Door de eeuwen heen zijn we anders gaan denken over ziekte en gezondheid. Tegenwoordig wordt wel gewezen op de grote wisselwerking tussen fysieke en sociale omgeving, leefstijl, en gezondheidszorg en de invloed daarvan op de volksgezondheid. Maar hebben we echt controle over onze levensstijlkeuzes, vraagt Semiha Denktaş zich af. *'Als een groot deel van onze gezondheidsproblemen door ons gedrag wordt veroorzaakt, dan kunnen we beter kijken naar de manier waarop we dit gedrag kunnen beïnvloeden.'*

HOE VRIJ ZIJN KEUZES IN GEZONDHEIDSGEDRAG?

MENS, GEDRAG EN GEZONDHEID IN EEN VERANDERENDE WERELD

'An apple a day keeps the doctor away', luidt een oud Victoriaans gezegde. Honderdvijftig jaar later verscheen een studie getiteld: *A statin a day keeps the doctor away* (Briggs, Mizdrak & Scarborough, 2013). Een statine is een cholesterolverlagend medicijn dat ook ter preventie van hart- en vaatziekten wordt voorgeschreven. Het doel van de studie was om het effect van een statine per dag of een appel per dag op de Britse vasculaire sterfte van alle volwassenen ouder dan vijftig jaar te schatten. De resultaten van deze studie lieten zien dat er een vergelijkbare afname van de sterfte mogelijk is via zowel een statine per dag als via een appel per dag. Een 150 jaar oud gezegde dat inspeelt op een gezonde leefstijl, lijkt de tand des tijds te hebben doorstaan.

Vandaag de dag worden veranderingen in levensstijl zoals meer lichamelijke activiteit of het veranderen van het voedingspatroon aanbevolen als eerste stap in de primaire preventie van vasculaire ziekten en andere chronische aandoeningen. Het veranderen van leefstijlgedrag is echter niet eenvoudig terwijl dat essentieel is voor een goede gezondheid.

ZIEKTE EN GEZONDHEID DOOR DE EEUWEN HEEN

Door de eeuwen heen zijn we om allerlei redenen anders gaan denken over ziekte en gezondheid (Ackerknecht & Haushofer, 2016; Porter, 1999). In de oudheid geloofden mensen dat ziekte een straf van de goden was. Behandelingen bestonden uit rituelen uitgevoerd door gebedsgenezers. Kennis over het lichaam nam toe doordat bepaalde handelingen werden uitgevoerd zoals het balsemen van de doden in het oude Egypte. In China geloofde men dat ziekten alleen bestreden konden worden als zowel het lichaam als de geest werden behandeld. Behandelmethoden bestonden onder andere uit acupunctuur. In Europa waren het de oude Grieken die geloofden dat ziekten veroorzaakt werden door natuurlijke

zaken. Ziekten zouden ontstaan door een disbalans tussen de vier lichaamssappen: bloed, gele gal, zwarte gal en slijm. Mensen gebruikten massages en kruiden om zieken te behandelen en ontdekten dat een gezonde voeding en hygiëne ziekten konden voorkomen. Het waren echter de Romeinen die de eerste stappen richting volksgezondheid zetten door een sanitair systeem via rioleringen en aquaducten aan te leggen.

In de vroege Middeleeuwen – ook wel de *Dark Ages* genoemd – gingen we weer een paar stappen terug en lag de nadruk alleen op het redden van de ziel. Monniken en priesters behandelden zieken alleen nog maar met gebeden. Later in de Middeleeuwen ontstond gelukkig ook hernieuwde interesse in de medische praktijken van de Grieken en Romeinen. In diezelfde periode maakten Arabische geleerden steeds meer gebruik van de scheikunde om de farmacologie te ontwikkelen.

Tijdens de Renaissance kregen geleerden steeds meer kennis van het menselijk lichaam door autopsie te verrichten en door de ontdekking van de boekdrukkunst werd het mogelijk om medische kennis te delen. Vanaf de zestiende eeuw gingen de ontwikkelingen razendsnel. De uitbraak van de cholera in 1832 luidde een nieuw tijdperk in. Er werd een verband gelegd tussen de cholera en het vuil van de stad. Ofschoon armere wijken harder getroffen werden dan de rijkere wijken, maakte deze ziekte geen onderscheid tussen jong of oud, rijk of arm. Het verband was gelegd tussen gezondheid en de leefomstandigheden van mensen. De geneeskundige aanpak richtte zich daarom op de verbetering van de openbare hygiëne, de volksgezondheid en het milieu (Mackenbach & Stronks, 2016).

Allerlei ontwikkelingen zetten zich voort. Louis Pasteur en Robert Koch waren midden negentiende eeuw de grote ontdekkers van de bacteriologie waarmee betere behandelingen mogelijk werden. De hygiëne en de immunologie boekten grote vooruitgang. Sulfonamiden en antibiotica werden ontdekt, waarmee onder meer tuberculose doeltreffend kon worden bestreden. Ongelooflijk snelle ontwikkelingen in het genetisch onderzoek en de orgaantransplantatie deden zich voor. Nieuwe geneesmiddelen kwamen ter beschikking en vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw kwamen dankzij vaccins diverse infectieziekten amper meer voor. Er werden reuzensprongen gemaakt in de gezondheidszorg en de medische technologie. Het ziektepatroon verschoof van infectieziekten naar chronische ziekten, vooral veroorzaakt door leefstijl en gedrag (Porter, 2010).

In 1974 verscheen het baanbrekende Lalonde-rapport in Canada (Lalonde, 1974). Er werd gewezen op de grote wisselwerking tussen de fysieke en sociale omgeving, leefstijl en gezondheidszorg, en de invloed daarvan op de volksgezondheid. Ondanks de toegenomen hooggespecialiseerde medische zorg bleek een uitsluitend medische benadering geen antwoord te hebben op de nieuwe uitdagingen.

WAAR STAAN WE NU?

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2015) sterven jaarlijks wereldwijd 39,5 miljoen mensen aan leefstijlgerelateerde aandoeningen. De vier belangrijkste zijn hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van de luchtwegen en diabetes. Wat zijn de oorzaken van deze ziekten?

Roken is de belangrijkste oorzaak van verlies aan (gezonde) levensverwachting, gevolgd door obesitas en gebrek aan lichaamsbeweging, alcohol en een ongezond voedingspatroon (Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010). Toch lijken deze sterften minder een gevoel van urgentie op te roepen dan de dreiging die uitging van dodelijke infectieziekten van vroeger. Daar staat nu tegenover de perceptie van ziekten als het resultaat van de levensstijlkeuzes waarover individuen meer controle hebben. Denk daarbij aan obesitas en ziekten die ermee verbonden zijn zoals diabetes. We spreken wel van een 'obesitas-epidemie', maar het is een epidemie die niet binnen hele korte tijd hele volksstammen de dood injaagt zoals dat bijvoorbeeld wel het geval was met de cholera. De hedendaagse epidemieën nemen rustig de tijd en lijken daarom niet tot zo'n acute handelingsgeneigdheid te leiden.

Slimme interventies om gedrag te veranderen kunnen mede liggen in de handen van stedenbouwkundigen, commerciële bedrijven of burgerpanels

EIGEN KEUZE OF NIET? Hebben we nu ook echt controle over onze levensstijlkeuzes? Door omstandigheden kunnen mensen bijvoorbeeld veel stress ervaren en daardoor roken terwijl ze weten dat het slecht voor hen is en dat ze beter kunnen stoppen. Toch lukt het niet om te stoppen waardoor er een discrepantie tussen het zelfbeeld van een goed

geinformeerde persoon en diens feitelijke gedrag ontstaat. Dit leidt tot een onaangename spanning, ook wel cognitieve dissonantie genoemd. Mensen willen deze spanning graag verminderen (Tavris & Aronson, 2011). Stoppen met roken zou de spanning direct wegnemen, maar door onder andere verslaving aan nicotine is dit niet altijd mogelijk. Van Nederlanders, zowel ziek als gezond, wordt evenwel steeds meer zelfmanagement verwacht of een actieve rol op het gebied van eigen gezondheidszorg. Ongezonde keuzes worden ook vaker gemaakt door mensen uit de lagere sociaaleconomische klassen. Mensen die in armoede leven zijn vaker ziek en hebben een lagere levensverwachting (Gruer et al., 2009; Hart, Gruer & Watt, 2011; Whitley et al., 2014).

Klopt het nu echt dat mensen er zelf voor kiezen slechte leefstijlkeuzes te maken, daardoor ziek worden en eerder overlijden? Vermoedelijk niet. Met de inzichten van de bekende Franse socioloog Bourdieu (Bourdieu, 1979; Bourdieu & Passeron,1970) wil ik uitleggen hoe maatschappelijke structuren doorwerken in ons gedrag. Zijn theorie kan ons helpen te begrijpen waarom 'eigen keuze' een beperkte houdbaarheid heeft en waarom sociaaleconomische gezondheidsverschillen zo hardnekkig zijn. Daarna licht ik de invloed van de fysieke omgeving op ons gedrag toe en ten slotte ga ik in op de mythe van de rationele mens.

BRONNEN VOOR GEZONDHEID

Bourdieu (Bourdieu, 1979; Bourdieu & Passeron,1970) stelt dat de wisselwerking tussen maatschappij en individu op diverse terreinen plaatsvindt, en dat mensen economisch, sociaal en cultureel kapitaal (de bronnen) nodig hebben om die wisselwerking te beïnvloeden. De kern van zijn theorie is de reproductie van ongelijkheid.

Het *economisch kapitaal* bestaat uit de financiële bronnen die wij hebben. Deze bronnen kunnen we vergaren door succesvol een goede opleiding af te ronden en te werken. Het nest waarin je bent geboren, speelt ook mee bij het vergaren

van financiële bronnen. Voor kinderen geboren in een arm gezin is het veel lastiger om later zelf economisch kapitaal te verwerven. Hoe werkt dit door? Ouders geven hun kapitaal door aan hun kinderen. Een groter economisch kapitaal vertaalt zich namelijk in betere huisvesting in een groene, schonere buurt. Voor kinderen betekent dit het verschil tussen wel of geen eigen kamer hebben om rustig huiswerk te kunnen maken en wel of geen speeltuin in de buurt hebben om veilig buiten te spelen. Dit kan effecten hebben op de leerprestaties, sociale contacten en fysieke activiteit en daarmee ook op de gezondheid.

Van Nederlanders, zowel ziek als gezond, wordt steeds meer zelfmanagement verwacht

Het *sociale kapitaal* betreft de relaties en netwerken die ons in staat stellen een variatie aan sociale hulpbronnen te mobiliseren en macht en invloed uit te oefenen in de samenleving. Wij hebben dus een netwerk en bepaalde contacten nodig om te stijgen op de sociale ladder. Als je netwerk slechts beperkt is tot contacten binnen de eigen groep, dan blijft het sociale kapitaal klein. Contacten hoger op de maatschappelijke ladder zijn doorgaans waardevoller voor sociale stijging dan andere. De overheid probeert daarop in te grijpen door bijvoorbeeld sociale woningbouw te initiëren in rijkere buurten of, andersom, koopwoningen te zetten in achterstandswijken.

Cultureel kapitaal, ten slotte, gaat eigenlijk om alle vormen van leren; dus niet alleen het verwerven van kennis, maar ook leren hoe je correct te gedragen en wat 'mooi' en 'goed' is. Percepties, vaardigheden en kennis kunnen worden opgevat als culturele bronnen die worden verworven door middel van een sociale klasse-specifiek leerproces, wat een levenslang proces is. Kennis van dit culturele kapitaal maakt het mogelijk toegang te krijgen tot de hogere sociale posities binnen een samenleving. Socialisatie is hier belangrijk. Kinderen gesocialiseerd in een gezin waarbij de ouders tot de sociaal hogere klasse behoren, zullen het beter doen op school. Zij nemen immers het culturele kapitaal, de kennis en waarden van hun ouders over.

In veel epidemiologische studies is het verband tussen de economische en de sociale bronnen en de gevolgen hiervan voor de gezondheid veelvuldig bestudeerd (Abel, 2008; House, Landis & Umberson, 1988; Kamphuis et al., 2015; Kawachi, 2001; Lynch et al., 2000; Schölmerich et al, 2014; Szreter & Woolcock, 2004). Er is ook groeiend bewijs voor het verband tussen cultureel kapitaal, gezondheidsgedrag en gezondheid. Steeds vaker wordt gewezen op de mogelijke interactie tussen het economisch, sociaal en cultureel kapitaal en gezondheid. Economisch kapitaal voorziet in mogelijkheden die relevant zijn voor gezondheid, zoals het afsluiten van een uitgebreide zorgverzekering. Het cultureel kapitaal is echter ook van grote invloed op de mogelijkheden die het economisch kapitaal biedt. De waarde die men hecht aan gezondheid, de kennis die men heeft over gezondheidseffecten van bepaalde voedingsmiddelen, alcohol en tabak zijn allemaal culturele bronnen die keuzes en gedrag structureren. Het culturele kapitaal beïnvloedt het sociale kapitaal eveneens. Behalve de financiële middelen om toegang te krijgen tot bijvoorbeeld een sportclub, wordt ook bepaald gedrag verwacht van leden om toegang te krijgen tot netwerken in een hogere klasse. Eenmaal lid van dat netwerk, kunnen culturele bronnen ook faciliteren dat een individu gebruikmaakt van gezondheidsvoordelen, denk aan toegang tot kennis over het zorgsysteem.

We moeten dus concluderen dat keuzes in gezondheidsgedrag nauwelijks 'vrije' keuzes zijn. Ze worden bepaald door de mate van kapitaal die een individu tot zijn beschikking heeft. Onze huidige epidemieën lijken zich dus te verspreiden via sociaalmaatschappelijke structuren en niet meer via virussen of bacteriën.

FYSIEKE OMGEVING EN GEDRAG

In een van mijn colleges in het vak gezondheidspsychologie laat ik stukken van de documentaire *Weight of the nation* zien. Deze gaat over de verklaring en de gevolgen van de zorgelijke toename van overgewicht en de daarmee verband houdende ziekten zoals een hoge bloeddruk. Genetici wijzen op een belangrijke notie, namelijk dat overdaad aan voeding tamelijk nieuw is terwijl onze genetische opmaak niet heel anders is dan in de oertijd. Onze genetische programmering is niet gericht op het afwijzen van calorieën. Integendeel, we zijn juist geprogrammeerd om zoveel mogelijk te consumeren wanneer voedsel beschikbaar is.

Deze programmering pakt in deze tijd niet erg gunstig voor ons uit. Wij zijn als het ware gebouwd op een geringe beschikbaarheid van voedsel en een hoge energieverbranding door voedsel te vangen of te verzamelen. De hedendaag-

se moderne samenleving is echter zo ingericht dat we zonder enige moeite in grote mate calorierijk voedsel kunnen consumeren en we er tegelijkertijd nauwelijks energie voor hoeven te verbranden. Sterker: de fysieke omgeving is zo ingericht dat we zo min mogelijk hoeven te bewegen. Zo hebben we gemotoriseerd vervoer, roltrappen en liften om ons van A naar B te verplaatsen, de e-mail en de WhatsApp om berichten naar elkaar te sturen in plaats van naar elkaar toe te lopen.

DE MYTHE VAN DE RATIONELE MENS Er is lang gedacht – en sommigen denken dat nog steeds – dat wij ons gedrag rationeel plannen. Als mensen maar voldoende informatie hebben, zullen we wel de beste beslissingen nemen. Vandaar ook dat oplossingen vaak worden gezocht in het geven van informatie.

Een eeuw van gedragswetenschappelijk onderzoek leert ons dat wij helemaal niet rationeel zijn. Zelfs als we alle relevante informatie hebben dan nog blijken we niet in staat dit om te zetten in verstandig gedrag. Rokers weten best dat het slecht is voor hun gezondheid en hun portemonnee en het merendeel zou willen stoppen, maar toch blijven ze doorroken. Een beslissing op papier of thuis is een andere beslissing dan een beslissing in een sociale omgeving. Het is bijvoorbeeld makkelijker om thuis te besluiten dat je geen biertje meer gaat drinken dan in een café met vrienden.

Door het beroemde werk van de psychologen Kahneman en Tversky (Kahneman, 2011; Tversky & Kahneman,1986; Tversky & Kahneman, 1992) weten we dat mensen vooral irrationeel zijn of gevoelig voor het maken van systematische denkfouten. Zij lieten zien dat wij bij het beslissen vooral gebruikmaken van vuistregels terwijl we ons door het leven haasten. Wij verwerken informatie met behulp van twee systemen:

- Systeem-I-denken vindt plaats in het limbisch systeem van ons brein. Het is snel, automatisch, onbewust, emotioneel en dat doen we de hele dag door. Het is bedoeld voor het zo snel mogelijk verwerken van grote hoeveelheden informatie.
- Systeem-II-denken vindt plaats in de frontale kwab en verloopt langzaam. Het wordt gebruikt bij taken die veel concentratie vergen. Bijvoorbeeld het maken van een moeilijke som. Als we systeem II gebruiken, dan verbruiken we bij wijze van spreken veel psychocalorieën.

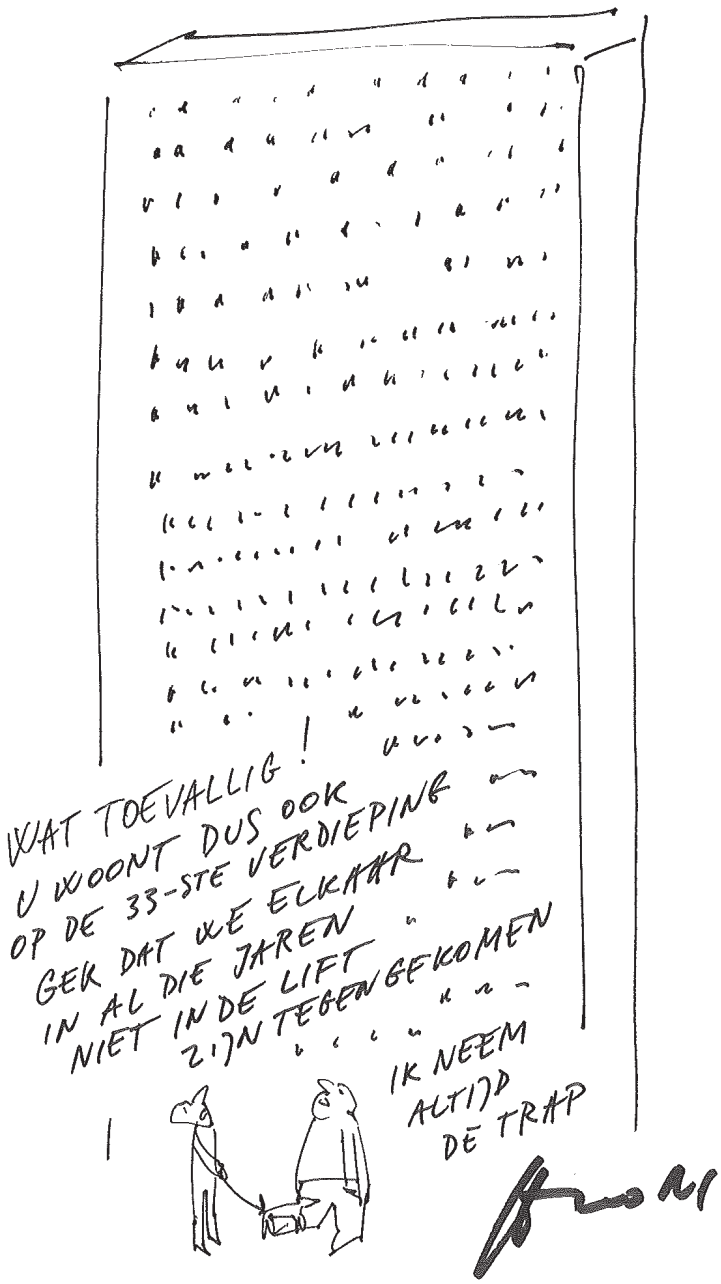
Een voorbeeld van een 'vuistregel' waarvan systeem I gebruik maakt. Hoe vaak lopen we niet binnen bij het restaurant waar het al lekker druk is in plaats van het restaurant waar niemand zit? De vuistregel hier is: doe wat anderen ook doen, terwijl we helemaal niet weten of het eten dat geserveerd wordt wel goed is, of hoe het staat met de prijzen. Het kan best zo zijn dat in het lege restaurant net een groep is vertrokken en dat het menu te verkiezen is boven dat van het eerste restaurant. Een rationeel besluit zou gebaseerd zijn op een systematische vergelijking van de twee restaurants. Door het gebruik van de vuistegel nemen we een snelle beslissing, maar een beslissing die suboptimaal kan zijn vanuit een rationeel perspectief.

Met het oog op de invloed van sociaalmaatschappelijke structuren en die van de fysieke en sociale omgeving op ons gedrag, met daarbij opgeteld het feit dat wij ons gedrag allesbehalve rationeel vormgeven, is het idee dat iedereen in staat zou moeten zijn de regie te voeren over de eigen gezondheid een problematische aanname en iets waar we verder over zouden moeten discussiëren. En de discussie zou moeten gaan over het feit dat als een groot deel van onze gezondheidsproblemen door ons gedrag wordt veroorzaakt, we beter kunnen kijken naar hoe we dit gedrag kunnen beïnvloeden.

Huidige epidemieën lijken zich te verspreiden via sociaal-maatschappelijke structuren en niet meer via virussen of bacteriën

TOEPASSINGEN GEDRAGSWETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN

Het is belangrijk preciezer te kijken naar wat de onderliggende oorzaken van een ongezonde leefstijl en gedrag zijn. Dat betekent dat we bereid moeten zijn buiten de huidige grenzen van gezondheid of de volksgezondheid te kijken. Slimme interventies om gedrag te veranderen, kunnen mede in de handen liggen van stedenbouwkundigen, commerciële bedrijven of burgerpanels. Het zou best eens zo kunnen zijn dat in de toekomst de grootste gezondheidswinst niet meer geboekt gaat worden door pillen of zorgfaciliteiten, maar door gedragsinterventies.



Er is lang gedacht – en sommigen denken dat nog steeds – dat wij ons gedrag rationeel plannen

We dienen te investeren in zulke interventies waarbij we gebruikmaken van een meer realistisch model van menselijk gedrag. Toepassing van interventies met behulp van *nudging* worden steeds populairder (Quigley, 2013; Thaler & Sunstein, 2008). We kunnen voortbouwen op een reeds indrukwekkende hoeveelheid kennis. Het Engelse woord *nudge* staat voor een vriendelijk duwtje in de goede richting en heeft zijn wortels in de *behavioural insights*. Het idee is nudging te gebruiken om mensen te helpen makkelijke(re) en betere keuzes te maken. Nudges zijn interventies die de omgeving waarin gedrag plaatsvindt veranderen op een manier die gebruikmaakt van onze denkfouten die wij baseren op vuistregels zoals het systeem-I-denken.

Een benadering van nudging is *priming*. Bij priming gaat het erom dat mensen door iets wat ze eerder hebben meegemaakt andere dingen herkennen en anders reageren. Dat kunnen bijvoorbeeld aanwijzingen in de omgeving zijn die onbewust bepaalde beslissingen sturen. Zo kunnen visuele stimuli en geuren van voedsel succesvol een hongergevoel vergroten door de werking van dopamine in bepaalde gebieden van de hersenen te beïnvloeden (Volkow et al., 2002). Er zijn verschillende studies gedaan naar priming en gezondheidsgedrag (Friis et al., 2017). In een recente studie is aangetoond dat gezondheidsprimes ook van invloed zijn op wat we kopen in de supermarkt en als gevolg daarvan ook op ons eetgedrag thuis (Papies et al., 2014). In deze studie kregen klanten een folder mee bij binnenkomst in de supermarkt. Klanten die ingedeeld werden in de experimentele groep kregen een folder mee aangevuld met gezondheids- en dieetverwante woorden; klanten die ingedeeld werden in de controlegroep kregen een neutrale folder zonder aanvulling van deze woorden mee. Verder werd ook het verschil bekeken tussen klanten met en zonder overgewicht. De analyses van de aankopen toonden aan dat de aankoop van ongezonde snacks in de groep die een folder aangevuld met gezondheid-gerelateerde woorden had ontvangen, sterk was verminderd door de gezondheidsprime. Het effect was zichtbaar onder klanten met overgewicht, terwijl klanten met een normaal gewicht niet beïnvloed werden door de prime.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Terwijl interventies met behulp van nudges veelbelovend zijn, zullen we veel meer onderzoek moeten doen naar de mechanismen achter gedragsverandering. Ofschoon sommigen stellen dat nudges universeel zijn, is het empirisch bewijs daarvoor nog mager. We moeten nog goed

uitzoeken of elk type nudge even goed werkt voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen, hoog- en laagopgeleiden en in welke context.

Stoppen met roken staat bijvoorbeeld terecht hoog op de beleidsagenda, maar het is een grote uitdaging. Eerder bleek uit een evaluatie dat veel interventies onvoldoende effectief zijn. Waarom? Allereerst bestaan deze programma's over het algemeen uit slechts één onderdeel, maar mensen leven niet in een laboratorium. Rookgedrag is daarom ook niet los te zien van de rest van het leven van mensen. En toch gebeurt het. Dit is een blinde vlek en veel mensen die in het veld werken zeggen dit al jaren. Interventies zouden dus moeten uitgaan van een meer realistisch model van menselijk gedrag. Dus als we de keuzes die mensen maken willen verbeteren, moeten interventies uit meerdere onderdelen bestaan en meerdere behoeftes van de doelgroep tegelijkertijd aanspreken, zonder daarbij de omgeving waarin mensen leven uit het oog te verliezen. Gedrag wordt bepaald door een interactie van meerdere factoren op het niveau van het individu en zijn of haar omgeving. Mensen roken als gevolg van een combinatie van factoren. Het gaat onder meer om aanleg, persoonlijkheid, stress en de sociale omgeving. Het is daarom niet realistisch om mensen slechts te vertellen dat ze moeten stoppen met roken als ze bijvoorbeeld veel stress ervaren en er in hun omgeving een sterke sociale norm is om te roken. Mensen die in armoede leven, hebben juist vanwege de stress van het rondkomen een hogere mentale belasting. Dat heeft een negatieve invloed op de beslissingen die ze nemen als het gaat om onder andere hun gezondheid. Dit kan leiden tot meer in plaats van minder roken en dit kan op den duur weer leiden tot een slechtere gezondheid. Deze accumulatie van problemen draagt veelal bij aan armoede, wat weer het gevoel van gebrek aan regie over het eigen leven versterkt en zo is de cirkel rond.

In toekomstig onderzoek moeten we ons daarom niet alleen richten op het stoppen met roken, maar ook op coping met stress en coaching bij financiële problemen. Het roken moet niet als een geïsoleerd probleem worden benaderd. Het is daarom ook van belang om de doelgroep vanaf het begin bij dergelijke interventies te betrekken. Daarmee kunnen we draagvlak creëren, wat in een later stadium essentieel is bij de acceptatie van de interventie. Het is van belang te weten hoe de doelgroep tegen het probleem en het gewenste gedrag aankijkt. Komen we tot een gezamenlijke probleemdefiniëring? Wat vindt de doelgroep acceptabel om te veranderen en wat niet? Welke belemmeringen zijn er om het gedrag daadwerkelijk te veranderen? Allerlei vragen die beantwoord moeten worden om interventies te kunnen ontwerpen die uitgaan van de context en de beleving van de doelgroep.

De epidemie van leefstijl-gerelateerde ziekten vraagt meer dan ooit om gedragswetenschappelijke inzichten om gezond(er) gedrag te bevorderen

Voor toekomstig onderzoek is het ook cruciaal de langetermijneffecten of de duurzaamheid van interventies te bestuderen. Dat is nogal belangrijk aangezien leefstijlveranderingen zoals meer bewegen of stoppen met roken niet afdoende zijn als deze maar zes maanden duren. Het is de uitdaging om samen met verschillende sectoren te onderzoeken hoe we langdurige gedragsverandering kunnen realiseren. Samen met bijvoorbeeld stedenbouwkundigen nadenken over aantrekkelijke looproutes en minder aantrekkelijke autoroutes. Of met architecten bedenken hoe we gezondheidsbevorderende gebouwen kunnen ontwerpen met trappen die aantrekkelijker zijn dan de liften. Of met cateraars die samen met ons kijken naar het aanbod van voedzame maaltijden die aantrekkelijker zijn dan de vette hap.

Behalve de gezondheidswinst wordt door de aard van deze gedragsinterventies veel verwacht ten aanzien van de kosteneffectiviteit. Het is belangrijk dat we bij de interventies die we ontwikkelen ook goed berekenen wat de kosteneffectiviteit is. Het zal in ieder geval vaak een afwegingscriterium zijn voor onder andere de overheid om een interventie die succesvol blijkt wel of niet breed te implementeren.

CONCLUSIE De epidemie van leefstijl-gerelateerde ziekten vraagt meer dan ooit om gedragswetenschappelijke inzichten om gezond(er) gedrag te bevorderen. Gezondheidsbevordering moet gebaseerd zijn op een meer realistisch model van menselijk gedrag aangezien mensen niet in een laboratorium leven. Daarom zou gezondheidsbevordering uit verschillende onderdelen moeten bestaan en meerdere behoeftes tegelijkertijd moeten aanspreken zonder daarbij de omgeving waarin mensen leven uit het oog te verliezen.

OVER DE AUTEUR

Semiha Denktaş is psycholoog en als bijzonder hoogleraar Gezondheidspsychologie verbonden aan het Departement Psychology, Education and Child Studies van de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Erasmus Universteit Rotterdam. Zij is tevens hoofd van de afdeling Social & Behavioural Sciences van het Erasmus University College. Bij de gemeente Rotterdam is zij een van de projectleiders van het Behavioural Insight Group Rotterdam en van het Centrum voor Gezondheidspromotie. E-mail: denktas@euc.eur.nl.

Dit artikel is een bewerking van de inaugurele rede die ze op 17 maart jl. uitsprak bij de aanvaarding van haar leerstoel, die mede mogelijk is gemaakt vanwege het Erasmus Trustfonds.

Literatuur

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*, e13.

Ackerknecht, E.H. & Haushofer, L. (2016). *A short history of medicine*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Ed. de Minuit.

Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1970). *La reproduction. Elements pour une theorie du systeme d'enseignement*. Paris: Les Ed. de Minuit.

Briggs, A.D., Mizdrak, A. & Scarborough (2013). A statin a day keeps the doctor away: comparative proverb assessment modelling study. *BMJ, 347*, f7267.

Friis, R., Skov, L.R., Olsen, A., Appleton, K. M., Saulais, L. et al.. (2017). Comparison of three nudge interventions (priming, default option, and perceived variety) to promote vegetable consumption in a self-service buffet setting. *PLoS One, 12(5)*, e0176028.

Gruer, L, Hart, C. L., Gordon, D. & Watt, G. C. (2009). Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *BMJ, 338*: b480.

Hart, C. L, Gruer L & Watt, G. C. (2011). Cause specific mortality, social position, and obesity among women who had never smoked: 28 year cohort study. *BMJ, 342*, d3785.

Hoeymans, N., Melse, J. M. & Schoemaker, C. G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988) Social relationships and health. *Science, 241*, 540–545.

Kahneman, D (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Kamphuis, C.B., Jansen, T., Mackenbach, J.P. & Van Lenthe, F.J. (2015). Bourdieu's cultural capital in relation to food choices: a systematic review of cultural capital indicators and an empirical proof of concept. *PLoS One, 10*, e0130695.

Kawachi I. (2001). Social capital for health and human development. *Development, 44*, 31–35.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.

Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ, 320*, 1200-1204.

Mackenbach, J.P. & Stronks, K. (Eds.) (2016). *Volksgezondheid en gezondheidszorg (8e ed.)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Papies, E.K., Potjes, I., Keesman, M., Schwinghammer, S. & Van Koningsbruggen, G.M. (2014). Using health primes to reduce unhealthy snack purchases among overweight consumers in a grocery store. *International Journal of Obesity, 38*, 597-602.

Porter, D. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. New York: Routledge

Porter, R. (Ed.) (2010). Geschiedenis van de geneeskunde. Gent: Academia Press.

Quigley M. (2013). Nudging for health: On public policy and designing choice architecture. *Medical Law Review, 21*, 588–621.

Schölmerich, V.L.N., Erdem, Ö., Borsboom, G., Ghorashi, H., Groenewegen, P. et al. (2014). The association of neighborhood social capital and ethnic minority density with pregnancy outcomes in the Netherlands, *PlosOne, 9*, e95873.

Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology, 33*, 650–667.

Tavris, C. & Aronson, E. (2007). *Mistakes were made (but not by me): Why we justify foolish beliefs, bad decisions, and hurtful acts*. Orlando, Fla: Harcourt.

Thaler, R. & Sunstein, C. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*. New Haven: Yale University Press.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1986). "Rational Choice and the Framing of Decisions" (PDF). *Journal of Business*, S251-S278.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1992). "Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty". *Journal of Risk and Uncertainty, 5*, 297–323.

Volkow, N.D., Wang, G J., Fowler, J.S., Logan, J., Jayne, M. et al. (2002). "Nonhedonic" food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. *Synapse, 44*, 175-180.

Whitley, E., Batty, G., Hunt, K., Popham, F. & Benzeval, M. (2014). The role of health behaviours across the life course in the socioeconomic patterning of all-cause mortality: The West of Scotland Twenty-07 prospective cohort study. *Annals of Behavioral Medicine, 47*, 148-157.

World Health Organization (2015). *NCD mortality and morbidity*. Retrieved from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/