



Gezondheidsbevordering bij mensen met een psychische aandoening en/of licht verstandelijke beperking vraagt visie, scholing en samenwerking van sociaal werkers en verpleegkundigen

Arina Brunekreeft-Budding · Gerda van den Berg-van Haaften · Nellie Oversluizen-van Rijn · Martine Noordegraaf · Willemieke Kroeze

Geaccepteerd op: 7 februari 2023 / Published online: 6 maart 2023
© The Author(s) 2023

Samenvatting Het belang van gezondheidsbevordering bij mensen met een psychische aandoening en/of een licht verstandelijke beperking in de langdurige zorg is groot. De sociaal werker en verpleegkundige hebben beiden een rol in gezondheidsbevordering bij deze doelgroep. Uit praktijksignalen blijkt dat professionals hierin knelpunten ervaren. Literatuuronderzoek naar deze knelpunten leverde geen resultaten op. Om te onderzoeken welke knelpunten professionals tegenkomen in het werken aan gezondheidsbevordering in de ambulante setting, is aan de hand van zes interviews een verkennend kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De resultaten geven inzicht in persoonlijke en omgevingsfactoren die een rol spelen, in het spanningsveld dat professionals ervaren tussen eigen regie en professionele verantwoordelijkheid, in de wisselende aandacht die gezondheidsbevordering krijgt vanuit de organisatie en in de begeleiding van de professionals. In het algemeen wordt gezondheidsbevordering gerelateerd aan fysieke gezondheid, wat vragen oproept over de kennis over gezondheidsbevordering en de (brede) visie op gezondheid. Ook geeft het onderzoek inzicht in de knelpunten die in de samenwerking worden ervaren, onder andere de uitdaging om als professional aan de juiste informatie te komen, het geringe contact met andere disciplines en het samenwerken binnen de versnipperde financieringsstructuren. Dit verkennende onderzoek geeft het signaal dat meer praktijkgericht onderzoek naar gezondheidsbevordering bij deze doelgroep nodig is.

Trefwoorden gezondheidsbevordering · psychische aandoening · licht verstandelijke beperking · sociaal werk · verpleegkunde

Health promotion for people with a mental disorder or/and mild intellectual disability requires vision, education and collaboration of social workers and nurses

Abstract Health promotion in vulnerable populations is important. Health promotion should pay attention to health in general, to prevent physical, mental and social problems. Especially for people with a psychological frailty and/or mild intellectual disability, who live independently. Social workers and nurses are professionally involved in health promotion in this group. In practice, professionals experience difficulties when working on health promotion. A literature search into these difficulties yielded no results. An exploratory qualitative study was conducted through six interviews, in order to investigate which difficulties professionals encounter in working on health promotion in the outpatient setting. The interviews provide insight into influencing factors, such as personal and environmental factors, the perceived contradiction between the client's own direction and professional responsibility and also the commitment to work on health promotion from the organization and the professionals (instead of only focussing on the urgent health problems). In general, health promotion is related to physical health by professionals, which leads to doubts about the knowledge of health promotion and their vision of health. Working together on health promotion is complicated, because necessary information is difficult to obtain, contact with other disciplines challenging and the financial structure complicates cooperation and health promotion both. People with a psychological frailty and/or mild intellectual

A. Brunekreeft-Budding, MSc., RN (✉) · G. van den Berg-van Haaften, MA · N. Oversluizen-van Rijn, MEd., RN · M. Noordegraaf, PhD · W. Kroeze, PhD
Christelijke Hogeschool Ede, Ede, Nederland
arbrunekreeft@che.nl



disability who live independently, may have many different health problems and a diversity of influencing underlying factors. The results show that the problem is multiple. How can these different underlying factors be influenced to improve the health and well-being of this group? This exploratory study indicates that more practice-oriented research into health promotion is needed, such as further research into the identified influencing factors, health promotion from the perspective of clients and solutions that help professionals and clients to work on health promotion.

Keywords Health promotion · Mental disorders · Intellectual disability · Social work · Nursing

Inleiding

Nederland telt naar schatting 1,1 miljoen mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en 3,2 miljoen mensen met een psychische aandoening [1, 2]. Mensen met een LVb hebben een IQ van 50–70 of 70–85 met problemen op het gebied van sociale redzaamheid [1]. Een psychische aandoening wordt gekenmerkt door een verstoring in emotieregulatie, cognitie of gedrag [3]. Het is bekend dat een combinatie van LVb en een psychische aandoening veel voorkomt, maar Nederlandse prevalentiecijfers zijn niet beschikbaar. Internationale prevalentiecijfers vertonen een grote variatie, afhankelijk van de definiëring van LVb en psychische aandoeningen. Vermoedelijk is er sprake van onderdiagnostiek van een LVb bij mensen met psychische aandoeningen, maar ook van psychische aandoeningen bij mensen met een LVb [4, 5].

Hoewel deze groepen van elkaar verschillen, zijn er overeenkomsten in de problemen die mensen met een psychische aandoening en/of LVb ervaren. Het is voor hen belangrijk dat er aandacht uitgaat naar zowel het mentaal, als het fysiek en sociaal welbevinden. Eenzaamheid speelt bijvoorbeeld een rol bij stemmings- en angststoornissen en middelenmisbruik [6]. Ze hebben meer fysieke gezondheidsproblemen, zoals obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten, dan de algemene bevolking [7, 8]. Roken, slaapverstoring, lichamelijke activiteit en voedingsgewoonten zorgen voor een verhoogd risico op fysieke gezondheidsproblemen [7, 8].

Omdat veranderbare risicofactoren invloed hebben op de gezondheid van mensen met een psychische aandoening en/of LVb is gezondheidsbevordering wenselijk. Gezondheidsbevordering is een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die gezond gedrag en gezonde leefomstandigheden stimuleren om mentaal, fysiek en sociaal welbevinden te bevorderen [9]. Steeds meer wordt erkend dat gezondheidsbevordering van fundamenteel belang is voor de gezondheid [7].

In de landelijke nota Gezondheidsbeleid (2020) is een brede visie op gezondheid zichtbaar en speelt gezondheidsbevordering een rol bij alle ambities die geformuleerd zijn [10]. Deze brede visie is gebaseerd

op de visie van positieve gezondheid (PG), waarin zes dimensies van gezondheid aandacht krijgen, namelijk: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren [11]. Ook kwetsbare groepen hebben recht op noodzakelijke zorg en begeleiding gericht op gezondheid in de breedste zin van het woord [12]. In de praktijk bestaan er echter gezondheidsverschillen en is het zorgaanbod niet altijd even passend voor kwetsbare groepen [13].

Een aanzienlijk deel van de mensen met een psychische aandoening en/of LVb woont zelfstandig en ontvangt ambulante begeleiding [14, 15]. Ze hebben te maken met een of meer professionals uit verschillende domeinen, uiteenlopende financieringsstromen (de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), Wet Langdurige Zorg en Zorgverzekeringswet) en mantelzorgers [14, 15]. Door deze fragmentatie is de groep zelf lastig in beeld te brengen en is er ook geen goed inzicht in de ondersteuningsbehoefte van deze groep [14, 15].

Uit het Nationaal Preventieakkoord (2018) blijkt dat voor het werken aan gezondheidsbevordering meerdere factoren aandacht nodig hebben, zoals de financiering en organisatie van zorg, en het handelen van professionals [16].

Professionals uit de zorg en het sociaal domein, die begeleiding en zorg bieden aan mensen uit deze doelgroep, zijn met name de sociaal werkers (SW's) en verpleegkundigen (VP's). Beide groepen hebben vanuit het beroepsprofiel een rol in gezondheidsbevordering [17, 18]. Uit praktijksignalen blijkt dat professionals knelpunten ervaren bij het werken aan gezondheidsbevordering bij mensen met een psychische aandoening en/of LVb. Soms zijn beide disciplines betrokken in de zorg en begeleiding van cliënten, maar de samenwerking rond gezondheidsbevordering is niet vanzelfsprekend. Multidisciplinaire samenwerking is belangrijk bij gezondheidsbevordering [19], zeker ook bij mensen met een psychische aandoening en/of LVb [4, 5, 7]. Literatuuronderzoek in Pubmed en Google Scholar met combinaties van zoektermen (*Health Promotion, Social Work, Nursing, intellectual disability, psychological disorder, collaboration*) leverde geen resultaten op over ervaren knelpunten bij gezondheidsbevordering door SW's en/of VP's bij deze doelgroep.

Inzicht in knelpunten die spelen in de professionele praktijk van gezondheidsbevordering is nodig als eerste stap naar het ontwikkelen van oplossingen voor de praktijk en passende scholing voor (toekomstige) professionals. Dit onderzoek heeft daarom tot doel knelpunten in de professionele praktijken van SW's en VP's te verkennen wat betreft het werken aan gezondheidsbevordering bij (jong)volwassenen met een psychische aandoening en/of LVb in de langdurige zorg die ambulante begeleiding ontvangen.

Methode

Om knelpunten te verkennen is exploratief kwalitatief praktijkonderzoek uitgevoerd, gericht op knelpunten die SW's en VP's ervaren. De doelgroep (jong)volwassenen met een psychische aandoening en/of LVB in de langdurige zorg wordt in dit artikel verder aangeduid als 'cliënten'.

Dataverzameling

De data zijn verzameld op basis van een gelegenheidssteekproef. Deze steekproefmethode is gemakkelijk, efficiënt en werkt goed wanneer deelnemers uit een specifiek werkgebied moeten worden geworven [20]. Op basis van de onderzoeksvraag werden organisaties uit het professionele netwerk van de auteurs benaderd die ondersteuning bieden aan deze cliënten. Indien de organisatie en professional(s) bereid waren om deel te nemen, werd een interview gepland. De topiclist voor de semigestructureerde interviews werd vooraf opgesteld. Voor elke afzonderlijke dimensie van PG werd gevraagd 1) welke problemen of mogelijkheden de cliënt heeft en 2) hoe er met de cliënt en andere professionals gewerkt wordt aan gezondheidsbevordering. Daarnaast werd gevraagd welke dimensie de meeste aandacht krijgt in de begeleiding en welke specifieke expertise de SW's en VP's hierin hebben. De aandacht voor bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning (BRAVO) werd ook bevestigd.

Voorafgaand aan het interview werd *informed consent* gevraagd en verkregen. De interviews zijn uitgevoerd, opgenomen, getranscribeerd en geanonimiseerd door onderzoekers NO of GvdB. De dataverzameling werd afgerond voorafgaand aan de data-analyse. Gedurende dit onderzoek is door alle betrokkenen gewerkt volgens de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit [21].

Data-analyse

De interviewteksten zijn gecodeerd in Atlas.ti door onderzoeker AB, op basis van de thematische analyse-methode, waarbij de teksten eerst volgens een inductieve benadering open werden gecodeerd [22]. Deze codes zijn daarna vergeleken en ingedeeld in categorieën (axiaal coderen). De axiale codes zijn in de laatste stap, selectief coderen, geanalyseerd door deze onderling te vergelijken en verbanden te leggen tussen de genoemde knelpunten. In dit proces werden onderzoekers GvdB en WK actief betrokken.

Resultaten

In totaal zijn negen organisaties uitgenodigd, zes organisaties stemden toe en drie organisaties reageerden niet of weigerden deelname vanwege gebrek aan tijd of belangstelling. Aan drie interviews namen twee

respondenten deel en drie interviews werden individueel afgenomen. Tab. 1 geeft een overzicht van de deelnemers.

Uit de interviews kwamen vijf categorieën van knelpunten naar voren die volgens de professionals een rol spelen bij gezondheidsbevordering. Twee knelpunten zijn gerelateerd aan persoonlijke en omgevingsfactoren van cliënten (mensen met een psychische aandoening en/of LVB). Drie knelpunten spelen op het niveau van de professional en de organisatie.

Persoonlijke factoren van de cliënten

Wat gezond is, weten cliënten volgens professionals vaak niet. Bij de LVB-groep speelt het cognitief vermogen een rol. Daarnaast is bij hen de intrinsieke motivatie om aan het bevorderen van gezondheid te werken beperkt. De professionals gaven ook aan dat een veelheid aan problemen invloed heeft op het gedrag en de gezondheid, zoals trauma's door misbruik, gedragsproblemen, concentratiestoornissen, geldproblemen of een beperkt sociaal netwerk. Sociale angst speelt een rol bij het aangaan van nieuwe activiteiten en/of contacten, door onder andere eerdere faal-ervaringen. Als er financiële problemen zijn komen initiatieven minder snel van de grond en is ontspanning extra moeilijk, omdat deze problemen dan op de voorgrond staan. Daarnaast wordt genoemd dat deze doelgroep vaak impulsief is en daardoor niet de meest gezonde keuzen maakt. Middelengebruik is ook een terugkerend thema in de interviews, vanwege de negatieve invloed op het dag- en nachtritme en op het zinvol invullen van vrije tijd.

Omgevingsfactoren van de cliënten

De woonomgeving, de werkomgeving, de cultuur en het netwerk van de cliënt kunnen (on)gezond gedrag in stand houden. De professionals geven verschillende voorbeelden van knelpunten, zoals het ontbreken van sociale steun en (sport)faciliteiten, of de aanwezigheid van familieleden en/of vrienden die het

Tabel 1 Overzicht van de deelnemers

inter- view	functie van de geïnterviewde(n)	kenmerken van de doelgroep
1	begeleider (SW) + begeleider (SW)	begeleid wonen (ggz)
2	regioverpleegkundige (VP) + regioverpleegkundige (VP)	begeleid wonen (LVB+)
3	sociaalpsychiatrisch verpleegkun- dige (VP)	begeleid wonen (LVB+)
4	sociaalpsychiatrisch verpleegkun- dige (VP)	begeleid wonen (LVB+)
5	gz-psycholoog + begeleider (SW)	begeleid wonen (GGZ)
6	begeleider (SW)	begeleid wonen (LVB+/ASS+/ggz)

ggz geestelijke gezondheidszorg, LVB+ licht verstandelijk beperkten met bijkomende problematiek, ASS+ autismespectrumstoornis met bijkomende problematiek

zelfde gedrag vertonen (en ook dezelfde problemen hebben). Daarnaast heeft de groepssamenstelling in een buurt, of op locaties waarbij cliënten zelfstandig in een groep wonen, vaak ook invloed op het gedrag en de gezondheid van cliënten. Onderlinge problemen tasten het gevoel van veiligheid in de woonomgeving aan. Wanneer (aangepaste) voorzieningen aanwezig zijn, kan de werk- en/of woonomgeving het gebruik ervan in de weg staan door de reacties die worden gegeven. Voor cliënten draagt dit bij aan een gevoel van schaamte, of een uitzondering zijn, zoals uit het volgende citaat blijkt. Eén professional vertelde dat ze informatieavonden in de buurt organiseerde, in de hoop op meer begrip en minder afwijzende blikken naar cliënten.

‘Maar er zijn er ook [cliënten] die uit schaamte niet op een driewieler willen. Begeleiders doen wel hun uiterste best. Het hangt af hoe er in omgeving gekeken wordt: in Lelystad is dat anders, in Urk kun je gewoon met een driewieler door het dorp, maar in Lelystad is dat een ander verhaal.’ (Verpleegkundige, interview 3)

Eigen regie versus professionele verantwoordelijkheid

Voor VP's ervaren een spanningsveld op het gebied van de eigen regie van de cliënt enerzijds en het nemen van de professionele verantwoordelijkheid anderzijds. De spanning rond professionele verantwoordelijkheid gaat over de vraag: mogen wij ons richten op een bepaald aspect van gezondheid, zoals leefstijl, wanneer de cliënt geen gerichte hulpvraag heeft op dat gebied? Het citaat hieronder weerspiegelt dit spanningsveld.

‘Wat is meedoen dan, vullen wij dat misschien te veel in? Ik zie voor ons als verpleegkundigen daar niet echt een rol. Wat is meedoen? Ik heb daar geen echt antwoord op. Als mijn normaal begaafde buurman hele dag tv zit te kijken, dan is dat geen probleem, maar als het een LVB-locatie is, dan is het opeens niet zinvol. Maar wie ben ik om dat te bepalen voor de ander?’ (Verpleegkundige, interview 2)

De spanning rond de eigen regie gaat over de vraag: in hoeverre kan én mag je bij deze doelgroep uitgaan van eigen regie en hierin ondersteunen? Als het gaat over de eigen regie, zijn geluiden te horen van ‘eigen regie kan niet’ tot ‘de basishouding is: de cliënt mag zelf bepalen’. Enkele professionals hebben de verhouding tussen eigen regie en leefstijladviezen of verplichtingen duidelijk in beeld en maken hierin keuzen. Er zijn ook professionals die dit als spanningsveld ervaren, zoals blijkt uit het volgende citaat.

‘Als ik kijk vanuit mijn agogische begeleidersrol dan gaat het om eigen regie, autonomie, dat is

het. En dan ga ik de cliënt volgen. Maar dan kom ik als verpleegkundige en dan zie ik opeens iemand die heeft diabetes, maar die houdt zich helemaal niet aan leefstijladviezen, dus vanuit die rol ga ik dan mensen overvloedig vertellen over die leefstijladviezen en daar zit heel erg dat spanningsveld.’ (Verpleegkundige (met afgeronde opleiding Sociaal Pedagogisch Werk), interview 2)

Aandacht voor gezondheidsbevordering in de begeleiding

‘Gezondheid’ en ‘gezond leven’ zijn begrippen die binnen een groot deel van de organisaties niet expliciet in het beleid zijn opgenomen. Eén organisatie had de intentie om het BRAVO-beleid toe te passen met behulp van vrijwilligers. Dit stageneerde vanwege een gebrek aan vrijwilligers, faciliteiten en geld. Aandacht voor BRAVO en middelengebruik is er over het algemeen weinig. Hierin zien we wel enige diversiteit. Zo heeft één organisatie regels over bewegen, in de vorm van een vast sportmoment, waar cliënten verplicht aan meedoen.

Het domein mentaal welbevinden krijgt volgens professionals over het algemeen de meeste aandacht in de begeleiding en de domeinen zingeving of lichaamsfuncties het minst. Er is over het algemeen oog voor alle domeinen in de begeleiding van cliënten.

Het valt op dat de meeste professionals de term ‘gezondheidsbevordering’ alleen relateren aan fysieke gezondheid, in het bijzonder aan voeding en bewegen. De aandacht voor voeding richt zich geregeld op het samen koken, vanuit de visie dat deze activiteit hoort bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en omdat er ‘gewoon’ gegeten moet worden. Een enkeling geeft aan dat samen koken een kans biedt om kennis en vaardigheden over gezonde maaltijden over te dragen. Volgens de deelnemers missen de begeleiders kennis en vaardigheden, ontbreekt een positieve attitude en zijn er verschillende opvattingen over wat gezond is. Verder wordt genoemd dat de begeleiding niet doorvraagt bij problemen en dat daardoor niet zichtbaar wordt dat BRAVO een rol kan spelen en welke factoren invloed hebben op het in stand houden van ongezond gedrag.

Samenwerken aan gezondheidsbevordering

Uit de interviews blijkt dat VP's bij het signaleren en de aanpak van problemen vaak allereerst hun kennis over lichamelijke en fysiologische processen en psychiatrische ziektebeelden aanboren en kijken of gedrag somatisch of psychiatrisch verklaarbaar is. Hierbij vragen zij gericht door naar de aard en oorzaak van het ervaren probleem om een diagnose te kunnen stellen als grond voor hun handelen. SW's observeren en signaleren het gedrag van een cliënt nauwkeurig en zoeken voortdurend aansluiting bij de situatie, wen-

sen en ervaren problemen van de cliënt. Ze proberen in het gesprek naast de cliënt te staan en gedrag bij te sturen. De noodzaak van samenwerking tussen SW's en VP's, zowel tussen disciplines als tussen organisaties, wordt in de meeste gevallen genoemd, maar dit lijkt vooral te gaan over de inzet van een andere discipline voor een bepaalde zorg- of ondersteuningsvraag en de wens van een goede onderlinge overdracht. Zie de beide citaten hieronder.

'We hebben geen SPV's in dienst dus via een externe organisatie zijn zij dan verbonden aan een cliënt. En die komen meestal hoofdzakelijk om medicatie te monitoren, echt op de medicatievraag. Andere interventies worden door ons als team ingezet.' (Sociaal werker, interview 5)

'Uiteindelijk komt er uit [de screening] dat die jongen regelmatig jichtaanvallen heeft, en daar zelf prednison voor slikt, voorgeschreven door huisarts. En als die medicijnen op zijn geeft hij seintje aan begeleider "mijn pillen zijn op, wil je bestellen" en dan doen ze dat ook. Maar verder coördineert niemand dan die prednison, dat gebruik. Niemand vraagt erop door hoe vaak gebruik je het, gebruik je daarnaast nog andere medicatie, hou je nog rekening met bepaalde spelregels? Dat was wel bijzonder dat ik daar verder op door ging vragen.' (Verpleegkundige, interview 2)

Er is wel een aantal knelpunten genoemd dat zich voordoet bij samenwerken in algemene zin, en dat mogelijk ook invloed heeft op het samenwerken aan gezondheidsbevordering. In de ambulante setting is het een uitdaging om als professional aan de juiste informatie te komen, onder andere vanwege de algemene verordening gegevensbescherming. Er zijn meerdere disciplines betrokken in de zorg rond de doelgroep, maar die kunnen elkaar niet vinden of communiceren nauwelijks. Kortom: er is weinig coördinatie. De vraag is of alle informatie die relevant is voor de zorgverlening via de cliënt volledig terechtkomt bij de betrokken professionals. Hierbij worden cliënten vaak overschat – ze kunnen vaak (net) niet meekomen met de digitalisering en de snelheid waarmee de reguliere zorg uitgevoerd wordt. Professionals gaven aan dat de ggz erg klachtgestuurd en (zorg)aanbodgericht werkt, waarbij behandeling vooral in de kliniek plaatsvindt. De vraag is waar gezondheidsbevordering in een dergelijke opvatting en aanpak past.

Beschouwing en conclusie

Dit verkennende kwalitatieve praktijkonderzoek geeft een overzicht van knelpunten die professionals ervaren bij het werken aan gezondheidsbevordering bij (jong)volwassenen met een psychische aandoening en/of LVB in de langdurige zorg die ambulante begeleiding ontvangen. Het onderzoek, gebaseerd op

zes interviews met negen professionals, brengt vijf categorieën van knelpunten naar voren: persoonlijke factoren van de cliënt, omgevingsfactoren van de cliënt, het spanningsveld tussen eigen regie van de cliënt en de professionele verantwoordelijkheid van de professional, opvattingen, kennis en kunde van de professional en de professionele samenwerking.

Het eerste knelpunt, persoonlijke factoren, betreft aspecten als ontbrekende kennis, vaardigheden en intrinsieke motivatie, en de hoeveelheid problemen van de cliënt die het werken aan gezondheidsbevordering belemmeren. Uit eerder onderzoek blijkt ook dat dagelijks begeleiders van volwassenen met een lichte tot matige verstandelijke beperking die in een instelling verblijven, de belemmerende factoren voor gezond leven vooral aan de cliënt toeschrijven. Hetzelfde onderzoek laat echter zien dat de cliënten wel goed begrijpen wat gezond zijn en gezond leven inhoudt [23].

Bij dit eerste knelpunt is het dus de vraag in hoeverre deze factoren daadwerkelijk een belemmering vormen voor het werken aan gezondheidsbevordering of dat dit aannamen zijn van de professional. Het is van belang dat professionals hun aannamen tijdens het contact met de cliënt toetsen.

Het tweede knelpunt, omgevingsfactoren, geeft aan welke belemmeringen in het netwerk, de cultuur, en woon- en werkomgeving van de cliënt kunnen spelen. Bijvoorbeeld wanneer het netwerk ongezond gedrag in stand houdt, er faciliteiten ontbreken, er in de buurt onderlinge problemen zijn die het gevoel van veiligheid aantasten of de buurt negatief reageert wanneer een aangepaste voorziening wordt gebruikt. De bevindingen met betrekking tot omgevingsfactoren zijn vergelijkbaar met de resultaten van onderzoek onder volwassenen met een lichte tot matige verstandelijke beperking die in een instelling wonen [23]. Meer inzicht in de manier waarop de fysieke en sociale leefomgeving veranderd kunnen worden en welke stakeholders daarbij betrokken zijn is nodig om voor cliënten een ondersteunende omgeving te creëren.

Bij het werken aan gezondheidsbevordering ontstaat bij sommige professionals een spanningsveld tussen eigen regie en professionele verantwoordelijkheid – het derde knelpunt dat professionals ervaren. Wanneer een hulpvraag gericht op gezondheidsbevordering ontbreekt of er twijfels zijn in hoeverre een cliënt de eigen regie vormgeeft en hierin ondersteund kan worden, lijkt dit vooral bij VP's te leiden tot handelingsverlegenheid. Het is onduidelijk of dit spanningsveld voor beide disciplines even groot is. Mogelijk heeft ook dit te maken met verantwoordelijkheidsgevoel – in hoeverre hebben professionals het gevoel verantwoordelijk te zijn voor het bevorderen van gezondheid en gezond leven? Uit eerder onderzoek blijkt dat dit niet altijd het geval is [24]. Professor Molleman zei in zijn inaugurele rede dat de angst om betuttelend te zijn veel mensen ervan weerhoudt actief op te treden. Maar ook dat er met twee maten wordt gemeten als het over het beïnvloeden

van gedrag gaat. De private sector en het bedrijfsleven weten mensen met reclame en nudging te verleiden tot slechte leefgewoonten. De publieke sector is hierin veel voorzichtiger en legt de verantwoordelijkheid te gemakkelijk bij het individu, 'dat zelf maar als vrij autonoom persoon moet kiezen', hetgeen een fictie is. De gevolgen zijn groot en dragen bij aan gezondheidsverschillen. Voor zorgprofessionals ligt hier een verantwoordelijkheid die meer opgepakt kan worden [25]. Professionals hebben mogelijk meer handvatten nodig om in het spanningsveld tussen eigen regie en professionele verantwoordelijkheid te opereren.

Als vierde knelpunt werd aandacht voor gezondheidsbevordering genoemd, die in de meeste organisaties niet expliciet in het beleid opgenomen is. Gezondheidsbevordering wordt door professionals wat smal benaderd en vooral gerelateerd aan fysieke gezondheid. Attitude, kennis en vaardigheden over bijvoorbeeld voeding, bewegen en slapen ontbreken volgens professionals en er zijn verschillende opvattingen over wat gezond is. Dit wordt bevestigd in eerder onderzoek, waarin als aanvulling hierop werd aangegeven dat professionals worden gehinderd door het ontbreken van een gedeelde visie [23]. Professionals hebben behoefte aan een duidelijke visie op gezondheidsbevordering, die door de organisatie wordt uitgedragen. Daarnaast kan scholing voor professionals bijdragen aan de ontwikkeling van attitude, kennis en vaardigheden, zodat ze hun rol in gezondheidsbevordering kunnen oppakken. In de opleidingen sociaal werk en verpleegkunde is aandacht nodig voor gezondheidsbevordering, zodat studenten de juiste attitude, kennis en vaardigheden ontwikkelen om te kunnen werken aan gezondheidsbevordering bij deze doelgroep.

Knelpunt vijf, samenwerken aan gezondheidsbevordering, ontstaat doordat de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor deze doelgroep, elkaar vaak niet kunnen vinden of nauwelijks communiceren. Vanwege de cultuurverschillen en beperkte kennis van elkaars domeinen verloopt de samenwerking niet altijd goed [26]. Gezondheidsbevordering vraagt om een multidisciplinaire aanpak, een gedeelde visie onder dienstverlenende organisaties en een systeem waarin alle betrokkenen hun rol en verantwoordelijkheden kennen en kunnen innemen [23]. Onlangs werd in *Medisch Contact* het nut van een wettelijke preventieplicht betoogd [27]. Momenteel ontbreekt er een duidelijke opdracht voor gezondheidsbevordering vanuit de wetgeving en financieringsstromen. Gezondheidsbevordering draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg, maar door de focus op zorgplicht lijkt ze alleen rendabel wanneer ze tot minder zorgkosten leidt. De maatschappelijke baten van gezondheidsbevordering en de reële winst op de korte en middellange termijn blijven dan buiten beeld. Wanneer er bij gezondheidsbevordering ook gekeken wordt naar de kosteneffectiviteit – zoals bij medicatie of interventies –, dan wordt duidelijk dat

gezondheidsbevordering in veel gevallen de meeste gezondheidswinst oplevert [27]. Voor gezondheidsbevordering vanuit een breed perspectief is samenwerking tussen de zorg- en welzijnssector van belang [23, 28–30]. Professionals uit de eerste en tweede lijn zijn belangrijke spelers binnen een preventieve infrastructuur, omdat zij de kwetsbare en moeilijk bereikbare groepen bereiken [25]. Het lijkt zeer de moeite waard hen te ondersteunen bij het (samen)werken aan gezondheidsbevordering.

Hoewel de knelpunten het resultaat zijn van bescheiden onderzoek met negen respondenten, komen de resultaten uit dit onderzoek overeen met eerdere bevindingen. Concluderend geven de resultaten uit de interviews voldoende reden om een pleidooi te houden voor vervolgonderzoek. Want ze laten zien dat de problematiek meervoudig is. De organisatie en financiering van zorg maken aandacht voor gezondheidsbevordering lastig en de cultuur binnen organisaties stimuleert gezondheidsbevordering vaak nog niet. SW's en VP's ervaren handelingsverlegenheid om te werken aan gezondheidsbevordering, maar onderkennen wel de noodzaak en waarde van een gezonde leefstijl en de invloed van verschillende leefdomeinen op gezondheid. Hoe kunnen deze verschillende onderliggende factoren zo beïnvloed worden dat de gezondheid en het welbevinden van cliënten verbetert? Het is van belang om het professioneel handelen van professionals te versterken. Verder is praktijkgericht onderzoek naar de gesignaleerde knelpunten nodig, naast onderzoek naar gezondheidsbevordering vanuit het perspectief van cliënten én onderzoek naar onderbouwde en uitvoerbare oplossingen.

Dankbetuiging We willen de deelnemende organisaties en professionals bedanken voor hun deelname. Dit onderzoek is medegefinancierd door Regieorgaan SIA, onderdeel van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. Woittiez I, Eggink E, Ras M. Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2019.

2. Have M ten, Tuithof M, Dorsselaer S van, Schouten E, Graaf R de, NEMESIS. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.
3. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). 5e druk. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2014.
4. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Passende zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Den Haag: IGJ; 2019.
5. Amelsfoort TAMJ, Zinkstok JR, Vogels A, Wieland J. Psychiatrie en lage intelligentie. Tijdschr Psychiatr. 2019;61:746–7.
6. Nuyen J, Tuithof M, Graaf R de, Dorsselaer S van, Kleinjan M, Have M ten. The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020;55:1297–310.
7. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675–712.
8. Hsieh K, Rimmer JH, Heller T. Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2014;58(9):851–63.
9. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4e druk. New York: McGraw-Hill; 2005.
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid breed op de agenda: landelijke nota gezondheidsbeleid 2020–2024. Den Haag: Ministerie van VWS; 2020.
11. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4136.
12. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Article 25—Health. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>. Geraadpleegd op: 29 sep 2022.
13. Nivel. Kennissynthese gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel; 2014.
14. Kroon H, Knispel A, Hulsbosch L, Lange A de. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.
15. Cuypers M, Schalk B, Leusink G. Epidemiologie van verstandelijke beperking. Bijblijven. 2020;36:10–5.
16. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventie Akkoord: op naar een gezonder Nederland. Den Haag: Ministerie van VWS; 2018.
17. BPSW, BVjong, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, Sociaal Werk Nederland. Beroepsprofiel voor de sociaal werker: welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Utrecht: BPSW, BVjong, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, Sociaal Werk Nederland; 2018.
18. V&V 2020. Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht: V&V 2020; 2012.
19. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Discussienota zorg voor de toekomst. Den Haag: Ministerie van VWS; 2020.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9e druk. Philadelphia: Wolters Kluwers/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
21. KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Vereniging Hogescholen, VSNU. Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. Den Haag: DANS; 2018.
22. Boeije H, Bleijenbergh I. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. 3e druk. Amsterdam: Boom uitgeverij; 2019.
23. Kuijken, NMJ. Integrating health promotion into the everyday life of people with intellectual disabilities [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Institute for Health Sciences; 2019.
24. Gezondheidsraad. Integrale zorg voor mensen met een lichamelijke en psychische aandoening. Den Haag: Gezondheidsraad; 2020.
25. Molleman, GRM. Het persoonlijke en het collectieve in balans. Inaugurele rede door prof.dr. Gerard Molleman. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen; 2019.
26. Naylor C, Das P, Ross S, Honeyman M, Thompson J, Gilbert H. Bringing together physical and mental health: a new frontier for integrated care. 1e druk. London: The King's Fund; 2016.
27. Land K van 't, Mierau J, Wouterse B. Preventie levert veel meer op dan gedacht. Voorkomen van ziekte is veel lucratiever dan berekeningen laten zien. 2022. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/preventie-levert-veel-meer-op-dan-gedacht.htm>. Geraadpleegd op: 30 sep 2022.
28. Zaalen Y van, Deckers S, Schuman H. Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2018.
29. Kaljouw M, Vliet K van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.
30. Vliet K van, Grotendorst A, Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen. (Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk). Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.