



Foto: Flamingo Images / Shutterstock (Pearson Asset Library)

HOOFDSTUK 1

WAT IS GEZONDHEID?

1.1 Wat is gezondheid? Veranderende perspectieven

- 1.1.1 Relatie tussen lichaam en geest
- 1.1.2 Biomedisch ziektemodel
- 1.1.3 Vraagtekens bij dualisme: psychosociale modellen voor gezondheid en ziekte
- 1.1.4 Biopsychosociaal ziektemodel
- 1.1.5 Gedrag, dood en ziekte

1.2 Individuele, culturele en leeftijdgerelateerde perspectieven op gezondheid

- 1.2.1 Leken theorieën over gezondheid
- 1.2.2 Definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie
- 1.2.3 Crossculturele perspectieven op gezondheid
- 1.2.4 Levensloop en gezondheid

1.3 Wat is gezondheidspsychologie?

- 1.3.1 Wat is het verband tussen psychologie en gezondheid?

Aan het einde van dit hoofdstuk kun je beschrijven en uitleggen:

- wat de belangrijkste perspectieven waren en zijn op gezondheid en ziekte, met inbegrip van de biomedische en biopsychosociale modellen;
- wat de invloed is van levensfase en van gezondheidsstatus op de concepten gezondheid en ziekte;
- wat de rol is van psychologie, met name gezondheidspsychologie, voor het verkrijgen van inzicht in gezondheid en ziekte;
- dat gezondheid meer is dan eenvoudigweg de afwezigheid van lichamelijke ziekte of beperking.



GEZONDHEID IS WERELDWIJD

Een goede gezondheid is voor de meeste Nederlanders het belangrijkste in hun leven (Kooiker en Hoeymans, 2014). Gezondheid wil dan zeggen: kunnen doen wat je wil zonder geestelijke of lichamelijke beperking. De gezondheidszorg neemt een fors deel van onze uitgaven in beslag. In Nederland en België is dat rond de tien procent van het Bruto Nationaal Product (BNP). Voor 2019 bedraagt de gezondheidszorgbegroting in Nederland 71 miljard euro. De begroting groeit ondanks alle bezuinigingen met zeven procent vergeleken met die van 2018 door de vergrijzing en door de toename van het aantal chronisch zieken.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd in 1948 opgericht door de Verenigde Naties. Het doel van deze organisatie is om de gezondheid van de wereldbevolking te verbeteren. De activiteiten van de WHO omvatten programma's voor ziektebestrijding (hiv, tuberculose, malaria, inentingsprogramma's) door gezondheidszorgorganisaties. Naast de directe hulpverlening besteedt de WHO veel aandacht aan het verbeteren van de gezondheidszorg door het stimuleren van innovatie en van preventieprogramma's.

Het budget voor 2018-2019 bedraagt op jaarbasis 4.300 miljoen dollar (WHO, 2017). Een groeiend aandeel van het budget bestaat uit acties voor het beïnvloeden van de **sociale determinanten** voor gezondheid. De aandacht hiervoor vloeit ten dele voort uit het feit dat de wereldbevolking gemiddeld verouderd en er daardoor meer chronische ziekten ontstaan.

In 2011 benadrukte onder andere het Britse rapport *Health is global: An outcomes framework for global health 2011-2015* de noodzaak een vergelijkbare gezondheid binnen en tussen landen te bevorderen door de sociale determinanten van gezondheid aan te pakken. Om dat te kunnen doen, moet er goed en

eenduidig kunnen worden gecommuniceerd over statistieken en resultaten van interventies. Wat verstaan we in praktische zin onder 'gezond', wat is een gezonde levensstijl, welke leeftijd hanteren we voor het begrip 'ouderen'?

In 2014 namen wetenschappers van bedrijven en universiteiten, mensen die werken in gezondheidsinformatica en gezondheidspsychologen in Rome deel aan het Derde Internationale Congres over Wereldgezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie. Op dit congres werd besproken op welke wijze de gegevens met betrekking tot ziekte, overlijden, levensstijl en demografische veranderingen het best kunnen worden vastgelegd en geanalyseerd. Door overeenstemming over definities, mogelijke onderzoeksmethoden, dataverzameling en dataopslag is het beter mogelijk om wereldwijd beleid te ontwikkelen. Een ander onderwerp dat op het congres aan de orde kwam, was de manier waarop technologie met betrekking tot gezondheid het best kan worden gebruikt om de individuele gezondheid en de volksgezondheid te bevorderen. Het gaat dan om veranderingen in de klinische praktijk, de gezondheidsmonitoring, het bevorderen van gedragsveranderingen en om preventie en aanpak van pandemieën.

Hoewel er nog veel te onderzoeken valt, zijn in de afgelopen 30 jaar vele resultaten geboekt op het terrein van kennis over en inzicht in gezondheid en de mogelijkheden om hieraan vanuit het perspectief van de psychologie een positieve bijdrage te leveren.

Dit boek bundelt theorie en onderzoek om de aspirant-gezondheidspsycholoog te informeren en een bijdrage te leveren aan de praktijk.

sociale determinant

Een factor die de gezondheid in positieve of in negatieve zin beïnvloedt. Een sociale determinant verwijst naar de mate en de kwaliteit van sociale steun in het gezin, de buurt en de (sub)cultuur.

Wat verstaan we onder gezondheid en bedoelen we allemaal wel hetzelfde met deze term? In dit hoofdstuk kijken we naar de verschillende manieren waarop mensen gezondheid en ziekte hebben gedefinieerd. Ten eerste geven we een historisch overzicht van het concept gezondheid en introduceren daarmee het debat over de invloed van de geest op het lichaam. Ten tweede illustreren we op welke wijze (collectieve) opvattingen omtrent gezondheid en ziekte verschillen, afhankelijk van factoren zoals leeftijd, cultuur en gezondheidstoestand. We onderzoeken of kinderen gezondheid anders

definiëren en beschouwen dan mensen van middelbare leeftijd en ouderen. Tegen deze achtergrond van het definiëren van gezondheid en daaraan gerelateerde opvattingen geven we een inleiding in twee modellen waarop ons vakgebied is gebaseerd: het biomedische model en het biopsychosociale model van gezondheid. Tot besluit van dit hoofdstuk introduceren we het gebied van de gezondheidspsychologie. Hierdoor wordt duidelijk welke vragen de gezondheidspsychologie kan beantwoorden.

1.1 Wat is gezondheid? Veranderende perspectieven

Het woord ‘gezondheid’ wordt door de meeste mensen gebruikt zonder dat ze zich realiseren dat het begrip voor mensen op verschillende tijdstippen in de geschiedenis, in uiteenlopende culturen, sociale klassen of zelfs binnen hetzelfde gezin van betekenis kan verschillen.

Gezondheid heeft lichamelijke en geestelijke aspecten. Van oudsher hebben mensen een relatie gezien tussen geest, god(en) en fysieke gesteldheid. In veel culturen zijn ‘medicijnmannen’ priester en arts tegelijk. Bij archeologische vondsten van menselijke skeletten uit het stenen tijdperk werden in sommige schedels kleine, goed begrensde gaatjes aangetroffen. Deze worden toegeschreven aan het proces van ‘trepanatie’, waarbij een gat in de schedel wordt gemaakt om kwade geesten vrij te laten. Geesten zouden het lichaam vanuit de buitenwereld binnendringen en ziekte veroorzaken. Een vergelijkbaar vroege interpretatie van ziekte is te vinden in oude Hebreeuwse teksten (1000-300 voor Christus): ziekte zou een straf van de goden zijn. Deze opvatting van boze geesten als ziektebrengers is in sommige culturen nog steeds aanwezig.

1.1.1 Relatie tussen lichaam en geest

In de geschriften van het oude Griekenland zien we nieuwe verklaringen voor gezondheid. Ziekten worden niet langer aan kwade geesten of goden toegeschreven. Hippocrates, een Griekse arts uit de Oudheid (circa 460-377 voor Christus), schreef ziekte toe aan een verstoord evenwicht tussen vier circulerende lichaamsvloeistoffen, de zogenoemde humores: gele gal, slijm, bloed en zwarte gal. Gedacht werd dat de vier humores bij gezonde personen in evenwicht waren en dat ziekten optraden als dit evenwicht door externe ‘pathogenen’ werd verstoord. De humores waren gerelateerd aan seizoenswisselingen en aan omstandigheden, waarbij slijm was verbonden met de winter (koud-nat), bloed met het voorjaar (nat-warm), zwarte gal met de herfst (koud-droog) en gele gal met de zomer (warm-droog). Hippocrates beschouwde lichaam en geest als een eenheid. Om die reden dacht men dat de hoeveelheid van de verschillende lichaamsvloeistoffen in verband stond met typen persoonlijkheden. Een overmatige hoeveelheid gele gal was verbonden met een choleric of boosaardig temperament; veel zwarte gal was verbonden met droefenis; een overmaat bloed was geassocieerd met een optimistische of sanguine persoonlijkheid en bovenmatig slijm met een kalm of flegmatisch temperament. Genezing bestond uit pogingen

om de humores opnieuw in balans te brengen via aderlaten, vasten, een speciaal dieet of door geneesmiddelen. Deze opvatting is – tot op zekere hoogte – nog terug te vinden bij homeopathische artsen, die de homotoxineleer aanhangen (Elling en Asseldonk, 2006). Een variant op dit denken is terug te vinden in de opvatting dat door disbalans van de neurotransmitters dopamine, melatonine en serotonine mentale stoornissen als depressies kunnen ontstaan (Carr en Lucki, 2011). Door het innemen van ontbrekende stoffen zou een disbalans gecompenseerd kunnen worden (Walls *et al.*, 2015).



Hippocrates. Bij de afronding van de studie tot arts wordt nog steeds een eed afgelegd. De Eed van Hippocrates is in de loop der eeuwen aangepast. De kern (dienstbaarheid, vertrouwelijkheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid) blijft onaangestast (Cense, 2017).

Foto: Bilwisseledition Ltd. & Co. KG / Alamy Stock Photo

Dit standpunt werd ook gedeeld door Galenus (circa 129-199 na Christus), een invloedrijke Griekse arts in het oude Rome. Galenus dacht dat er een lichamelijke of pathologische basis was voor alle ziekten (lichamelijk en geestelijk). Hij geloofde dat de vier lichamelijke humores ten grondslag lagen aan de vier temperamenten en dat deze temperamenten bijdroegen aan het krijgen van specifieke ziekten. Hij stelde bijvoorbeeld dat melancholieke vrouwen een grotere kans hadden op borstkanker door een grote hoeveelheid zwarte gal. Er werd niet gedacht dat de geest zelf een rol speelde in de **etiologie** van ziekten. De ideeën

etiologie
De oorzaak van een ziekte.

van Hippocrates en Galenus zouden het denken over ziekte en gezondheid nog vele eeuwen beheersen, tot de achttiende eeuw toen de organische geneeskunde en in het bijzonder de cellulaire pathologie werd ontwikkeld en de humorale basis hierdoor niet werd ondersteund. Galenus' beschrijvingen van persoonlijkheidstypen worden echter in de tweede helft van de twintigste eeuw nog steeds toegepast (Marks *et al.*, 2000).

theorie

Een algemene aanname of aannamen over een aspect van de wereld waarin we leven of over de mensen in die wereld die al dan niet door bewijs wordt ondersteund.

Tijdens de vroege middeleeuwen verloren de **theorieën** van Galenus terrein en raakten ideeën over gezondheid steeds meer verbonden met geloof en spiritualiteit. In deze tijd werd ziekte gezien als de straf van God voor vergripen of als het gevolg van kwade geesten die de ziel binnendrongen. Gedacht werd dat de mens als individu weinig controle had over zijn gezondheid, terwijl priesters, met het hun toegedichte vermogen om de gezondheid te herstellen door demonen uit te drijven, die controle wél hadden. Algemeen werd gedacht dat lichaam en geest samenwerkten of op zijn minst in samenhang functioneerden. Het verbod op wetenschappelijk onderzoek, zoals ontleding, beperkte de medische vooruitgang en de vooruitgang in inzicht, waardoor geestelijke en mystieke verklaringen voor ziekte overheersten.

De religieuze gezichtspunten hielden stand tot de vroege veertiende en vijftiende eeuw toen een periode van 'wedergeboorte', de *renaissance*, begon. Tijdens deze renaissance werd het individuele denken belangrijker en werd het religieuze perspectief er één van vele. De wetenschappelijke revolutie van rond 1600 leidde tot een enorme groei in theoretische kennis, natuurwetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingen in de lichamelijke geneeskunde. Daardoor werden het inzicht in het menselijk lichaam en de verklaringen voor ziekten steeds organischer en fysiologischer en was er weinig ruimte voor psychologische verklaringen.

In het begin van de zeventiende eeuw stelde de Franse filosoof René Descartes (1596-1650), evenals de oude Grieken, dat lichaam en geest afzonderlijke entiteiten waren. Descartes stelde tevens dat er interactie mogelijk was tussen de twee 'domeinen', hoewel er aanvankelijk slechts beperkt inzicht was in de wijze waarop interacties tussen lichaam en geest konden plaatsvinden. Hoe kon bijvoorbeeld een gedachte, zonder lichamelijke eigenschappen, een lichamelijke reactie veroorzaken (Solmes en Turnbull, 2002)? Dit wordt **dualisme** genoemd, waarbij de geest wordt beschouwd als 'niet-materieel', (dat wil zeggen niet objectief of zichtbaar, zoals bij gedachten en gevoelens) en het lichaam als 'materieel' (dat wil zeggen opgebouwd uit mechanisch 'materiaal', tastbare stof zoals onze hersenen, het hart en de cellen). Volgens het dualistisch denken zijn het materiële en het niet-materiële onafhankelijk van elkaar. Artsen handelden als bewakers van het lichaam dat werd beschouwd als een machine die wetenschappelijk kon worden onderzocht en verklaard – terwijl theologen handelden als hoeders van de geest. Gedacht werd dat de veronderstelde communicatie tussen lichaam en geest onder controle stond van de pijnappelklier (epifyse) in de tussenhersenen, maar het mechanisme van deze interactie was onduidelijk. Omdat Descartes geloofde dat de ziel op het moment van overlijden het lichaam verliet, werden ontleding en autopsie nu acceptabel voor de kerkelijke autoriteiten. Hierdoor groeide tijdens de achttiende en negentiende eeuw het inzicht in de geneeskunde enorm. Uit anatomisch onderzoek, autopsie en cellulaire pathologie bleek dat ziekten in menselijke cellen waren gelokaliseerd en niet in een verstoord evenwicht van de humores.

dualisme

Het idee dat lichaam en geest afzonderlijke eenheden zijn (vergelijk met Descartes).

Dualisten ontwikkelden de idee van het lichaam als machine (een **mechanistisch standpunt**), dat alleen kon worden doorgrond in termen van zijn onderdelen (moleculair, biologisch, biochemisch, genetisch) en waarbij inzicht in ziekten werd verkregen via het bestuderen van cellulaire en fysiologische

mechanistische benadering

Een benadering die het gedrag reduceert tot het niveau van het orgaan of de lichamelijke functie. Geassocieerd met het *biomedisch ziektemodel*.

processen. Tijdens deze eeuwen werd de behandeling technischer, meer gericht op diagnostiek en op de beschikbare lichamelijke bewijzen. Deze benadering gaat uit van een biomedisch ziektemodel.

1.1.2 Biomedisch ziektemodel

biomedisch ziektemodel

De opvatting dat ziekten en symptomen een achterliggende fysiologische verklaring hebben en dat daarmee ook genezing mechanistisch en rechtlijnig werkt.

In het **biomedisch ziektemodel** wordt gezondheid gedefinieerd als afwezigheid van ziekte. Dit model wordt ook het diagnose-receptmodel genoemd. Volgens dit model heeft een ziekte een oorzaak die via medische interventie kan worden genezen.

Aangenomen wordt dat het wegnemen van de oorzaak van de ziekte zal leiden tot het verdwijnen van de symptomen en dus herstel van de gezondheid. De aanname is dat de symptomen het gevolg zijn van een ziekte die zijn oorsprong hetzij buiten het lichaam heeft (bijvoorbeeld bij bacteriële infecties) of via inwendige veranderingen zoals bijvoorbeeld bij celmutaties. Het biomedische model wordt reductionistisch genoemd: het reduceert de geest, het lichaam en het menselijk gedrag tot lichaamscellen of tot neurale of biochemische activiteit, en verklaart problemen ook alleen op dit niveau. Het reductionisme negeert daarmee dat verschillende mensen op verschillende wijzen kunnen reageren op eenzelfde ziekte, omdat ze verschillen in persoonlijkheid, cognitie, sociaal ondersteuningsnetwerk of culturele aannamen. Het biomedische model ligt aan vele succesvolle behandelingen ten grondslag, waaronder vaccinatieprogramma's die hebben bijgedragen aan het uitroeien van veel levensbedreigende infectieziekten (Larson, 1999) zoals polio en mazelen.



Een lichamelijke beperking staat niet automatisch gelijk aan een gebrek aan gezondheid en fitheid, zoals deze deelnemers aan de Paralympische Spelen (2014) aantonen.

Foto: Patrick van Katwijk / DPA Picture Alliance / Alamy Stock Photo

1.1.3 Vraagtekens bij dualisme: psychosociale modellen voor gezondheid en ziekte

Veel ziekten hebben organische oorzaken, maar veroorzaken unieke individuele reacties. De rol van de 'geest' bij de manifestatie van en de reactie op ziekte is cruciaal voor het bevorderen van ons inzicht in de complexe aard van gezondheid en ziekte. Denk bijvoorbeeld eens aan 'fantoempijn' bij mensen met amputaties: hoe kan een afwezig ledemaat pijn veroorzaken? Denk eens aan de

wijdverbreide erkenning van het placebo-effect: hoe kan een inactieve stof leiden tot afname van pijn of andere symptomen die equivalent zijn aan de afname bij diegenen die een bewezen werkzame stof of een behandeling ontvingen?

Bracken en Thomas (2002) stellen in hun artikel in het *British Medical Journal* voor verder te gaan dan de splitsing van lichaam en geest. De auteurs merken op dat het feit dat we dankzij de neurowetenschappen de ‘geest’ en zijn werking ‘objectief’ kunnen onderzoeken door de toepassing van steeds geavanceerdere scanapparaten en metingen, nog niet betekent dat we meer inzicht hebben in de subjectieve ‘geest’ – de gedachten, gevoelens en dergelijke waaruit ons leven bestaat en die ons leven betekenis geven. Ze merken op dat het ‘conceptualiseren van ons geestelijk leven als een soort van begrensde wereld die binnen onze schedel leeft, geen recht doet aan de realiteit van de menselijke ervaring’. Het feit dat dit artikel in een medisch tijdschrift met een traditioneel medisch uitgangspunt kon worden gepubliceerd, bewijst dat de ‘erfenis’ van Descartes aan waarde heeft ingeboet.

Naarmate ons inzicht in de bidirectionele relatie tussen lichaam en geest toenam, verloor het dualistisch denken terrein. De psychologie heeft in dit veranderende perspectief een belangrijke rol gespeeld. Sigmund Freud heeft het probleem van lichaam en geest opnieuw gedefinieerd als een probleem van ‘bewustzijn’. Hij postuleerde het bestaan van een ‘onbewuste geest’ die zichtbaar werd bij een aandoening die hij ‘conversiehysterie’ noemde. De patiënt heeft ernstige pijn, zonder dat te verklaren is hoe dat kan. De pijn is reëel en kan wel tijdelijk bestreden worden, maar komt daarna weer terug. Na het onderzoeken van patiënten met lichamelijke symptomen zonder identificeerbare oorzaak en door het toepassen van hypnose en therapeutische gesprekstechnieken van vrije associatie identificeerde Freud onbewuste conflicten die onderdrukt waren geweest. Aangenomen werd dat deze onbewuste conflicten de lichamelijke aandoeningen ‘veroorzaakten’, met inbegrip van verlamming en het verlies van gevoel bij sommige patiënten bij wie geen achterliggende lichamelijke verklaring aanwezig was (ofwel hysterische verlamming, bijvoorbeeld Freud en Breuer, 1895). Freuds werk en onderzoek leidden uiteindelijk tot het ontwikkelen van het gebied van de *psychosomatische geneeskunde*. De psychologie als vakgebied heeft voor de geneeskunde het belang onderstreept van de noodzaak de rol van psychologische en sociale factoren bij de etiologie, het beloop en de effecten van ziekte in aanmerking te nemen.

1.1.4 Biopsychosociaal ziektemodel

biopsychosociaal ziektemodel
Het standpunt dat ziekten en symptomen door een combinatie van lichamelijke, sociale, culturele en psychologische factoren kunnen worden verklaard.

In tegenstelling tot het biomedisch model neemt het **biopsychosociaal model** in de beoordeling van de gezondheid nadrukkelijk de subjectiviteit of beleving mee. Sociale en culturele factoren bepalen mede of iemand ziek te noemen is of zich ziek voelt. Dit model wijst het biomedisch model niet af, maar verrijkt het met de interactie tussen biologische processen en psychologische en sociale invloeden (Engel, 1977, 1980). Het model is door fysiotherapeuten gebruikt om de behandeling op het individu toe te spitsen door de invloeden op het individu in samenspraak in kaart te brengen en een adequaat proces aan te gaan. Dit model (het meerdimensionale belastings-belastbaarheidsmodel) biedt de mogelijkheid om te bepalen of fysiotherapie inderdaad nodig is en welke doelen gesteld kunnen worden (Bernards *et al.*, 1999). Hoewel het door velen wordt onderschreven, is er kritiek mogelijk op dit model. Zo is het onduidelijk hoe zwaar de verschillende aspecten in algemene zin kunnen worden gewogen. In de reguliere gezondheidszorg vergt een aanpak volgens het meerdimensionale belastings-belastbaarheidsmodel veel tijd, tijd die er in de praktijk van alledag nauwelijks is.

Modellen van invaliditeit: van biomedisch naar biopsychosociaal

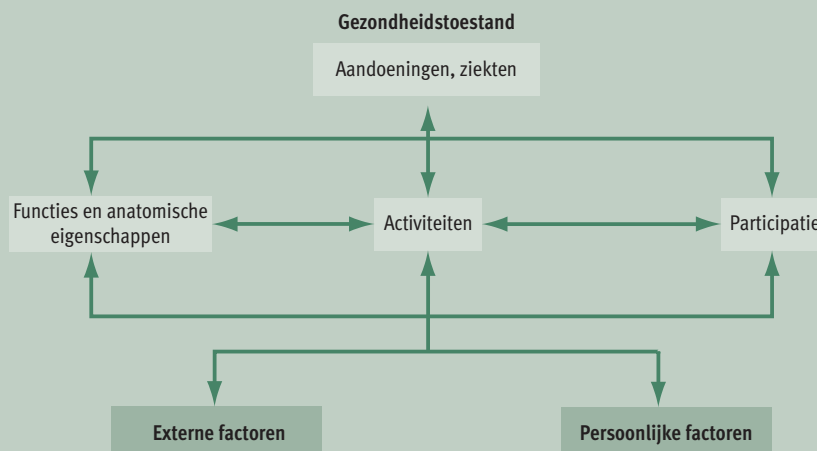
In 1980 werd ‘invaliditeit’ door de WHO gedefinieerd als ‘een beperking of onvermogen om als een “normaal mens” te functioneren’. Zij introduceerde dat jaar met haar *International Classification of Functioning, Disability and Health* een hiërarchisch model om de reacties op ziekte te onderzoeken. De classificatie wordt gebruikt om problemen in het functioneren van de mens in kaart te brengen. Het model wordt gebruikt om bijvoorbeeld de zorg vast te stellen die iemand nodig heeft. In dit model leiden beperkingen (afwijkingen of uitval op het niveau van organen, weefsels, structuren of uiterlijk) tot invaliditeit. In dit model werd invaliditeit binnen het individu geplaatst en beschouwd als een onvermijdelijke consequentie van een vorm van beperking en een onvermijdelijke voorloper van een handicap.

In de loop der tijd kwamen er echter vragen bij dit model. Want waar moeten we binnen dit model bijvoorbeeld de paralympische sporter plaatsen die ondanks bepaalde beperkingen op een hoog fysiek prestatieniveau functioneert? Hoe beschrijven we de persoon met jeugddiabetes en een beperking doordat zijn alveesklier gebrekkig functioneert, maar die, zolang hij zijn medicatie gebruikt, functioneert als iedere andere adolescent? Deze jongere spijbelt misschien omdat hij voelt dat hij een stigma heeft, waardoor hij sociale relaties met medeleerlingen ontwijkt. Wat zijn dan de implicaties van een dergelijk medisch en functionalistisch gezichtspunt voor de behandeling van beperkingen, als we geloven in een noodzaak tot normalisering? Voor sommige mensen betekent het krijgen van een handicap het einde van hun leven, een uitsluiting van

een normale functie en rol en, zoals veel studies hebben aangetoond, een toegenomen kans op depressie. Voor anderen betekent invaliditeit juist een uitdaging, een feit om mee te leven, en is het niet iets wat hen verhindert ten volle te leven.

Zoals we in relatie tot het ontwikkelen van concepten van ziekte hebben gezien, stelt deze individuele variatie in de reactie op beperkingen in het functioneren en op invaliditeit opnieuw vraagtekens bij het biomedisch denken en wordt de deur voor biopsychosociaal denken geopend. Mensen raken niet noodzakelijkerwijs op dezelfde manier of in gelijke mate ‘invalid’ of ‘gehandicapt’, zelfs als zij dezelfde beperking hebben.

Het WHO-model uit 2001, de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, kwam voort uit 2000 evaluaties van bestaande casussen en 3500 evaluaties van samenvattingen van casussen uitgevoerd in 27 talen in 61 landen. Het ICF presenteert een universeel, dynamisch en niet-lineair model waarbij veranderingen van de structuur of van het functioneren van het lichaam (voorheen beperking), activiteiten en beperkingen daarvan (voorheen invaliditeit) en participatie of beperkingen daarvan (voorheen handicap) elkaar potentieel kunnen beïnvloeden. Bovendien erkent het ICF dat de relatie tussen structuren, activiteiten en participatie wordt beïnvloed door zowel omgevings- als persoonlijke factoren. Iemands vermogen om naar ‘beste kunnen’ te functioneren, gezien zijn of haar lichamelijke toestand, is niet alleen het gevolg van de omvang van de beperking. Invaliditeit is niet langer een individuele zaak, maar ook een reactie op de



Bron: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002 (www.whofic.nl)

lichamelijke, sociale en culturele omgeving waarbinnen de betrokkene tracht te functioneren en van de eigen persoonlijke eigenschappen, en aan gedrag en ziekte gerelateerde opvattingen en gevoelens (Quinn *et al.*, 2013).

Het vernieuwde model biedt een standaardtaal voor alle hulpverleners om betrokkene te beschrijven als:

- menselijk organisme: beschrijven van functies, bijvoorbeeld: verminderd geheugen;
- menselijk handelen: wat kan iemand zelf, bijvoorbeeld: huis schoonhouden;

- participatie: beschrijven of iemand kan meedoen aan het maatschappelijk verkeer, bijvoorbeeld: deelnemen aan het verkeer.

Daarbij onderscheidt het ICF verschillende factoren die het functioneren kunnen beïnvloeden:

- medische factoren (zoals de aandoening);
- persoonlijke factoren (zoals leeftijd, gewoonten);
- externe factoren (huis, hulpmiddelen, mantelzorg).

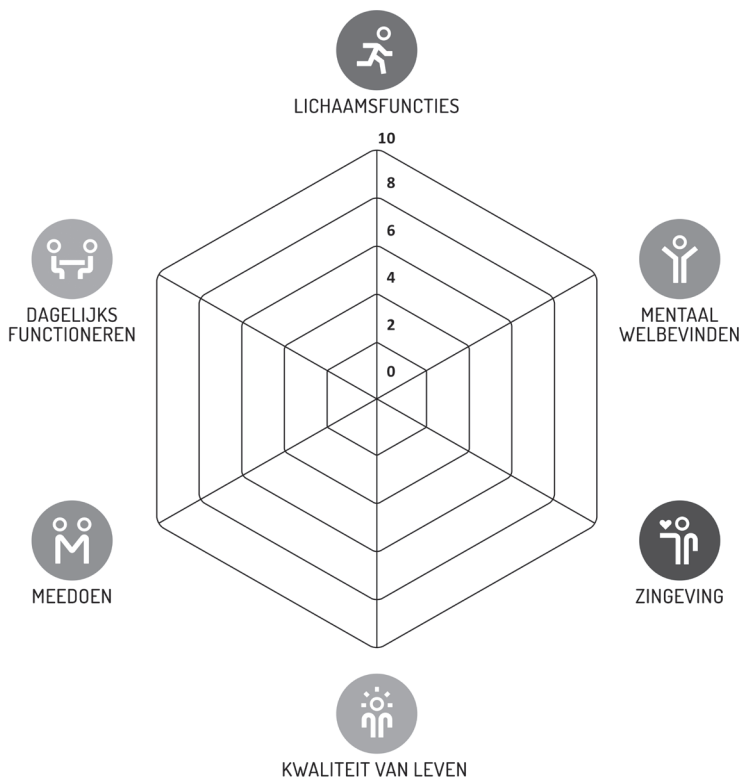
Bron: <https://www.nictiz.nl/standaarden/icf/>, geraadpleegd 11 februari 2019

Parallel aan de bovengenoemde verschuivingen in het denken over gezondheid en ziekte loopt de toegenomen erkenning van de rol die het individuele gedrag speelt bij die beleving. Dit heeft, onder invloed van positieve psychologie, geleid tot het concept van Machteld Huber (2012), de Positieve Gezondheid (zie figuur 1.1). Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte, maar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Voor het meten van gezondheid onderscheidt Huber lichaamsfuncties, mentale functies/beleving, spiritueel/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. De 'score' is deels subjectief en deels feitelijk. Van belang bij deze opvatting is dat wordt uitgegaan van wat mogelijk is. Helemaal onomstreden is deze opvatting over gezondheid niet. Poisz, Caris en Lapré (2016) vinden de definitie veel te ruim. Zij maken in hun artikel onder andere een onderscheid tussen gezondheid als toestand en gezondheid als gedrag. Volgens de definitie van Huber kan een uitermate ziek iemand als gezond worden gezien als hij zich constructief gedraagt. En een gezond iemand die piekert als ongezond. Dat maakt het begrip gezond onhelder. Rademaker (2016) wijst op de overschatting van zieke mensen die de regie niet kunnen voeren. Veel mensen zijn niet in staat om hun ziektemanagement te voeren. Huber wijst erop dat door haar definitie een andere werkwijze kan ontstaan in de gezondheidszorg. De resultaten van de projecten op basis van het concept Positieve Gezondheid zijn positief te noemen (Bureau Bartels, 2018).

1.1.5 Gedrag, dood en ziekte

De stijging van de levensverwachting in de westerse wereld gedurende de twintigste eeuw was mede het gevolg van de vooruitgang van de medische technologie en verbeterde behandelingen.

Dit leidde ertoe, althans in de westerse wereld, dat algemeen werd geloofd dat de traditionele geneeskunde effectief was en het vermogen had ziekten uit te roeien. De introductie van geneesmiddelen, de toegenomen beheersing van besmettelijke ziekten via vaccinatie en verbeterde sanitaire voorzieningen bieden verklaringen voor de stijging van de levensverwachting die wereldwijd zichtbaar werd. De levensverwachting in Nederland en België rond 1870 was 40 jaar, in 1940 70 jaar en is nu voor mannen 80,1 jaar en voor vrouwen 83,3 jaar. Vrouwen leven langer dan mannen: wereldwijd bedraagt het verschil tussen de drie en vier jaar. Wereldwijd is de levensverwachting tussen 2000 en 2015 met vijf jaar gestegen tot 71 jaar (WHO, 2018). De statistieken over de levensverwachting bij de geboorte vertellen ons dat het bereiken van een hoge leeftijd in sommige landen niet gebruikelijk is volgens de VN studie *Population Ageing and Development* (Gerland



FIGUUR 1.1 De zes dimensies van gezondheid in het concept Positieve Gezondheid van Machteld Huber

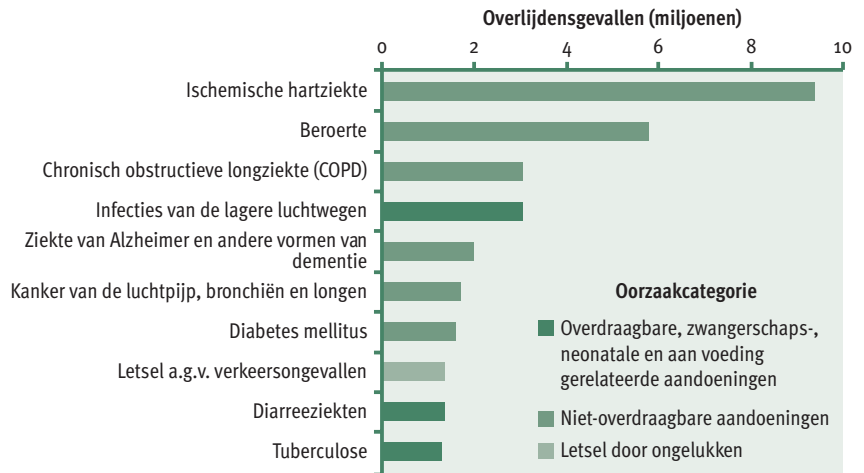
Bron: Institute for Positive Health, 2012 (<https://iph.nl>)

et al., 2014). De soms grote verschillen in levensverwachting kunnen voor een groot deel worden verklaard door verschillen in manier van leven, leefomstandigheden en voeding. Er bestaat enige bezorgdheid dat de levensverwachting in toekomstige generaties mogelijk zal dalen als gevolg van de toenemende obesitas bij kinderen in de meer welvarende landen, zoals met name in de Verenigde Staten en Europa.

Een groot deel van de daling van de **mortaliteit** in de wereld vond plaats voorafgaand aan de grote vaccinatieprogramma's, door successen in het verbeteren van de volksgezondheid na veranderingen van de sociale omstandigheden en de leefomgeving. Het ging onder meer om verbeteringen in onderwijs en landbouw, die leidden tot veranderingen in de voeding, verbeteringen van de publieke hygiëne en de levensstandaard.

De oorzaken van overlijden zijn eveneens drastisch veranderd. Als mensen in 1900 zou worden gevraagd wat zij verstonden onder gezond zijn, hadden ze mogelijk geantwoord: 'Infecties vermijden, schoon water drinken, 50 of 60 jaar oud worden'. In die tijd was overlijden vaak het gevolg van zeer besmettelijke ziekten zoals longontsteking, influenza of tuberculose. Gedurende de laatste eeuw overleden er, althans in de welvarende landen, minder mensen als gevolg van infectieziekten en de 'top van de ranglijst' maakt geen melding meer van tuberculose, tyfus, tetanus of mazelen. Ziekten zoals aandoeningen van hart, longen en ademhalingsorganen zijn daarentegen wereldwijd de 'grootste moordenaars' (samen met 'ongelukken'). Deze oorzaken zijn gedurende de laatste decennia relatief stabiel gebleven.

mortaliteit
(Overlijden): meestal uitgedrukt in de vorm van sterftcijfers, ofwel het aantal sterfgevallen in een gegeven populatie en/of in een gegeven jaar toegeschreven aan een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld het aantal sterfgevallen als gevolg van kanker onder vrouwen in 2000).



FIGUUR 1.2 Top 10 van wereldwijde doodsoorzaken, 2016

Bron: *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex and by Region, 2000-2016*. Genève, World Health Organisation, 2018

Met uitzondering van longkanker komt kanker niet voor in de wereldwijde top tien. In Australië, de Verenigde Staten en Europa wordt kanker echter consequent bij de vijf meest voorkomende doodsoorzaken genoemd. Wat opvalt, is dat de belangrijkste doodsoorzaken een gedragscomponent hebben die bijvoorbeeld is gekoppeld aan gedragingen zoals roken, overmatige alcoholconsumptie, een zittende manier van leven en ongezonde voeding/obesitas. In feite wordt geschat dat een deel van de sterfgevallen aan kanker toe te schrijven is aan ons gedrag (Tomasetti *et al.*, 2017).

De stijging van het aantal sterfgevallen aan kanker in de laatste honderd jaar komt mede doordat mensen langer leven met ziekten waaraan ze voorheen zouden zijn overleden.

Wereldwijd geprojecteerde schattingen voor het sterftcijfer classificeerden hartaandoeningen, cerebrovasculaire ziekten met inbegrip van herseninfarcten, chronische longziekten (COPD), infecties van het onderste deel van de luchtwegen en keel- en longkanker als de belangrijkste vijf doodsoorzaken in 2020 (Murray en Lopez, 1997). Met behulp van statistische modellen voorspelden deze auteurs ook dat het aantal sterfgevallen wereldwijd ten gevolge van infectieziekten zoals mazelen en malaria, aandoeningen/complicaties rond de geboorte en als gevolg van een gebrekkig dieet significant zullen afnemen, terwijl het aantal tabakgerelateerde aandoeningen met een factor van bijna drie zal toenemen.

Dus als je je afvraagt: ‘Waarom zijn al deze cijfers van belang?’, zou het antwoord nu duidelijk moeten zijn. Ze zijn belangrijk omdat ze aantonen dat ons eigen gedrag aanzienlijk bijdraagt aan onze gezondheid en onze kans op overlijden. Als gezondheidspsycholoog is het verkrijgen van inzicht in de vraag waarom we ons gedragen zoals we doen en op welke wijze gedrag kan veranderen of kan worden veranderd, een belangrijk deel van onze opdracht. Dergelijke verbanden tussen individueel gedrag, gezondheid en ziekte vormen een belangrijke reden waarom de gezondheidspsychologie zo snel is gegroeid.

In de achttiende eeuw werd gezondheid beschouwd als een ‘egalitair ideaal’, waar door iedereen naar werd gestreefd. Gedacht werd dat gezondheid in principe onder de controle stond van de mens als individu. Artsen waren beschikbaar voor de welgestelden als ‘hulp’ om zichzelf gezond te houden, maar voor de armen gold dit niet. Tegen het midden van de twintigste eeuw, met nieuwe