagerman, E. (2009). Spark. The revolutionary new science of exercise and the brain. Little Brown.

Rijksoverheid, opgehaald op 13-01-2012, http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aandachtswijken

RIVM Volksgezondheid toekomstverkenning, 2010. RIVM, Bilhoven, 2010.

Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R., & Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 1*(1), 2-16.

Roussos, S.T., & Fawcett, S.B. (2000). A Review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health, 21*, 369-402.

Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science, 237*(4811), 143-149.

Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M.M.A.T., & Jongmans, M.J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *Plos One, 8*(2), e54992.

Schlüssel, M.M., de Souza, E.B., Reichemheim, M.E., & Kac, G. (2008). Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: A systematic literature review. *Cadernos de Saude Publica, 24*(s4), s531-s544.

Schools for all, opgehaald op 13-01-2012, http://www.schools-for-all.org/page/School+Mental+Health+Multi-Intervention+Programs+(GT)

Schuit, J. A., Wendel-Vos, G.C.W., Verschuren, W.M.M., Ronckers, E.T., Ament, A., Van Assema, P, Van Ree, J., & Ruland, E.C. (2006). Effect of 5-year community intervention Hartslag Limburg on cardiovascular risk factors. *American Journal of Preventive Medicine, 30 (3),* 237-242.
Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology, 57*(S1), 3-18.

Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C.L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology, 84*(6), 1172-1187.

Stewart,R.,Prince,M.m Mann,A., Vascular risk factors and Alzheimer disease. Australian and New Zealand Journal of psychiatry, vol 33, 6, 809-813, 1999.

Stewart, D.E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically III. *Psychosomatics, 52*(3), 199-209.

Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12*(5), 545-55.

SWZ. (2014). Jaarplan 2014 inspectie Sociale zaken en Werkgelegenheid. Utrecht: Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid.

Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, L.E. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? *Journal of Behavioral medicine, 35*, 658-673.

Tariq, L., van den Berg., M., Hoogenveen, R.T., & van Baal, P.H. (2009). Cost-effectiveness of an oppurtunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. PLoS One,4:e5696.

Tegethoff, M., Green, N., Olsen, J., Schaffner, E., & Meinlschmidt, G. (2011). Stress during pregnancy and offspring pediatric disease: a national cohort study. *Environment health perspectives, 119*(11), 1647-1652.

Uden van, J.M., Ritzen, H., & Pieters, J.M. (2014). Engaging students:The role of teacher beliefs and interpersonal teacher behavior in fostering student engagement in vocational education. *Teaching and Teacher Education, 37*, 21-32.

Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: a life course perspective. *Journal of Marriage and Family, 72*(3), 612-629.

Sin, N.L., Porta, M.D.D., & Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In applied positive psychology: improving everyday life, health, schools, work, and society (pp:79-96). New York: Routledge.

Te Velde, S.J., Veerman, L., Tak., N.I., Bosmans, J.E., & Brug, J. (2010). Long term health outcomes and cost-effectiveness of two school-based interventions promoting gruit and vegetable intakes among 11-year-old Dutch children.

Ventegodt, S., Flensborg-Madsen, T., Anderson, N.J., & Merrick, J. (2005). Factors during pregnancy, delivery and birth affecting global quality of life of the adult child at long term follow-up. Results from the prospective Copenhagen Perinatal Birth Cohort 1959-61. *The Scientific World Journal, 1*(5), 933-941.

VTV. (2010). Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Den Haag: Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

VWS (1986). Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Feiten,beschouwingen en beleidsvoornemens. Leidschendam: Ministerie van Welzijn,Volksgezondheid en Cultuur.

VWS. (2011). Gezondheid dichterbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wahl, H.J., Schilling, O., Oswald, F., & Heyl, V. (1999). Psychosocial consequences of age-related visual impairment: comparison with mobility-impaired older adult long-term outcome. *Journal of Gerontology- Series B Psychological Sciences and Social sciences, 54*(5), 304-316.

Walburg, J.A. (2008). Mentaal vermogen – investeren in geluk. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110-119.

WHO. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organiszation. New York: World Health Organization.

Williamson, J., & Pahor, M. (2010). Evidence regarding the benefits if physical exercise. *Archives of Internal Medicine, 170*(2), 124-125.

Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging and mental health, 14*(6), 652-669.

Wolf, J.M., Nicholls, E., & Chen, E. (2008). Effect of chronic stress on cognitive functioning through life. *Biological Psychology, 78*(1), 20-28.

Gezondheidscentrum De Nije Veste

corlaer GEZONDHEIDSCENTRUM

gezondheidscentrum corlaer
henri nouwenstraat 18
3863 hv nijkerk
telefoon 033 72 10 400

de Schans gezondheidscentrum

gezondheidscentrum de roerdomp

Zorgplein Zuid
samen voor gezondheid

EMC nieuwegein

mo vactor versterkt

UNIVERSITEIT TWENTE.