

1

Inleiding in gezondheid en gezondheidszorg

Inleiding

De gezondheidszorg houdt zich, zoals de naam al impliceert, bezig met de zorg voor de gezondheid van mensen. Dit is een brede omschrijving, die ook meteen vragen oproept. Wat is gezondheid? Wanneer is iemand gezond en wanneer ziek? Zijn gezondheid en de beleving daarvan voor iedere bevolkingsgroep gelijk? In de loop van de tijd is de visie op gezondheid veranderd. Ook de organisatie van de gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. In dit hoofdstuk wordt een korte schets gegeven van deze ontwikkelingen tot aan deze eeuw. In de rest van het boek gaan we uitgebreider in op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de zorg.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- beschrijven wat wordt verstaan onder gezond gedrag;
- uitleggen op welke manier specifieke factoren zoals sociaaleconomische status, etniciteit, leeftijd, sekse en persoonlijkheid, gezondheid beïnvloeden;
- benoemen wat de invloed is van media op gezondheid;
- beschrijven wat de toekomstverwachting is van de gezondheidszorg.

Ik ben Gerrit, Gerrit de Jager. Ik ben 46 en morgen word ik geopereerd. Vandaar dat ik nu in het ziekenhuis ben. Best vreemd want ik voel me prima, ik zou bijna zeggen 'kerne gezond'. Het enige waar ik last van heb is pijn op de borst als ik me erg inspan. Het begon een aantal maanden geleden. Telkens als ik de trap op liep, had ik last van die pijn. Eerst dacht ik dat ik gewoon erg moe was en wat vroeger naar bed moest. Maar de pijn bleef, en de klachten kwamen ook steeds vaker. Ik vertelde maar niets aan mijn vrouw, want ik wilde haar niet ongerust maken. Maar vorige week ging het goed mis. Toen ik naar de bakker fietste, kreeg ik zo'n pijn op mijn borst en ook in mijn linkerarm dat ik moest stoppen met fietsen. Ik heb een kwartier op een bankje gezeten tot de pijn over was. Ik vond het een vreselijk angstige ervaring, het zweet stond op mijn voorhoofd.

Het duurde dus even voor ik weer thuis was met de boodschappen en toen vertelde ik mijn vrouw wat er gebeurd was. Zij maakte meteen een afspraak bij de huisarts. Ik kon de volgende dag terecht en voor ik het wist zat ik op het spreekuur van de cardioloog en moest ik een aantal onderzoeken ondergaan. Uit de onderzoeken bleek dat ik drie bloedvatvernauwingen had. Ik schrok me rot! De cardioloog zei dat ik me maar geen zorgen moest maken, hij zou me zo weer 'gerepareerd' hebben. Het was maar 'een routine-ingreep waarvoor ik een paar dagen opgenomen moest worden'. Nou, voor hem is het misschien routine, maar voor mij niet.

Eerlijk gezegd schrok ik vreselijk van het bericht dat ik een bypass moet ondergaan. Het is toch geen fijn idee dat een arts in je hart snijdt.

1.1 Wat is gezondheid?

In de casus vertelt Gerrit over de pijn op zijn borst en hoe zij zich daarbij voelt. Hij voelt zich niet ziek, zegt zelfs dat hij zich gezond voelt, hoewel hij een aanwijsbare aandoening heeft (hartklachten).

Het begrip 'gezondheid' wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als 'een algemeen fysiek, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek'. Deze definitie stamt uit 1948 en is sindsdien ongewijzigd. Binnen de gezondheidszorg in Nederland en het buitenland gaan echter geluiden op om de definitie te herschrijven. Het kan namelijk best zijn dat iemand een slechte fysieke gezondheidstoestand heeft, maar een uitstekend psychisch en sociaal welbevinden. Een voorbeeld daarvan was Sam Galesloot, een jongen over wie Ria Bremer een documentaire maakte en met wie zij, op 23 april 2010, te gast was in het televisieprogramma *De Wereld Draait Door*. Sam had een progressieve spierziekte waardoor hij blind en doof was en continu beademd moest worden. Hij kon alleen nog communiceren met behulp van het hand-wangalfabet. Hij vertelde zeer gelukkig te zijn ondanks zijn zware handicap. Vanuit de definitie van het WHO bekeken is Sam gezond, want hij is gelukkig.

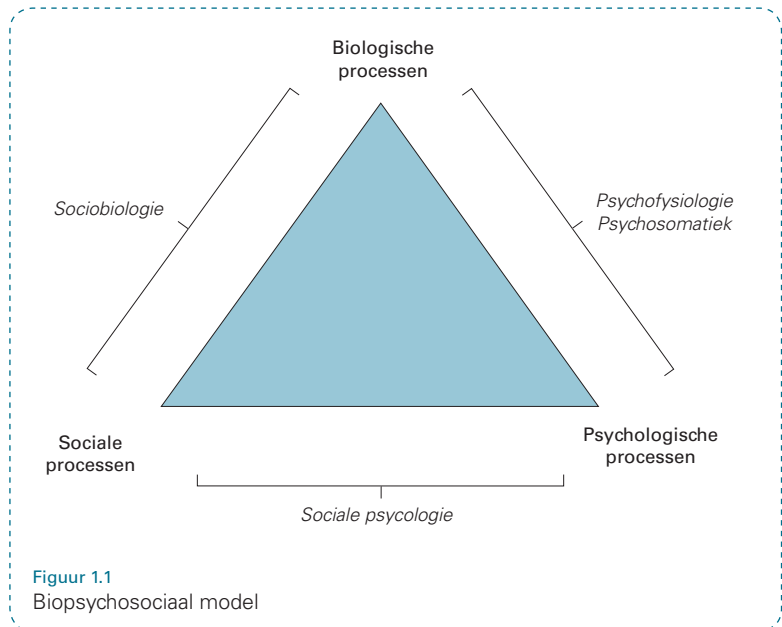
Deze onduidelijkheid maakt de WHO-definitie absoluut nog niet tot een slechte definitie. Op zich past ze namelijk goed bij onze hedendaagse opvattingen over gezondheid en ziekte. Zo geeft de definitie een mens de ruimte om ongezond te zijn, ook als de dokter niets kan vinden. Daarmee sluit ze aan bij het biopsychosociale ziektemodel dat we tegenwoordig hanteren (Van Morrison & Bennett, 2010). Volgens dit model bepalen niet alleen objectief waarneembare klachten of iemand ziek of gezond is, maar ook de subjectieve ervaring van mensen, dus de beleving van klachten. Deze subjectieve ervaring van de klachten wordt sterk gekleurd door persoonlijke en culturele invloeden, zoals iemands leeftijd, culturele achtergrond of sociale netwerk. Hierop zullen we verderop in dit hoofdstuk nader ingaan.

Casus

Ondanks de pijnklachten en de aanstaande operatie voel ik me niet echt ziek. Heel anders dan mijn moeder bijvoorbeeld. Zij had regelmatig last van hoofdpijn en voelde zich dan vreselijk ziek. Ze lag vaak een hele week in bed. De pijn was zo erg dat ze zich te ziek voelde om uit bed te komen en het huishouden te doen of te gaan werken. Wij, mijn broers en zussen en ik, waren dan zo stil mogelijk en regelden het huishouden. Haar ziekte had niet alleen gevolgen voor haar, maar ook voor ons. Mijn moeder heeft meerdere artsen bezocht, maar die konden nooit wat bij haar vinden. Uiteindelijk heeft een van hen tegen haar gezegd dat 'het tussen haar oren zat'. De dokter zei letterlijk: 'Ik kan niets vinden, dus bent u niet ziek.' Best raar dat die artsen voor haar bepaalden dat ze niet ziek was. Hadden ze toen de middelen gehad die we nu hebben om allerlei onderzoek te doen, dan zouden ze vast wel iets gevonden hebben.

1.1.1 Biopsychosociale model

Het **biopsychosociale model** staat in contrast met het **biomedische model**, dat tot ongeveer de jaren tachtig van de vorige eeuw het dominante model was bij het denken over ziekte en gezondheid.



Volgens het biomedische model was iemand niet ziek als die persoon geen lichamelijk waarneembare klachten had. Kon de dokter niks vinden, dan moest de persoon dus wel gezond zijn. In de casus heeft de moeder van Gerrit pijnklachten. De dokter kan echter niets vinden en stelt op basis daarvan dat zij niet ziek is terwijl zij zich duidelijk wel ziek voelt. Hoewel het biomedische model zeker zijn waarde heeft, vat het gezondheid op als een zeer smal begrip. Het negeert het feit dat mensen klachten verschillend kunnen ervaren en er verschillend op reageren. In de huidige tijd kan men niet meer heen om het belang van het psychosociale aspect van gezondheid: in Nederland lopen een heleboel mensen rond met medisch onverklaarbare klachten. In zo'n 20 tot 30% van de ziektegevallen kan de huisarts namelijk geen oorzaak vinden voor lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, oorsuizingen, buikpijn, hoofdpijn of spierpijn. Een verzameling van dit soort onverklaarde klachten wordt ook wel een '**medisch onverklaard syndroom**' genoemd.

Mensen die lijden aan een medisch onverklaard syndroom voelen zich vaak gefrustreerd: ze hebben wel klachten, maar geen ziekte. Dat betekent geen behandeling en geen erkenning van het lijden. Veel mensen plakken zichzelf dan op een gegeven moment een label op, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of bekkeninstabiliteit. Het feit dat de WHO deze mensen wel als ongezonder beschouwt, wil echter niet zeggen dat de Nederlandse samenleving dat ook doet. Zo

komen mensen met medisch onverklaarbare klachten niet of amper in aanmerking voor een uitkering op basis van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA, de voormalige WAO), terwijl ze, volgens de definitie van de WHO, toch echt niet gezond zijn. In hoeverre deze mensen gezond zijn of ziek, daarover kunnen de meningen verschillen, maar de definitie van de WHO maakt duidelijk dat je deze groep niet kunt negeren en simpelweg kunt bestempelen als 'aanstellers'. Bovendien komt er steeds meer wetenschappelijk bewijs dat er wel degelijk iets aan de hand is met mensen met een medisch onverklaarbare syndroom. Uit medisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat velen van hen een 'pijnpoort' hebben die te ver openstaat en dat hun hersenen overgevoelig reageren op cytokinen, stoffen die ervoor zorgen dat je je ziek voelt (Houtveen, 2009).

Ondanks het feit dat nog steeds veel mensen tussen wal en schip vallen (wanneer is er nu sprake van ziekte en wanneer niet?), is er tegenwoordig veel meer aandacht voor de psychosociale aspecten van gezondheid en ziekte. Had iemand zo'n dertig jaar geleden buikpijnklachten, dan werd er met endoscopieën, echo's en andere middelen nagegaan wat er aan de hand zou kunnen zijn. Vervolgens werd een operatie overwogen en/ of medicatie voorgeschreven. Vond men geen lichamelijke afwijking, dan konden de artsen niets meer betekenen voor de persoon met de klachten. Tegenwoordig is dat anders. Er wordt ook aandacht besteed aan de sociaal-emotionele situatie van de zorgvrager en inmiddels accepteert men behandelingen zoals hypnotherapie bij buikpijnklachten.

De definitie van de WHO impliceert ook dat een benadering van gezondheid die louter is gericht op het curatieve, dat wil zeggen op het oplossen van reeds aanwezige gezondheidsproblemen, niet volstaat. Er moet veel meer gedaan worden om mensen gezond te houden: het welzijn van mensen moet worden gestimuleerd en gezondheidsproblemen moeten worden voorkomen. Ook dit sluit aan bij het biopsychosociale model: het gaat niet alleen maar om het wegnemen van een staat van niet-welzijn, maar ook om het bijdragen aan het subjectieve welzijn en het voorkomen van problemen. Mede ingegeven door bezuinigingen is preventie momenteel een 'hot item' binnen de gezondheidszorg. Liever voorkomen, dan genezen, want dat is (onder andere) een stuk goedkoper. Met voorlichting en het samenstellen van een sociaal vangnet probeert men het ontstaan van klachten te voorkomen of te minimaliseren. En wie eenmaal klachten heeft gehad en is hersteld, krijgt te maken met zorgmaatregelen die gericht zijn op het voorkomen van terugval. Mensen worden niet zomaar 'losgelaten', maar krijgen, na bijvoorbeeld een hartaanval, advies van een voedingsdeskundige, om een gezondere leefstijl te stimuleren, en kunnen via het ziekenhuis deelnemen aan gespreksgroepen met lotgenoten. Kortom, de afgelopen eeuw is er veel veranderd in het denken over gezondheid en ziekte, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

1.1.2 ICF

Bij het denken over gezondheid en ziekte is niet alleen een verschuiving te zien in de definitie van gezondheid van het biomedische naar het biopsychosociale model, er is ook een verandering te zien in waar de gezondheidszorg zich op richt. Steeds meer richt men de focus op de zaken waar een zorgvrager wél toe in staat is. De WHO heeft de **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** opgesteld (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>). De ICF geeft een beschrijving van het menselijk functioneren en zijn beperkingen daarbij uitgaande van functies en contextuele factoren. Deze classificatie heeft dus als uitgangspunt het functioneren van mensen, niet hun handicap of ziekte. Deze omslag heeft zich ook vertaald naar de gezondheidszorg. Daar wordt nu meer gekeken naar wat mensen wel kunnen en welke ondersteuning zij daarbij hebben of kunnen krijgen binnen het eigen netwerk. Pas daarna wordt bekeken welke aanvullende zorg nodig is.

In de verpleegkunde bestaan verschillende theorieën en visies over wat verplegen inhoudt. Een verpleegkundige theorie geeft richting aan het verpleegkundig handelen. Het helpt om vast te stellen welke zorg je een zorgvrager geeft en op welke manier je dat gaat doen. Al deze theorieën hebben een eigen definitie van het begrip 'gezondheid'.

Zo heeft Virginia Henderson het in haar visie over gezondheid als 'kwaliteit van leven, de basis voor het menselijk functioneren. Personen bereiken of behouden hun gezondheid als ze beschikken over de benodigde sterkte, wil of kennis. Imogene King beschrijft gezondheid anders: als een dynamische status in de levenscyclus van een persoon. Ziekte is een verstoring van deze cyclus. Gezondheid vraagt een voortdurend aanpassen aan interne of externe stress. Het aanpassen doet iemand door zijn 'persoonlijke bronnen te gebruiken' (Tomey & Alligood, 2002). Kerstens en De Jong beschrijven gezondheid als een dynamisch begrip dat de mate weergeeft waarin een persoon een socio-psychosomatische eenheid en evenwicht ervaart. Ziekte is een situatie waarin deze eenheid verstoord is en het ontwikkelen of functioneren van een persoon in gevaar is. Gezondheid en ziekte maken deel uit van een doorlopend geheel waarop een mens zelf kan aangeven waar hij zich bevindt, meer of minder gezond (Boog, De Jong & Kerstens, 2002).

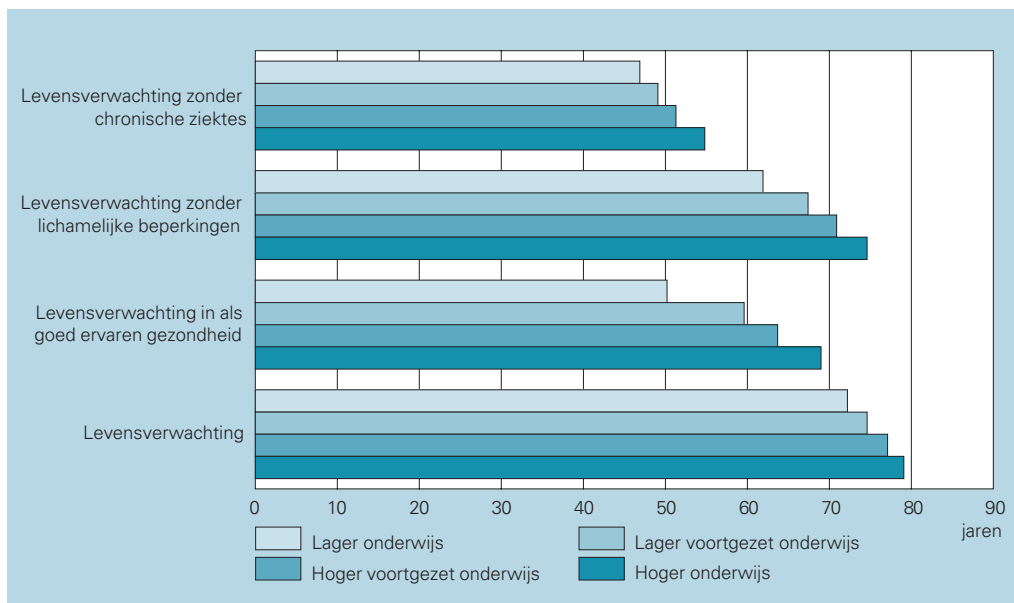
1.2 Individuele, psychosociale en culturele factoren van gezondheid

Niet iedereen in Nederland is even gezond. Daarnaast zijn er tussen mensen grote verschillen in hoe de gezondheid wordt ervaren, hoe er over gezondheid wordt gedacht en hoe er met de gezondheid wordt omgegaan. Die verschillen ontstaan vaak op basis van een aantal factoren; we bespreken er hier vijf, namelijk sociaaleconomische status, etniciteit, leeftijd, sekse en persoonlijkheid.

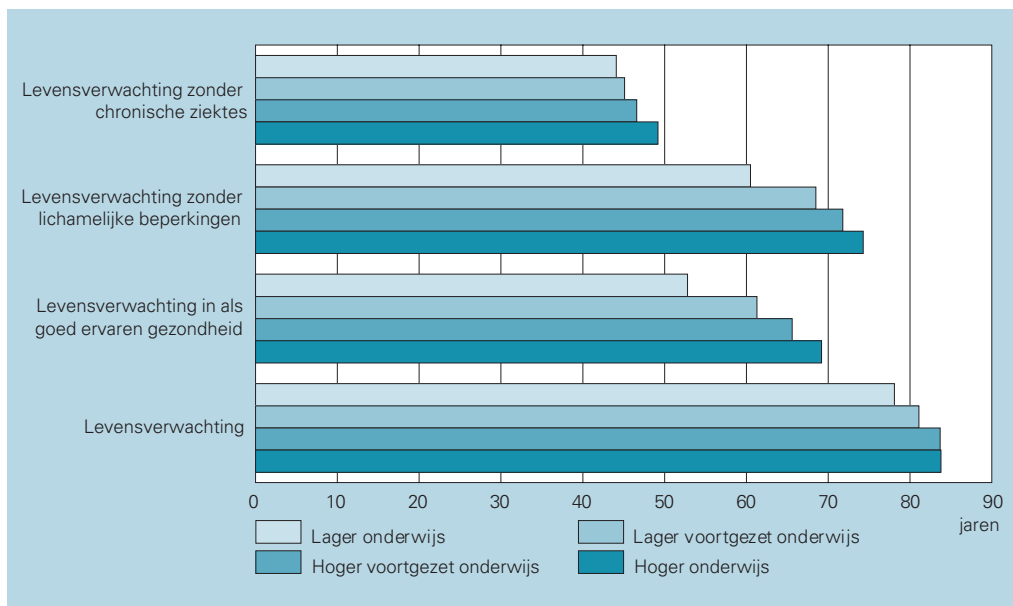
1.2.1 Sociaaleconomische status

sociaaleconomische status

Dat mensen in rijke landen gezonder zijn dan mensen in arme landen zal geen verbazing wekken. Om gezond te zijn is immers voldoende eten, drinken en onderdak nodig. Maar ook in een relatief rijk land zoals Nederland zijn er verschillen in gezondheid tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status. De **sociaaleconomische status** wordt meestal gedefinieerd in termen van de hoogte van het inkomen in een huishouden, of het hoogste opleidingsniveau dat mensen hebben genoten. De twee – inkomen en opleidingsniveau – hebben natuurlijk een sterk verband met elkaar: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer mensen in het algemeen verdienen. Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2008) blijkt dat er een groot verschil is in de gezondheid en levensduur van mensen met een hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status. Naarmate mensen een hogere opleiding hebben, leven ze langer én leven ze meer jaren in een goede gezondheid. Zo leven hoogopgeleide mensen 7 à 8 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 à 19 jaar. In figuur 1.2 en 1.3 zijn deze verschillen weergegeven, voor mannen en voor vrouwen. (Want, zo zullen we straks zien, ook sekse maakt verschil in gezondheid en de manier waarop mensen daarmee omgaan.) Laagopgeleiden hebben op jongvolwassen en middelbare leeftijd vaker een chronische ziekte (CBS, 2011).



Figuur 1.2
Levensverwachting, mannen



Figuur 1.3
Levensverwachting, vrouwen

Ook onder ouderen zie je het verschil terug: hoogopgeleide ouderen kunnen nog veel meer dingen zelf – stofzuigen, traplopen, fietsen, boodschappen doen – dan laagopgeleide ouderen van dezelfde leeftijd (Wingen & Otten, 2008). Het is duidelijk dat dit grote gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. Zo maken laagopgeleide 65-plussers vaker gebruik van bijvoorbeeld huisarts, tandarts en thuiszorg dan hoogopgeleide senioren, en gebruiken ze meer slaap- en kalmeringstabletten (GGD Flevoland, 2009).

Je kunt je afvragen waarom deze verschillen tussen sociaaleconomische status bestaan. Is geld dan zo belangrijk voor de gezondheid? Ja en nee. Ja, omdat mensen met een lage sociaaleconomische status, door hun geringere financiële middelen en lagere opleiding, zich in een stressvoller omgeving bevinden. Ze wonen bijvoorbeeld in gehorige en slechtere huizen, in een onveilige buurt, doen lichamelijk zwaar werk, hebben schulden, enzovoort. Dit alles zorgt voor zowel lichamelijke als psychische stress en dat verhoogt de kans op een heleboel gezondheidsklachten en ziekten, zoals een hoge bloeddruk. Maar er is meer aan de hand. Mensen met een lage sociaaleconomische status leven relatief ongezonder. Ze roken en drinken meer, en eten ongezonder (Van Kreijl & Knaap, 2004). Aangenomen wordt dat het ongezondere leefpatroon deels een reactie is op het meer stressvolle bestaan. In een poging stress te bestrijden, gaan mensen bijvoorbeeld meer roken of drinken. Daarnaast lijkt een gebrek aan **health literacy** mensen met een lage sociaaleconomische status parten te spelen.

health literacy

'Health literacy' heeft betrekking op de kennis en vaardigheden die je nodig hebt om er een gezonde leefstijl op na te kunnen houden (Nutbeam, 2000). Om gezond te leven, moet je beschikken over kennis over wat gezond is en wat niet.



Ook is het nodig dat personen weten hoe en waar men informatie over gezondheid kan krijgen en moet informatie over gezondheid en hoe die te verbeteren, worden begrepen. Dat alles is voor mensen met een lage sociaaleconomische status lastiger. Dit is terug te zien in het feit dat deze mensen bijvoorbeeld lager scoren op therapietrouw, dat wil zeggen dat deze mensen zich slechter houden aan medicijnvoorschriften en de adviezen van een arts of verpleegkundige. Ook al denkt een zorgprofessional mensen heldere informatie te geven, bij sommigen dringt de informatie niet goed door. Ze doorgronden de informatie niet, zijn deze snel weer vergeten of begrijpen niet hoe ze een gezonde levensstijl moeten aanpakken.

1.2.2 Etniciteit

Naast verschillen in sociaaleconomische status bestaan er gezondheidsverschillen op grond van **etniciteit**. Allochtonen uit niet-westerse landen ervaren, in zijn algemeenheid, meer lichamelijke gezondheidsklachten dan autochtone Nederlanders. Zo lijden Turkse immigranten vaker aan overgewicht en diabetes (El Fakiri, Bruijnzeels & Foets, 2008) dan autochtonen en krijgen ze vaker antipsychotica en antidepressiva voorgeschreven. Dat niet-westerse allochtonen een slechtere gezond-

etniciteit

heid lijken te hebben heeft deels te maken met het feit dat ze vaak een lage sociaaleconomische status hebben (zie paragraaf 1.2.1). Spreken en lezen mensen bovendien slecht Nederlands, dan hebben ze vaak nauwelijks toegang tot informatiebronnen over gezondheid en ziekte, en wat je moet doen om gezond te leven. Dat verlaagt hun health literacy, wat zorgt voor misverstanden en bijgeloof, inzake gezondheid. Zo denken Arabische immigranten vaak dat kanker niet alleen wordt veroorzaakt door de genetische kwetsbaarheid en bijvoorbeeld het voedsel dat gegeten wordt, maar ook door gevoelens van angst en de wil van God (Shah, Avash, Pharaon & Gany, 2008). In vergelijking met autochtonen schrijven niet-westerse allochtonen sowieso gezondheidsklachten relatief vaak toe aan zaken buiten zichzelf. God heeft het zo gewild, of het is simpelweg een kwestie van domme pech. Daar moet in berust worden. Deze zogenaamde 'externe locus of control' kan ervoor zorgen dat mensen passief blijven. Ze ondernemen minder snel actie om hun gezondheidstoestand te verbeteren of gezondheidsproblemen te voorkomen, door bijvoorbeeld gezonder te gaan leven. Ook zoeken ze de oplossing vaak buiten zichzelf: de dokter of pillen moeten het gezondheidsprobleem oplossen.

Culturele gebruiken kunnen ervoor zorgen dat mensen zich niet (zo snel) wenden tot de Nederlandse gezondheidszorg. Zo zoeken Aziatische allochtonen vaak eerst hun heil bij oosterse geneeswijzen, voordat ze naar de Nederlandse dokter gaan. Ook hun bescheiden natuur kan ervoor zorgen dat ze minder snel hulp zoeken (Lee, Kim & Han, 2009).

De verschillen worden kleiner naarmate mensen beter geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving en de taal beter spreken.

somatiseren

Lange tijd werd gedacht dat met name Turkse en Marokkaanse allochtonen meer zouden **somatiseren**, dat wil zeggen: psychische klachten, zoals depressie, die zich uiten in lichamelijke klachten. De reden zou zijn dat allochtonen zich meer schamen voor psychische klachten. Onderzoek laat echter een vrij klein verschil zien tussen allochtonen en autochtonen als het gaat om somatiseren (Arrindell & Alberschnagel, 1999).

Als niet-westerse allochtonen toch bij de zorgprofessional aankloppen, kan de communicatie soms problematisch verlopen. Onderzoek onder huisartsen laat zien dat het toch al korte consult bij niet-westerse allochtone zorgvragers gemiddeld twee minuten korter duurt dan bij autochtone zorgvragers. Die laatste zijn doorgaans mondiger, stellen meer vragen en voelen zich minder bezwaard om beslag te leggen op de kostbare tijd van de huisarts. En mede door taalproblemen is de huisarts bij niet-westerse allochtone zorgvragers vaak meer bezig met begrijpen wat hij precies bedoelt dan bij een autochtone zorgvrager. Doordat bij autochtonen de taal geen probleem is, kan de huisarts bij hen meer energie steken in empathie en medeleven (Meeuwesen, Harmsen, Bernsen & Bruijnzeels, 2006). Ook betrekken huisartsen autochtone zorgvragers meer bij hun besluitvorming dan niet-westerse allochtone zorgvragers



(Schouten, Meeuwesen & Harmsen, 2009). Kortom, het contact tussen huisarts en zorgvrager lijkt, in het geval van niet-westerse allochtonen, minder warm en betrokken, wat zorgvragers kan ontmoedigen nog een keer te gaan. Dat zal niet alleen voor de huisarts gelden, maar ook voor andere zorgprofessionals.

Door te spreken over ‘niet-westerse allochtonen’ scheren we verschillende culturele groepen over één kam en dat is niet helemaal terecht. Elke specifieke groep allochtonen heeft vaak eigen, cultureel bepaalde ideeën over gezondheid en ziekte. Binnen deze specifieke groep bevinden zich weer individuen, met hun eigen opvattingen, meningen, waarden en normen. In dit boek zullen we hier niet verder op ingaan. Het belangrijkste is dat hulpverleners, en dus ook verpleegkundigen, rekening houden met de culturele achtergrond van zorgvragers, bijvoorbeeld daar waar het gaat om het geven van voorlichting over gezondheid en ziekte.

1.2.3 Leeftijd

Ouderdom gaat dikwijls gepaard met ziekte en gebreken. Logisch dus dat ouderen een slechtere gezondheid hebben dan jongeren. Maar jongeren en ouderen verschillen ook in hun denken over gezondheid. Jonge mensen hebben nog hun hele leven voor zich, zo lijkt het tenminste. Zaken zoals pensioen, ziekte en dood houden hen niet bezig en lijken een ver-van-mijn-bed-show. Na het passeren van de 40 denken mensen echter steeds meer na over de eindigheid van het leven, en de mogelijkheid van ziekte. Van nature zijn mensen optimistisch. Ze denken dat zij een kleinere kans hebben dan anderen dat nare zaken, zoals ziekte en ongevallen, hen treffen. Van positieve gebeurtenissen, verliefdheid of ouder worden dan 80, schatten ze juist in dat deze hun vaker zullen overkomen. Dit fenomeen wordt ook wel ‘**onrealistisch optimisme**’ genoemd. Dit optimisme is onrealistisch omdat, puur statistisch gezien, het niet

onrealistisch optimisme