Life Lezing 2017 Machteld Huber

Positieve gezondheid

Nieuw gezondheidsconcept, minder medisch, meer mensgericht

AERES HOGESCHOOL DRONTEN

Colofon

Uitgave:
Aeres Hogeschool Dronten
Tel 088 - 020 6000
www.aereshogeschool.nl

Lezing:
Dr. Machteld Huber
18 mei 2017

Tekstredactie:
Buro Go, Ir. Ernest van den Boezem
Aeres Hogeschool Dronten, Ir. Wiggele Oosterhoff

Eerste druk, oktober 2018
Oplage, 100 exemplaren

Bestellingen:
Marketing & Communicatie
s.van.dijk@aeres.nl
Tel 088 - 020 64 24

© Alle rechten voorbehouden. Deze tekst mag door derden gebruikt worden, mits de bron daarbij op correcte wijze vermeld wordt. De auteur heeft ernaar gestreefd een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Niettemin kan hij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuistheden die mogelijk in deze uitgave voorkomen. Aan deze publicatie kunnen geen rechten ontleend worden. De auteur heeft getracht de rechten van de afbeeldingen te achterhalen en/of de bron van de afbeeldingen weer te geven en ernaar gestreefd een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen.

Positieve gezondheid

Nieuw gezondheidsconcept,
minder medisch, meer mensgericht

Woord vooraf

De aandacht voor gezondheid is enorm. Dagelijks verschijnen er TV-programma's, rubrieken, kookboeken, enzovoort, waarin aandacht is voor gezondheid. Logisch want gezondheid is het kostbaarste dat een mens bezit.

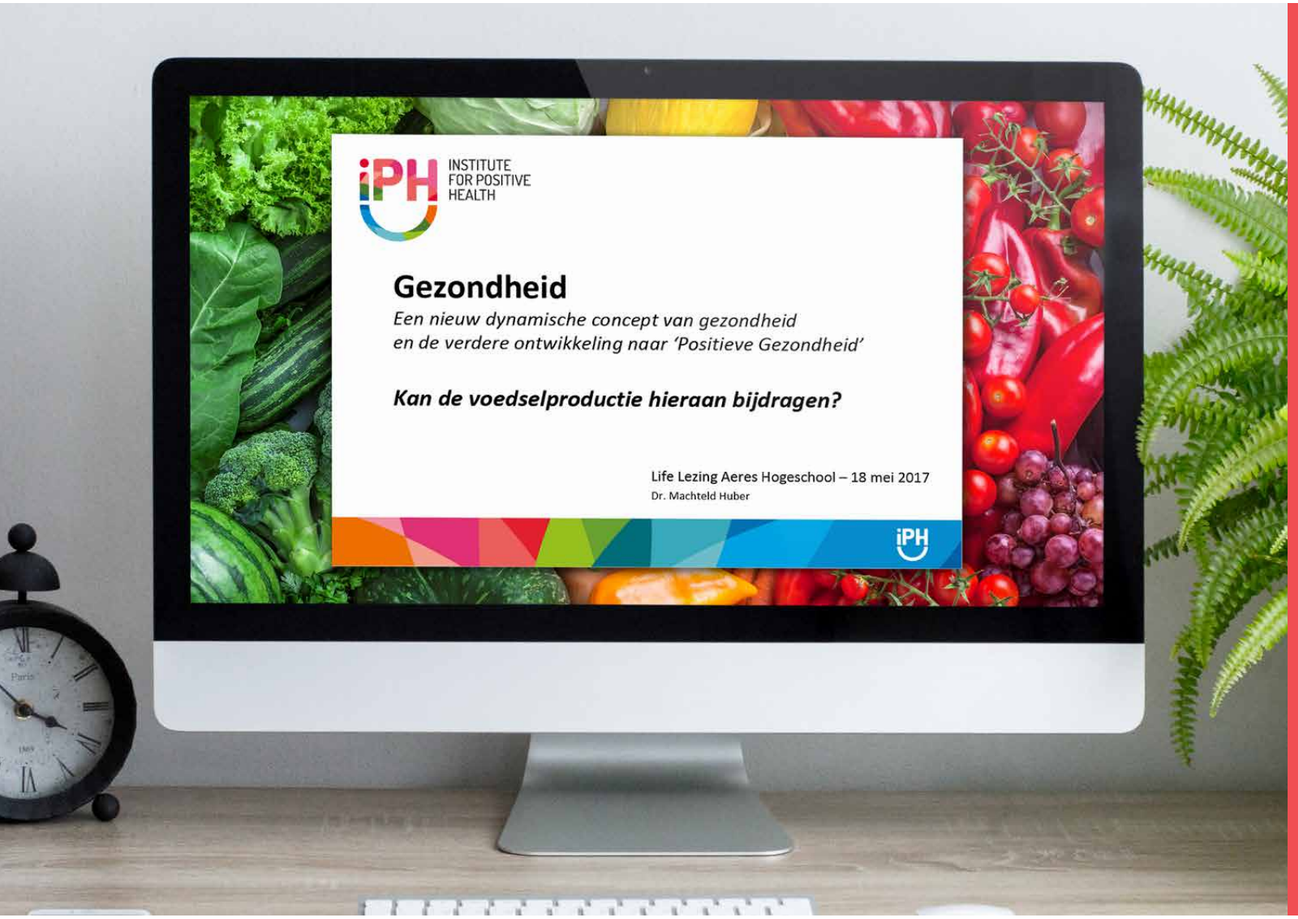
De gezondheidszorg is lang een apart domein in de samenleving geweest. Het is de wereld van doctoren, specialisten en ziekenhuizen. Als je ziek bent, ga je daarheen. Daar is een trendbreuk in gekomen. Voorkómen van ziek worden, is onderdeel geworden van de levensgewoonte van mensen. Daardoor waaiert de gezondheidszorg als het ware uit naar heel andere domeinen, zoals voeding, wonen en sport. Dan wordt de vraag gesteld; wat draagt mijn voeding, mijn bewegen of mijn wonen bij aan mijn gezondheid?

Voor de Life Lezing 2017 hebben we deze vraag gesteld aan Dr. Machteld Huber. Zij is een pionier op het gebied van het vernieuwen van de gezondheidszorg. In haar onderzoeken heeft ze aangetoond dat gezondheidszorg door de persoon zelf ter hand genomen kan worden en dat daardoor mensen hun gezondheidsbeleving aanzienlijk kunnen verbeteren. Daarmee zet zij de deur open voor een gezondheidszorg die minder uitgaat van ziekte en medische behandeling, naar een gezondheidszorg waar de persoon zelf een positieve bijdrage aan kan leveren. Zij noemt dit Positieve Gezondheid.

We hebben Dr. Huber gevraagd om in deze Life Lezing een relatie te leggen tussen haar benadering van gezondheidszorg en het domein van Aeres Hogeschool Dronten; voedselproductie. Zij legt deze relatie en geeft ook aan dat de wijze waarop voedsel wordt geproduceerd belangrijke effecten heeft op gezondheid en veerkracht van mensen. Aan het einde van haar lezing daagt ze de hogeschool uit om dit nieuwe vakgebied met nieuwe methodes te onderzoeken. Een uitdaging!

We wensen u veel genoegen en inspiratie toe bij het lezen van deze Life Lezing.

Ir. E.A. van den Boezem,
Faculteitslector Vitale Landbouw



Inleiding

Ik vind het een grote eer om hier te mogen spreken. Ik wil jullie meenemen in mijn werk op het gebied van gezondheid. Daar ben ik al een tijd mee bezig. In deze lezing wil ik het thema gezondheid verbinden met voedsel en voedselproductie. Hoe kan voedselproductie bijdragen aan gezondheid?

Mijn basis is dat ik huisarts ben. Door al mijn eigen ervaring met ziektes ben ik me meer met gezondheid gaan bezig houden. Als jonge huisarts werd ik zelf ziek. Niet één keer maar vier keer achter elkaar. Ik merkte dat mijn medische kennis over mijn ziektes te weinig was om mijn ervaringen en vragen als patiënt te dekken. Ik begreep het wel maar ik merkte ook dat ik als patiënt veel meer kon doen aan mijn gezondheid dan het medische wat er gebeurde. Dat was bij de eerste ziekte al zo, maar bij de vierde ziekte was ik daar helemaal van overtuigd.

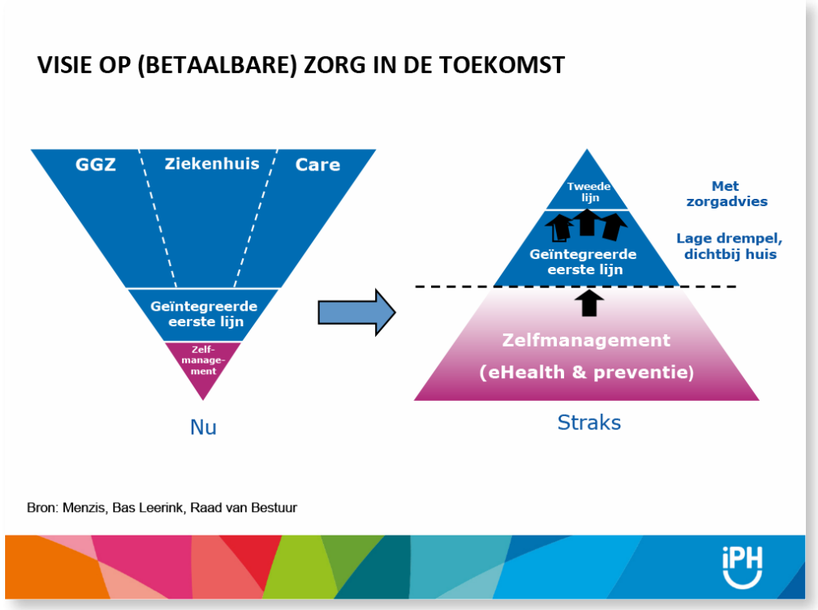
Visie op gezondheidszorg

In wat voor tijd leven we? In afbeelding 1 is de problematiek van deze tijd weergegeven. (Dit plaatje is overigens niet van mij maar van een directeur van een verzekeringsmaatschappij.)

De linkerkant laat zien hoe de kosten in de zorg nu verdeeld zijn. De zorggelden komen uit allerlei potjes. Recent hoorde ik een gezondheidseconoom vertellen dat het om 94 miljard euro gaat. Dat is enorm veel geld. Een heel groot deel daarvan gaat naar – wat je noemt – de intramurale zorg, zoals de psychiatrie, de ziekenhuizen. Dat is de langdurende zorg. Een veel kleiner deel gaat naar geïntegreerde eerste lijns gezondheidszorg. De huisartsen, de diëtist en de fysiotherapeut. Zorg die veel dichter bij huis is. Onderaan staat een roze puntje. Dat is zelfmanagement, preventie. Van het enorme bedrag is dat roze puntje minder dan 4%. Het lijkt er dus op dat als mensen ziek worden we ze uitstekend behandelen, maar het is wel heel erg duur.

Er komt nog een zilveren tsunami van ouderen aan

Die zorgkosten zijn niet te handhaven. Want er komt nog een soort zilveren tsunami aan van ouderen. We zitten in een veranderingsproces naar het rechter driehoekje. Dat is een schets waar vooral ziekenhuisdirecteuren nogal zenuwachtig van worden. Het betekent bijvoorbeeld dat de ziekenhuizen 'minder bakstenen worden' en er meer digitale consulten komen en dat specialisten meer geïntegreerde eerstelijns zorg gaan leveren.

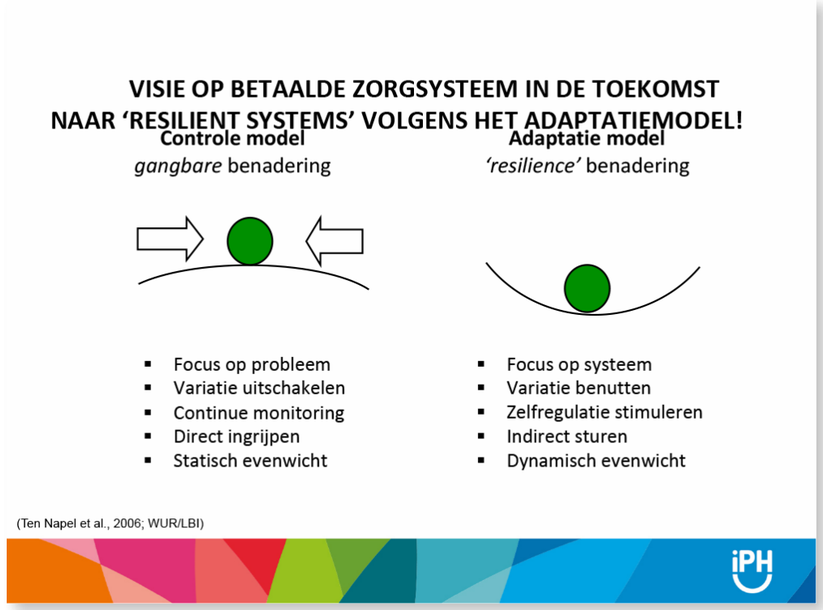


Afbeelding 1. Gezondheidszorg en kosten

De opgave is dat mensen gezonder moeten worden. Ook als mensen een chronische ziekte hebben, moeten ze leren daarmee om te gaan. Zelfmanagement wordt eigenlijk het fundament van de zorg. Zelfmanagement is niet 'zoek-het-zelf-maar-uit'. We zullen mensen daarin moeten ondersteunen. Het is een nieuw gebied waar nog heel veel te leren en te ontwikkelen is. Het is ook een gebied dat ik zeer interessant vind. Het gaat over een fundamentele verandering van denken en doen in de gezondheidszorg.

In afbeelding 2 wordt het medisch vakgebied samengevat. Ik ben opgeleid in het medische vak volgens het linker plaatje, volgens de analytische benadering. De geneeskunde heeft alles geanalyseerd en weet veel van de scheikunde van de mens tot op gen-niveau. De medische wetenschap kan met medicijnen corrigeren en een beetje controleren. Maar als je stopt met medicatie ontstaat het probleem vaak weer en eigenlijk is de focus dus op een detail. Het wordt echt een probleem als mensen meerdere ziektes hebben en meerdere medicijnen gebruiken. Die kunnen elkaar gaan tegenwerken. Anders denken betekent dat we moeten leren denken in systemen, zoals in afbeelding 2 aan de rechterzijde is weergegeven. Dat is een nieuwe benadering in het medisch vakgebied.

Hoe kunnen we een systeem zo inrichten dat het vanuit zichzelf veerkrachtig is en evenwicht bevordert? We hebben in Nederland een wetenschapper van wereldnaam: Martin Scheffer. Hij is hier intensief mee bezig en dit is een vakgebied in opkomst. De essentie is dat je niet naar een detail kijkt, maar dat je uitzoomt en veel meer naar het geheel kijkt. Dat kan gaan om een mens, om een wijk, om de inrichting van een stad. Maar ook over voeding. De essentie van die andere benadering is dat je altijd naar meer factoren kijkt.



Afbeelding 2. Twee benaderingen van medisch vakgebied.

Onderzoek

Ik heb onderzoek gedaan naar gezondheid bevorderende factoren. Mijn conclusie was: gezondheid, herstel en veerkracht zijn te bevorderen. Tot mijn verbazing mocht ik veerkracht bevorderende factoren geen gezondheid noemen. In de wetenschap is het namelijk zo dat als je ergens een term aan verbindt, dan hoort daar een definitie bij.
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) kent sinds 1948 de volgende definitie van gezondheid:

'A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease, or infirmity.'

Het betekent dat gezondheid een toestand van compleet welbevinden, lichamelijk, psychische en sociaal is. Niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebreken.
Ik heb voor mijn proefschrift ook de oprichtingsnotulen van de WHO gelezen. Indrukwekkend hoe idealistisch de oprichters waren, ze wilden de hele mensheid naar deze toestand brengen. Maar het punt is dat ze de lat zo hoog hebben gelegd, dat bijna niemand kan zeggen dat hij voldoet aan deze definitie.
De keerzijde van deze definitie is dat als je er niet aan voldoet, je niet gezond bent! Dat roept een enorme medische industrie op. Want iedereen die volgens deze meetlat niet gezond is, kan misschien wel iets vinden dat om behandeling vraagt.

Ik ben van mening dat het onzinnig is dat je veerkracht geen gezondheid mag noemen. Tot mijn verassing lukte het om gelijkgestemden bij de overheid te vinden. Ik kreeg de opdracht om een conferentie te organiseren om met een internationaal gezelschap na te denken over een nieuwe formulering. Er is een nieuwe formulering gekomen en daar heb ik bovendien een prijs voor gekregen.

De nieuwe formulering is:

'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges.'

Gezondheid wordt gedefinieerd als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. De nieuwe formulering bevat dezelfde aspecten als de oude definitie van de WHO; lichamelijk, psychische en sociaal. Maar niet meer als een statische toestand van compleet welbevinden, maar een uitdaging die het leven op je bordje legt. Het idee is dat ieder mens aanpassingsvermogen en veerkracht heeft. Dat ieder mens autonoom is en eigen regie kan voeren. De mens is zelf in de lead en zelf verantwoordelijk. De nieuwe formulering heeft de voorkant van een heel mooi tijdschrift gehaald, heeft internationaal heel veel aandacht gekregen, alleen de WHO heeft zijn definitie niet aangepast. Het interessante is echter wel dat er inmiddels veel mee gewerkt wordt. Het begin is er!

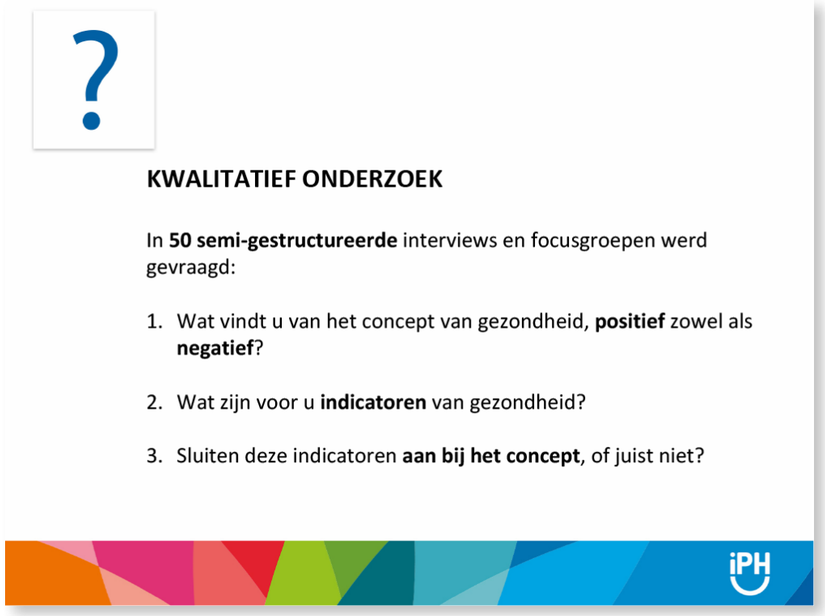
De overheid gaf me de vervolgopdracht om te onderzoeken wat het draagvlak voor de nieuwe definitie is en of er een stap richting operationalisering gezet kon worden.

Ik heb met allerlei typen patiënten gesproken met allerlei ziektes; lichamelijke en psychische. Ook met vele soorten behandelaars; medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en verplegenden. En ook met beleidmakers, verzekeraars, medewerkers van public health, GGD, gezondheidsadviseurs, burgers die niet perse een ziekte hadden bijvoorbeeld hele krasse oude mensen en onderzoekers. Ik heb 140 mensen persoonlijk gesproken in een kwalitatieve onderzoek (zie afbeelding 3).

Afbeelding 3. Groepen belanghebbenden

Ik interviewde individuen of groepen patiënten en alle mensen kregen dezelfde vragen.
Uiteindelijk hebben we alle antwoorden in een vragenlijst gezet en die nog een keer voorgelegd aan die dezelfde groepen, maar dan in grotere aantallen en in een kwantitatieve onderzoek.

De vragen zijn weergegeven in afbeelding 4.

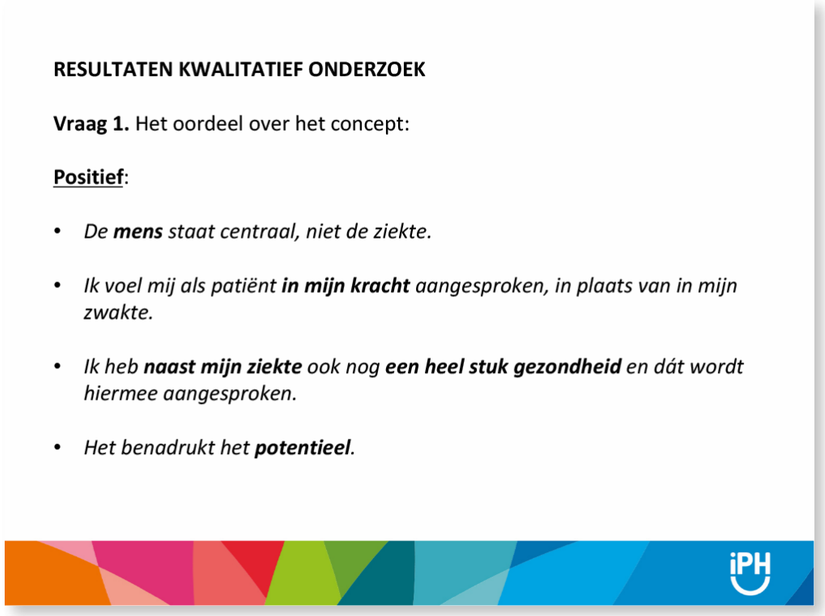


Afbeelding 4. Vragen van kwalitatief onderzoek.

Ik introduceerde de oude definitie van de WHO en de nieuwe formulering. Vervolgens vroeg ik:

1. Wat vindt u positief en wat vindt u negatief aan van wat wij geschreven hebben?
2. Waar leest u gezondheid aan af?
   Deze vraag was bedoeld om indicatoren te vinden.
3. Op basis van die indicatoren:
   Vindt u die passen bij onze nieuwe omschrijving?

De antwoorden op vraag 1 zijn weergegeven in afbeelding 5.



Afbeelding 5. Feedback nieuwe formulering.

De 140 mensen die ik gesproken heb, waren allemaal erg enthousiast over de nieuwe definitie. Ze zeiden: 'de mens staat centraal. Patiënten voelden zich in hun kracht aangesproken en niet in hun zwakte. Velen gaven aan wel eens een diagnose gehad te hebben, maar dat er ook een heel stuk in hun leven is, waar ze wel gezond zijn en de aandacht daarvoor maakt hen sterker.

Er was dus veel draagvlak voor de nieuwe formulering!

Bij de antwoorden op vraag 1 kreeg ik ook allerlei opmerkingen en aanbevelingen cadeau.

- ✔ Het behandelen van de ziekte is nodig, maar zelf-management is ook belangrijk. Het is niet 'zoek het zelf maar uit management', je moet echt mensen begeleiden op het niveau waarop ze staan en wat ze nodig hebben.
- ✔ Heb aandacht voor de sociale omgeving van mensen. Want als je een diagnose krijgt, heb je mensen om je heen nodig om mee te kunnen praten.
- ✔ Tenslotte was het opvallend dat nogal wat mensen het volgende advies gaven:

'Neem gezondheid niet als doel op zich, maar als middel..., namelijk opdat iemand zijn/haar ding kan doen.'

De mensen gaven aan dat het belangrijk was om vandaag betekenisvol te leven. Dat is zo vaak gezegd dat ik dat in mijn oren heb geknoopt. Tot zover vraag één.

Vraag 2 ging over de indicatoren van gezondheid.
Waar leest u gezondheid aan af?

Ik kwam thuis met 556 indicatoren van gezondheid. Iedereen was zeer spraakzaam geweest. Vooral de patiënten konden er wat van. De antwoorden zijn gerubriceerd en zo ontstonden er zes hoofddimensies;

1. Lichaamsfuncties,
2. Mentale functies,
3. Het beleven van een psychische, spiritueel dimensie; zingeving,
4. Kwaliteit van leven,
5. Sociaal maatschappelijke participatie,
6. Dagelijks functioneren.

In afbeelding 6 zijn per dimensie enkele begrippen toegevoegd.

1. De lichaamsfuncties gaan over wat normaal het medische domein genoemd wordt, inclusief ziektes en dergelijke.
2. Bij de mentale functies gaat het om iemands psychische toestand, inclusief begrippen als eigenwaarde, zelfrespect en het gevoel hebben dat je controle hebt over je leven.
3. De spiritueel existentiële dimensie gaat over zingeving, het hebben van doelen, idealen en toekomstperspectief.
4. Kwaliteit van leven gaat over 'feel good beleving', echt geluk beleven, genieten. Allemaal hele fijne dingen waar iedereen een voorstelling van kan maken. Alleen weten-schappers vinden dat er niet bij horen. De patiënten daarentegen vonden het buitengewoon belangrijk.
5. Sociaal maatschappelijk participatie gaat eigenlijk over iemands situatie in de maatschappij. Heeft iemand contacten? Heb je het gevoel dat je met de maatschappij verbonden bent.
6. Het dagelijks functioneren. Kan iemand voor zichzelf zorgen, zijn huishouden doen?

Mijn derde en laatste vraag was steeds: hoort uw rijtje bij onze nieuwe definitie?

Mensen hadden heel verschillende rijtjes, maar bijna iedereen zei: 'jawel, mijn rijtje hoort bij de definitie'. We merkten dat de nieuwe formulering een soort paraplu is die iedereen herkent.

Hoofddimensies van gezondheid en bijbehorende **Aspecten**:

Lichaamsfuncties

- Medische feiten
- Medische waarnemingen
- Fysiek functioneren
- Klachten en pijn
- Energie

Mentale functies en -beleving

- Cognitief functioneren
- Emotionele toestand
- Eigenwaarde/zelfrespect
- Gevoel controle te hebben/ manageability
- Zelfmanagement/eigen regie
- Veerkracht/resilience & SOC

Spiritueel-existentiële dimensie

- Zingeving/ meaningfulness
- Doelen/ idealen nastreven
- Toekomstperspectief ervaren
- Acceptatie

Kwaliteit van leven

- Welbevinden
- Geluk beleven
- Genieten
- Ervaren gezondheid
- Lekker in je vel zitten
- Levenslust/balans

Sociaal-maatsch. participatie

- Sociale en communicatieve vaardigheden
- Sociale contacten
- Betekenisvolle relaties
- Geaccepteerd worden
- Maatschappelijke betrokkenheid
- Betekenisvol werk

Dagelijks functioneren

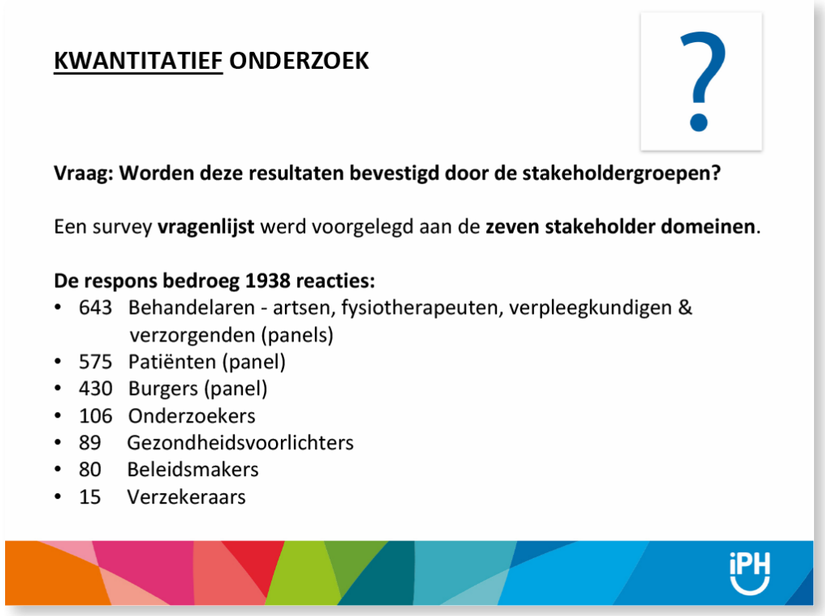
- Basis ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
- Instrumentele ADL
- Werkvermogen
- Gezondheidsvaardig-heden

***NB**: Het gaat hier om **indicatoren**, die **bottom up** verzameld en geformuleerd zijn. Veel **patiënten** spraken uit dat het voor hen hier ook om **determinanten** ging.*

Afbeelding 6. Indicatoren voor gezondheid.

De volgende stap was een kwantitatief onderzoek, waarbij een vragenlijst aan diverse groepen is voorgelegd. Er hebben in totaal 1938 mensen meegedaan. Dat maakt zo'n onderzoek een stevig onderzoek. Waar mogelijk maakten we panels. (zie afbeelding 7).

De respondenten kregen eerst vragen over positieve en negatieve aspecten van gezondheid. Daar mochten ze van zeggen wat ze er van vonden en ze mochten iets toevoegen. Ons eerdere onderzoek werd bevestigd: veel draagvlak voor de nieuwe formulering, maar ook een aantal waarschuwingen.
Vervolgens kwam de vraag naar de begrippen van gezondheid (zie afbeelding 6). De resultaten zijn weergegeven in afbeelding 8.

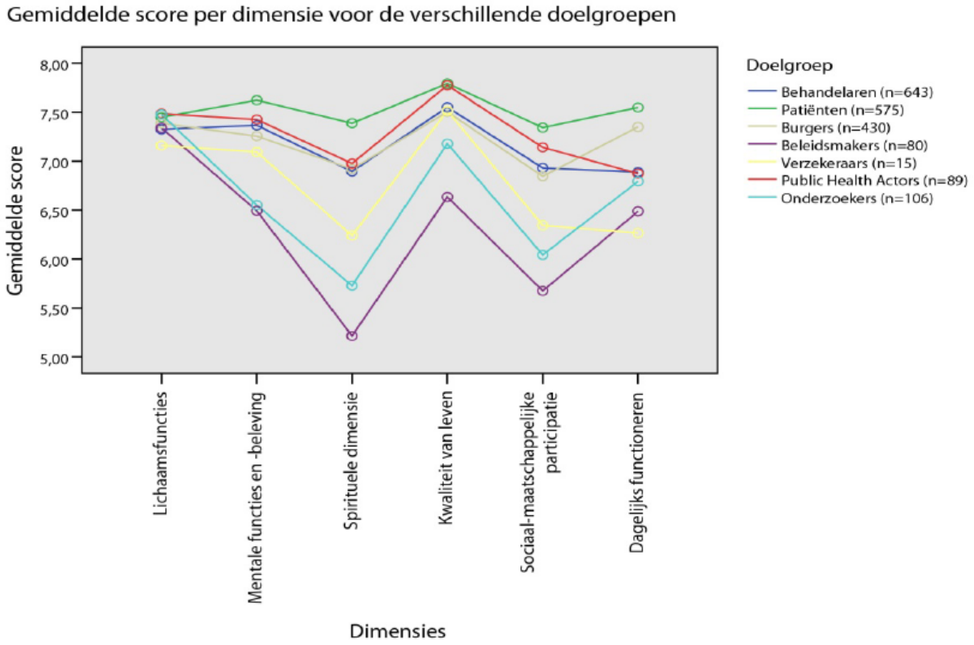


Afbeelding 7. Panels voor kwantitatief onderzoek.

Op de horizontale as staan de zes dimensies weergegeven. De respondenten mochten op een schaal van 1 tot 9 aangeven in hoeverre ze vonden dat een bepaalde dimensie bij gezondheid hoort. Deze score is weergegeven op de verticale as.

In afbeelding 8 valt een aantal dingen op.
Aan de linkerkant liggen de gekleurde lijntjes dicht bij elkaar. Dat betekent dat iedereen het er over eens is dat lichaamsfuncties – meer het medische stuk – over gezondheid gaan.

Meer aan de rechterkant liggen de lijntjes veel verder uit elkaar. Dit betekent dat er over andere dimensies enorme (significante) verschillen van mening bestaan. Als je naar de uitersten kijkt, dan zie je een groene lijn (patiënten, 575) die een beetje golft. Patiënten vinden alle dimensies ongeveer even belangrijk. Anders geformuleerd: patiënten kijken dus heel breed. De allerondersteaarse lijn (beleidsmakers, 80) golft heel sterk. De lichaamsfuncties scoren bij deze groep heel hoog. Zij kijken veel smaller en zeggen eigenlijk dat gezondheid afwezigheid van ziekte betekent. De verschillen tussen de verschillende groepen zijn interessant. Immers: beleidsmakers maken beleid voor patiënten.

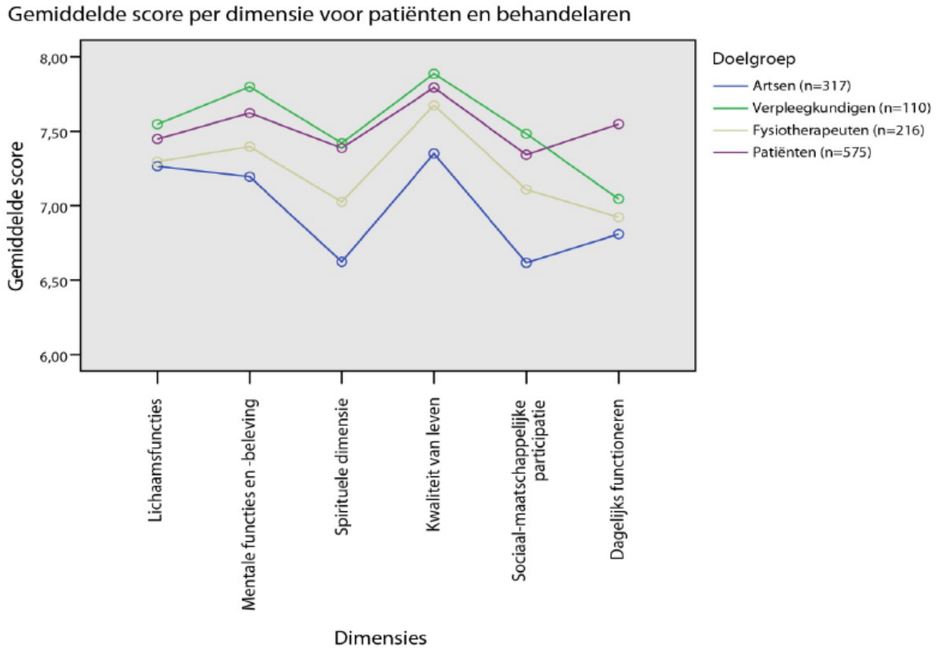


Afbeelding 8. Resultaten kwantitatief onderzoek – totaal.

Als onderzoeker kun je allerlei vragen stellen aan de hand van deze gegevens. We zoomen daarom nog een beetje in naar de donkerblauwe lijn in afbeelding 8. Dat zijn de behandelaars. Die bestonden uit verschillende beroepsgroepen (zie afbeelding 9). In afbeelding 9 zijn ook de patiënten (paarse lijn) weergegeven.

In afbeelding 9 valt weer een aantal zaken op.
De groene lijn van de verpleegkundigen en verzorgenden loopt vlak boven de paarse lijn van de patiënten. Die beide groepen denken dus hetzelfde over gezondheid!

De beige lijn van fysiotherapeuten en de blauwe lijn van de artsen lopen behoorlijk uit elkaar. Wanneer ik dit aan een groep huisartsen voorleg, dan zeggen ze: 'je hebt vast alleen maar specialisten geraadpleegd'. Dat is echter niet het geval. Uit de data blijkt dat de 50% specialisten en de 50% huisartsen identiek scoorden. Dan zeggen ze: 'de trend is hetzelfde , eigenlijk denken we wel hetzelfde, wij zijn alleen iets conservatiever.' Ook dat is niet het geval. Er is namelijk ook naar opleidingsniveau van behandelaars gevraagd. Uit die data blijkt dat de universitair geschoolde behandelaars het laagste scoren. Wat gebeurt er op die universiteiten? Wordt men daar te rationeel?



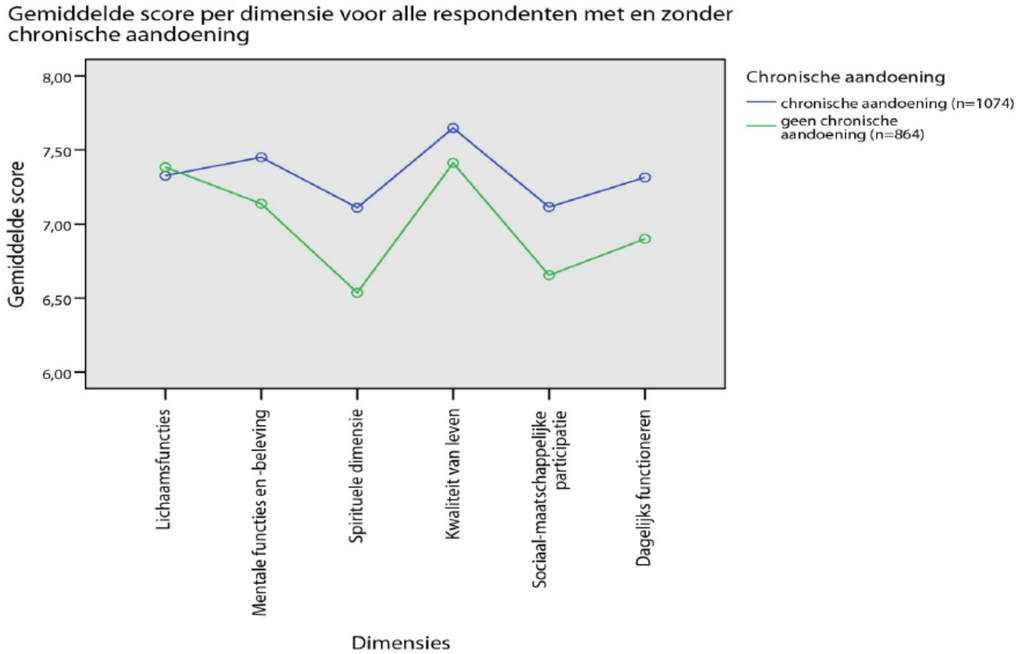
Afbeelding 9. Resultaten kwantitatief onderzoek – behandelaars.

Tot slot wil ik u nóg iets laten zien. Alle respondenten werd ook gevraagd of ze zelf ervaring met ziekte(s) hadden. Leidt eigen ervaring met ziekte tot een andere kijk op gezondheid? In afbeelding 10 zijn deze resultaten voor de totale groep respondenten weergegeven. De groene lijn heeft geen ervaring en de blauwe lijn heeft wel ervaring met ziekte. In afbeelding 10 valt op dat bij de lichaamsfuncties de mening over gezondheid niet verandert, maar bij de andere dimensies wel. Het doormaken van een ziekte – en dan bedoel ik niet een griepje maar wel iets serieus – dat heeft impact op het denken over gezondheid.

Samenvattend

Ik deed onderzoek naar gezondheid en ik zat ondertussen met een probleem. Ik kon het woord gezondheid niet meer gebruiken, zonder dat ik vroeg naar wat voor soort gezondheid er bedoeld werd. Er zijn mensen die het heel smal bekijken en die zeggen dat gezondheid gaat over de medische gezondheid; de afwezigheid van ziekte. Die mensen zeggen van de rest: 'u heeft het niet over gezondheid, u hebt het over het hele leven. Met name patiënten reageren daarop door te zeggen:' gezondheid gaat over het hele leven.'

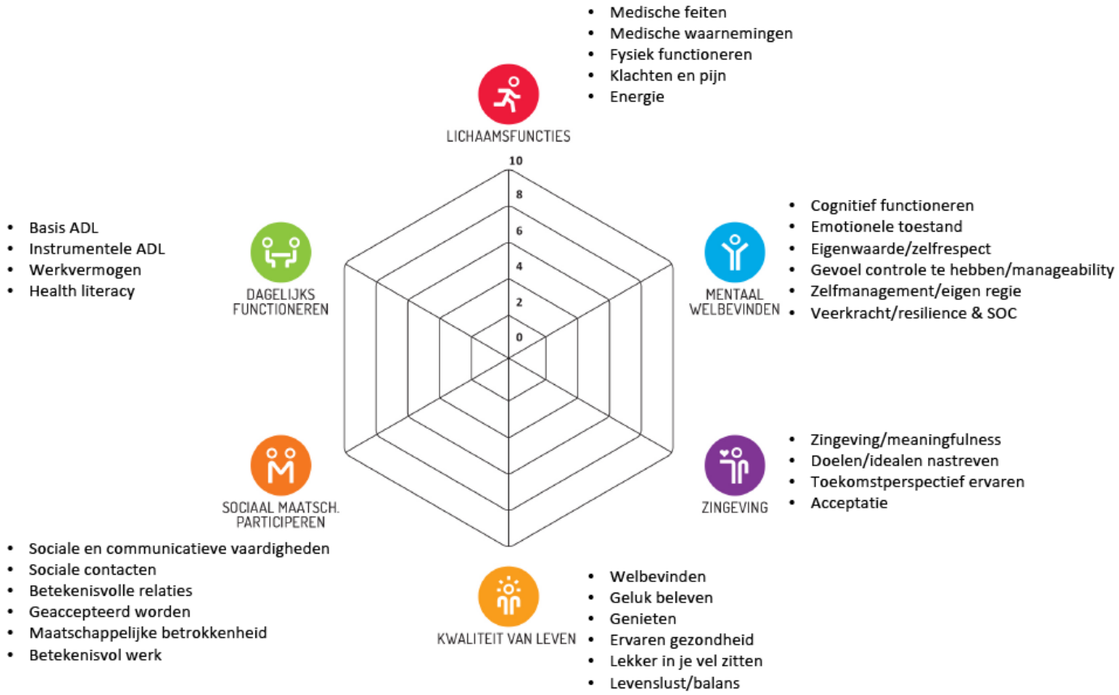
Die tegenstelling kwam duidelijk uit het onderzoek naar voren. En wat moet of kun je daar nu mee?



Afbeelding 10. Resultaten kwantitatief onderzoek – zelf wel/niet ziek geweest.

Positieve gezondheid

In de zorg wordt een heel vaak de kreet gebruikt: ‘wij plaatsen de patiënt centraal.’ Een logisch gevolg van dit credo is om ook een brede visie over gezondheid van patiënten centraal te zetten.
Om verwarring over het begrip gezondheid te voorkomen heb ik besloten om een apart woord te gebruiken: positieve gezondheid . Deze naam heb ik gekozen om de hele breedte van de zes dimensies af te dekken. De brede invulling van positieve gezondheid is in afbeelding 11 weergegeven als een spinnenweb.



Afbeelding 11. Spinnenweb van positieve gezondheid.

In het spinnenweb zijn de verschillende dimensies als pijlers weergegeven.
In de praktijk blijkt dat mensen goed en snel in staat zijn om hun eigen situatie te beoordelen middels getalletjes op de 6 assen. Ze maken een beoordeling van hun eigen situatie en zo ontstaat er een zogenaamd ‘gezondheidsoppervlakte’. Zorgverleners hebben de neiging om wat in het spinnenweb laag scoort omhoog te willen brengen. Bijvoorbeeld: ‘u scoort bij zingeving wel erg laag, daar moeten we wat mee.’

Het is echter de vraag of dit de juiste weg is.
In mijn onderzoek kreeg ik van respondenten het advies om gezondheid niet als doel op zich te zien, maar als middel, opdat iemand zijn/haar ding kan doen. Om betekenisvol te kunnen leven. Het lijkt me daarom beter om vanuit de eigen beoordeling een hele andere vraag te stellen: wat is voor u belangrijk? Dan ontstaat er een heel ander gesprek en een heel andere dynamiek. Dan gaat iemand aangeven wat hij zelf wil en dat blijkt vaak heel iets anders te zijn dan waar hij laag scoort. Het kan best zijn dat waar hij hoog scoort, dat hij daarin iets wil veranderen. De essentie is dat iemand met het spinnenweb een eigen beoordeling geeft van zijn eigen situatie en daar zijn geen normen voor. Het diagram van positieve gezondheid maakt dat mensen over zichzelf gaan nadenken en zich afvragen wat ze willen en kunnen veranderen. Het maakt niet uit waar iemand begint. Het is belangrijk dat hij verantwoordelijkheid neemt en zegt: ‘ik ga iets doen dat zin heeft’. Vaak merk je vervolgens dat andere dimensies gaan meebewegen.

Daar gaat positieve gezondheid over. Dat is een nieuwe benadering in de zorg.

Praktijk

Er is van alles gebeurd vanaf het moment dat ik het begrip positieve gezondheid geïntroduceerd heb. Ik ben er op gepromoveerd. Ik heb in de krant gestaan. Opeens kwamen er uit allerlei hoeken en gaten van de zorg mensen die zeiden: 'ja, dit willen we! Maak van dat spinnenweb een gevalideerd digitaal meetinstrument.'
De verzekeraars raakten geïnteresseerd en wilden er geld in steken. Maar de ontwikkeling liep vast in de universitaire wereld. Om het spinnenweb te valideren, moesten mensen een lijst met 320 vragen invullen. Dat aantal gaf de nodige wetenschappelijke onderbouwing. Maar niemand vult 320 vragen in. Het dringende advies vanuit de praktijk was om met het spinnenweb de beleefde werkelijkheid weer te geven. Daarom hebben we op dat moment het wetenschappelijke even gelaten voor wat het was en hebben we het spinnenweb doorontwikkeld als gespreksinstrument. Heel eenvoudig, zes dimensies met zeven vragen. De belangrijkste daarvan is: wat zou u willen veranderen / verbeteren?
Vervolgens komen er mooie vragen vanuit diezelfde praktijk. Een voorbeeld daarvan is de provincie Limburg. Zij willen de eerste positief gezonde provincie worden. Ga er maar aan staan! Het lijkt zo positief en simpel, maar in de praktijk is het ook lastig. In het spinnenweb zijn de verschillende dimensies met elkaar verbonden. Er zijn geen schotten of iets dergelijks. In de samenleving is dat anders. Gezondheid is bij verschillende ministeries ('torens') en bij verschillende ambtenaren en wethouders belegd. Die moeten opeens gaan samenwerken. Dat gaat niet vanzelf. Maar de aanhouder wint. Het is nu dertig jaar later. Als je doorgaat dan kom je ergens!

Voedsel

Positieve gezondheid gaat over het bevorderen van veerkrachtig en betekenisvol leven. Daar hoort een gezondheid bevorderende omgeving bij. Daar hoort ook voedsel bij (zie afbeelding 12). Daarmee komen we terug bij de vraag die we eerder stelden: hoe kan voedselproductie bijdragen aan positieve gezondheid?

Bij voedselproductie gaat het vaak om het productievolume. Maar ook de kwaliteit van voedsel is erg belangrijk. Kwaliteit van voedsel heeft alles te maken met veerkracht. Kan voeding veerkracht bevorderen? Daarvoor moeten we nog wat dieper in de begrippen gezondheid en veerkracht duiken.

Afbeelding 12. Positieve gezondheid en voeding.

In afbeelding 13 bevindt de gezonde toestand van een mens zich tussen die groene stippellijnen. Er zijn allerlei waarden van orgaansystemen weergegeven en die fluctueren. Bijvoorbeeld: de lichaamstemperatuur is ´s morgens op z´n laagst en ´s middags om 16.00 uur op zijn hoogst. Dat gaat via allerlei cycli de hele tijd op en neer. De waardes schieten ook wel eens uit het groene gebied, waarbij een gezonde toestand en een gezond lichaam met veerkracht zich weer herstelt. Als een ongezonde prikkel te lang aanhoudt, kom je in het gebied waar je van ziektes spreekt. Ook hier zijn nog verschillende gradaties in. Het tussengebied noem je allostatie. Een mens past zich aan een bepaalde situatie aan. Wanneer deze aanpassing niet langer houdbaar is, kom je in het terrein waar de ziekte zit. Dan zijn dingen vaak niet meer herstelbaar, althans niet zomaar en niet direct. Dan krijg je ziektemanagement.

Ik liet u eerder al zien dat we heel erg ver en goed zijn op dat gebied van ziektes. Maar dat is niet te handhaven en dus moeten we ons meer gaan focussen op het bevorderen van gezondheid en veerkracht. Dat vraagt echt om een ander systeemdenken. Dat wordt de nieuwe uitdaging. Dat als er een ontsporing is er dankzij de veerkracht toch weer herstel optreedt.

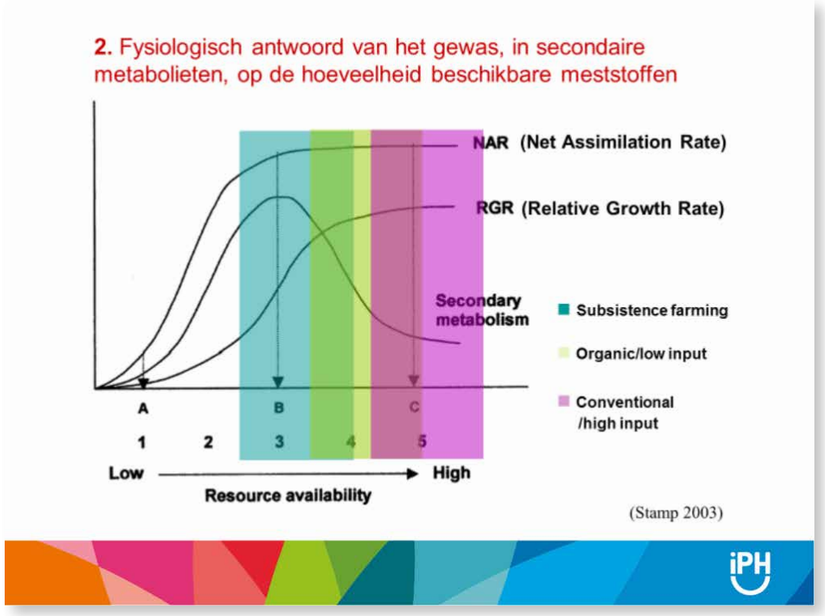
Het is mijn stellige overtuiging dat goede en gezonde voeding daar een cruciale rol bij speelt.

Hoe dat werkt en hoe je dat doet?
Laten we dieper in uw vakgebied, plantenteelt en bemesting duiken.

Afbeelding 13. Gezondheid, veerkracht en ziekte (bron: TNO)

In afbeelding 14 is de toename van de nutriëntenhoeveelheid voor een plant weergegeven. Toename van nutriëntenhoeveelheid leidt tot een toename van de stofwisseling van die plant. Het leidt ook tot toename van de groei. Tot zover niets nieuws. Het verloop van de secundaire metabolieten is echter opvallend. De secundaire metabolieten lopen eerst op, gelijk met de toename van de bemesting, maar dalen vervolgens heel scherp. Bij planten is het zo dat op het moment die secundaire metabolieten afnemen ook de afweer van de plant afneemt.

We weten allang dat de secundaire metabolieten voor mensen – als consumenten – heel belangrijk zijn. Bij voeding en diëten focussen we vaak op koolhydraten, eiwitten en vetten. Dat zijn de primaire voedingsstoffen. Maar de secundaire metabolieten, en dat zijn er vele, waar je kleine hoeveelheden van binnenkrijgt, zijn heel belangrijk. Uit afbeelding 14 blijkt dus dat bij hogere bemesting je wel een grotere opbrengst krijgt, maar de eigen afweer van de plant daalt. Dan is het ook heel logisch dat een boer gewasbeschermingsmiddelen moet gebruiken om zijn gewas niet ziek te laten worden.
Wat mij nu zo fascineert is de vraag of door die verschillende bemestingsniveaus er ook verschil in gezondheidswaarde en kwaliteit van het voedsel is. Wat mij betreft ligt daar een belangrijke onderzoeksvraag: welk effect heeft bemesting op de gezondheid en veerkracht van het gewas en daarmee op die van het voedsel?

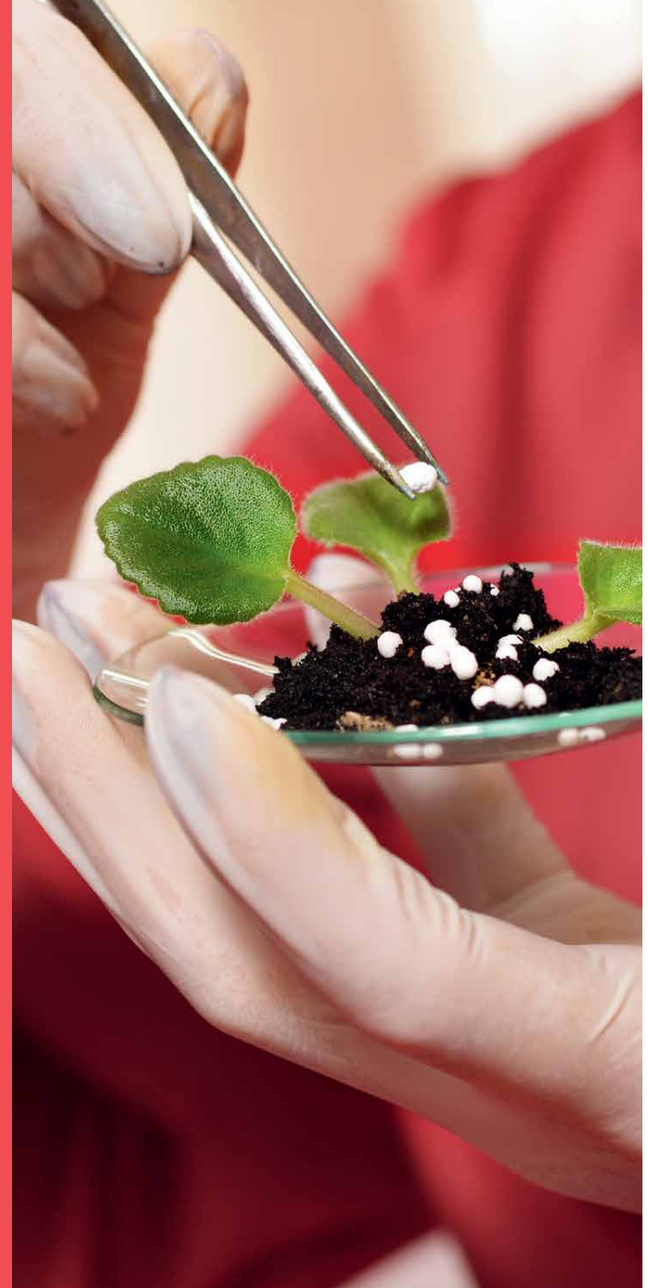


Afbeelding 14. Bemesting en metabolieten.

Belangrijke onderzoeksvraag:

Welk effect heeft bemesting op de gezondheid en veerkracht van het gewas en daarmee op die van het voedsel?

Er is al veel onderzoek gedaan naar inhoudsstoffen van voedingsmiddelen. Maar als je het over veerkracht wilt hebben, dan zie je daar geen overtuigende effecten van afzonderlijke nutriënten. Een effect kan nooit aan één stofje worden toegeschreven. Een plant is een voedingsmiddel, het is een soort wolk van stoffen. Als je daar werkelijk onderzoek naar wilt doen, dan is het veel overtuigender om te onderzoeken wat het effect van het voedsel is als je het daadwerkelijk opeet. Om vervolgens te bestuderen wat er gebeurt. Of het de veerkracht bevordert. Daarvoor moet je eigenlijk het organisme uitdagen. Misschien moet je daarvoor het organisme zelfs een beetje ziek maken. Daar zijn allerlei trucjes voor. Mensen kun je besmetten met een bepaald virus of een injectie geven om te kijken wat voor immuunreactie ze geven. Het is complex onderzoek om er achter te komen wat een voedingsmiddel doet met veerkracht van mensen.



Tot slot

Tot slot zou ik u twee opgaven mee willen geven.

1. Denk na over de vraag of teeltmethoden wellicht veel meer (of andere) invloed hebben dan u tot dusver hebt gedacht.

2. Ontwikkel nieuwe en praktische onderzoeksmethoden waarmee u veerkracht van levende organismen kunt onderzoeken.

Gezondheid en gezondheidsbevordering is een complexe zaak. Met mijn werk op het gebied van positieve gezondheid krijg ik inmiddels grote respons. Ik heb u laten zien dat het voor velen, van patiënten tot beleidsmakers, aanknopingspunten geeft om de gezondheidszorg opnieuw te bekijken en wellicht ook opnieuw in te richten. Voedsel en voeding zullen daar onderdelen van worden, daar ben ik van overtuigd. Uw werk kan daarin veel betekenen. Daarin liggen grote uitdagingen. Met het introduceren van het begrip veerkracht hoop ik u een handvat gegeven te hebben om voeding en gezondheid met elkaar te verbinden.

Ik wens u daar veel succes mee.

AERES
HOGESCHOOL
DRONTEN

Machteld Huber (1951) haalde in 1983 haar huisartsendiploma aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Op haar 35ste werd ze onderzoeker naar voeding en gezondheid bij het Louis Bolk Instituut in Driebergen en ontwikkelde ze een nieuw concept voor gezondheid. In 2015 richtte ze het Institute for Positive Health op (www.positievegezondheid.nl). In 2012 ontving zij de ZonMw-parel voor haar werk.

Op 18 mei 2017 sprak Machteld Huber de vijfde Life Lezing uit bij Aeres Hogeschool Dronten. Zij verbindt in deze lezing haar eigen vakgebied 'positieve gezondheid' met het domein van de hogeschool, namelijk 'voedselproductie'.

Aan het einde van haar lezing geeft zij de hogeschool een belangrijke onderzoeksvraag mee: welk effect heeft bemesting op gezondheid en veerkracht van het gewas en daarmee op die van het voedsel? Het onderzoeken van dergelijke relaties is uitdagend werk!

aereshogeschool.nl/dronten

Aeres Hogeschool Dronten
De Drieslag 4
8251 JZ Dronten
088 - 020 6000

info.hogeschool.dronten@aeres.nl

Disclaimer
Aan deze brochure kunnen geen rechten worden ontleend.

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier van verantwoorde herkomst
FSC® C005044