

# HET PREVENTIE-ULTIMATUM

Paul van der Velpen



*uitgeverij*

**SWP**

## Het preventie-ultimatum

*Paul van der Velpen*

ISBN 978 90 8850 800 4

NUR 883

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

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

# VOORWOORD

U bent geïnteresseerd in uw eigen gezondheid. Misschien houdt u zich keurig aan de schijf van vijf en neemt u als het even kan de trap in plaats van de lift. Hulde. Maar misschien wilt u meer. Omdat u leraar bent, wilt u misschien iets doen aan de gezondheid van uw leerlingen. Als ambtenaar wilt u bijdragen aan een fitte gemeente. En als ondernemer voelt u zich betrokken bij de vitaliteit van uw medewerkers. Oftewel: u wilt ook iets doen aan de gezondheid van uw en andermans omgeving. U wilt de *volksgezondheid* verbeteren.

Dat kan. Met dit boek wil ik u aansporen en tegemoetkomen, door ideeën te delen en adviezen te geven, gevoed door ruim twee decennia ervaring in de publieke gezondheidszorg, onder andere als directeur van de GGD Amsterdam. Er zijn heel veel kansen om iets te betekenen voor de gezondheid van een grotere groep. Op veel plaatsen worden deze kansen met beide handen aangegrepen. In mooie programma's en verrassende alianties. Maar het is te weinig. De structuur en het bewustzijn ervoor kunnen en moeten beter en scherper. Misschien kent u zelf de belemmeringen. Ons zorgstelsel nodigt niet uit om extra investeringen te doen in het voorkomen van ziekten en kwalen. Denk aan roken, obesitas of de botbreuken waarmee ouderen in het ziekenhuis belanden. Wie neemt de verantwoordelijkheid om die problemen voor te zijn? Gemeenten, huisartsen, de centrale overheid? Wat is de bijdrage van de zorgverzekeraar op dit gebied? En welke rol heeft de industrie? Het samenspel kan schimmig en soms zelfs verlamrend zijn.

In deze publicatie wil ik betogen dat we ons hierdoor niet mogen laten afschrikken. De problemen zijn urgent en we moeten doen wat in onze macht ligt, voor onszelf en voor de ander. Daarom stel ik graag John Snow (1813-1858) aan u voor. Hij was arts in Londen en wilde iets doen aan de cholera-epidemie die in 1854 in de Britse hoofdstad woedde. De oorzaak kende hij niet. Die kende niemand, maar Snow gebruikte zijn nuchtere verstand en ging tellen. Hij constateerde dat in een bepaald deel van Londen meer mensen ziek werden dan in de rest van de stad. Hij zag dat ze dezelfde waterpomp gebruikten; de waterpomp op Broadstreet. Hoe precies het verband zat met de ziekte wist hij niet. Hij ging niet de mensen voorlichten en ze de keuze geven wel of niet van de pomp gebruik te maken, maar adviseerde de burgemeester om de pomp onklaar te maken. Hij greep in de omgeving van mensen in, waardoor minder

mensen ziek werden. Pas later ontdekten wetenschappers stap voor stap hoe dergelijke besmettingen verlopen. Het verhaal van Snow leert ons ruim 160 jaar na dato enkele hoopvolle lessen voor het bevorderen van de volksgezondheid.

1. Je kunt een maatregel nemen die een gezond makend effect heeft, zonder precies de biologische mechanismen te kennen die tot een ziekte leiden.
2. Ingrijpen en beschermen is effectiever dan voorlichten. Dichter bij huis en in vrijwel dezelfde tijd leefde de Amsterdamse arts Samuel Sarphati. Hij zag haarscherp het verband tussen gezondheid en het floreren van de stad. Hij ontplooidde activiteiten in het onderwijs, de volksgezondheid, de stedenbouw en stichtte een broodfabriek om te zorgen dat goed en gezond brood voor iedereen tegen een aanvaardbare prijs beschikbaar was. Een mix van daadkracht en vernuft en de maatschappelijke impuls voor met name de armere bevolking was enorm.

Het huidige peil van de gezondheidszorg is onvergelijkbaar met dat van toen. Maar in de maatschappij van nu zien we problemen die epidemische vormen dreigen aan te nemen. Obesitas, diabetes, hartfalen, COPD, depressies, angst- en stemmingsstoornissen, dementie. Bijna de helft van onze bevolking kampt met een chronische ziekte of aandoening. Daarbij zien we nog steeds grote verschillen tussen hoog en laag opgeleid, tussen rijk en arm. Wat hiervan ook de achtergrond is – aanleg, opvoeding, cultuur, een kluwen van toevallige factoren – feit is dat de levensverwachting bij geboorte van lager opgeleiden in Nederland tussen de zes jaar (mannen) en 6,7 jaar (vrouwen) lager ligt dan die van hoger opgeleiden en dat deze groep ook nog eens tot negentien jaar langer ongezondheid ervaart dan de hoger opgeleiden. Moeten we dit accepteren? Ik vind van niet. Mensen zijn verantwoordelijk voor hun eigen gedrag, maar van de omgeving mogen zij een inspanning verwachten om dit gedrag op een gezonde manier te sturen.

Ik wil me in dit boek vooral op deze ‘omgeving’ richten, op de partijen die rond de burger staan en zijn keuzes beïnvloeden. Van leerkrachten en huisartsen tot voedselproducenten en marketeers, allemaal kunnen ze bijdragen om problemen voor of net achter de voordeur aan te pakken. Idealistisch? Een steviger inzet op preventie zal zijn weerslag hebben, niet alleen op de kwaliteit van leven van burgers, maar ook op de maatschappelijke kosten. Idealisme en pragmatisme kunnen prima hand in hand gaan. Van lagere kosten profiteren we allemaal. De preventiescepticus zal tegenwerpen dat niet alles ‘maakbaar’ is. Dat klopt. Niet alles. Deze tegenwerping komt vooral

van mensen met een hogere opleiding. Zij worden gemiddeld ouder dan lager opgeleiden. De gemiddelde gezondheid in Nederland kan dus beter, wanneer de lager opgeleiden even gezond worden als de hoger opgeleiden. Dat gunnen we toch iedereen? Waarom een preventie-ultimatum? Een ultimatum is een eis, maar ook een waarschuwing. Ik ben niet in de positie om te eisen. Wat ik wel kan doen, is oproepen om in actie te komen voor het te laat is. Het is dus een ultimatum aan onszelf.

Ik richt me tot professionals uit de zorg, het onderwijs, welzijn, de sport en voedingsindustrie. Maar ook op beleidsmakers van gemeenten en beslissers uit de politiek. Laten we vooruitkijken, over de muren van de eigen discipline en ambtstermijn heen en laten we wijs maar daadkrachtig omgaan met de vele kansen voor preventie.

Paul van der Velpen

# INHOUD

<b>LEESWIJZER</b>	<b>15</b>
<b>1. ONZE VOLKSGEZONDHEID</b>	<b>19</b>
1.1 Aanleg	19
1.2 Gedrag	19
1.2.1 Bewegen	20
1.2.2 Roken	20
1.2.3 Alcohol	20
1.2.4 Voeding en veiligheid	21
1.2.5 Ontspanning en psyche	21
1.3 Omgeving en opvoeding	22
1.4 Kluwen, wel voor de helft vermijdbaar	23
1.5 Gemiddelden bestaan niet: de gezondheidskloof	24
1.5.1 Inkomen	25
1.5.2 Gezondheidsvaardigheden en toegang tot voorzieningen	25
1.5.3 Buurten	26
1.5.4 Stress	26
1.5.5 Opvoeding	26
<b>2. URGENTIE EN DOELEN</b>	<b>29</b>
2.1 Reden één: maatschappelijke opbrengsten omhoog	29
2.2 Reden twee: kwaliteit van leven omhoog	30
2.3 Reden drie: zorgkosten	31
2.4 Preventie als grondrecht	31
2.5 Doelen en maatschappelijke kosten-batenanalyses	32
<b>3. KIJK DOOR DE OGEN VAN DE ANDER</b>	<b>35</b>
3.1 Leren van sociale marketing	35
3.2 Doelcategorieën	36

3.3	Beleving	36
3.3.1	Zelfredzaamheid en doenvermogen	37
3.3.2	Gezondheidsvaardigheden	38
3.3.3	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen en levensloop	39
3.3.4	Ervaren gezondheid verbeteren als doel?	40
3.4	Dienstverlening	40
<b>4.</b>	<b>NAAR EEN PREVENTIECOCKTAIL</b>	<b>43</b>
4.1	Preventiecocktail	44
4.2	Settings en interventies	45
4.3	Niet altijd een vraag of een klacht	48
4.4	Klantroute	49
4.5	Functies in de klantroute benoemen en toedelen	49
4.6	Bouw een programma	50
4.6.1	Samenwerken gaat niet vanzelf	51
4.7	E=KxB	51
4.8	Gezondheidsachterstanden	52
<b>5.</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>	<b>55</b>
5.1	Inzicht in volksgezondheid	56
5.2	Doelen stellen	56
5.3	Doelgroepen	57
5.4	Onderdelen preventiecocktail	58
5.5	Verdeling van verantwoordelijkheden en taken	59
5.6	Financiën	62
5.6.1	Schotten	62
5.7	Bereik	63
5.8	Versnipperd	65
5.9	Vrijblijvend	65
5.10	Zelfredzaamheid en individuele verantwoordelijkheid	66
5.11	Niet vanzelf	66
<b>6.</b>	<b>GEZOND ONDERWIJS</b>	<b>69</b>
6.1	Sluit aan bij 'Gezonde School'	69
6.1.1	Effectieve aanpak met vier pijlers	70
6.1.2	Kies voor resultaat	70
6.1.3	Knelpunten	71

6.2	Individuele leerlingenzorg	71
6.2.1	Volg de sociaal-emotionele ontwikkeling	72
6.2.2	Versterk het verzuimbeleid	73
6.2.3	Voor VO en mbo: promoot het gebruik van www.jijenjegezondheid.nl	73
6.2.4	Maak een schoolgezondheidsprofiel	74
6.3	Gezondheidseducatie	75
6.3.1	Gebruik effectieve interventies	75
6.3.2	Bewegen	75
6.3.3	Voeding	76
6.3.4	Relaties en seksualiteit	76
6.3.5	Roken, alcohol, drugs	77
6.4	Zorg voor een gezonde fysieke omgeving	77
6.5	Schoolgezondheidsbeleid	78
6.5.1	Betrek opvoeders	78
6.5.2	Financiering en andere knelpunten	79
6.6	Practice what you preach	79

## **7. GEZONDE BEDRIJVEN EN ORGANISATIES** **81**

7.1	Geschiedenis	81
7.2	Urgent, maar te weinig	83
7.3	Doelen	84
7.4	Ethiek	84
7.5	Gewoon beginnen	86
7.5.1	Wat willen medewerkers	87
7.6	Maak gezondheidsprofielen van medewerkers en bedrijf	87
7.6.1	Gezondheidsprofiel	87
7.6.2	Arbeidsomgeving	88
7.7	Programma maken en uitvoeren	88
7.7.1	Houd rekening met verschillende groepen	88
7.7.2	Zorg voor een preventiecocktail	89
7.7.3	Multiproblematiek	91
7.7.4	Zorg voor effectieve interventies	91
7.7.5	Subsidiemogelijkheden	91
7.8	Practice what you preach	92



<b>8. ZORG IN DE EERSTE LIJN EN PREVENTIE: VAN INDIVIDUELE NAAR SYSTEMATISCHE AANPAK</b>	<b>93</b>
8.1 Mensen die zich melden	93
8.2 Preventie in de buurt	94
8.2.1 Contacten in de wijk op casuïstiek niveau	94
8.2.2 BRAVO-samenwerking	95
8.3 Actief oproepen	95
8.3.1 Wijkscan en/of praktijkscan	96
8.3.2 Preventiespreekuur	96
8.3.3 PreventieConsult Cardio Metabool Risico	96
8.3.4 Neem mensen met zwakke gezondheidsvaardigheden als norm	98
8.4 Verantwoorde zorg	98
8.5 Organiseren van preventie	99
8.6 Wie helpt de huisartsen om meer aan preventie te doen?	100
8.7 Practice what you preach	102
<b>9. DE GEMEENTE AAN ZET</b>	<b>105</b>
9.1 Urgentie en doel	105
9.1.1 Sturing	106
9.2 Een rookvrije gemeente	108
9.3 Schone omgeving	108
9.3.1 Naar buiten in het frisse groen	109
9.3.2 Een gezonde voedselomgeving	111
9.3.3 Relatie met sociaal domein	111
9.4 Jeugd	112
9.4.1 Vroegsignalering	112
9.4.2 Onderwijs: de gezonde school en kinderopvang	113
9.4.3 Minder kinderen met overgewicht	113
9.4.4 Integraal jeugd- en onderwijsbeleid	114
9.5 Volwassenen en ouderen	115
9.6 Werk en inkomen	115
9.7 Wijkteams en huisartsenzorg	116
9.8 Samenwerking	117
9.9 Practice what you preach	117

<b>10. VWS MAAKT STELSEL PREVENTIEPROOF</b>	<b>119</b>
10.1 Doelen stellen en monitoren	120
10.2 Maak landelijk stelsel preventieproof	122
10.2.1 Verantwoordelijkheden en taken	123
10.2.2 Innoveren en implementeren	124
10.2.3 Opschalen en borgen	125
10.2.4 Financiën	126
10.2.5 Wettelijke kaders	127
10.3 Kennisinfrastructuur borgen	129
10.4 Practice what you preach	130
<b>EPILOOG</b>	<b>131</b>
Zeven programma's	132
1. Programma voor een vitaal Nederland	133
2. Programma voor het verminderen van hart- en vaatziekten, type 2-diabetes en chronische nierschade	134
2.1 Genees meer mensen met diabetes type 2	134
2.2 Ontwikkel een landelijke interventie voor mensen met verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen.	134
2.3 Bescherm de jeugd tegen overgewicht en obesitas	135
3. Programma voor het verminderen van psychische problematiek	135
3.1 Stressbronnen en stigma	136
3.2 Jongeren	136
3.3 Volwassenen en sluitende aanpak bemoeizorg	137
4. Programma voor versterking van het ouderschap	138
4.1 Vroegopsporing van gedragsproblematiek	139
5. Programma voor versterking van de gezonde school	139
6. Programma gericht op werk en gezondheid	140
7. Programma gericht op ouderen	141
Tot besluit	141
<b>BIJLAGE 1</b> GGD'en activeren en vernieuwen publieke gezondheid	143
<b>BIJLAGE 2</b> Regenboogmodel	153
<b>VERANTWOORDING EN LITERATUUR</b>	<b>157</b>
<b>NOTEN</b>	<b>165</b>

# LEESWIJZER

Het nut van preventie wordt door niemand bestreden. Toch is er een mechanisme dat belemmerend werkt. Je hoort van die uitspraken: “Gezondheid is een individuele verantwoordelijkheid,” “Je moet toch ergens aan doodgaan,” “Mensen willen niet betutteld worden.” Mantra’s lijken het soms. Als je ze maar vaak genoeg zegt of hoort, ga je er vanzelf in geloven. Dit boek is geen wetenschappelijke studie naar de wegen tot preventie, al citeer ik vele wetenschappers ter ondersteuning van mijn betoog. Het is een ordening van observaties, vragen, ideeën en mogelijke oplossingen, gevat in adviezen, een handreiking aan meerdere disciplines en gremia om preventie vorm te geven. En een poging de mantra’s daarmee onschadelijk te maken.

## Deel 1

Hoofdstuk 1 is een verkenning van de factoren die onze gezondheid bepalen en de mate waarin we deze factoren kunnen beïnvloeden door gedrag of door het nemen van preventieve maatregelen. Kijk naar de gezondheid van de grotere groep, is hierin mijn advies, en zie waar preventie het grootste effect zal hebben.

In hoofdstuk 2 adviseer ik daarbij doelen te stellen. Zoals kankeronderzoekers in 2013 de voorspelling aandurfden dat kanker binnen twintig jaar voor negentig procent een chronische en niet meer een dodelijke ziekte zou zijn, en de wethouder Zorg van Amsterdam de moed had om voor 2033 een drastische vermindering van het aantal kinderen met overgewicht als doel te stellen. Het is goed een doel te formuleren dat ambitieus is, maar dat in ieder geval ook helder is. Wat wilt u bereiken als leraar, als zorgverzekeraar, wethouder of ouder? Een gezonde school, de zorgkosten omlaag, de kwaliteit van leven omhoog, meer participatie? Of alles tegelijk?

Hoe pakt u het vervolgens aan? Wat is er nodig om uw doel te bereiken? Mensen houden er niet van dingen voorgezegd te krijgen; ze weten zelf vaak maar al te goed wat ze willen en hoe dat zou moeten. Alleen lukt het vaak gewoon niet. Misschien eten ze wel ongezond omdat ze door een veelheid aan problemen geen puf hebben om meer tijd en geld aan voeding te besteden. In hoofdstuk 3 is vooral het advies: kijk door de ogen van die ander, zie de problemen in perspectief, geef prioriteit en verleid met een aanbod dat simpel, goedkoop en aantrekkelijk is.

Juist omdat gezondheidsproblemen vaak zo'n complexe samenhang hebben – denk aan schulden, verslaving, mishandeling, verstandelijke beperkingen – is er helaas niet één *golden bullet* voor preventie. Bijna alle interventies vragen verstandig flankerend beleid. Veel scholen nemen tegenwoordig maatregelen om suikerhoudende drankjes uit te bannen. Draagvlak creëren onder leerkrachten en ouders is daarbij een eerste vereiste. Duidelijke communicatie over regels en ondersteuning thuis is belangrijk. Een mooie waterbidon als aanmoediging om water te drinken, een visuele voorstelling van de winst voor de gezondheid, afspraken met de uitbater van de kantine en de snackbar om de hoek... hoe breder de maatregel wordt ondersteund en herkend, hoe groter de kans op succes en bijval. Dat geldt ook voor huisartsen, gemeenten, het Rijk. We hebben niet alleen voorlichting nodig, maar ook bescherming, ingrijpen en strengere regels. Vandaar in hoofdstuk 4 het advies: creëer samenhang. Maak een preventiecocktail en probeer alle relevante partijen te betrekken bij het inzetten van de interventie. Hapsnapmaatregelen zijn op de langere termijn zelden kansrijk. Zijn we eruit als we bovenstaande adviezen volgen? Jammer genoeg niet. Ze vormen alleen een leidraad, geen stappenplan naar geheid succes. We opereren allemaal binnen ons landelijke stelsel van sociale zorg. Sinds de decentralisatie van taken in 2015 hebben gemeenten veel ruimte om de zorg voor onder andere de jeugd en ouderen zelf vorm te geven. Dit is op zich goed, omdat de kansen voor integraal beleid hiermee groter zijn. Maar het heeft ook geleid tot een zekere stuurloosheid, vooral als het om preventie gaat. Partijen wachten op elkaar. Wie doet wat? En wie gaat dat betalen? Een analyse van deze situatie en ons stelsel volgt in hoofdstuk 5.

## Deel 2

U voelt mijn conclusie al aankomen: er is een hoop werk te doen, vooral voor de grote partijen, het Rijk voorop. Dat betekent echter niet dat we op elkaar moeten wachten! Integendeel. Experimenten kunnen ons helpen, gewoon eens een min of meer spontane actie om te zien wat er gebeurt. Denk aan Snow en zijn waterpomp. Al is samenhangend beleid en onderzoek naar het waarom van effecten nog zo belangrijk, vaak ontdekken we pas in de praktijk wat er werkt. In deel 2 geef ik voor een aantal actoren aan wat zij op korte termijn kunnen doen om een bijdrage te leveren aan effectievere preventie.

In hoofdstuk 6 volgt het boodschappenlijstje voor het onderwijs, in hoofdstuk 7 geven we aandacht aan de acties binnen bedrijven en organisaties en in hoofdstuk 8 aan de zorgsector. Daarmee hebben we de belangrijke settings voor de uitvoering van preventie gehad. Blijven, *last but not least*, de actoren over die met geld en regels de kaders bieden: in hoofdstuk 9 komen de gemeenten aan bod en in de hoofdstukken 10 en 11 de ministeries, politieke partijen en zorgverzekeraars.

### **Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)**

De levensverwachting naar inkomensklasse van mannen met een laag inkomen is 75,1 jaar, met een middeninkomen 81,5 jaar, en van mannen uit de hoogste inkomensklasse is deze 83,3 jaar. Het verschil tussen mannen uit de laagste en de hoogste inkomensklasse is dus 8,2 jaar.

Voor vrouwen zijn de cijfers 78,9 jaar (laagste inkomensklasse), 85,3 jaar (middeninkomen) en 85,6 jaar (hoogste inkomensklasse). Het verschil tussen vrouwen uit de laagste en de hoogste inkomensklasse is dus 6,7 jaar.

De levensverwachting naar opleidingsniveau van mannen met een lage opleiding (basisonderwijs) is 76,6 jaar en van mannen met een hoge opleiding (hbo/universiteit) is deze 82,6 jaar. Het verschil is dus 6 jaar.

Voor vrouwen zijn de cijfers 86,9 jaar (hoogste opleidingsniveau) en 80,2 jaar (laagste opleidingsniveau). Het verschil is dus 6,7 jaar.

Als wordt gesproken over sociaaleconomische status (SES), wordt bedoeld op een combinatie van inkomen en opleiding. Diverse auteurs gebruiken een wisselende verhouding tussen inkomen en opleiding om de SES te meten. In dit boek spreek ik over een verschil in levensverwachting bij geboorte tussen mensen met een hoge SES en een lage SES van gemiddeld 6 tot 7 jaar.

Kijken we naar de gezonde levensverwachting (in als goed ervaren gezondheid), dan zien we bij mannen, als we letten op inkomen, een verschil van 17,5 jaar: 71,9 jaar voor mannen met hoog inkomen en 54,4 jaar voor mannen met laag inkomen. Bij vrouwen is dit verschil 18,8 jaar: 71,8 jaar voor vrouwen met een hoog inkomen en 53 jaar voor vrouwen met een laag inkomen.

Kijken we naar opleiding, dan wordt het verschil in gezonde levensverwachting tussen mannen met een hoge opleiding (71,7) en met een lage opleiding (53) 18,7 jaar. Bij vrouwen is dit verschil 19 jaar.

BRON: CBS (18 JANUARI 2016)

De preventiescepticus: “Je moet toch ergens aan doodgaan.”

## 1. ONZE VOLKSGEZONDHEID

Het gaat best goed met de Nederlandse volksgezondheid, als we kijken naar onze *gemiddelde* levensverwachting. Rond 1860 lag die op 37 jaar. In 1981 hadden pasgeboren meisjes ruim 79 levensjaren in het vooruitzicht en jongetjes ruim 72. Een verdubbeling in 120 jaar! In 2015 zaten de meisjes al op 83,1 en de jongetjes op 79,7 jaar. En deze groei zet alleen nog maar door. Dat stemt positief en bewijst dat we onze volksgezondheid kunnen beïnvloeden. Toch geldt dit niet voor iedereen in dezelfde mate. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) leven gemiddeld tussen de zes en zeven jaar korter en hebben een langer deel van hun leven met ziekte te kampen. Hoe kan dat en wat kunnen we hiertegen doen?

Voor goede maatregelen moeten we wat verder inzoomen op de volksgezondheid. Daarom volgt in dit hoofdstuk een verkenning van de factoren die onze gezondheid bepalen. Welke rol spelen aanleg, opvoeding en gedrag? Wat betekent bewegen, roken, alcohol, voeding, veiligheid en ontspanning (BRAVO) voor onze gezondheid en toekomstkansen? Hoe en in welke mate zijn deze gedragsfactoren van buitenaf te beïnvloeden?

### 1.1 Aanleg

De determinant met de meeste invloed is een combinatie van sekse (*‘men die quicker but women are sicker’*), leeftijd (*‘ouderdom komt met gebreken’*) en het pakketje genen dat we van onze ouders meekregen. Bij aanleg gaat het niet alleen om fysieke aspecten, maar ook om psychische. Aanleg kunnen we niet beïnvloeden, maar we kunnen er wel rekening mee houden. Kinderen krijgen bijvoorbeeld kort na de geboorte een hielprikje waardoor hun ouders te weten komen of het kind belast is met een van de 21 aandoeningen<sup>1</sup> die niet te genezen zijn, maar waartegen – door vroege opsporing – wel maatregelen te nemen zijn die de kwaliteit van leven aanzienlijk verhogen.

### 1.2 Gedrag

Gedrag is, hoewel voor een deel door aanleg ingegeven, een determinant die we wél kunnen beïnvloeden. De *Big Five* van factoren voor (on)gezond gedrag zijn: Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding & veiligheid en Ontspanning (BRAVO).

### 1.2.1 Bewegen

Inactiviteit wordt steeds meer onderkend als risicofactor voor de ontwikkeling van chronische aandoeningen. *“Het lichamelijk inactieve leven, dat wereldwijd steeds meer mensen leiden, is een sluipmoordenaar met op termijn ernstige nadelige gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Lichamelijk omdat de risico’s op overgewicht, obesitas, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en diabetes type 2 (ouderdomssuiker) aanzienlijk toenemen bij een inactief, sedentair leven. De genoemde gevolgen zijn overigens ook de risicofactoren voor het ontstaan van dementie. Geestelijk omdat er een duidelijke relatie bestaat tussen lichamelijke activiteit en cognitieve functies, zoals bijvoorbeeld het geheugen.”* Aldus Erik Scherder (2014, pg. 9), hoogleraar klinische neuropsychologie. Volgens Stringhini e.a. (2017) is inactiviteit na roken de tweede factor die een rol speelt bij de toename van chronische ziekten.

Volgens sommigen gaat het niet zozeer om onvoldoende bewegen, als wel om het aantal zituren. Wie gedurende meer dan 150 minuten per week een stevige wandeling maakt en dus voldoende lichamelijk actief is, kan toch te veel zitten. Dat langdurig zitten heeft risico’s voor de gezondheid, zelfs als mensen voldoende sporten of bewegen. De Gezondheidsraad kwam in augustus 2017 met nieuwe beweegerichtlijnen<sup>2</sup>: 55% van de bevolking haalt deze richtlijnen niet. Ten onrechte zien we bewegen vaak als middel om op gewicht te blijven. Die koppeling kunnen we beter loslaten. Bewegen, weinig zitten, is sowieso goed, ook als je er niet door afvalt. Als bij overgewicht afvallen lastig is, kun je maar beter in beweging komen om je conditie te verbeteren in plaats van alles in te zetten op gewichtsverlies.<sup>3</sup>

### 1.2.2 Roken

Glaasjes sigaretten op tafel en roken op tv waren in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw normaal, maar zijn nu taboe. Desondanks is tabaksgebruik nog altijd een van de grootste veroorzakers van ziekte en sterfte. Van de Nederlanders van 18 jaar en ouder rookte in 2015 ruim een kwart (26,3%). In 2013 overleden ruim 19.000 mensen aan een aan roken gerelateerde aandoening. Zware rokers verliezen naar schatting 13 levensjaren, matige rokers 9 en lichte rokers 5. (Reep-Van Den Bergh, 2017) In vergelijking met andere risicofactoren is het verlies aan levensjaren door roken het grootst. De helft van de mensen die blijven roken sterft aan de gevolgen hiervan.

### 1.2.3 Alcohol

Na roken en inactiviteit wordt alcoholgebruik gezien als derde risicofactor voor chronische ziekten (WHO, 2005) De voordelen van alcohol wege, volgens het Voedings-