

Zingeving is goed voor het hart

‘Hoe Positieve Gezondheid kan ondersteunen bij een gezonder leven’

Karolien van den Brekel-Dijkstra en Machteld Huber

Dr. K. van den Brekel-Dijkstra, huisarts LRJG Utrecht, consulent preventie, Institute for Positive Health, Utrecht

Dr. M. Huber, arts-onderzoeker, Institute for Positive Health, Utrecht

Samenvatting

Het concept van de Blue Zones voor een gelukkig en gezond leven is een inspiratie voor het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Uit onderzoek in Japan blijkt met name zingeving goed voor het hart. Arts-onderzoeker Machteld Huber, grondlegger van het nieuwe concept van gezondheid, deed onderzoek naar indicatoren van gezondheid. Door patiënten blijkt gezondheid breed te worden gezien. In Positieve Gezondheid staat naast de fysieke, mentale en sociale component, betekenisgeving centraal. Dit wordt door beleidsmakers, onderzoekers, maar ook door artsen niet altijd herkend. Zou cardiovasculaire preventie geoptimaliseerd kunnen worden, als we in de praktijk beter aansluiten bij wat patiënten zelf het liefst willen veranderen? Hiermee wordt hun bron voor motivatie en veerkracht aangesproken. De Federatie Medisch Specialisten beschrijft in het *Visiedocument Medisch Specialist 2025* het belang van betrokkenheid bij gezondheid en gedrag en Positieve Gezondheid wordt hierbij als uitgangspunt genomen. Wat is Positieve Gezondheid, en wat zijn de ervaringen hiermee voor toepassing in de (cardiovasculaire) praktijk?

Inleiding

De uitdaging anno 2018 in de zorg, is de toename van het aantal mensen met chronische ziekten en de druk op het zorgsysteem. Meer dan de helft van de hart- en vaatziekten wordt veroorzaakt door een ongezonde leefstijl.¹ Het bevorderen van een gezonde leefstijl staat in cardiovasculaire preventie centraal, maar blijvende gedragsverandering is lastig. Er zijn plekken op de wereld waar mensen heel oud worden zonder chronische ziekten en zonder mentale aftakeling, de zogenaamde Blue Zones (figuur 1).^{2,3} Dat kan dus. Arts-onderzoeker Machteld Huber was geïnspireerd door de succesfactoren van de Blue Zones en heeft vanaf 2010 voor ZonMw onderzoek gedaan naar indicatoren van gezondheid.

Ze toetste draagvlak voor de definitie van gezondheid: ‘het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’.⁴ Dit concept werd in een vervolgonderzoek uitgewerkt tot zes dimensies van gezondheid, namelijk: fysiek en mentaal functioneren, zingeving, kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.⁵ Hoe kunnen het nieuwe gezondheidsconcept en de uitwerking in Positieve Gezondheid bijdragen aan een andere insteek om mensen bewust te maken van wat ze nodig hebben en te motiveren voor een gezond en betekenisvol leven? Wat betekent dat voor de praktische vertaalslag naar de spreekkamer van artsen in het algemeen en met cardiovasculaire expertise in het bijzonder?

Blue Zones

De naamgever van de Blue Zones, de Amerikaan Dan Buettner, heeft het succes van een lang, gelukkig en gezond leven al meer dan vijftien jaar bestudeerd. Blue Zones (blauwe zones) zijn afgebakende gebieden waarvan de bevolking een specifieke leefstijl en



Figuur 1 Gebieden in de wereld waar mensen heel oud worden zonder chronische ziekten: Blue Zones. Sleutels: goed eten, natuurlijk bewegen, opstaan met een ideaal, en vrienden hebben om dat ideaal mee te verwelijken

leefomgeving deelt en waar de mensen meetbaar langer leven.³ Het concept ontstond uit demografisch werk naar regionale concentratie van honderdjarigen op Sardinië. Later werden meer hotspots van lange en gezonde levensduur in de wereld geïdentificeerd. Het succes zit hem in behoud van een traditionele leefstijl met lokaal geproduceerde voeding, veel (dagelijkse) fysieke activiteit, hechte sociale banden en een betekenisvol leven.

In ander onderzoek in Japan is (in een prospectieve cohortstudie onder 43.000 Japanners met zeven jaar follow up) gekeken naar de relatie tussen mensen met 'ikigai' (sense of life worth living= reden van bestaan) en mortaliteit. Het risico op 'all-cause' mortaliteit was significant lager onder mensen die aangaven een betekenisvol leven, in het Japans 'ikigai', te ervaren. De mensen die geen 'ikigai' ervoeren hadden meer cardiovasculaire ziekten.⁶ Hieruit zou je kunnen concluderen dat 'ikigai' beschermend is voor hart- en vaatziekten.

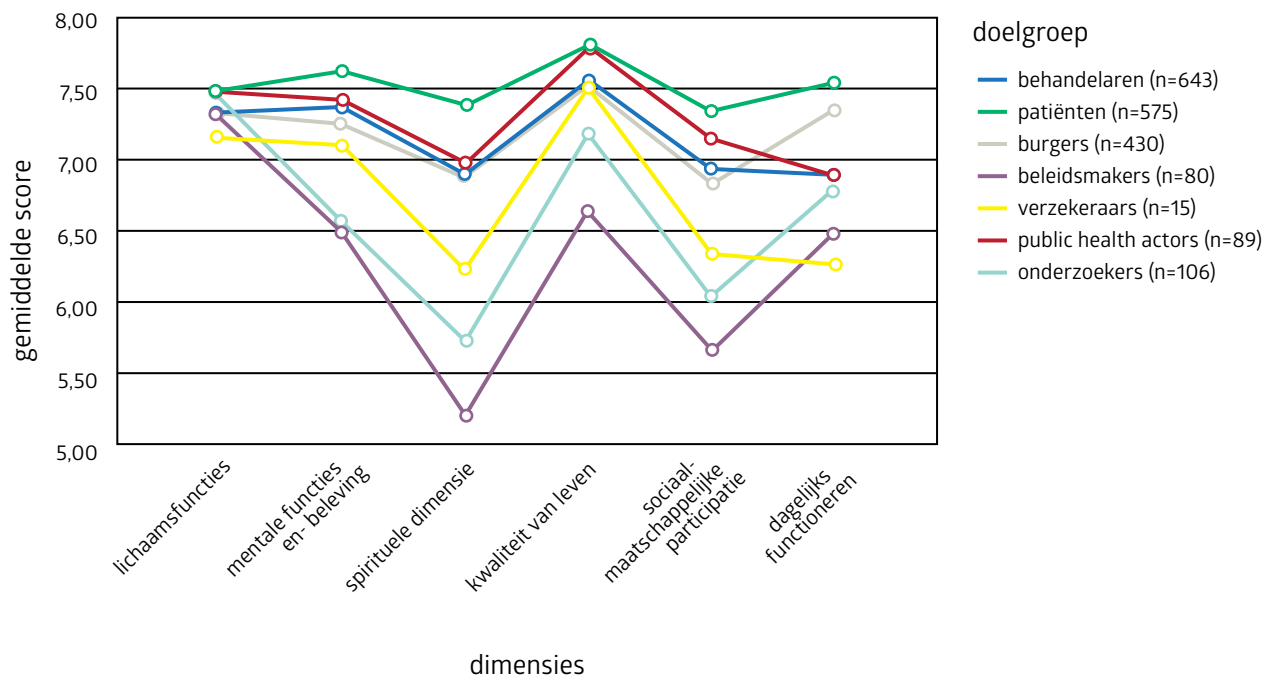
Hoe kunnen Nederlandse regio's Blue Zones worden en hoe kan het concept Positieve Gezondheid hieraan bijdragen? Lokale community building, hechte sociale contacten, zingeving, gezonde voeding en beweging zijn hiervoor van belang. Voor zorgverleners die veel

met chronisch zieken en mensen met hart- en vaatziekten te maken hebben, kan kennis van de brede gezondheidsgerichte perceptie in de omgang met patiënten van toegevoegde waarde zijn. Positieve Gezondheid kan mensen inzicht geven in wat ze nodig hebben voor een gezond(er) leven. Deze inzichten kunnen een ingang zijn voor meer eigen motivatie voor verandering van leefstijl in het kader van cardiovasculaire preventie. Voor mensen die al een (chronische) ziekte hebben kan juist bewustwording over eigen rol in Positieve Gezondheid en veerkracht hen ondersteunen, om beter om te gaan met hun ziekte of aandoening.

Wat is Positieve Gezondheid?

In de visie van de auteurs is gezondheid veel meer dan het ontbreken van, het concept Positieve Gezondheid leidt juist tot de-medicalisering.⁴ Het is gebaseerd op uitgebreid kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar indicatoren van gezondheid onder ruim 2.000 respondenten, patiënten en stakeholders in zorg. Voor alle stakeholders worden lichaamsfuncties tot de inhoud van gezondheid gerekend. Ten aanzien van de andere dimensies zijn er grote verschillen van mening. Patiënten vonden alle zes de dimensies even belangrijk en zagen gezondheid als een breed begrip (zie figuur 2).

gemiddelde score per dimensie voor de verschillende doelgroepen



Figuur 2 Resultaten kwantitatief onderzoek.

Met name ten aanzien van zingeving/spirituele dimensie en sociaal-maatschappelijke participatie zijn er verschillen. Als er uitgesplitst wordt tussen behandelaren, oordelen verpleegkundigen vrijwel gelijk als de patiënten.^{4,5,7} Zij blijken het dichtstbij de mening van de patiënten te staan. De artsen - zowel specialisten als huisartsen - verschillen in oordeel het meest van de patiënten. In plaats van de ziekte centraal te stellen, wordt bij Positieve Gezondheid de mens centraal gesteld. Patiënten voelen zich hiermee meer aangesproken in hun kracht.

In Positieve Gezondheid staat een betekenisvol leven centraal. Dit wordt door beleidsmakers, onderzoekers, maar ook door artsen niet altijd herkend. Daarom wordt in de praktijk aan mensen gevraagd wat zij zelf het liefst willen veranderen. Je spreekt daarmee hun bron voor motivatie aan, maar ook hun veerkracht. Steeds meer professionals vinden in Positieve Gezondheid de sleutel om dat wat vastloopt in de zorg te verbeteren. Of het nu gaat om de lengte van het spreekuur, beleidskeuzes of de inhoud van de zorg voor patiënten.⁸

Wat is er bekend over effecten van werken met Positieve Gezondheid?

‘Een Limburgse huisarts Hans Peter Jung werkt al langere tijd met dit concept. Hij heeft aangetoond dat in zijn praktijk hiermee ‘Triple Aim’ doelstellingen

worden gehaald: het werkplezier van de arts is ver-groot, de patiënt is tevredener doorverwezen naar passend aanbod, en de kosten zijn gedaald. Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn is met 25% afgenomen en het aantal bloedonderzoeken met 23%. Hij heeft met de zorgverzekering geregeld dat hij niet meer per verrichting wordt betaald, maar een abonnements-vergoeding krijgt. Hij leert zijn patiënten wat mensen zelf kunnen oplossen, maar als het nodig is, neemt hij de tijd voor een lang consult. Hij zegt dat deze manier van werken hem heeft teruggebracht bij zijn motivatie om ooit voor dit vak te kiezen.’⁹

Deze beweging sluit aan bij de wens om ook in de tweede lijn te gaan werken met populatiebesteding in plaats van de DBC-systematiek.¹⁰ Er is al een aantal huisartsen die met Positieve Gezondheid werken. Er is gestart met ‘koploper-tafels’ van huisartsen, inmiddels zijn er steeds meer huisartsen die ermee experimenteren. Voor medisch specialisten zijn die ook in opkomst. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis in ‘s Hertogenbosch wil het eerste Positief Gezonde ziekenhuis van Nederland worden en MUMC in Maastricht het eerste Positief Gezonde academisch centrum. Institute for Positive Health (www.iph.nl) heeft trainers opgeleid die in het land trainingen geven. ‘Binnenkort komen er online trainingen, want het is onmogelijk zelf iedereen op te leiden.’

Toekomstvisie 2025 FMS

In het *Visiedocument Medisch Specialist 2025* van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)¹¹ staat beschreven hoe medisch specialisten hun rol en positie in de toekomst zien. De volgende thema's staan centraal: de unieke patiënt, de moderne medisch specialist, netwerkgeneeskunde, betrokkenheid bij gezondheid en gedrag en voorop in vernieuwing. Positieve Gezondheid wordt daarbij als uitgangspunt genomen.¹² In de ambitie voor 2025 staat:

'Er wordt minder gerookt, minder alcohol gebruikt en meer bewogen. Hier dragen de medisch specialisten aan bij. Zij spreken zich in het openbaar en in de spreekkamer uit over het belang van een gezonde leefstijl. Medisch specialisten bieden op het gebied van preventie concrete handvatten aan hun patiënten. Dit doen zij op basis van de toegenomen kennis over de relatie tussen leefstijl, gezondheid, ziekte en functioneren en over de effectiviteit van preventieve interventies.'

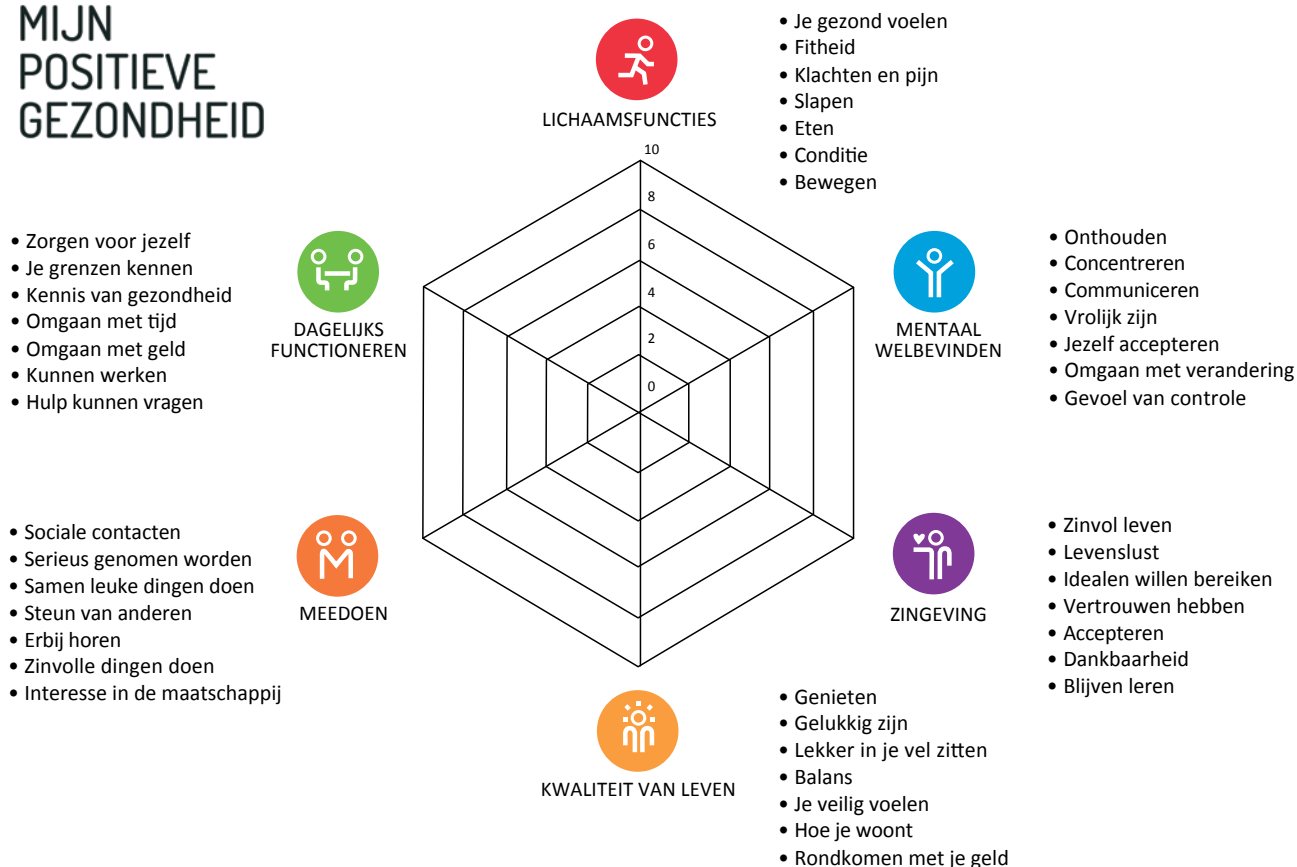
Deze transformatie begint met bewustwording naar een meer gezondheidsgerichte(re) 'mindset'. De actuele gesprekken over Positieve Gezondheid hoeft u niet allemaal zelf te doen. U kunt hierbij samenwerken met ondersteunend personeel en professionals in de eigen leefomgeving van de patiënt.

Hoe werkt het in de praktijk?

Werken met Positieve Gezondheid

De zes dimensies van Positieve Gezondheid zijn weergegeven in een spinnenwebdiagram met zes assen, waarbij op de assen cijfers van 1 (heel slecht) in het centrum tot 10 (uitstekend) aan de periferie staan weergegeven. Na de wetenschappelijke versie is het uitgewerkt tot een 'gespreksinstrument' met eenvoudiger termen (figuur 3), bruikbaar in de zorgpraktijk, ook bij lager opgeleiden. Het rapportcijfer dat mensen zichzelf geven op de diverse gebieden is subjectief.

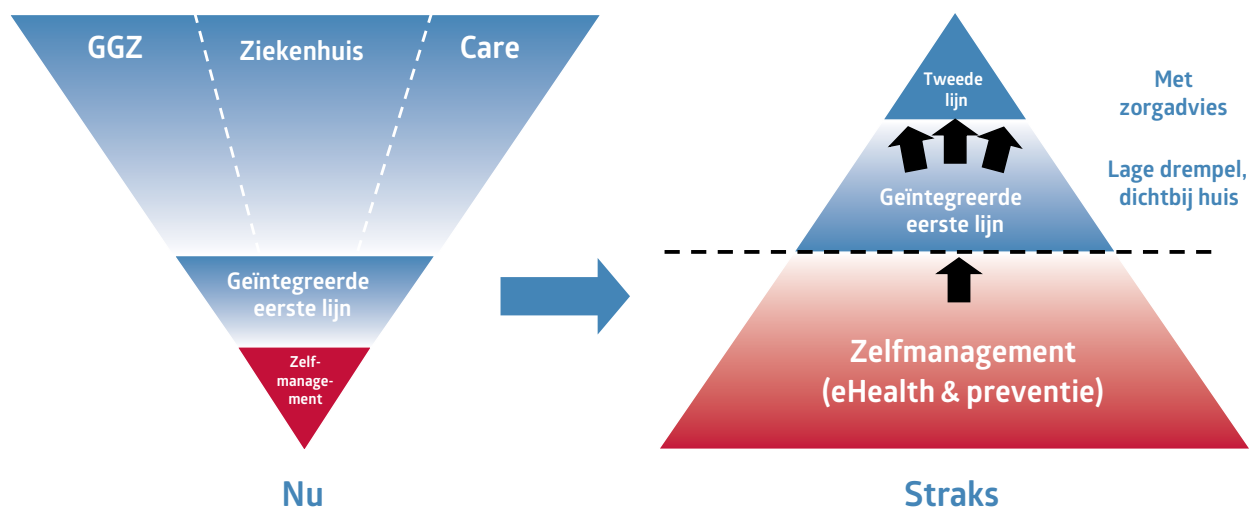
MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



www.mijnpositievegezondheid.nl

©Gespreksinstrument IPH - versie 1.0 - oktober 2016

Figuur 3 Spinnenwebdiagram met zes assen: 1 (heel slecht) in het centrum tot 10 (uitstekend) aan de periferie (www.mijnpositievegezondheid.nl).



Figuur 4 Visie op (betaalbare) zorg in de toekomst. Bron: Menzis, Bas Leerink, Raad van Bestuur

Het invullen brengt zelfreflectie op gang en is een goede basis om het gesprek te voeren over wat voor de persoon echt belangrijk is en waar de focus van een behandeling zou moeten liggen. Voorwaarde is dat ‘het andere gesprek’ gevoerd wordt. In plaats van de adviserende rol, ‘waar scoort u slecht, en mijn advies zou zijn hier iets aan te gaan doen’, naar de coachende rol, ‘op welk punt zou u iets willen veranderen, en wat zou u daar zelf aan kunnen doen?’ Het meest werkzame advies is het advies dat iemand zichzelf geeft. Vaak hebben mensen daar allang een idee over, maar komen ze er niet toe stappen te zetten. Het is zinvol om als professional kennis te hebben over bruikbare handelingsperspectieven, of doorverwijsmogelijkheden te weten. Een coachende houding van de zorgverlener – eventueel na doorverwijzing naar een meer passende professional – is ondersteunend om mensen te helpen zelf initiatief te gaan nemen en hun eigen regie te gaan beleven. Het helpt mensen om een (chronische) ziekte in hun leven te integreren en van ‘ziek zijn’ te komen tot ‘een ziekte hebben’. Ook het inzetten van e-health ondersteuning kan mensen stimuleren zelf meer inzicht en grip te geven op (voorkomen van) hart- en vaatziekten. Al is dit niet voor iedere patiënt even makkelijk. Het is belangrijk aan te sluiten bij het vermogen en de gezondheidsvaardigheden van mensen.

Deze benadering vraagt een andere manier van werken en wellicht ook een andere manier van financieren. Nu ligt de prikkel bij het doen van verrichtingen. Het zou beter zijn om afspraken te maken over langere consulten en vaste vergoedingen. Daardoor kan het aantal verwijzingen en bloedonderzoeken dalen. En op termijn ook tot kostenbesparingen leiden.

De vergrijzing gaat gepaard met een hausse aan chronische ziekten. We weten dat ten minste 50% van de chronische ziekten met leefstijl te voorkomen of in ieder geval te beïnvloeden is. Van het gigantische bedrag dat we aan zorg besteden, namelijk 96 miljard in 2017, gaat maar 4% naar preventie en zelfmanagement (figuur 4). Mogelijk zorgt de beweging van Positieve Gezondheid voor een integraal gemeenschappelijk kader, waarin er met beleidsmakers, verzekeraars, politici en professionals meer aandacht is voor de bevordering van gezondheid. Hopelijk draagt dit ook verder bij aan de ontwikkeling om chronische zorg meer in de eerste lijn te houden met de specialist als consulent (anderhalve lijn).

Wat vraagt dit van de (nieuwe) artsen?

De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen pleit in het advies over de zorgverlener in 2030 voor een nieuwe visie op gezondheid, met een verschuiving van de nadruk op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Dit heeft ook gevolgen voor de opleidingen in zorg en welzijn van mbo, hbo en wo, met een toenemende rol van technologie in zorg, welzijn en opleidingen.¹² De commissie spreekt van de toekomstige ‘T-shaped’ professional, namelijk met specialistische kennis op het eigen vakgebied (de verticale poot), maar tevens in staat om de individuele mens in zijn context te zien en over de grenzen van het eigen vakgebied heen te kijken en zo nodig verbindingen te leggen met professionals op andere levensdomeinen (de horizontale poot van de T). Patiënten zeggen ‘gezondheid gaat over het hele leven’. Het is hierbij van belang dat onder specialisten ook bewustwording ontstaat, dat ze ‘beide gesprekken’ moeten leren beheersen, namelijk

het ziekte-specifieke en het generieke gesprek. Ze hoeven het overigens niet altijd allemaal zelf te doen. In ziekenhuizen zijn mooie voorbeelden waar in teams bijvoorbeeld het Positieve Gezondheidsgesprek door verpleegkundigen wordt gevoerd in de voorbereiding of follow-up.

Uitdagingen?

Een gevolg dat een probleem kan lijken is, dat de tweede lijn minder patiënten uit eerste lijn zal ontvangen, zoals in het voorbeeld van huisarts Hans Peter Jung. Een goede samenwerking tussen beide lijnen, bijvoorbeeld zoals in ziekenhuis Bernhoven, waarin door efficiëntere samenwerking met elkaar van de eerste en tweede lijn, minder medische zorg wordt ingezet, vraagt andere aanpassingen, zoals in financieersstructuren en inkomensgaranties. De prikkels zullen anders worden, met een transformatie van reparatiegeneeskunde vanuit het ziektemodel naar een meer gezondheidsgerichte benadering. Het doel is de paradigmashift 'van ziek zijn, naar een ziekte hebben'; mensen helpen hun gezondheidssituatie zo te managen, dat ze ondanks hun ziekte een betekenisvol leven kunnen leiden. In de hectiek van de dagelijkse zorg voor de patiënten is het soms een uitdaging om over de grenzen van het eigen specialisme en de hoge werkdruk te kijken. Uit de pilots die we nu kennen lijkt de tijdsinvestering vruchten af te werpen op 'Triple Aim' eindpunten en op het werkplezier van de professional. Het zou mooi zijn hiermee ook in de tweede lijn onderzoek te gaan doen. De 'T-shape' professional, met de specialistische kennis als het nodig is, en oog voor de bredere context van de patiënt, voor nog betere zorg op maat geleverd, die aansluit bij de 'ikigai' van de patiënt. Dat is nog eens goed voor het hart.

Literatuur

1. WHO. Non-communicable diseases (NCD); country profile The Netherlands, 2014. Geraadpleegd via http://www.who.int/nmh/countries/nld_en.pdf op 2 maart 2016.
2. Buettner D. The blue zones. Lessons for living longer from the people who've lived the longest; 2012 (www.bluezones.com).
3. Leider RJ. The power of purpose, find meaning, live longer, better. Oakland CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc.; 2015.
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AJ, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343(4163):235-7.
5. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091.
6. Sone T, Nakaya N, Ohmori K, Shimazu T, et al. Sense of life worth living (ikigai) and mortality in Japan: Ohsaki Study. *Psychosom Med*. 2008 Jul;70(6):709-15. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817e7e64. [Epub 2008 Jul 2.]
7. Huber M, Vliet M van, Boers I. ZoRG Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160: A7720.
8. Wijgergangs L, Ras T, Reijmerink W. Signalement over zingeving in de zorg. Den Haag: ZonMw; 2016 (<https://publicaties.zonmw.nl/zingeving-in-de-zorg/>).
9. Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts en Wetenschap* 2018;61(3). DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.
10. Heuvel J van den. Vervang DBC's door populatiebeprestiging. *Medisch Contact* 20 okt 2017 (<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/vervang-dbc's-door-populatiebeprestiging.htm>).
11. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025 (<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>).
12. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/programmas-en-samenwerkingsverbanden/beroepen-en-opleidingen/advies-1-naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>

Financiële banden

De auteurs hebben geen financiële banden die betrekking hebben op het onderwerp.