

Regisseur van jouw gezondheid: (on)mogelijkheden om zelf aan de slag te gaan

Astrid Luypaert (Studiedienst)

Met dank aan Elise Rummens, Kristien Van der Elst en Elise Derroitte (Studiedienst), Stephanie Lemmens en Carolien Luypaert (Compas)

Samenvatting

CM Gezondheidsfonds bracht op 6 juni 2020 het gezondheidsboek 'Jouw Gezondheid: wat je zelf kan doen om gezond en gelukkig te leven' uit.

In onderstaand artikel bieden we een theoretisch kader aan hoe (on)mogelijk het is om je gezondheid zelf in handen te nemen. Na dieper in te gaan op een brede, positieve benadering van (jouw) gezondheid, worden de thema-overstijgende begrippen **zelfregie en veerkracht** onder de loep genomen. Deze verdienen extra aandacht omdat ze zowel in de academische wereld, op het terrein en in het beleid aan belang winnen, maar er tot vandaag nog geen consensusdefinitie voor bestaat. Daarna maken we de link naar waarom dit in deze veranderende wereld vol spanningsvelden zo belangrijk is. Tenslotte bekijken we welke duurzame gezondheidsstappen we samen kunnen nemen in onze zoektocht naar meer levenskwaliteit voor iedereen.

Sleutelwoorden: Zelfregie, veerkracht, levenskwaliteit, gezondheidsgeletterdheid, doelgerichte zorg, Positieve Gezondheid, gezondheidsbevordering, gezondheidsfonds

1. Jouw gezondheid

Gezondheid is een werkwoord waar we samen en voor elkaar aan bouwen. Vanuit haar rol als betrouwbare gezondheidspartner schreef CM Gezondheidsfonds de gezondheidsgids 'Jouw gezondheid'. Via het boek nemen we de lezer mee in een brede visie op gezondheid. Deze visie maken we concreet aan de hand van duidelijke voorbeelden en beschrijven we in eenvoudige taal. Hierdoor heeft een breed doelpubliek toegang tot gezondheidsinformatie. We bespreken niet alleen klachten en ziekten. Een groot deel van het boek brengt evidence-informed inzichten in wat gezondheid kan zijn en welke aspecten je al dan niet zelf in handen hebt. De lezer krijgt informatie over thema's zoals voeding, slaap, beweging, mentale fitheid, de sociale en fysieke omgeving en preventie. We geven de lezer eerst informatie over de basis van deze thema's en waarom ze zo belangrijk zijn. Daarna krijgt de lezer de kans om zelf op zoek te gaan naar wat hij zelf kan doen om gezonder en gelukkiger in het leven te staan.

Deze eerste twee van drie delen in het boek zijn geen pleidooi om de perfecte gezondheid na te streven, maar wel een aanmoediging om geïnformeerd keuzes te maken over je gezondheid. Het evenwicht tussen de kracht van het individu én de omgeving werd deskundig bewaakt. Het derde deel van het boek gaat dieper in op de meest voorkomende gezondheidsklachten. Van A tot Z kun je lezen wat deze klachten precies zijn en wat aan de basis ligt van deze gezondheidsproblemen. Wat dit boek echt uniek maakt, is dat het aangeeft wat je zelf kunt doen als de klachten zich voordoen en wat je eventueel kunt doen om ze te voorkomen. Het boek heeft echter ook aandacht wanneer het niet verstandig is om alleen aan de slag te gaan. Je huisarts is in vele gevallen de sleutelfiguur om deze klachten mee te bespreken en eventueel aan te pakken. Ook vertrouwenspersonen uit je omgeving en andere zorgverleners kunnen helpen gezond in het leven te staan.

1.1. Wat is gezondheid?

Gezondheid is een complex maar vooral dynamisch begrip. Naast objectieve factoren brengt gezondheid ook een heleboel subjectieve waarnemingen met zich mee. Dit laatste kunnen we onder de noemer 'welbevinden' plaatsen¹. Gezondheid en welbevinden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Welbevinden is niet onbelangrijk, we kunnen het beschouwen als het mentale kapitaal van onze economie (Vlaams instituut Gezond Leven, 2020). Toch focussen we niet eenzijdig op de subjectieve beleving, omdat het de biomedische, objectieve parameters niet naar waarde schat. We kunnen er nu eenmaal niet onderuit dat verhoogde bloedsuikerspiegels aanleiding geven tot diabetes en de kans op hart- en vaatziekten aanzienlijk doen toenemen. Ook als je je goed in je vel voelt. Gezondheid is dus vooral een én-én-verhaal, met aandacht voor zowel het subjectieve als het objectieve.

Al enkele decennia zijn wetenschappers op zoek naar hoe gezondheid vanuit verschillende visies het best kan gedefinieerd worden. We vinden het belangrijk om verschillende invalshoeken te proberen begrijpen en aandacht te hebben voor de **holistische realiteit van gezondheid**. Gezondheid reikt zich uit over fysieke, mentale en sociale aspecten (Engel, 1977; WHO, 1948) en deze staan allemaal in relatie met elkaar. Enkel als je kunt vertrekken vanuit een brede, maar heldere visie op gezondheid kun je ook beleidsmatig bouwen aan een wereld met meer levenskwaliteit voor iedereen.

1.1.1. Gezondheid als positief begrip

Waar onze klassieke gezondheidsvisies uitgaan van de pathogenese, namelijk de oorzaken van ziektes en de gezondheidsrisico's uit de weg ruimen, gooit CM Gezondheidsfonds het in dit boek over een andere boeg. We vertrekken vanuit de **salutogenese**². De socioloog Antonovsky was grondlegger van dit begrip (1986) waarbij het **versterken van gezondheidsdeterminanten**³ centraal staat. Door hier volop op in te zetten, zorgen we ervoor dat we kunnen leven in een maatschappij waarbij factoren die onze gezondheid beschermen en versterken op de prioriteitenlijst staan.

1.1.2. Een brede definitie van gezondheid: fysiek, mentaal én sociaal

CM liet zich enkele jaren geleden inspireren door een vernieuwende definitie van gezondheid:

“Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al. 2011).”

Vanuit deze dynamische visie op gezondheid is het concept Positieve Gezondheid ontstaan. Dit gezondheidsconcept speelt in op de beperking van de statische gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) die stelt dat gezondheid een toestand van “volledig” sociaal, mentaal en fysiek welbevinden is en niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebreken (WHO, 1948). Volledige gezondheid en welbevinden kan beschouwd worden als een onbereikbaar doel, vandaar dat vanuit Positieve Gezondheid op een andere manier naar gezondheid wordt gekeken. Gezondheid is een middel om een kwaliteitsvol leven te leiden, niet het doel op zich⁴. Vanuit dit gedachtegoed staat de mens centraal, niet de ziekte. Positieve Gezondheid gaat nog een stap verder dan het biopsychosociale model van de WHO en beschrijft gezondheid op een brede wijze via zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociale participatie en dagelijks functioneren (Huber et al. 2016).

In 2018 deed CM een bevraging bij 8.656 van haar leden hoe zij tegenover dit concept staan en in welke mate zij vinden dat de Positieve Gezondheidsdimensies met gezondheid te maken hebben (Vancorenland et al., 2018). Twee jaar geleden konden we al concluderen dat de Belgen klaar zijn voor dit vernieuwende gezondheidsconcept. Het gezondheidsboek vertrekt dan ook vanuit deze integrale brede definitie op gezondheid.

2. Wat kan je zelf doen voor een gezond en gelukkig leven?

Gezondheid is dus veel meer dan 'niet ziek zijn'. Gezondheid heeft evenzeer te maken met mentaal welbevinden, vrienden en familie hebben om op terug te vallen, zin geven aan wat je doet, een aangename omgeving hebben om te wonen, doelen kunnen nastreven en nog zoveel meer. Er zijn tal van factoren die een rol spelen. En het belang dat we aan elk afzonderlijk hechten, verschilt van mens tot mens. Wel kun je onder andere via je gedrag en je levensstijl inspelen op je gezondheid. Binnen levensstijl als gezondheidsdeterminant vinden we zaken zoals hoe we bewegen, hoe we omgaan met stress, relaties, persoonlijke zingeving en ook onze voedingsgewoontes (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020a).

1. **Welzijn** verwijst naar de algemene levenstevredenheid die mensen en gemeenschappen ervaren. Gezondheid is een belangrijk facet van welzijn. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020a)
2. **Salutogenese** onderzoekt wat aan de basis ligt van gezondheid. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de kracht van de mens en niet enkel op zwaktes, benadrukt men de menselijke capaciteiten en niet enkel limieten en beklemtoont men het belang van welbevinden en niet enkel ziekte. (Antonovsky, 1996)
3. **Gezondheidsdeterminanten**: factoren die gezondheid beïnvloeden. Volgens het model van LaLonde (1974) zijn biologische factoren, voorzieningen in gezondheidszorg, leefstijl en omgeving de vier belangrijkste categorieën.
4. “The optimum state of health is the set of conditions that enable a person to work to fulfil her realistic chosen and biological potentials.” (Seedhouse, 1986)

Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al. 2011), belicht het belang van **zelfregie en veerkracht**. Deze twee concepten worden veelvuldig gebruikt door wetenschappers en beleidsmakers, ondanks dat tot op heden geen consensus bestaat over de invulling van deze concepten. Hieronder gaan we dieper in op deze concepten vanuit wat de literatuur ons leert.

2.1. (On)mogelijkheden van zelfregie

Een thema-overstijgend concept binnen het gezondheidsboek is **zelfregie** ('de eigen regie opnemen') of zelfmanagement. Binnen onze integrale aanpak sporen we de lezer in elk deel van het boek aan om zelf met zijn gezondheid aan de slag te gaan, bij de onderwerpen die hij belangrijk vindt. Zonder te oordelen over personen die minder gezond of ongezond leven, wil het boek duidelijke informatie geven over wat bijdraagt tot gezondheid. Om gezond gedrag te kunnen stellen, heb je niet alleen competenties nodig, maar spelen ook je drijfveren (hoe (on)gezond je wilt leven), alsook de omgeving waarin je leeft een rol. In het gezondheidsboek staan we hier bij stil en blijven we benadrukken dat je zelf zaken in handen kunt nemen, maar dat determinanten uit de omgeving minstens zo belangrijk zijn.

2.1.1. Zelfregie stimuleren zit in de lift

Niet alleen in het boek, maar ook daarbuiten krijgt zelfregie steeds meer aandacht. Zo zit het stimuleren van zelfregie onder meer in de lift bij het zorgplan van mensen die leven met een chronische ziekte. Alhoewel het belang van zelfmanagement historisch is gegroeid, is er nog geen consensus over de definitie. Zelfmanagement wordt daarenboven niet alleen

in de zorgcontext, maar ook in bedrijven, human resources, economie, onderwijs, psychologie, sport, cultuur, computerwetenschappen enzovoort gebruikt (Omisakin et al., 2011).

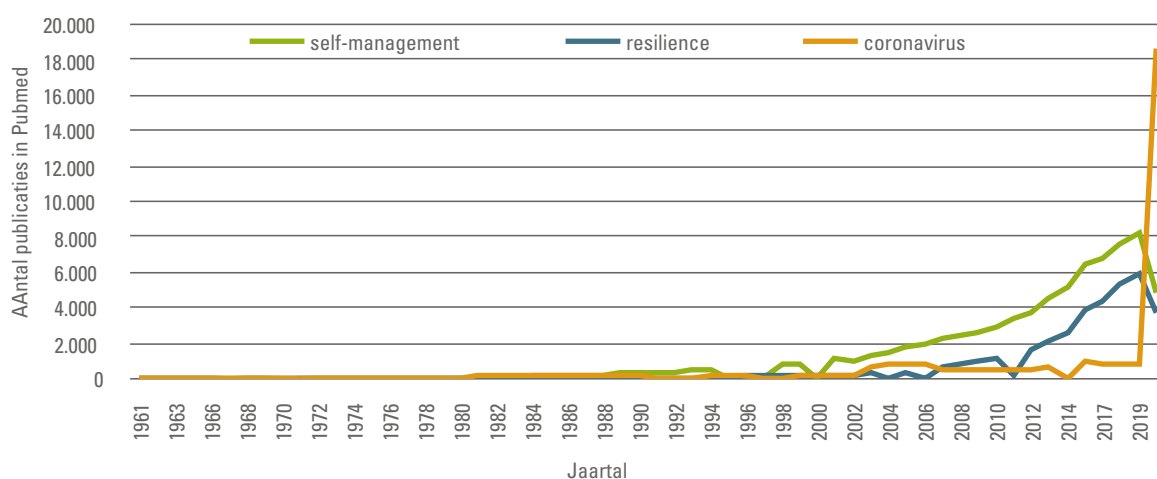
Figuur 1 geeft een symbolische vergelijking tussen het aantal keer dat 'self-management' wordt opgenomen in de medisch wetenschappelijke databank Pubmed in vergelijking met 'coronavirus'. Hierbij zien we dat het gezondheidsconcept self-management sinds de eeuwwisseling steeds meer aan belang wint (74.830 Pubmed publicaties in totaal). In 2019 werd er nog tien keer zoveel gepubliceerd over zelfmanagement (8.212) in vergelijking met het alombekende coronavirus (813 publicaties).

2.1.2. Wat brengt zelfregie op?

Net zoals alle andere aspecten van zorg en welzijn, worden deze zowel persoonlijk als politiek ingevuld. Het belang van zelfmanagement in beleidsvoering neemt de afgelopen jaren dan ook toe, veelal vanuit een neoliberale insteek (Ward, 2015). Wanneer deze objectieven gebruikt worden om overheidsverantwoordelijkheden inzake volksgezondheid op het individu te verhalen, is zelfregie een gevaarlijk en beladen begrip. Nochtans hoeft zelfregie geen negatief geladen term te zijn. Enkel wanneer zelfregie misbruikt wordt in het kader van culpabilisatie of door verantwoordelijkheden louter bij het individu te leggen, dienen we ons daarvan te distantieren.

Waarom willen we ernaar streven dat meer mensen de eigen regie kunnen opnemen als het op hun gezondheid aankomt? Is het effectief louter uit onze vastgeroeste neoliberale overtuigingen of zijn er andere drijfveren om hier sterk op in te zetten? Vermits zelfmanagement een concept is, en geen definitie, is het inherent onderhevig aan culturele, contextuele en maatschappelijke veranderingen.

Figuur 1: 'Self-management' en 'resilience (=veerkracht)' kennen een wetenschappelijke opmars sinds 2000. Deze figuur geeft een didactische vergelijking met het actuele 'coronavirus'.



Zowel bepaalde wetenschappers als beleidsmakers zijn ervan overtuigd dat dit zowel de mens als het gezondheidszorgsysteem gezond kan maken. Zo toonden Panagiotti en collega's (2014) aan dat interventies die zelfregie stimuleren kunnen bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten en verminderd gebruik van het gezondheidszorgsysteem. Er wordt bewijs verzameld dat zelfmanagement stimuleren kan leiden tot afgenomen sterfte, toegenomen functionele vermogens, toegenomen levenskwaliteit, afgenomen gezondheidskosten, therapietrouw, afname in het gebruik van gezondheidsmiddelen en meer sociale participatie (Auduly, 2013; Auduly et al., 2016; Lorig et al., 2001; Miller et al., 2015; Richard & Shea, 2011). Inzetten op zelfregie heeft ertoe geleid dat patiëntenervaringen worden meegenomen in het gezondheidsbeleid, dat de medische hiërarchie in vraag wordt gesteld, alsook het stijgend aantal zelfhulpgroepen en gemeenschapssteun vanuit lokaal ontstane ideeën (community) (Ward, 2015).

Vanuit die redenering is het dan ook legitiem om de statische gezondheidsdefinitie te herzien en zelfregie te zien als substantieel onderdeel van een toekomstgerichte definitie. Maar zoals wel vaker, circuleren rond deze bevindingen ook tegenstrijdigheden. Zo publiceerden Brijnath en collega's in 2016 een artikel waarin ze waarschuwden dat zelfmanagement ook kan leiden tot een disconnectie met het gezondheidszorgsysteem. Dit kan dan weer leiden tot risicovolle gezondheidspraktijken en zwakke gezondheidsuitkomsten, denk maar aan het nemen van medicatie op eigen houtje en te laat professionele hulp zoeken. Ook de link tussen zelfmanagement en afgenomen gezondheidszorggebruik is nog niet voldoende bewezen. Daarenboven is het belangrijk dat we geen globale afname willen van gezondheidszorggebruik, vermits een goed uitgebouwde eerste lijn net de sleutel is voor kwalitatieve, laagdrempelige gezondheidszorg gebaseerd op een solidariteitsprincipe.

Het begrip 'zelfmanagement' wint niet enkel aan belang, het wordt ook op verschillende manieren vertaald naar de praktijk. Dit heeft als resultaat dat er zowel educatieve programma's als cursussen bestaan om bijvoorbeeld mensen te ondersteunen om te leven met diabetes. Ook individuele trainingsprogramma's en sessies gericht op gedragsverandering worden aangeboden, alsook een mengeling van bovenstaande methodieken (Van de Velde et al. 2019). Door de heterogeniteit van het aanbod zijn de uitkomsten echter moeilijk met elkaar te vergelijken.

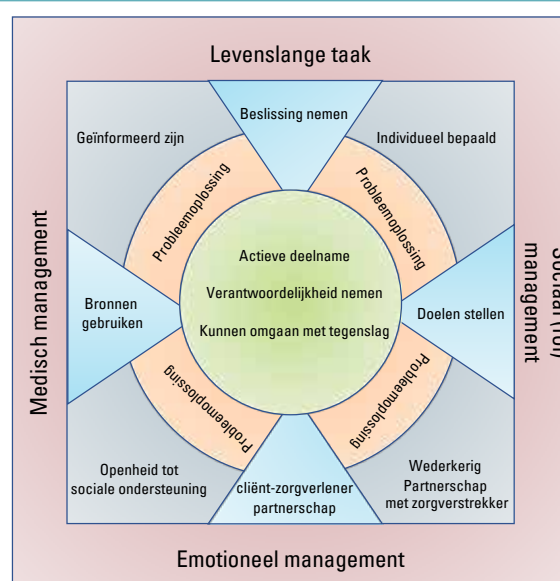
De resultaten van hierboven maken duidelijk dat we geen eenduidige besluiten kunnen trekken rond het effect van het stimuleren van zelfregie op de gezondheid. Sterker nog, tot op vandaag is het dus onmogelijk om evidence-based na te gaan of zelfregie opnemen in een dynamische gezondheidsdefinitie toegevoegde waarde heeft.

2.1.3. Zelfregie is co-regie

Zelfmanagement gaat over veel meer dan het zelf doen. Na een diepgaande concept-analyse blijkt dat ondanks het belang van **persoonsgeoriënteerde** aspecten, factoren in relatie **tot het individu met de omgeving en overkoepelende aspecten** belangrijk zijn om een goed begrip van 'zelfregie' te hebben (Van de Velde et al. 2019). Figuur 2 vat samen wat volgens deze experts nodig is om de eigen regie te kunnen opnemen. Ten eerste kwamen ze tot de conclusie dat het voor de persoon van belang is om a) actief deel te nemen in zijn gezondheid, b) verantwoordelijkheid op te nemen voor zijn gezondheid, c) op een positieve manier met tegenslagen om te gaan.

Daarenboven staat een persoon nooit op zichzelf, maar continu in relatie met zijn omgeving. Hierbij dient de persoon d) over betrouwbare gezondheidsinformatie te beschikken, e) noden, waarden en prioriteiten te kunnen uitdrukken, f) in relatie met gezondheidsprofessionals een actieve partner te worden van zijn gezondheid, g) open te staan voor het ontvangen van sociale steun. De eigen regie opnemen wordt op die manier een levenslange taak die niet alleen in het medisch domein zit, maar ook emotioneel en sociaal is. Als mens is het belangrijk om je persoonlijke vaardigheden te (kunnen) ontwikkelen zodat je in staat bent om problemen op te lossen, besluiten te

Figuur 2: Schematische voorstelling van de complexiteit van zelfmanagement binnen gezondheid(zorg). Zowel attributen⁵ vanuit het individu, de relatie met de omgeving als overkoepelende factoren worden voorgesteld (Van de Velde et al., 2019)



5. **Attributie** = oorzaak toekennen. Een attributie (oorzaak) wordt voorafgegaan door een antecedent en gevolgd door een consequentie.

vormen, bronnen te gebruiken, actie te ondernemen, doelen te formuleren en te evalueren en een vertrouwensrelatie met zorgprofessionals op te bouwen.

Een beroep kunnen doen op sociale steun is voor elk individu een noodzakelijke sleutel om zelfmanagement in de praktijk te kunnen omzetten. Dit ondersteunt mee de theorie dat zelfregie past binnen een groter geheel dan enkel de individuele sfeer. Daardoor wordt zelfmanagement terecht gezien als gedrag dat in grote mate wordt gefaciliteerd via sociale ondersteuning, zowel door professionele contacten als door het informele netwerk (Van de Velde et al., 2019). In diezelfde optiek gaan er steeds meer stemmen op om niet enkel over zelfmanagement te praten, maar over **co-management**, waardoor de kracht van de omgeving als het ware al in het begrip zelf wordt opgenomen.

2.1.4. Gezondheidsgeletterdheid als een van de basisvoorwaarden voor zelfregie

De eigen regie opnemen, is verre van een evidentie voor iedereen. Ook over de term en het doel van 'zelf de regie opnemen' kun je je vragen stellen. Is het uiteindelijke doel van zelfregie om gezondheidsgeletterde, empowered mensen te hebben? Mensen die autonoom in staat zijn om hun leven aan te passen en hun gezondheid te monitoren, om zo een positieve (gezondheids)verandering teweeg te brengen (Lorig and Holman, 2003)? Of is het eerder het proces naar die versterking dat het doel op zich mag zijn?

Na wetenschappelijk debat blijkt dat onder meer **gezondheidsgeletterdheid** (health literacy) aan de basis ligt van zelfregie (Van de Velde et al., 2019). En dat is belangrijk om te beseffen. Zo weten we dat een op de drie Belgen over onvoldoende gezondheidsvaardigheden beschikt⁶ (Charafeddine et al., 2019), een cijfer dat ook internationaal wordt waargenomen (Duong et al., 2017; Sørensen et al., 2015). Wie onderaan de sociale ladder staat, wordt per definitie geconfronteerd met meer gezondheidsproblemen en heeft minder kans op een lang en gezond leven. Gezondheidsongelijkheid is dan ook hardnekkig. Recent werd nog bevestigd dat, ondanks onze toegankelijke Belgische gezondheidszorg, mensen onderaan de sociale ladder per definitie meer wel dan niet uit de boot vallen (OECD, 2019; Detollenaere et al., 2018).

Willen we zelfregie stimuleren, dan zullen we volgens de principes van het proportioneel universalisme⁷ vanuit een brede invalshoek moeten inzetten op gezondheidsgeletterdheid

(Health Council of Canada., 2012; Mackey et al., 2016). Met het gezondheidsboek proberen we al een stapje in de juiste richting te zetten. Vermits iedereen recht heeft op gezondheid, heeft ook iedereen kennis, motivatie en vaardigheden nodig om de juiste informatie over gezondheid te krijgen, deze informatie te begrijpen, te beoordelen en toe te passen.

Naast gezondheidsgeletterdheid zijn ook zelfeffectiviteit, de subjectieve gezondheidsstatus, sociale steun, gezondheids-overtuigingen, motivatie en coping belangrijke faciliterende factoren om aan zelfmanagement te kunnen doen (Van de Velde et al., 2019). Daarom is het belangrijk om blijvend aandacht te hebben voor deze basisfactoren, vooraleer je op grote schaal en generalistische wijze universele gezondheidsprogramma's opstelt. Ieder individu zal andere ondersteuning nodig hebben om effectief de eigen regie op te nemen.

2.2. Veren maar niet breken

Net zoals gezondheid en zelfregie is ook **veerkracht** een dynamisch concept (Lancet, 2009; Huber et al., 2011; Rutter, 2012; Van de Velde et al., 2019). Vanuit de gezondheidsdefinitie die CM hanteert, gaan we ervan uit dat mensen veerkrachtig zijn om zich aan te passen aan de uitdagingen die het leven onlosmakelijk met zich meebrengt.

Afhankelijk van de wetenschappelijke bron die je raadpleegt, gaat men ervan uit dat de menselijke veerkracht een inherente eigenschap van een persoon is, dan wel iets wat je ontwikkelt doorheen de tijd in interactie met biologische systemen en beschermende factoren in je sociale omgeving. Zowel genetische, positieve persoonlijkheidskenmerken, een zorgzame familie en externe sociale ondersteuning beïnvloeden iemands veerkracht. Parallel aan zelfregie is ook bij veerkracht de (sociale) context van cruciaal belang. Zo hangt het met vele factoren samen of iemand veerkrachtig kan opgroeien. Omdat de context zo'n grote rol speelt, kunnen we er niet van uitgaan dat dezelfde kenmerken beschermend zullen zijn in relatie tot alle risico's (Rutter, 2012, Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020b).

Praktijkvoorbeelden, zoals oorlogen, hebben ons geleerd dat mensen in vergelijkbare situaties toch een verschillende uitkomst kunnen vertonen op de uitdaging waarmee zij geconfronteerd worden. De heterogeniteit aan responsen van mensen op eenzelfde uitdaging is groot. Ieders veerkracht is dan ook verschillend. Door veerkracht als een dynamisch concept te beschouwen, gaan we er intrinsiek van uit dat mensen in

6. In CM-info 280 wordt **gezondheidsgeletterdheid** in detail besproken. Ook daar kiezen we voor een brede definitie die naar voor geschoven wordt door Sørensen et al. (2012): "Gezondheidsgeletterdheid is de kennis, motivatie en vaardigheden van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om in het alledaagse leven beoordelingen te maken en besluiten te nemen op het gebied van de gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, om de levenskwaliteit te onderhouden of te verbeteren" (Lambert, 2020).

7. **Proportioneel universalisme**: Sociale ongelijkheid is hardnekkig en onrechtvaardig. Door te werken volgens deze aanpak bereikt men alle burgers, maar doelgroepen die er het meest nood bij hebben, worden intenser ondersteund. Zo gaat men stigma tegen en wordt rekening gehouden met de diverse mogelijkheden en behoeften van elke groep (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2020a).

staat zijn hun veerkracht te versterken. We zien veerkracht dan ook niet als een vaststaand persoonlijkheidskenmerk, maar als een dynamisch begrip dat evolueert doorheen de tijd. De laatste twee decennia begint zowel de academische wereld als het beleid steeds meer aandacht te hebben voor gezondheid en veerkracht van de burgers. Deze opmars valt samen met de positieve psychologie, waardoor ook de herkenning van het eudaimonische⁸, socio-emotionele welbevinden aan kracht wint. Het streven naar dit geluksdoel blijkt even belangrijk als economisch succes na te jagen (Keyes, 2007). Maar hierbij zijn we van mening dat geluk en economisch succes beiden een middel zijn om een kwaliteitsvol leven te leiden en niet het doel op zich hoeven te zijn.

Ondanks het toenemend gebruik van de term veerkracht (Figuur 1), is er geen universele ondersteunde definitie van het concept en begrip (Gemma et al., 2016). Wel zijn er inzichten die interdisciplinair worden ondersteund. Zo is er consensus dat veerkracht een gezonde, adaptieve of geïntegreerde positieve functionering is als antwoord op tegenslagen die je gedurende het leven tegenkwam. Zo ervaar je een verminderde kwetsbaarheid en/of betere uitkomst ondanks de omgevingsrisico's (Rutter, 2012; Southwick et al., 2014).

Onderzoekers van Harvard University (2015) geven aan dat veerkrachtige kinderen worden gevormd door ondersteunende relaties met hun ouders, coaches, leerkrachten, verzorgenden en andere volwassenen in hun gemeenschap. Door een gehechte relatie in de vroege levensjaren leren kinderen vaardigheden op te bouwen om met stress en tegenslag om te gaan. Dit wil niet zeggen dat kinderen van alle stress moeten gevrijwaard worden. We weten uit de literatuur dat mensen in staat zijn met een minimale stressor om te gaan en dat zowel hun veerkracht laag is bij té lage als té hoge stressbelasting. De negatieve ervaring kan mensen gevoeliger maken voor stress, maar ook versterkend werken (steeling effect) (Rutter, 2012). Dit laatste is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand weerbaarder zal reageren op stress of negatieve ervaringen nadat die persoon in het verleden geconfronteerd werd met bepaalde stress. Je bekomt een optimale veerkracht wanneer er een balans is tussen de draagkracht en de draaglast. Veerkrachtige systemen zijn deze die vanuit een positieve kracht worden ingezet om met een tegenslag om te gaan. De term houdt in dat iets kan herstellen, maar dat dit niet altijd is naar de situatie zoals het voordien was. Wel naar een toestand met mogelijkheden en betekenis. Vaak zijn we ons pas bewust van hoe veerkrachtig iets of iemand is als het potentieel eerst op de proef werd gesteld.

Niet alleen individuen kunnen veerkracht vertonen als het op gezondheid aankomt, ook het gezondheidszorgsysteem moet

zich veerkrachtig kunnen opstellen zodat het zich effectief kan aanpassen aan een veranderende omgeving, plotselinge gebeurtenissen of crisissen (OECD, 2019).

Net zoals zelfmanagement moeten we ook veerkracht vanuit verschillende perspectieven benaderen. We pleiten er hier dan ook voor om veerkracht niet enkel vanuit een biologische en psychologische hoek te benaderen en al zeker niet louter gefocust op hoe het individu omgaat met veranderende omstandigheden. Veerkracht op deze manier benaderen legt te veel de nadruk op het neoliberale denken. Wie niet veerkrachtig is, zou dan ultiem verantwoordelijk worden gesteld voor zijn of haar gezondheidsuitkomsten. Ziek zijn zou dan betekenen dat je er als individu niet in geslaagd bent op een adequate manier diensten af te nemen die het gezondheidszorgsysteem je biedt. Neen, we moeten veerkracht plaatsen binnen een sociopolitieke context, want gezondheid (szorg) speelt zich namelijk niet af in een vacuüm.

Wanneer we veerkracht met een voldoende open vizier benaderen, zien we dat veerkracht net een samenspel is tussen het sociopolitieke systeem, het gezondheidszorgsysteem en het individu. Het is de verantwoordelijkheid van het gezondheidszorgsysteem om kansen te creëren, ongelijkheden tot een minimum te beperken en gezondheid hoog op de politieke agenda te plaatsen. Niet omgekeerd. Op deze manier creëren we een omgeving waarin individuen veerkrachtig kunnen leven, want we weten dat zowel opleidingsniveau, ongelijkheden en sociale isolatie de veerkracht van onze burgers aantast (Walker and Peterson, 2018).

2.3. Stap voor stap richting doel levenskwaliteit

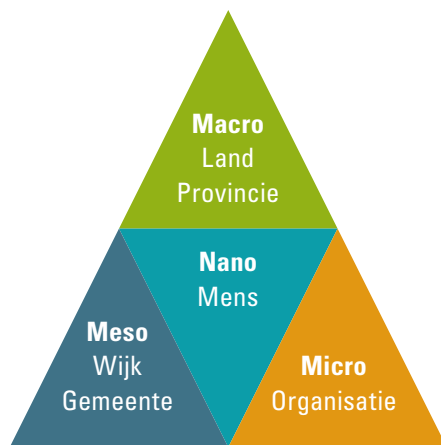
Gezondheid is altijd een samenspel van duurzaamheid, kwaliteit en solidariteit (Annemans, 2016). De komende jaren moeten we op basis hiervan op alle niveaus (Figuur 3), vanuit een interprofessionele context, acties ondernemen om met z'n allen een kwaliteitsvol leven te leiden in België. Met dit doel voor ogen zullen we steeds bijleren welke (zorg)concepten hiertoe effectief bijdragen, waarbij onder meer doelgerichte zorg, zelfmanagement, community care en interdisciplinaire samenwerking hoog op onze agenda staan (Boeckxstaens et al., 2020). Door niet langer te focussen op problemen, maar op de doelen van wat mensen zelf belangrijk vinden, kunnen we vanuit doelgerichte zorg verschillende voordelen ontdekken die passen binnen de Quadruple Aim doelstellingen⁹.

De beste resultaten verkrijgen we wanneer we het aandurven om de holistische realiteit van gezondheid te omarmen en we niet enkel de medische, diagnostische bril opzetten wanneer

8. **Eudaimonisme** = het streven naar geluk ('goede ziel') volgens de ethische doctrine van Aristoteles (Becker et al., 2007).

9. **Quadruple aim**: De Quadruple Aim beoordeelt de prestaties van het gezondheidszorgsysteem in het licht van vier doelstellingen: 1) verbetering van de gezondheid van de bevolking, 2) verbetering van de patiëntervaring, 3) vermindering van de kosten per hoofd van de bevolking van de gezondheidszorg en 4) de tevredenheid van de zorgverlener behouden.

Figuur 3: Gezondheid is een uitdaging op alle niveaus, van nano tot macro, waarbij de mens centraal wordt geplaatst.



we over gezondheid praten. We moeten meer aandacht hebben voor het dynamische samenspel van alle gezondheidsdomeinen waarbij de mens centraal staat.

3. Samen sleutelen aan gezondheid in een veranderende wereld vol complexe spanningsvelden

Hierboven gingen we dieper in op wat gezondheid is in een veranderende wereld en hoe begrippen zoals zelfregie en veerkracht hierin passen. Een ding is duidelijk, gezondheid is een complex middel om meer levenskwaliteit te bereiken. Het gezondheidsboek *Jouw Gezondheid* biedt alvast een unieke kijk en concrete handvaten om op zoektocht te gaan.

Gezondheid is per definitie niet een *one-size fits all* begrip en hoort thuis in alle beleidsdomeinen (**health in all policies**, WHO, 1986). Hieronder gaan we dieper in op welke sleutels tot succes er bestaan om gezondheid tot haar recht te laten komen in de 21^e eeuw.

3.1. Over sectoren heen

Ons (gezondheidszorg)systeem heeft dan ook meer dan ooit nood aan intersectorale hefboomen die het mogelijk maken een brede definitie op gezondheid, met de mens centraal, om te zetten naar de dagdagelijkse dynamische realiteit. Het verschil tussen systemen die uitgaan van enerzijds strikt gecontroleerde output en medische doelen en anderzijds van praktijken die uitgaan van persoonlijke doelen, die onzekerheid

toelaten en die sociaal kapitaal hoog in het vaandel dragen, kan soms niet groter zijn. Het klassieke biomedische model laat amper onzekerheden toe als het op gezondheid aankomt (Boeckxstaens et al., 2020). Nochtans ligt er nog een groot onontgonnen terrein braak dat onzekerheid nodig heeft om ontdekt te worden.

3.2. Steeds vertrekken vanuit de mens

Zoals we in het gezondheidsboek ook benadrukken, is iedereen uniek. Door de mens onomstreden centraal te plaatsen, met zijn eigen unieke karakter, waarden en voorkeuren, laten we ook binnen de gezondheidszorg toe om steeds vanuit waardigheid, respect en kwaliteit te werken. Enkel wanneer we aan deze basisvereisten voldoen, kunnen we daadwerkelijk doelgericht werken. De lezers van het gezondheidsboek ontdekken dat ze hierin zelf een unieke rol vervullen. Wanneer ze in dialoog gaan met hun zorgprofessional, worden ze aangespoord om niet enkel passief te luisteren naar wat die hen aanbiedt. Ze worden een actieve gesprekspartner die samen beslissingen neemt binnen de gezondheid die zij nastreven (Boeckxstaens et al., 2020). Het is wel de verantwoordelijkheid van professionals om een veilige en laagdrempelige omgeving te creëren, waarbij ruimte is voor het (andere) referentiekader van diegene die hulp vraagt.

3.3. Beter voorkomen dan genezen?!

Vandaag definiëren we gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). De epidemiologische en demografische feiten dwingen ons als het ware om deze transitie te maken. Ondanks de uitdagingen die infectieziekten met zich meebrengen, denk maar aan COVID-19 en AIDS, zijn het in 2020 voornamelijk chronische aandoeningen die de grootste uitdaging vormen van onze gezondheidszorg.

Hoewel het spreekwoord *beter voorkomen dan genezen* heel veel waarheid in zich draagt, blijken we deze wijsheid niet altijd om te zetten in de praktijk. Hoewel we ons collectief verantwoordelijk voelen om de coronacrisis te lijf te gaan, zien we een andere soort van (collectieve) verantwoordelijkheid als het gaat over psychische problemen, hart- en vaatziekten of welvaartsziekten. Zo blijkt uit de gezondheidsenquête 2018 dat de Belgen algemeen te veel zitten en te weinig bewegen en dat de helft van de Belgen overgewicht heeft of obees is, ondanks de gekende gezondheidsrisico's (Van der Elst et al., 2020). Ook deze klassieke gezondheidsuitdagingen blijven aandacht verdienen. Daarnaast blijven we benadrukken hoe belangrijk het is om middelen te investeren in ziektepreventie en gezondheids promotie. We weten dat slechts 2 procent van de gezondheidszorgmiddelen worden besteed aan preventie en dat België nog stappen vooruit kan nemen op het vlak van te voorkomen mortaliteit (OECD, 2019). We zijn ervan

overtuigd dat zowel preventie en acute zorg steeds aandacht nodig hebben. Tijdens de COVID-19-pandemie bleek nog maar eens duidelijk dat we heel goed zijn in het acuut behandelen van ziekten. Gezondheid en gedrag gaan hand in hand met zorg en ziekte. Ziekten voorkomen, of sterker nog: gezondheid bevorderen, vergt echter een heel andere aanpak en andere gedragingen en keuzes van zowel de burgers als de samenleving in haar geheel. Ook tijdens en na de coronacrisis moeten we blijvend inzetten op gezondheidsbevordering in plaats van enkel ziekte te bestrijden (Van den Broucke, 2020). Het huidige overheidsbeleid in Vlaanderen biedt nochtans kansen om gezondheidswinsten te boeken. Het gezondheidsboek gaat hier dieper op in.

3.4. Blik op de toekomst

3.4.1. Nood aan een breed draagvlak

Uit bovenstaande blijkt dat gezondheid in veel domeinen thuisheert. Termen zoals zelfmanagement of veerkracht enkel binnen de medische dimensies plaatsen, onderkent hun belang in andere domeinen zoals bijvoorbeeld de mentale en sociale context. We hebben dan ook dringend nood aan een draagvlak voor deze ruimdenkende visie, die grotendeels weg stapt van het reductionistisch biomedisch model. Enkel zo is vertaling van een brede definitie van gezondheid in de praktijk mogelijk. Een samenspel van verschillende niveaus van nano tot macro (Figuur 3) in co-creatie met verschillende partners is cruciaal om waarde(n)volle gezondheidswinsten op te leveren.

3.4.2. Radicaal digitaal?

De komende jaren verwachten we dat digitale toepassingen (e-health en apps) zullen inspelen op de tendens om mensen zelf de regie in handen te laten nemen, te empoweren en in hun kracht te zetten (Lawn et al., 2009). Ook hier moeten deze toepassingen zo breed mogelijk toegankelijk zijn, om gezondheidsongelijkheden niet te bevestigen, maar net weg te werken. De digitale kloof tussen zorgvragers en zorgverleners dicht zal hierbij een belangrijk aandachtspunt zijn. En niet alleen de digitale kloof, ook de gezondheidskloof mag niet verder toenemen. Zoals we hierboven konden lezen, is inzetten op gezondheidsgeletterdheid belangrijk. Deze aspecten zijn een dagdagelijkse uitdaging, waarbij uitgaan van het equity-principe een belangrijke randvoorwaarde is voor het welslagen in onze opdrachten als gezondheidspartner.

3.4.3. Nood aan wetenschappelijke onderbouw

De komende jaren is er meer onderzoek nodig naar concepten zoals zelfmanagement, gezondheidsgeletterdheid, veerkracht en gezondheid. Gezondheid, veerkracht en zelfmanagement zijn complexe en contextgevoelige concepten, waarvoor consensusdefinities vandaag uitblijven. Iedereen is het erover eens dat de inhoud die eraan gegeven wordt, kan verschillen tussen individuen, families, organisaties, maatschappijen en

culturen. Om de determinanten van deze begrippen te bepalen, neemt toekomstig empirisch onderzoek het best de verschillende invalshoeken en wetenschapsdomeinen mee: zowel genetisch, epigenetisch, ontwikkelings-, demografisch, cultureel, economisch en sociale variabelen. Zo kunnen we in de toekomst gerichte aanbevelingen op maat formuleren om door te groeien, niet enkel op individueel niveau, maar ook op maatschappelijk niveau (Southwick et al., 2014).

Desondanks hun opmars ontbreekt het vandaag aan kwaliteitsvolle en valide onderzoeksinstrumenten om bovenstaande concepten te meten. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de wetenschappelijke literatuur. De uitkomsten die we meten op basis van het toepassen van deze concepten, worden vandaag nog niet via een gouden standaard gemonitord. Er is dan ook dringend nood aan deze meetinstrumenten zodat effectiviteitsanalyses, procesevaluaties en verbetertrajecten kunnen worden opgestart wanneer we interventies uitrollen. Door de holistische realiteit te omarmen, kunnen we extra inspanningen leveren om deze begrippen kwalificeerbaar te maken. Niet alleen meetinstrumenten zijn noodzakelijk, ook deze concepten inhoudelijk verbreden op basis van valide onderzoek is ethisch noodzakelijk, willen we verzekeren dat burgers de nodige overheidssteun krijgen inzake zorg en welzijn.

3.4.4. Het coronavirus is niet de enige gezondheidsuitdaging

Anno 2020 is het onmogelijk om de COVID-19-pandemie uit de weg te gaan. We kunnen nog niet met voldoende zekerheid voorspellen wat de exacte gevolgen zullen zijn voor onze burgers en het Belgische gezondheidszorgsysteem. Wat we wel weten, is dat ze onlosmakelijk de pijnpunten in de systemen en gezondheidszorg heeft blootgelegd. Beperkte overheidssteun, complexe aandoeningen en onbetaalbare, op maat ontwikkelde medicijnen in combinatie met een vloedgolf aan technologische innovaties maken dat we uitgedaagd worden om te veranderen (Boeckxstaens et al., 2020). We zijn ervan overtuigd dat dit momentum naast enkele belangrijke struikelblokken ook veel opportuniteiten met zich meedraagt.

Hoewel de coronaviruspandemie ons met onze beide voeten op de grond zette, blijven chronische aandoeningen de echte uitdaging van de 21^{ste} eeuw. Waar het voor COVID-19 vanzelfsprekend lijkt om preventief te werk te gaan, lijkt dat voor andere aandoeningen zoals diabetes type 2, obesitas en kanker minder voor de hand liggend. Nochtans kunnen we ook deze curves collectief doen afzakken.

Belangrijke debatten rond zorg, geïntegreerde zorg, (de)centralisatie van gezondheidszorg en de financiering van dit systeem zijn geopend en moeten constructief aangegaan worden. Ook hier gaan we er intrinsiek van uit dat niet alleen onze burgers, maar ook systemen veerkrachtig zijn en zich kunnen herstellen na aanzienlijke tegenslagen. Dit herstel hoeft niet back to normal te zijn. De beslissingen die we vandaag maken, maken of kraken de solidaire wereld van morgen. De komende jaren moeten we focussen op de veerkracht van onze burgers

en die van de gezondheidszorg. Gezondheid moet op maat tot bij de burgers gebracht worden vanuit de lokale gemeenschappen. Naast het medische moeten we minstens evenveel oog hebben voor de sociale en ecologische determinanten van gezondheid. Zo zetten we stappen in de juiste richting.

4. Conclusie

Gezondheid is naast complex bovenal een dynamisch en positioneel begrip. Het omvat onder meer fysieke, mentale en sociale dimensies. Door gezondheid als een middel te zien voor een kwaliteitsvol leven, openen er zich veel mogelijkheden om met gezondheid aan de slag te gaan. Vandaag wordt er, vaak onder neoliberale impulsen, vanuit verschillende hoeken en op verschillende manieren onder meer al ingezet op zelfmanagement. Hoewel zelfmanagement ondersteunen en stimuleren belangrijke voordelen met zich kan meebrengen, moeten we steeds waakzaam blijven dat het omgekeerde effect niet ontstaat.

Alle concepten die we hierboven beschreven hebben (gezondheid, zelfmanagement en veerkracht) spelen zich niet af in een vacuüm en moeten we steeds plaatsen binnen het individu, de context en de bredere samenleving. Het mag duidelijk zijn dat het gezondheidsboek geen pleidooi is voor een liberaal model, waarbij gezondheid enkel en alleen wordt bekomen door het individu. Zo is en blijft gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid. We moeten dan ook samen sleutelen aan gezondheid in deze veranderende wereld, door over sectoren heen te denken, meer aandacht te hebben voor preventie en blijvend in te zetten op onderzoek om meer kennis op te bouwen.

Het blijft een kerntaak van alle sociale partners en gezondheidspartners om vanuit het beleid de voedingsbodem voor gezondheidsongelijkheid aan te pakken, gezondheid in alle beleidstakken te includeren en gelijke kansen voor iedereen te vrijwaren. Vanuit dit standpunt staat veerkracht niet enkel voor een veerkrachtig individu, maar vormt het de verbinding

Take home messages

- Gezondheid is dynamisch
- Gezondheid is een middel om een kwaliteitsvol leven te leiden
- Gezondheid is een gedeelde verantwoordelijkheid
- Gezondheid is zowel fysiek, mentaal als sociaal
- Zelfregie is co-regie
- Het systeem moet kansen voor iedereen creëren om als veerkrachtige individuen te kunnen ontwikkelen

tussen het sociopolitieke- en het gezondheidszorgsysteem. Op alle niveaus zijn inspanningen nodig, zodat we kunnen bouwen aan een solidaire wereld met meer levenskwaliteit voor iedereen. Het boek daagt ook ons als gezondheidspartner uit om te blijven pleiten om aandacht te hebben voor alle gezondheidsdeterminanten. Moedige beleidskeuzes, gesteund door individuele inspanningen zijn noodzakelijk om op een duurzame manier gezond en gelukkig in het leven te kunnen staan.

Referenties

- Annemans, L. (2016). High quality, affordable and sustainable healthcare: challenges and opportunities geraadpleegd via <https://www.cib-pharma.be/images/files/cib-symposium-3rd-edition-1330-lieven-annemans1465284282.pdf> op 24 juni 2020
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11:11-18
- Antonovsky, A., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126:213–225
- Audulv, Å. (2013). The over time development of chronic illness self-management patterns: a longitudinal qualitative study. *BMC Public Health*, 13:452
- Audulv, Å., et al. (2016). Coping, adapting or selfmanaging-what is the difference? A concept review based on the neurological literature. *J Adv Nurs*, 72:2629–43
- Becker, M. et al. (2007). Lexicon van de ethiek. Van Gorcum
- Boeckxstaens, P. et al. (2020). Goal-oriented care a shared language and co-creative practice for health and social care. *Koning Boudewijn Foundation*.
- Brijnath, B. & Antoniadou, J. (2016). "I'm running my depression:" self-management of depression in neoliberal Australia. *Soc Sci Med*, 152:1-8
- Charafeddine, R., Demarest, S. & Berete, F. (2019). Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden. *Sciensano*. Rapportnummer: D/2019/14.440.78. Beschikbaar op: www.enquetesante.be
- CM. (2020). Jouw gezondheid: Wat je zelf kan doen om gezond en gelukkig te leven. *Borgerhoff & Lamberigts*
- Detollenaere, J. et al. (2018). The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *Social science & medicine*, 201:103–110
- Duong, T. et al. (2017). Measuring health literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47-survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*, 27:80-86
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–136
- Gemma, A. et al. (2016). What is resilience? An integrative review of the empirical literature. *J Adv Nurs*, 72:980-1000

- Health Council of Canada. (2012). Self-management support for Canadians with chronic health conditions: A focus for primary health care. Toronto: *Health Council of Canada*.
- Huber, M. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*. 343:d4163
- Huber, M. et al. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 5:e010091
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 62:95-108
- LaLonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. *Ottawa: Information Canada*
- Lambert, L. (2020). Wat zijn gezondheidsvaardigheden? Een literatuuroverzicht. *CM Informatie*. 280:52-67
- Lancet, T. (2009). What is health? The ability to adapt. *Lancet*. 373:781-6736
- Lawn, S. et al. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. *Aust J Prim Health*. 15:37
- Lorig, K., et al. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 4:256-62
- Lorig, K. & Holman, H. (2003) Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann. Behav. Med*. 26:1-7
- Mackey, L. et al. (2016). Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have? *Med Decis Making*. 36:18
- Miller, W., et al. (2015). Chronic disease self-management: a hybrid concept analysis. *Nurs Outlook*. 63:154-61
- Mold, J., Blake G., & Becker, L. (1991). Goal-oriented medical care. *Family medicine*. 23:46-51
- National scientific council on the developing child. (2015). Supportive relationships and active skill-building strengthen the foundations of resilience: working paper 13. Geraadpleegd via <http://www.developingchild.harvard.edu> op 14 juni 2020
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). State of Health in the EU. Belgium: Country Health Profile 2019. *OECD Publishing*
- Omisakin, F. et al. (2011). Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educ Res*. 2:1733-173
- Panagioti, M. et al. (2014). Self-management support interventions to reduce health care utilization without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 14:356
- Richard, A. & Shea, K.(2011). Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh*. 43:1-64
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*. 24:335-344
- Seedhouse, D. (1986). Health: the foundations for achievement. 2nd edition, Wiley
- Sørensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definition and models. *BMC Public Health*. 12:80
- Sørensen, K., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 25:1053-1058
- Southwick, S. et al. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 1;5
- Van de Velde, D. et al. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*. 9:e027775
- Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health promot int*. daaa042
- Van der Elst, K. et al. 2020. Gezondheidsenquête 2018 - De brug slaan tussen cijfers en praktijk: zullen we samen aan de slag gaan? *CM Informatie*. 280:4-30
- Vancorenland, S. et al. (2018). Belg lijkt klaar voor Positieve Gezondheid. Enquête naar aanleiding van het CM-symposium 'Samen voor Positieve Gezondheid'. *CM-informatie*. 274:21-29
- Vlaams instituut Gezond Leven. (2020). Wat is gezondheid? Geraadpleegd via <https://www.gezondleven.be/kwaliteitsvolle-gezondheidsbevordering/wat-is-gezondheid> op 12 juni 2020
- Vlaams instituut Gezond Leven. (2020). Wat is veerkracht? Geraadpleegd via <https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/wat-is-veerkracht> op 12 juni 2020
- Walker, C., & Peterson, C. (2018). A sociological approach to resilience in health and illness. *Journal of evaluation in clinical practice*. 24:1285-1290
- Ward, L. (2015). Caring for ourselves? Self-care and neoliberalism. *Ethics of Care: Critical Advances in International Perspective* (pp. 45-56). Bristol: Policy Press
- WHO. (1986). The Ottawa charter for health promotion. *World Health Organization*
- WHO.(1948). What is the WHO definition of health? Geraadpleegd via <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> op 14 juni 2020.