

Gezondheidsbevordering: de sleutel ligt in de leefomgeving



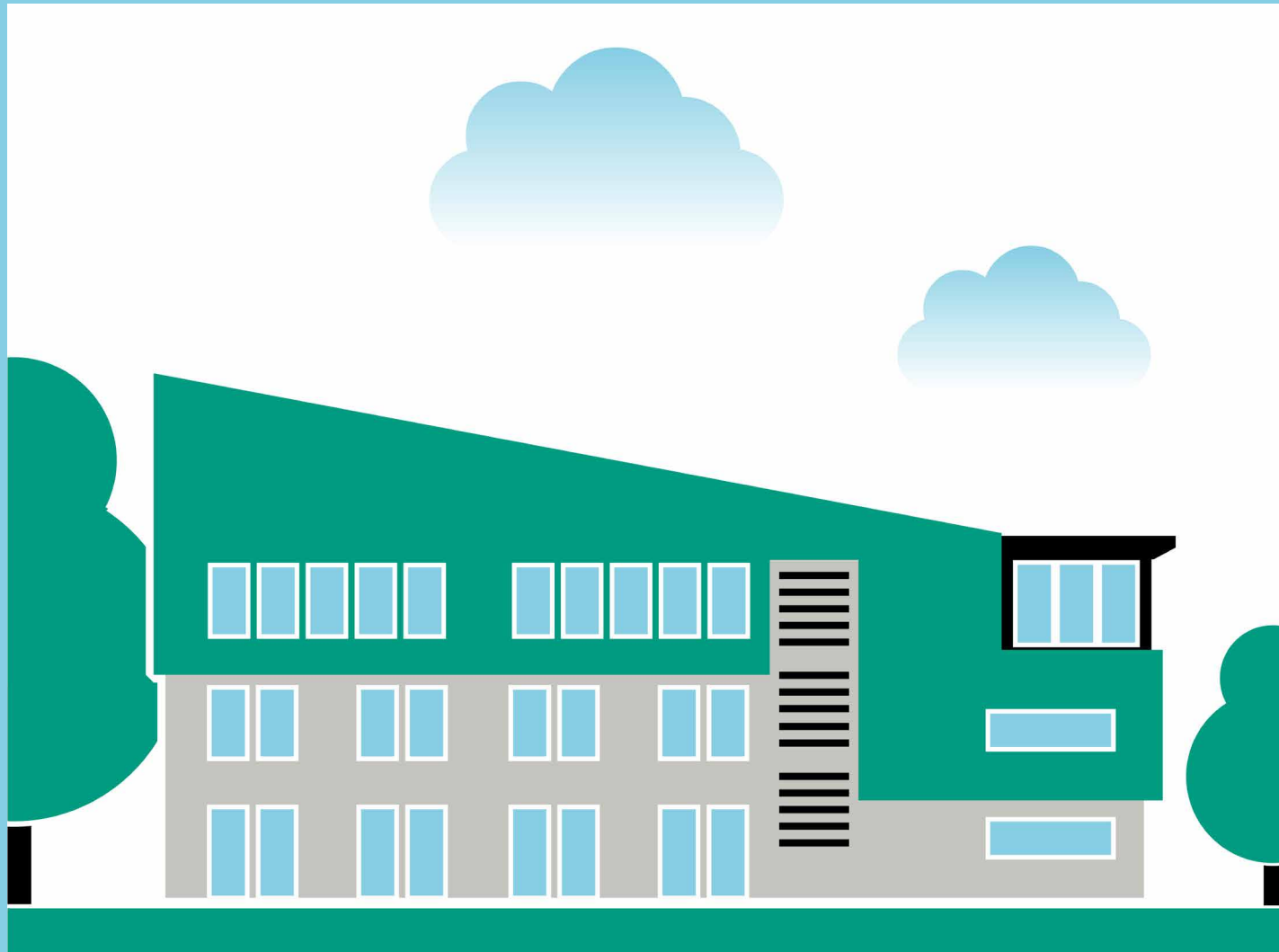
Lectorale rede

dr. Karin Dijkstra

Lector Gezondheidsbevordering in de Leefomgeving

Lectoraat Smart Health, hogeschool Saxion





Illustraties door David Spier
www.davidspier.com

© Saxion. Alle rechten voorbehouden.

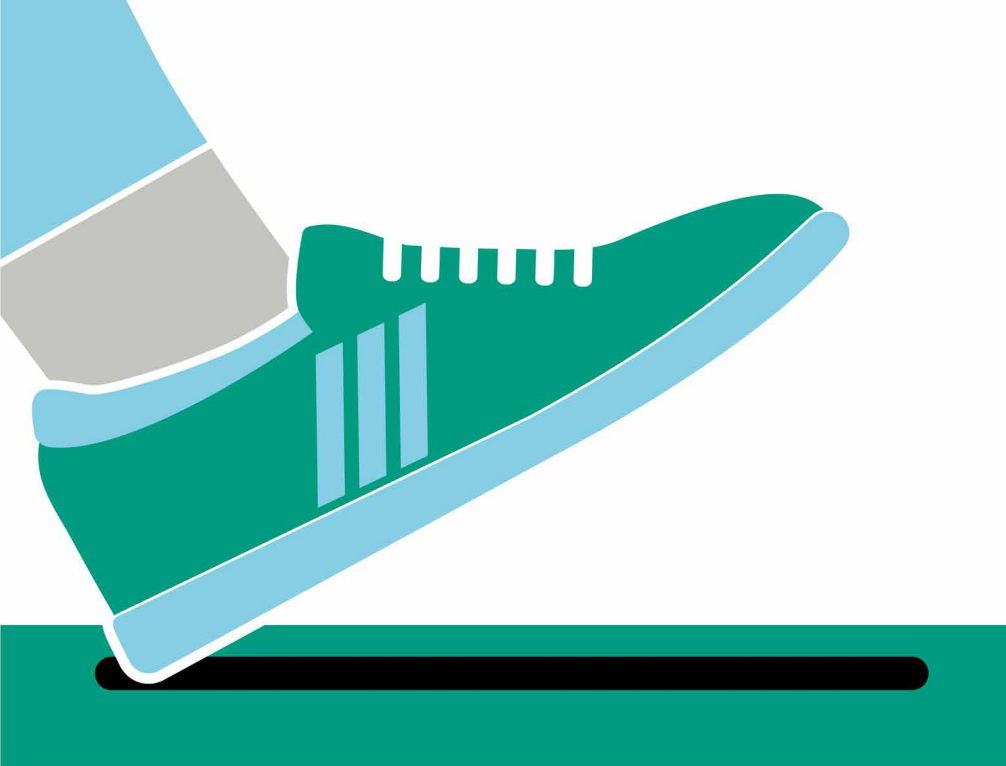
Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Geacht College van Bestuur van Saxion,
beste collega's en studenten, vrienden-familie,

Vandaag heb ik de eer om mijn lectorale rede uit te spreken. Graag neem ik u mee in de uitdagingen op het gebied van de gezondheidsbevordering en mijn visie op hoe de leefomgeving hierin een sleutelrol heeft. Maar niet voor eerst mijn waardering uit te spreken voor het lef van de Academie Gezondheidszorg van Saxion, om het onderwerp 'leefomgeving' zo expliciet te agenderen en mij daarmee de ruimte te bieden om kennis uit het mij zo geliefde domein van de omgevingspsychologie nog structureler toe te kunnen passen op vraagstukken uit de gezondheidszorg.



Ik begin met het delen van een aantal bevindingen over hoe Nederlanders aankijken tegen de zorg. Uit het rapport van het Zorginstituut Nederland¹ blijkt dat ruim 60% van de Nederlanders van mening is dat de nadruk meer moet komen te liggen op het voorkomen van ziekte in plaats van het behandelen ervan. De meerderheid van hen vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl hierop aangesproken moeten worden door de huisarts en ruim 80% vindt dat het makkelijker zou moeten zijn om gezonde keuzes te maken. Daarnaast blijkt dat 4 van de 10 Nederlanders vindt dat mensen die ongezond leven een hogere zorgpremie moeten gaan betalen. De bereidheid om mee te betalen aan de zorg voor mensen met een ongezonde leefstijl staat dus onder druk. Kortom, het gaat over het voorkomen van zorg, welke rol professionals hierin moeten spelen, over het maken van gezonde keuzes in je leefomgeving en de bekostiging van preventie en de eigen verantwoordelijkheid van het individu.



Onze maatschappij, de professionals in zorg en welzijn, maar ook de individuele burger of patiënt; allemaal moeten of willen ze ‘iets’ met gezondheidsbevordering. Dit maakt het thema gezondheidsbevordering allesomvattend groot, en daarmee ook bijna voelbaar onoplosbaar. Waardoor de kans groot is om in een passieve stand te geraken, en dan maar niets meer te doen. Want wat zegt 1 zo’n stapje nou, het lijkt een druppel op een gloeiende plaat. En je kunt je afvragen: kun je individueel oplossen wat maatschappelijk ontspoord? Ik ga laten zien hoe die ene stap (letterlijk en figuurlijk), en die ene druppel op die grote gloeiende en complexe plaat, van waarde is. Allereerst voor het individu, dan voor zijn of haar directe omgeving, en uiteindelijk voor dat grotere, complexe en abstracte geheel: de regio, de maatschappij, BV Nederland.

Zoals gezegd, neem ik u vandaag mee in de uitdagingen op het gebied van de gezondheidsbevordering en mijn visie op hoe de leefomgeving hierin een sleutelrol heeft. Dat zal ik doen door eerst uiteen te zetten wat ik onder gezondheidsbevordering versta en vervolgens de complexiteit hiervan te schetsen. Hiervoor sta ik stil bij gezondheidsverschillen en gedragsverandering. Hierbij zal ik continu de interactie tussen het individu, zijn of haar omgeving en de maatschappelijke context laten zien. Duidelijk wordt dat de leefomgeving een cruciale rol speelt en dat het individu zonder gezonde leefomgeving beduidend minder kans op succesvolle gedragsverandering heeft. Ik bespreek welke rol onze professionals kunnen spelen om gezondheidsbevordering in de leefomgeving te faciliteren.

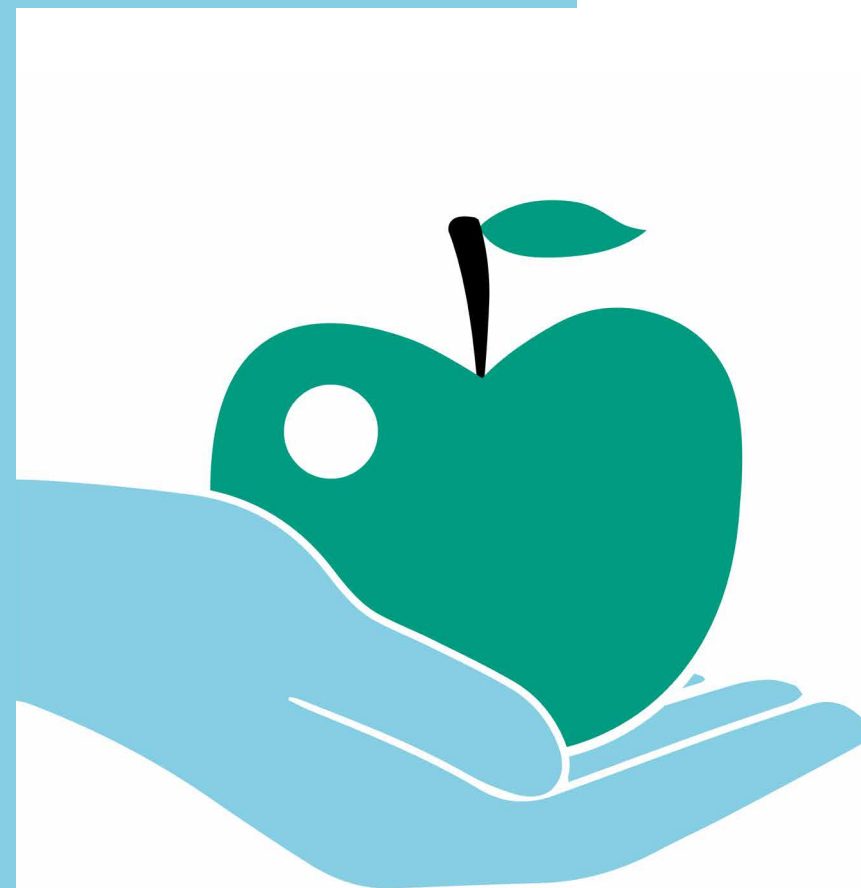
Ik laat de rol van ons lectoraat Smart Health en het praktijkgericht onderzoek in het HBO zien en illustreer dit aan de hand van een aantal voorbeeldprojecten. Deze laten de interdisciplinaire aanpak en hoe wij invulling geven aan praktijkgericht onderzoek zien. Ik zal eindigen met mijn ambitie.

Maar eerst wil ik een gebeurtenis met u delen. Een week na de gemeenteraadsverkiezingen liep ik naar huis en kwam de bekende zwerver uit Deventer tegen, blikje bier in de hand, en mompelend zoals altijd. Maar deze keer luisterde ik en hoorde het volgende, zijn reactie op iemand die op een scootmobiel voorbij raasde: “We moeten veel meer doen om de benen van die mensen in orde te houden. Maar nee. We stoppen ze allemaal in zo’n karretje”. Hij had zich overigens verkiesbaar gesteld voor die bewuste gemeenteraadsverkiezingen en ik vroeg me even af of ik wellicht een kans gemist had met mijn anders uitgebrachte stem.

Gezondheidsbevordering

Hoe gezond je bent, maar ook hoe gezond je je voelt, wordt in hoge mate bepaald door je leefstijl. Of je gezond eet, of je rookt, genoeg beweegt, maar ook hoeveel stress je hebt, en of je voldoende slaapt. In Nederland heeft zo'n 50% van de mensen overgewicht en bijna de helft beweegt te weinig². Met de voorspelde toename van deze aantallen en de verwachte arbeidstekorten in de zorg van zowel professionals en mantelzorgers, is de urgentie duidelijk: het is tijd voor gezondheidsbevordering en het voorkomen van zorg. Maar wat is gezondheidsbevordering? Gezondheidsbevordering gaat over het proces waarmee mensen als individu of als groep een toenemende controle hebben over de determinanten van gezondheid waardoor zij gezond blijven of hun gezondheid verbeteren³. Gezondheidsbevordering gaat ook over de rol die onze professionals hierin kunnen vervullen door bijvoorbeeld het bieden van adequate ondersteuning. Steeds vaker vindt deze ondersteuning plaats in combinatie met de inzet van technologie. Maar gezondheidsbevordering is complex, zowel op het niveau van het individu als dat van zijn of haar leefomgeving. In wat volgt zal ik die complexiteit duiden en illustreren.

Er is in het verleden veel gezondheidswinst geboekt door middel van preventie, denk bijvoorbeeld aan het rijksvaccinatieprogramma en de geboortezorg, maar ook zaken op het gebied van verkeersveiligheid, toegankelijk onderwijs en de infrastructuur op het gebied van riolering en drinkwater. Al deze transitie vereisten grote systeemveranderingen⁴. En nu staan we voor de opgave om het onbenutte preventiepotentieel aan te wenden, een vraagstuk dat minstens even grote systeemveranderingen vereist. Denk bijvoorbeeld aan hoe we op dit moment zorg en preventie financieren. Maar naast de complexiteit op het niveau van het systeem, liggen er ook op het niveau van het individu en de leefomgeving grote uitdagingen.



Gezondheidsverschillen

Zoals ik al zei, hebben we in Nederland een groeiende groep mensen die het risico loopt op leefstijl-gerelateerde aandoeningen: mensen met overgewicht die onvoldoende bewegen. En hoewel dit beeld geldt voor de Nederlandse samenleving, zien we ook nog steeds dat deze gezondheidsrisico's groter zijn en meer voorkomen onder groepen die gekenmerkt worden door een lagere sociaaleconomische status (SES). Factoren zoals gezond eten, voldoende bewegen, niet roken of goed slapen zijn in grote mate afhankelijk van andere factoren in je leven. Waar je bent opgegroeid, wat voor opleiding je hebt kunnen volgen, je inkomen, waar je woont en je sociale netwerk. Hierdoor ontstaan sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, veelal uitgedrukt in die sociaal economische status⁵. We zien deze sociaal economische gezondheidsverschillen niet alleen terug in de levensverwachting van mensen, maar ook in het aantal jaren leven in ervaren goede gezondheid⁶. En door alle maatschappelijke transities zullen sociaal-economische gezondheidsverschillen eerder gaan toenemen dan afnemen. Denk bijvoorbeeld aan hoe de energietransitie iedereen onder (financiële) druk zet, maar de meer kwetsbare groepen in onze samenleving nóg harder treft. Het maakt ook nog helderder hoe onze leefomgeving een belangrijke determinant is van onze gezondheid.

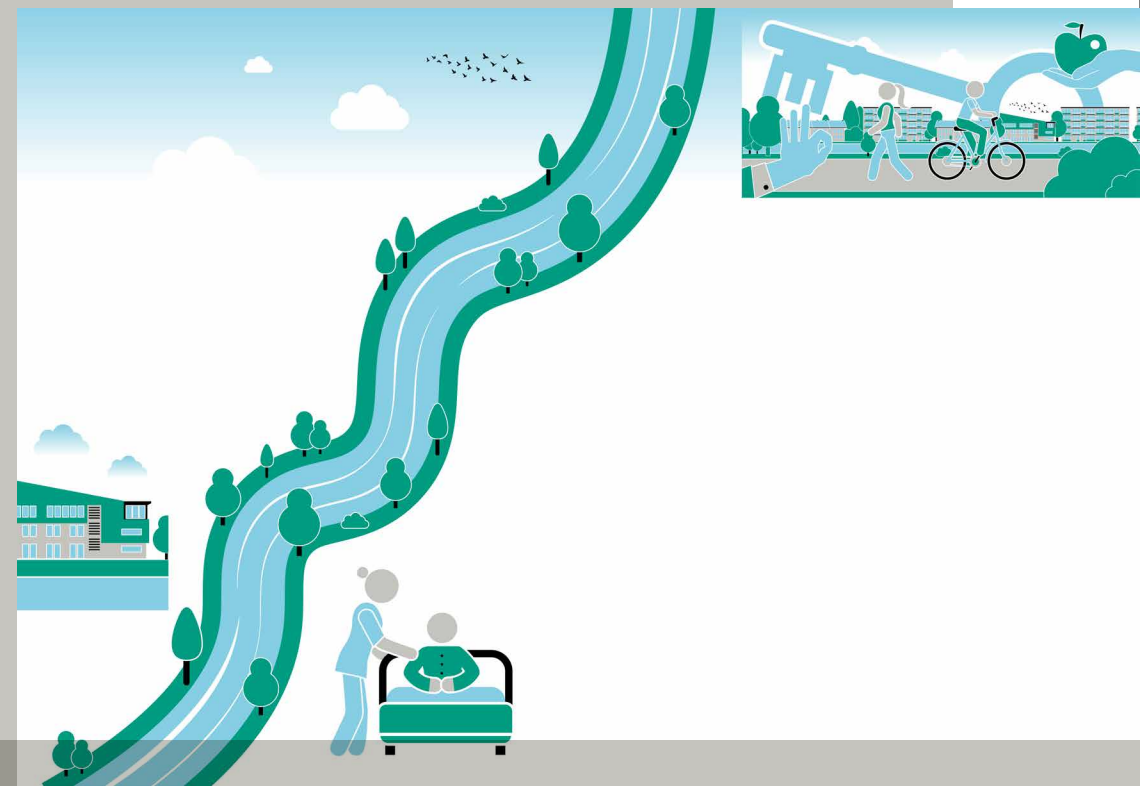


Upstream-downstream

Een veel gebruikte metafoer in de publieke gezondheidszorg is die van het 'upstream-downstream' denken. Al in 1975 werd de metafoer geïntroduceerd door John McKinlay⁷, en hij is, ondanks alle kritiek die je erop kunt leveren, toch bijzonder goed bruikbaar om het landschap op het gebied van zorg, preventie en gezondheidsbevordering te duiden. McKinlay beschrijft een scenario waarin een arts beschrijft hoe hij de dilemma's in de gezondheidszorg ervaart. Hij beschrijft hoe hij het gevoel heeft dat hij bij een rivier staat en een schreeuw om hulp hoort van een verdrinkende persoon. Hij springt in de rivier, krijgt de drenkeling eruit en begint een reanimatie. Op het moment dat de drenkeling ademt, hoort hij opnieuw een schreeuw om hulp. Dus terug de rivier in, redden, reanimeren, en weer een schreeuw. Steeds weer. En hij beschrijft dat hij zo druk hij is met het redden en reanimeren, dat hij geen tijd heeft om te zien wie er stroomopwaarts al die mensen de rivier induwt.

Oftewel, het enkel focussen op wat er stroomafwaarts gebeurt en daar interveniëren op individueel niveau, draagt niet bij aan het aanpakken van de achterliggende oorzaken op het niveau van de maatschappij en het systeem. Hiermee is downstream interveniëren meer reactief, en zijn upstream interventies meer proactief. Of in termen van zorg en preventie: downstream interveniëren is behandelen van ziekte, upstream interveniëren is preventie van ziekte. Ons huidige zorgsysteem, en daarmee ook de manier waarop wij

toekomstige professionals opleiden, speelt zich grotendeels af op die stroomafwaartse plek aan de rivier. En het is evident dat we die plek niet zomaar kunnen verlaten, ook daar hebben we een duidelijke rol. Maar we zullen tegelijkertijd ook die plek stroomopwaarts moeten gaan innemen en daar onze verantwoordelijkheid pakken. Die stroomopwaartse plek is de leefomgeving van mensen, waar we daadwerkelijk kunnen werken aan het voorkomen van zorg.



Gedragsverandering en leefstijl

Op de stroomafwaartse plek is veel kennis beschikbaar over gedragsverandering en leefstijlinterventies op individueel niveau. Veel van deze kennis lijkt vooral te verklaren waarom interventies vaak niet of maar kortstondig effect sorteren en niet zelden resulteren in een verslechtering ten opzichte van het moment voor interventie. Denk aan mensen die een toename in gewicht laten zien na eerst succesvol gewicht verloren te hebben door deelname aan een leefstijlinterventie. Dit patroon van (mislukte) gedragsverandering wordt ook wel de *triangular relapse pattern* genoemd⁸. Vaak wordt deze terugval toegeschreven aan een gebrek aan wilskracht van mensen. In de afgelopen jaren heb ik dan ook meerdere keren uitspraken gehoord van de strekking “als je te dik bent, dan is het je eigen schuld”. Deze manier van de schuld geven aan het individu ligt ten grondslag aan hoe we kijken naar gedragsverandering binnen de gezondheidsbevordering⁹. In het domein van gezondheidsbevordering heeft een verschuiving plaatsgevonden van de focus op het individu naar de bredere aandacht voor omgevings-, sociale, en politieke factoren als determinanten van gezondheid. Hiermee lijkt een focus op gedragsinterventies op individueel niveau niet passend te zijn, terwijl interventies op individueel niveau wel de standaard lijken te zijn. Met individuele gedragsinterventies negeer je immers de complexiteit van het systeem rondom het individu, dat vaak een veel grotere invloed heeft. Tegelijkertijd wordt door het niet succesvol veranderen van het eigen gedrag, wel de schuld bij het individu gelegd. Terwijl een gezonde leefstijl in grote mate beïnvloed wordt door de eerder genoemde sociaal economische positie. Zaken als armoede, stress en een ongezonde leefomgeving maken het bijna onhaalbaar om een succesvolle gedragsverandering op het gebied van leefstijl te bereiken.

Ik wil deze spanning tussen armoede en een gezonde leefstijl graag illustreren met een voorbeeld. Begin deze zomer mocht ik meelopen met een groep die deelnam aan een Gecombineerde Leefstijl Interventie. In het eerste uur ging de groep bewegen, en het plezier was zo zichtbaar. In het tweede uur kreeg de groep uitleg over voeding van een diëtist en ontstond er een gesprek over eetgedrag en valkuilen voor het maken van gezonde keuzes. De opmerking ‘eten gooi je niet weg, dus ook als je vol zit, eet je het op’ kwam al binnen. Maar de reactie van de moeder die vertelde dat ze een opmerking van haar zoon kreeg dat hetgeen ze gekookt had niet gezond genoeg was, daar denk ik vaak aan terug. “Je haalt het niet in je hoofd om iets te vinden van het eten dat wij van de voedselbank krijgen”. Dit is de realiteit van vele, en een toenemend aantal gezinnen in Nederland. Maar zoals gezegd, wat als je in al deze complexiteit, toch iets wilt bereiken? Hoe kunnen we binnen deze context toch die eerste stappen naar een gezondere leefstijl zetten?

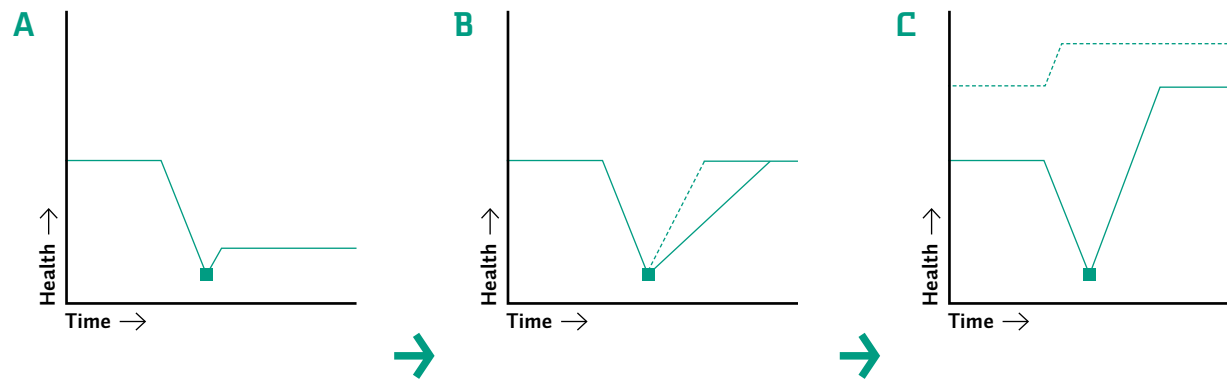
We weten dat het combineren van het verbreken van ongezonde gewoonten en tegelijkertijd het bevorderen en realiseren van gezonde gewoonten de meest grote kans heeft op lange-termijn effecten⁸. Hier ga ik wat dieper in op een tweetal relevante interventie-strategieën die ingezet worden en hun relevantie voor gezondheidsbevordering in de leefomgeving, *cue disruption* en *environmental reengineering*. Interventies kunnen gebruik maken van



zogenoemde life events, levensgebeurtenissen, zoals een verhuizing, het krijgen van een kind of de start van een nieuwe baan. Dergelijke gebeurtenissen kunnen bestaande gewoontes veranderen en verstoren doordat iemand niet meer blootgesteld wordt aan de cues die hoorden bij het oude gedrag, *cue disruption*. Een bekend voorbeeld binnen de gezondheidszorg is de ziekenhuisopname, bijvoorbeeld na een hartinfarct. In deze context wordt het vaak omschreven als een *teachable moment*, het moment waarop de urgentie helder wordt dat er nu iets moet gebeuren met iemands gezondheid en leefstijl¹⁰. Maar levensgebeurtenissen bieden op allerlei manieren een *window of opportunity* tot gedragsverandering. Binnen de gezondheidszorg zouden we ook veel explicieter kunnen kiezen om aan te sluiten bij de levens van mensen en hun levensgebeurtenissen. Het gebruiken van de signaleringsfunctie van levensgebeurtenissen is een werkwijze die al gehanteerd wordt in het sociale domein, waarin er op deze grote gebeurtenissen vroegtijdig gehandeld wordt. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door het verbinden van deze signaleringsmomenten met een preventief aanbod.

Hoe binnen de gezondheidszorg het proces van het gebruiken van het *teachable moment* en de ontstane *window of opportunity* eruit kan zien, illustreer ik aan de hand van onderstaande grafiek en casus van patiënten na een hartinfarct. Het voorbeeld komt uit ons inmiddels afgeronde project “Value-based healthcare en preventie in de praktijk van de hartrevalidatie”, uitgevoerd met het MST, koepelorganisatie Santeon, fysiotherapiepraktijk PRO-F en collega’s van het lectoraat Modelleren van Maatschappelijke Impact. In figuur 1¹¹ staan drie schematische grafieken die het mogelijke verloop van een hartrevalidatietraject beschrijven. Een deel van de mensen zal na een hartinfarct (weergegeven

met een stip in de grafieken) niet of onvoldoende herstellen en een chronisch verslechterde gezondheid ervaren (grafiek A). Een deel van de mensen zal na een hartinfarct kunnen herstellen tot een vergelijkbaar niveau als dat voorafgaand aan het hartinfarct (grafiek B). Daarnaast zal een aantal mensen sneller herstellen wanneer zij hun leefstijl succesvol weten aan te passen (de stippellijn in grafiek B). Tot slot zal een deel van de mensen na een hartinfarct herstellen en bovendien een verbeterde gezondheid ervaren ten opzichte van het niveau voorafgaand aan het hartinfarct (grafiek C). Binnen ons lectoraats-thema gezondheidsbevordering in de zorg houdt collega Gitte Kloek zich onder andere bezig met deze patiënten. Maar grafiek C illustreert met de stippellijn ook de kans voor gezondheidsbevordering in de leefomgeving. Het laat zien hoe het zogenaamde ‘teachable moment’ niet alleen gebruikt wordt om een patiënt die al zorg ontvangt tot leefstijl-gerelateerde gedragsverandering te motiveren, het biedt ook de uitgelezen kans tot het bereiken van groepen mensen die nu vaak niet bereikt worden, de familie van de patiënt. Mensen die vaak een vergelijkbare ongezonde leefstijl hebben en risico’s lopen op leefstijl-gerelateerde aandoeningen. Ik verwacht hierbij dat (1) de patiënt zelf meer succesvol wordt in het realiseren en volhouden van een gezondere leefstijl door steun in de eigen omgeving en (2) dat we met het meenemen van het gezin daadwerkelijk bijdragen aan het voorkomen van zorg. Deze hypothesen zijn tevens onderwerp van een recent door ons ingediende subsidieaanvraag.



FIGUUR 1 TEACHABLE MOMENTS EN LEEFSTIJLVERANDERING BIJ PATIËNTEN (A,B) EN HUN SOCIALE OMGEVING (C)

De tweede strategie om ongezonde gewoonten te doorbreken en gezond gedrag te bevorderen is door de fysieke omgeving op een andere wijze te structureren, *environmental reengineering*. Denk bijvoorbeeld aan gebouwen waar liften makkelijker te vinden zijn dan de verborgen trappenhuisen, wijken waar het door gebrekkige fiets- en voetpaden veiliger is om je met de auto te verplaatsen, of de beschikbaarheid van gezond voedsel op stations. Denk hierbij ook aan het gebruik van *nudging*¹², waarbij keuzes van mensen om bepaald gedrag te laten zien worden gestuurd door het makkelijker te maken om bijvoorbeeld een gezondere keuze te maken. De interventies die gebruik maken van *environmental reengineering* zijn relatief succesvol maar hierin ligt een centrale rol van de overheid en benodigde systeemverandering. Dergelijke strategieën bieden echter wel de mogelijkheid om het gedrag van groepen mensen te beïnvloeden, in plaats van enkel dat van het individu.

Om op grotere schaal gedragsverandering te realiseren, lijken dus ingrepen nodig op het niveau van wet- en regelgeving en de financiering van zorg en preventie, met hierin een belangrijke rol van de overheid. En dit raakt

daarmee aan betutteling door de overheid. Of is er inmiddels sprake van verwaarlozing door de overheid? We zien en constateren immers dat alleen downstream interveniëren geen structurele oplossing gaat bieden, en er systeemveranderingen nodig zijn. Iemand die ik sprak in ons werkveld hier in Deventer, benoemde deze betutteling in een gesprek over wat er nodig is om mensen te ondersteunen in leefstijlverandering: “Betutteling om ongezond eten onaantrekkelijk te maken (hoge prijzen, suikertaks, geen aanbiedingen meer, geen openbare reclame meer), en gezond eten aantrekkelijk te maken”. Maar wie bepaalt überhaupt dat iemand zijn of haar leefstijl moet veranderen? En is dit dan de eigen verantwoordelijkheid van het individu, of heeft de overheid hierin een verantwoordelijkheid, ook als die als betuttelend gezien kan worden? De urgentie wordt gevoeld door zorgprofessionals, onderzoekers en beleidsmakers, maar is deze urgentie even hoog bij de mensen om wie het gaat? Tegelijkertijd gaf 80% van de Nederlanders aan dat het makkelijker moet worden om gezonde keuzes te maken. Deze discussie rondom betutteling raakt dus zowel het individu als zijn of haar leefomgeving. Ik zal nu verder ingaan op de leefomgeving.

Gezonde leefomgeving

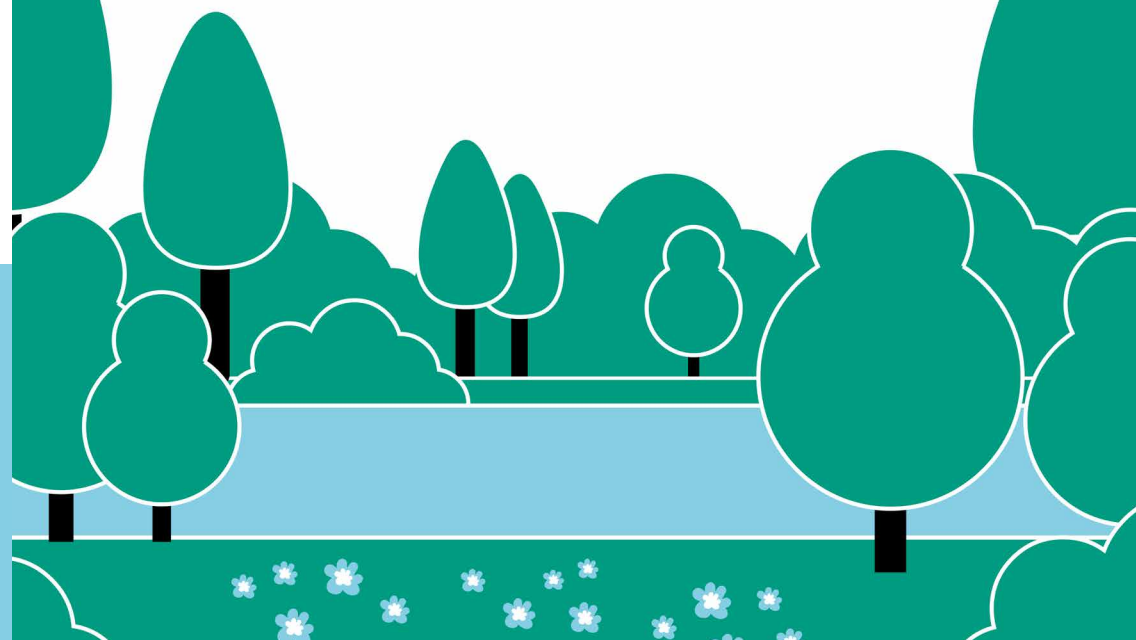
Een gezonde leefomgeving is een leefomgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot gezond gedrag en waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is¹³. De leefomgeving van mensen heeft invloed op hun gezondheid als de fysieke inrichting en sociale structuren ze verleiden om te bewegen, gezonde keuzes te maken, te ontspannen of elkaar te ontmoeten. In de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid¹⁴ wordt gesteld dat dit de fysieke en sociale leefomgeving maakt tot een instrument dat onder andere bij kan dragen aan de vermindering van eenzaamheid en overgewicht en daaraan gerelateerde aandoeningen.

De fysieke en sociale leefomgeving hebben in sneltreinvaart een veel prominentere rol gekregen in vraagstukken die voorheen vooral gezien werden als betreffende het domein van de gezondheidszorg. Dit zien we terug in de Kennis- en Innovatieagenda Gezondheid & Zorg¹⁵. In de eerste missie staat expliciet het streven beschreven dat in 2040 de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% moet zijn afgenomen. Maar ook het realiseren van de andere missies leunen sterk op de leefomgeving. Zo kan zorg pas succesvol geïntegreerd worden in de eigen leefomgeving van burgers (missie 2) wanneer er sprake is van een leefomgeving waar dat lokale gezondheidscentrum aanwezig is, waar technologie in de leefomgeving geïntegreerd kan worden en



waar sprake is van gemeenschappen om te werken aan samenredzaamheid en samenmanagement. Daarnaast zetten missie 3 en 4 in op participatie naar wens en vermogen van mensen met een chronische aandoening of dementie: dit vereist uiteraard een leefomgeving die deze wens ondersteunt. Hiermee krijgt de leefomgeving een sleutelrol in de zorgaanpak.

De leefomgeving kan een gezonde leefstijl stimuleren, door bijvoorbeeld het uitnodigen tot bewegen, spelen en sporten. Maar een gezonde leefomgeving bevordert ook sociale contacten en ontspanning¹⁶. Hoe belangrijk de rol van de leefomgeving is, laten de voorlopige resultaten van het project Samen Slim Gezond zien. Mensen die deelnemen aan een initiatief zoals Buurtgeluk¹⁷ hebben het gevoel erbij te horen en gezien te worden: pas dan komen ze toe aan het werken aan een gezondere leefstijl. De leefomgeving van mensen is een relatief constante factor en daarmee biedt deze de mogelijkheid om blijvende gedragsverandering te realiseren, bijvoorbeeld doordat beweging onderdeel kan worden van iemands dagelijks leven¹⁸. Momenteel zijn veel leefomgevingen echter nog het beste te karakteriseren als obesogene omgevingen. Een obesogene omgeving is een omgeving die mensen stimuleert om teveel te eten en daarnaast te weinig te bewegen. Deze obesogene omgeving zal uiteindelijk ook aangepakt moeten worden, upstream interveniëren dus. Uiteindelijk is er een maatschappelijke gedragsverandering nodig en hierbij is de inzet van de overheid onontbeerlijk¹⁹. En daarmee ligt een vraagstuk uit de gezondheidszorg ook op andere beleidsterreinen, zoals het ruimtelijk domein.



Upstream interveniëren vereist bijvoorbeeld een samenwerking met het ruimtelijke domein²⁰. Zo biedt de Omgevingswet, in al haar complexiteit, veel meer ruimte aan bestuurders en beleidsmakers om een gezonde leefomgeving te ontwikkelen. In de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid¹⁴ is een tweetal ambities geformuleerd, die het werk zoals wij dat doen, kan faciliteren en onze impact vergroten. De eerste ambitie stelt dat in 2024 gezondheid een vast onderdeel is van de belangen-afweging in ruimtelijk beleid. Zo kunnen vraagstukken op het gebied van klimaatadaptatie leiden tot win-win situaties. Meer groenvoorzieningen in wijken dragen bijvoorbeeld bij aan een vermindering van wateroverlast en hittestress, maar tegelijkertijd kan een meer aantrekkelijk ingerichte leefomgeving uitnodigen tot beweging en ontmoeten. De tweede ambitie streeft naar meer verbinding tussen het fysieke en sociale beleidsdomein. Verwacht wordt dat een wederkerige samenwerking tussen deze twee domeinen resulteert in een fysieke leefomgeving die aansluit op de behoeften van inwoners en daardoor een gezondheidsbevorderende rol kan vervullen.

Samenwerking

Deze synergie was voor mij de reden om een paar jaar geleden te starten met opdrachten bij het StadsLAB²¹ van Saxion. Hier werken studenten van onder andere bestuurskunde en stedenbouwkundig ontwerpen aan innovatieve en duurzame oplossingen voor maatschappelijke en ruimtelijke vraagstukken. Meerdere groepen studenten hebben zich gebogen over opdrachten op het gebied van het 'ontwerpen voor bewegen' en 'ontwerpen voor ontmoeten', en de maquette zoals die hier staat, is een concrete opbrengst hiervan. We zien hier de Rivierenwijk in Deventer, een voormalige Vogelaarwijk. Studenten hebben hier in kaart gebracht hoe de aanwezige natuur in de wijk kan uitnodigen tot bewegen en ontmoeten. Centraal in projecten die we doen in deze wijk staat ook het Huis van de Wijk. Hier werken we samen met studenten van het Smart Solutions Semester aan vraagstukken op het gebied van de sociale gezondheid van ouderen met een migratieachtergrond.



Dit doen we door aan te sluiten bij activiteiten die al plaatsvinden en daarmee bij de behoeften van de groep die hier gebruik van maakt. Het postdoc project van collega Yvonne Kerkhof geeft hier verder invulling aan. Door het opzetten van een living lab in deze wijk wordt het onderzoek verder ingericht en uitgevoerd. En in deze wijk laten we kleine overwinningen zien. Zo waren er teleurgestelde vrouwen toen er ineens geen beweging meer op het activiteitenprogramma stond, terwijl ze hier in eerste instantie zeer aarzelend aan meededen. Deze projecten laten zien hoe we vanuit de fysieke en sociale leefomgeving eerste stappen richting gedragsverandering en gezondheid kunnen zetten.

Dit voorbeeld laat ook zien hoe we steeds meer werken vanuit een quintuple helix benadering. Eerst werkten we aan innovaties in een triple helix benadering, een samenwerking van onderzoek, overheid en ondernemers. Het besef dat ook de patiënt/cliënt/burger hierin een belangrijke rol heeft, resulteerde in de toevoeging van een vierde dimensie en daarmee in een quadruple helix. Inmiddels heeft de relevantie van de (leef)omgeving erkenning gekregen door de toevoeging als vijfde dimensie van belang wanneer het gaat om het gezamenlijk en succesvol innoveren. Deze quintuple helix benadering staat centraal in ons SPRONG-programma HealthTech in Society en al het werk dat we doen. Als we deze visie doorvertalen naar ons onderwijs, dan willen we ook docenten en studenten die een onderdeel vormen van de leefomgeving van patiënten, cliënten en burgers. Een beweging die we inzetten met onderwijsvormen zoals de wijklokalen in de minor Fit4Life en het samenbrengen van ons onderzoek en onderwijs door een docent in de wijk te positioneren.

Deze beweging sluit goed aan op de visie en veranderende rol van zorgprofessionals. In de visie op verplegen (HBO-V Saxion) staat onder andere het bieden van begeleiding voor gezondheidsbevordering en preventie centraal. Dit sluit aan bij de beweging die gemaakt wordt op verschillende plaatsen, van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag²². De verpleegkundige werkt daarbij in een partnerschapsrelatie²³ met de cliënt zelf, (in)formele zorgverleners en andere professionals in de thuissituatie, en in buurten of wijken. Deze kerntaak voor verpleegkunde sluit naadloos aan bij de kerntaak preventie van de opleiding fysiotherapie. De fysiotherapeut optimaliseert de collectieve gezondheid en richt zich op geïndiceerde en selectieve preventie door het bevorderen van duurzaam gezond gedrag en het beperken van gezondheidsrisico's. Zowel verpleegkundigen als fysiotherapeuten leveren dus een belangrijke bijdrage aan gezondheidsbevordering en preventie, door proactief te anticiperen op veranderingen in de situatie van de cliënt in/en zijn leefomgeving. In ons onderzoek zullen we ons dan ook continue richten op het maken van de vertaalslag naar handelingsperspectieven voor deze (en andere) gezondheidsprofessionals.

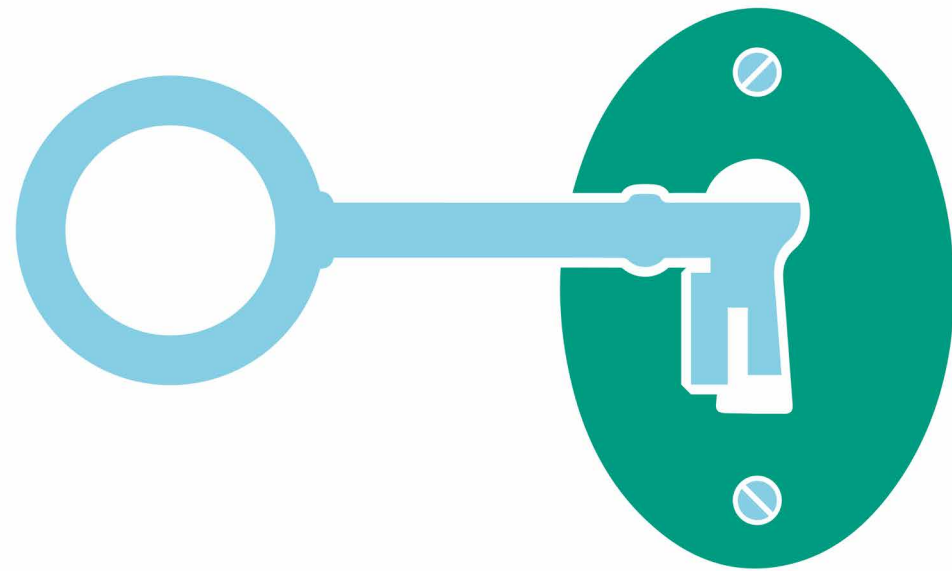
Om meer zicht te krijgen op het wel of niet slagen van deze handelingsperspectieven, zijn we een cohort van professionals aan het oprichten. Hierin monitoren we hoe professionals omgaan met veranderingen in de zorg gericht zijn op de transformatie van ziekte/zorg, naar gezondheid/gezond gedrag. Het over de tijd volgen van groepen professionals in zowel zorg als welzijn helpt ons om inzicht te krijgen op welke manier deze professionals richting geven aan de oproep om hun gezondheidsbevorderende rol in te vullen. Ook ontwikkelen we op dit moment een voorstel voor een eerste Professional



Doctorate (PD). Door voort te bouwen op bestaande samenwerkingen, onder andere met het Deventer Ziekenhuis, geven we hiermee verdere invulling aan het vraagstuk over benodigde innovaties in de complexe praktijk van het voorkomen van zorg en verplaatsen van zorg naar de wijk. Een onderwerp op het snijvlak van gezondheid en welzijn, met een directe impact in het werkveld door het interveniëren in en met de beroepspraktijk.

Impact

In een recente NWO 'call for proposals' werd zelfs het hele praktijkgericht onderzoek vanuit hogescholen gezien als een van de methoden om impact te realiseren door een verbinding te leggen tussen onderzoek en praktijk. Binnen ons lectoraat Smart Health, en binnen het thema Gezondheidsbevordering in de Leefomgeving, zien we de samenwerking met andere disciplines en de beroepspraktijk als randvoorwaardelijk om impact te realiseren. Zo werken we interdisciplinair samen aan vraagstukken uit de domeinen van zorg en welzijn, en daarbij zetten we kennis in vanuit zowel het technische als economische domein. Dit doen we door samenwerking met Saxion lectoraten waaronder Nanotechnologie, Modelleren van Maatschappelijke Impact, en Ethiek & Technologie. We leveren een bijdrage aan het zwaartepunt Gezondheid, Welzijn en Technologie, en werken samen met de Hanzehogeschool en binnen het samenwerkingsverband van TOPFIT. Dit biedt de mogelijkheid om te werken aan vraagstukken zoals hoe gaan we gebruik maken van consumentendata om gezondheid te voorspellen en welke rol hebben onze professionals hierin? Hoe kunnen we zorg voorkomen door meer te meten in de thuisomgeving en hiermee een bijdrage leveren aan vroeg-signalering en vroegdiagnostiek? En houden we hierbij oog voor de belangen van het individu, zijn of haar eigen regie en recht op privacy?





de domeinen wonen, welzijn en zorg. Zij krijgen regelmatig te maken met ouderen met een migratieachtergrond. In het opgerichte Leernetwerk delen projectpartners in Overijssel de opgedane kennis en ervaringen met andere professionals. Dit belang van leren in netwerken zien we ook terug in hoe we de SPRONG HealthTech in Society ingericht hebben, aan de hand van leergemeenschappen.

Zoals gezegd, met deze manier van werken schep je de randvoorwaarden voor gedegen en kwalitatief hoogstaand praktijkgericht onderzoek. Onze onderzoeksaanpak kenmerkt zich door het gecombineerd inzetten van kwalitatieve en kwantitatieve methoden, waarbij we bewuste keuzes maken voor het wel of niet betrekken van burgers. Naast de impact op het doen en vormgeven van praktijkgericht onderzoek, leveren we met onze projecten een bijdrage aan de gezondheid van meer kwetsbare groepen. Hierbij is het gelijktijdig innoveren van de beroepspraktijk, en het onderwijs, essentieel.

Het belang van samenwerken, kennis delen, en van elkaar leren staat voorop. Gegeven dit belang van netwerken om de verbinding te maken tussen onderzoek, onderwijs en beroepspraktijk, hebben we de afgelopen jaren geïnvesteerd in een aantal netwerken waarin we de krachten gebundeld hebben op een aantal inhoudelijke thema's. Zo richt het Leernetwerk Verward Gedrag zich op de kwaliteit van zorg en onderwijs rond personen met verward gedrag of andere kwetsbaarheid door middel van het duurzaam versterken van samenwerking en kennisdelen tussen ervaringsdeskundigen, praktijk- en onderwijsinstellingen in de domeinen Zorg, Welzijn en Veiligheid. En in het programma In2Werelden hebben we gewerkt met professionals werkzaam in

En als het dan gaat om de inhoudelijke ambities en de impact die we willen realiseren, dan dwingen de vragen van een samenwerkingspartner om tot de kern te komen. Zij stelde "Wanneer is iets effectief? Als het hele probleem is opgelost? Als het niet te veel vraagt van professionals (tijd = geld)? Als mensen geen huisartsenbezoek meer hebben? Geen pillen meer slikken?". En ook de volgende constatering raken de kern: "Er is veel gestart maar niet alles is bestendig i.v.m. geld. En interventies zijn vaak gericht op individuen. We moeten een lange adem hebben: een gewoonte van 50 jaar is niet in 5 maanden omgedraaid." Met dit in het achterhoofd, gaan we de komende jaren inzetten op de volgende uitdagingen en vraagstukken.

Een belangrijke uitdaging ligt in het verduurzamen en opschalen van succesvolle initiatieven. Denk bijvoorbeeld aan de beweegmakelaar zoals we die hier in Deventer kennen. De beweegmakelaar is een goede illustratie van samenwerking tussen de eerste, tweede en nulde lijn. Doorverwijzing vindt plaats via de specialist, huisarts, of POH. De patiënt komt terecht bij de beweegmakelaar die zorgt voor een doorverwijzing naar het sport- en beweegaanbod in de wijk. Ondanks de geboekte successen, was en is dit nog steeds een gesubsidieerde innovatie waarbij elk jaar de vraag op tafel ligt: wie gaat hier nu voor betalen? Want wie is er verantwoordelijk voor preventie? Zelfs als het bereik zo groot is, en voorlopige onderzoeksresultaten een afname in huisartsenbezoek laat zien van 23%. We doen ons werk in deze context, ondanks dat 'het systeem' er niet altijd klaar voor is.

Maar we gaan wel laten zien wat de maatschappelijke meerwaarde is van onze projecten, met als doel om dat abstracte systeem wel te gaan beïnvloeden. Als we teruggaan naar het voorbeeld van de hartrevalidatie en de 3 grafieken, dan laat dit ook zien waar de mogelijke meerwaarde ligt door anders te gaan handelen en hoe we deze meerwaarde kunnen definiëren. Meerwaarde van een nieuwe werkwijze, interventie of aanpak ontstaat bijvoorbeeld wanneer het aandeel mensen in ieder van deze drie scenario's verschuift naar de grafieken rechts door de nieuwe werkwijze, interventie of aanpak. Dus relatief meer mensen herstellen tot het niveau voorafgaand aan het hartinfarct en relatief meer mensen ervaren een verbeterde gezondheid ten opzichte van voorafgaand aan het hartinfarct. Andere manieren om naar meerwaarde te kijken betreffen (1) de duurzaamheid van de ervaren gezondheidseffecten, (2) de snelheid waarmee deze gezondheidseffecten bereikt worden en (3) de diversiteit van leefgebieden waarop gezondheidseffecten bereikt worden¹¹.

Een deel van het werk binnen het thema Gezondheidsbevordering in de Leefomgeving zal plaatsvinden binnen de leergemeenschap Voorkomen van Zorg van de SPPRONG HealthTech in Society. Hierin zullen we onder andere aan het werk gaan met interventies voor nabijheid en aandacht. Veel zorg is nu ook een contactmoment, een moment van aandacht, nabijheid van een ander. Daarnaast zullen we hierbij het spanningsveld tussen de meest menselijke kant van de professie en de uitdaging om technologieën (door) te ontwikkelen die passend zijn, niet uit de weg gaan. Nabijheid en aandacht worden immers gezien als een belangrijke element voor een zorgprofessional om iemand niet als patiënt of client met een aandoening te benaderen, maar als mens als geheel. Tegelijkertijd weten we ook dat we een deel van de zorg, en wellicht nog een groter deel van het voorkomen van zorg, door technologische innovaties moeten laten vervangen.

Geachte aanwezigen, ik heb u meegenomen in het maatschappelijk belang van het thema gezondheidsbevordering, hoe de leefomgeving hierin een sleutelrol heeft en hoe we hier door middel van praktijkgericht onderzoek invulling aan gaan geven. We richten ons vooral op groepen met een bepaald risicoprofiel, bijvoorbeeld mensen met een ongezonde leefstijl in een meer kwetsbare wijk. We gaan de schuldvraag bij het *triangular relapse pattern* ontmantelen, zodat we zorgprofessionals kunnen gaan opleiden die optimaal gebruik maken van de inzichten op het gebied van bijvoorbeeld *cue disruption* en *environmental reengineering*. We zorgen dat we veel adequater worden in het herkennen van *windows of opportunity* tot gedragsverandering, aansluitend bij de levens van mensen. Onze toekomstige professionals zijn BIG-geregistreerde zorgprofessionals die zelfstandig kunnen functioneren in de leefomgeving en die oog hebben voor de leefomgeving en weten hoe ze de kennis hierover kunnen inzetten voor het realiseren van meer gezonde levensjaren.



Door middel van praktijkgericht onderzoek leveren we een bijdrage aan succesvolle innovaties in de regio en het verduurzamen en opschalen hiervan, denk bijvoorbeeld aan het voorbeeld van de beweegmakelaar.

We durven soms te dromen, lef te tonen om dingen anders te willen doen, en we zijn ons bewust van de realiteit van het systeem en de maatschappij, maar we kijken bovenal naar wat we wél kunnen beïnvloeden. En elke verandering is er één; elke persoon die die eerste stap naar een gezonder leven heeft gezet, is er één. Zo zullen we stap voor stap bijdragen aan de inzichten die nodig zijn om de systeemverandering in gang te zetten. Samengevat, wil ik een betekenisvolle bijdrage leveren aan het versterken van de gezondheid van mensen in onze regio's, aan het versterken van het onderwijs, het interprofessioneel werken op het thema van gezondheidsbevordering. Dit zal ik doen door middel van praktijkgericht onderzoek, samen met mijn collega's vanuit het lectoraat Smart Health, docenten en studenten van onze AGZ-opleidingen en daarbuiten. Maar ook samen met andere kennisinstellingen, professionals in het domein van zorg en welzijn, Mkb's in de regio en partners uit het publieke domein, zoals de Provincie Overijssel.

Ik heb gezegd.

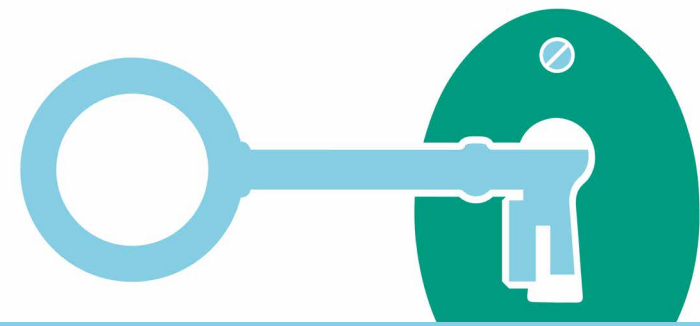
Dankwoord

In deze rede draaide het om de sleutel die in de leefomgeving ligt. Maar er is een andere sleutel die ik nog belangrijker vind: mijn levensmotto is “de sleutel ligt in de interactie”. En zonder heel veel betekenisvolle interacties, was deze rede niet tot stand gekomen en had ik niet op deze plaats gestaan.

Als eerste wil ik het college van Bestuur van Saxion en de Academie Gezondheidszorg bedanken voor het vertrouwen om deze opdracht te mogen vervullen. Zoals ik in de inleiding al zei, ik ben enorm dankbaar voor de ruimte en ruimdenkendheid van AGZ om mijn perspectief toe te mogen voegen. Pascal, Marjan en alle collega's van het MTLO, we zitten samen in een heel waardevol traject en ik ben jullie ook allemaal dankbaar voor de interacties daar en de ruimte voor zowel het hoofd als het hart.

Alle collega's van het lectoraat Smart Health bedankt voor de prettige werkomgeving, de bereidheid om mee te denken en de interesse in elkaar. En in het bijzonder noem ik graag de collega's die zich inzetten voor de thematiek die ik zojuist geschetst heb: Yvonne, Nicole, Elke, Sarah, Petra en Marlies. Dit thema verbindt ons, onze discussies geven me veel energie en ik kijk uit naar wat we samen verder gaan neerzetten.

En ik ben ook veel dank verschuldigd aan alle partners uit de praktijk die ik de afgelopen jaren heb leren kennen, van wie ik enorm veel heb mogen leren en er niet alleen al hele mooie projecten zijn afgerond, maar we bovenal veel nieuwe plannen en energie delen voor de volgende uitdagingen. Ik kijk uit naar het vervolg, onder andere in ons SPRONG-programma HealthTech in Society.



M'n meest directe SPRONG-collega's Jan, Hilbrand, Nicole en Marlies dank ik voor alle inspirerende gesprekken.

Dan is er ook nog een aantal mensen die naar een eerdere versie van deze rede gekeken heeft. Harmieke, Ellen, Rosanne, Jan en Gitte, heel veel dank hiervoor. En om dan nog even bij Gitte te blijven, m'n ijsberg-compagnon, ik kijk ernaar uit om samen binnen Smart Health de gezondheidsbevordering op de kaart te zetten. En Jan, wat ben ik dankbaar dat ik ruim 3.5 jaar geleden jouw lectoraat binnen kwam en jij mijn leidinggevende werd. Het voelde als thuiskomen, voor het eerste klopte alles, ik kon en mocht mezelf zijn. Wat heb je het lastig gehad toen ik je vroeg om geduld en vertrouwen, middenin ons SPRONG-aanvraagtraject, toen het even heel stevig stormde bij mij. Met dat geduld heb je mij de ruimte geboden die voor mij het verschil heeft gemaakt.

Mijn lieve vrienden-familie: wat ben ik blij en dankbaar dat ik jullie in mijn leven heb. En of ik je nu ken sinds we 12 waren, of pas een paar jaar, en of we elkaar nou bijna dagelijks spreken, of soms maanden niet, deze zelf gekozen familie is goud waard. En lieve Emiel, wij kennen elkaar pas een jaar, maar je maakt me elke dag blij.

Liefste Max en Julian, jullie omschrijving van de sleutel is net iets anders hè? Na mijn abstracte verhaal over die sleutel en interacties, werd het voor jullie “de sleutel van verbinding”. Wij drietjes en die sleutel, altijd.

Referenties

1. Zorginstituut Nederland (2022). Onderzoeksrapport Huidige Zorg in Nederland 2022.
2. Volksgezondheid en zorg. Cijfers van Centraal Bureau voor de Statistiek (2017).
3. Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598.
4. Health~Holland (2021). +5, -30 Toekomstbeelden 2030.
5. Pharos (2022). Factsheet Socioeconomische Gezondheidsverschillen (SEGV).
6. Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau. Statline 2017.
7. John B McKinlay (2019): A Case of Re-focusing Upstream: The Political Economy of Illness; IAPHS Occasional Classics, November 19 2019;
8. Wood, W., & Neal, D. T. (2016). Healthy through habit: Interventions for initiating & maintaining health behavior change. *Behavioral Science & Policy*, 2(1), 71-83.
9. Van Den Broucke, S. (2014). Needs, norms and nudges: the place of behaviour change in health promotion. *Health Promotion International*, 29(4), 597-600.
10. Brust, M., Gebhardt, W. A., Numans, M. E., & Kieft-de Jong, J. C. (2020). Teachable moments: the right moment to make patients change their lifestyle. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 164, D4835
11. Visser, A. & Németh, A. (2022). Potentiële maatschappelijke meerwaarde van Value Based Healthcare, onderzoeksrapportage. Deventer: Saxion
12. Thaler, R. and Sunstein, C. (2008) Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New Haven CT: Yale University Press.
13. van Alphen Th, Linde K, Kok L, Aben J, den Hertog F, de Vries W, Maas R, Wesseling J, Staatsen B, Storm I. Gezonde Omgeving Utrecht (GO! Utrecht). RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) Rapport 2017- 0189 Bilthoven: RIVM; 2017.
14. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024 - Gezondheid breed op de agenda.
15. Health~Holland. Kennis- en Innovatieagenda 2020–2023 voor Gezondheid & Zorg. Utrecht: Health~Holland; 2019.
16. Kruize H., Arrahmani, F. & Savelkoul, M. (2022). Factsheet: Invloed van de fysieke leefomgeving op gezond gedrag.
17. <https://www.groz.nl/fieldlabs/deventer-grozzerdam>
18. Maher, J. P., Rebar, A. L., & Dunton, G. F. (2021). The influence of context stability on physical activity and sedentary behaviour habit and behaviour: An ecological momentary assessment study. *British Journal of Health Psychology*, 26(3), 861-881.
19. L.M. de Brauw (2021). De gecombineerde leefstijlinterventie. Een papieren tijger in de strijd tegen obesitas? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 165, D5885
20. Korfmacher, K. S. (2020). Bridging Silos: A research agenda for local environmental health initiatives. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 30(3), 173-182.
21. <https://www.saxion.nl/onderzoek/labs/stadslab>
22. Heerkens, Y. F., & Stallinga, H. ed.(2021). Functioneren als focus van zorg en welzijn; met ICF voorbeelden; H2 Benaderingen van het brede concept van gezondheid; Houten: Bohn Stafleu van Loghum
23. van Os-Medendorp, H., den Hertog-Voortman, R., & Jukema, J. (2021). Positief partnerschap van verpleegkundige en cliënt. *TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 131(5), 44-48



Curriculum vitae

Karin Dijkstra is in 2002 afgestudeerd in de communicatiewetenschap en rondde in 2009 haar promotieonderzoek “Understanding Healing Environments” af, beide aan de Universiteit Twente. Hierna was ze actief als onderzoeker en universitair docent. Ze richt zich onder andere op vraagstukken waarin omgevingspsychologie en de zorgomgeving centraal staat. Ze heeft gewerkt aan Plymouth University in Engeland en als universitair docent bij Klinische Psychologie aan de VU Amsterdam. In maart 2019 maakte ze de overstap naar het HBO en ging aan de slag bij Hogeschool Saxion, als associate lector bij het lectoraat Verpleegkunde. Hier was ze betrokken bij het Leernetwerk Verward Gedrag, het programma In2Werelden en diverse onderzoeksprojecten op het gebied van het gezond ouder worden van ouderen met een migrantenachtergrond, de inzet van technologie bij ouderen met beginnende dementie, en waardegedreven zorg in de hartrevalidatie. Sinds 1 januari 2022 is Karin als lector Gezondheidsbevordering in de Leefomgeving verbonden aan het lectoraat Smart Health van de Academie Gezondheidszorg van Saxion. Ze zit in de trajectleiding van het SPRONG Programma HealthTech in Society en coördineert tevens de leergemeenschap rondom het voorkomen van zorg.

Lectoraat Smart Health

Sinds 1 januari 2022 heeft de academie Gezondheidszorg één lectoraat: Smart Health waarin studenten, docent-onderzoekers, thema-experts onderzoek, promovendi, post-docs, associate lectoren onder de leiding van drie kernlectoren en twee bijzonder lectoren uitvoering geven aan de gezamenlijke onderzoeksagenda van de academie.

Het lectoraat Smart Health houdt zich bezig met onderzoek naar gezondheidsbevordering, gepersonaliseerde zorg en data-gedreven gezondheid en zorg. Het woord Smart in Smart Health heeft daarbij verschillende betekenissen.

- Smart staat voor onze focus op de transformatie die nodig is in het zorglandschap. De transformatie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
- Ook staat Smart voor onze wijze van samenwerken niet alleen bij het uitvoeren van onderzoek maar ook in het onderwijs en in de praktijk. Binnen Saxion hechten wij veel belang aan interdisciplinair samenwerken, zo kunnen we de krachten bundelen en werken aan een gemeenschappelijk doel. In het onderwijs komt dit tot uiting in de onderwijsvisie van Saxion maar ook in de wijze waarop wij binnen de Academie Gezondheidszorg de verbinding maken tussen het lectoraat, de bachelor opleidingen Fysiotherapie, Podotherapie en Verpleegkunde, de master opleidingen Muskuloskeletaal en Advanced Nursing Practice, onze bij- en nascholingsactiviteiten en onze partners in de beroepspraktijk.
- Smart staat daarnaast voor onze keuze om onze onderzoeksactiviteiten in co-creatie met belanghebbenden vorm te geven. Deze belanghebbenden zijn zowel de professionals in het werkveld als inwoners of cliënten met en voor wie activiteiten, producten of interventies worden ontwikkeld.
- En als laatste staat Smart voor technologische innovatie. Technologie is niet meer weg te denken in onze samenleving maar tegelijkertijd liggen er ook nog veel vraagstukken over de wijze waarop technologie de eerder genoemde veranderingen in het zorglandschap kan ondersteunen.



De SMART betekenissen zijn ook terug te vinden in de gezamenlijke impactagenda van de Academie Gezondheidszorg. In deze agenda gaan we uit van vier specifieke thema's en twee overstijgende thema's. De thema's raken en overlappen elkaar. Het is niet onze bedoeling om ze van elkaar te scheiden, wel heeft elk thema specifieke aandachtspunten.

Bij Gezondheidsbevordering in de leefomgeving gaat het om vraagstukken voor groepen mensen bijvoorbeeld inwoners van een bepaalde wijk en de rol die de leefomgeving heeft of kan hebben bij het bevorderen van gezondheid. In Gezondheidsbevordering in de zorg gaat het meestal om de individuele mens met een zorgvraag die in samenspraak met de zorgprofessional de regie neemt bij het bevorderen van zijn of haar gezondheid. Data-gedreven gezondheid en zorg onderzoekt de meerwaarde van data voor het personaliseren en ondersteunen van beslissingen van zorgprofessionals en gepersonaliseerde zorg. Gepersonaliseerde zorg tenslotte, is zorg die impact heeft op de gezondheid van mensen in termen van meedoen, betekenisvol leven en dagelijks functioneren of betekenisvol afscheid nemen van het leven. De overstijgende thema's die door alles heen lopen zijn: technologie en een positieve gezondheidsbenadering.

