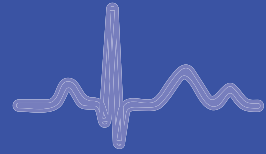


1 Inleiding in gezondheid en gezondheidszorg



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. Want wat is gezondheid? Wanneer is iemand gezond en wanneer ziek? Zijn gezondheid en de beleving daarvan voor iedereen gelijk? In de loop van de tijd is onze visie op gezondheid veranderd. Ook de organisatie van de gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. In dit eerste hoofdstuk gaan we in op recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de overige hoofdstukken gaan we uitgebreider in op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

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 'kerngezond'. Het enige waar ik last van heb is pijn op de borst als ik me erg inspan. Het begon een paar maanden geleden. Telkens als ik de trap opliep, 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 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 bypassoperatie 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 hij 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 gebleven. Binnen de gezondheidszorg in Nederland en in 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 de WHO bekeken is het niet gemakkelijk om aan te geven of Sam nu gezond is of niet. Er is immers sprake van een fysieke aandoening, maar ook van psychisch en sociaal welbevinden.

Deze onduidelijkheid maakt de WHO-definitie 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 (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, sociaaleconomische en culturele invloeden, zoals iemands leeftijd, culturele achtergrond of sociale netwerk. Verderop in dit hoofdstuk gaan we hier nader op in.

Het biopsychosociale model besteedt echter nog geen aandacht aan de mate waarin iemand zelf greep heeft op zijn ziekte. Deze facetten zien we wel terug in de nieuwe definitie van gezondheid, zoals die op dit moment onder andere door Verpleging en Verzorging Nederland (v&vn) wordt gehanteerd. Deze definitie werd in 2010 gefor-

muleerd door dr. Huber en gaat uit van een situatie waarin ook vermogens als draagkracht, veerkracht en een goede kwaliteit van leven belangrijk zijn. De definitie luidt: *gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*. Deze omschrijving is flexibeler en past ook beter bij de huidige ontwikkelingen. In het verleden draaide de gezondheidszorg om ziekte en zorg, nu is het devies ‘gezondheid en gedrag’. Hiermee wordt meer verantwoordelijkheid gelegd bij de cliënt en een grotere aanspraak gedaan op diens eigen vermogen de aandoening in te passen binnen de dagelijkse activiteiten. De eigen regie van de cliënt is daarbij erg belangrijk. De definitie van Huber biedt een meer glijdende schaal voor de mate van gezondheid. In de definitie van de WHO is een persoon ziek of gezond.

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 bezocht verscheidene artsen, 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 onderzoeken te doen, dan zouden ze vast wel iets gevonden hebben.

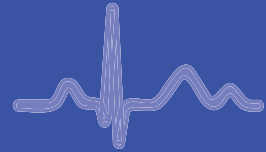
In deze casus lees je hoe het ziek-zijn van de moeder van Gerrit invloed had op het gezin. Zij was niet in staat zich aan te passen aan haar aandoening. Volgens de gezondheidsdefinitie van Huber zou de moeder van Gerrit wel degelijk ziek zijn geweest.

1.1.1 Biopsychosociaal 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 heel veel mensen rond met medisch onverklaarbare klachten. In zo’n twintig tot dertig procent

1 Inleiding in gezondheid en gezondheidszorg



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. Want wat is gezondheid? Wanneer is iemand gezond en wanneer ziek? Zijn gezondheid en de beleving daarvan voor iedereen gelijk? In de loop van de tijd is onze visie op gezondheid veranderd. Ook de organisatie van de gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. In dit eerste hoofdstuk gaan we in op recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de overige hoofdstukken gaan we uitgebreider in op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

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 'kerngezond'. Het enige waar ik last van heb is pijn op de borst als ik me erg inspan. Het begon een paar maanden geleden. Telkens als ik de trap opliep, 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 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 bypassoperatie 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 hij 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 gebleven. Binnen de gezondheidszorg in Nederland en in 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 de WHO bekeken is het niet gemakkelijk om aan te geven of Sam nu gezond is of niet. Er is immers sprake van een fysieke aandoening, maar ook van psychisch en sociaal welbevinden.

Deze onduidelijkheid maakt de WHO-definitie 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 (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, sociaaleconomische en culturele invloeden, zoals iemands leeftijd, culturele achtergrond of sociale netwerk. Verderop in dit hoofdstuk gaan we hier nader op in.

Het biopsychosociale model besteedt echter nog geen aandacht aan de mate waarin iemand zelf greep heeft op zijn ziekte. Deze facetten zien we wel terug in de nieuwe definitie van gezondheid, zoals die op dit moment onder andere door Verpleging en Verzorging Nederland (v&vn) wordt gehanteerd. Deze definitie werd in 2010 gefor-

muleerd door dr. Huber en gaat uit van een situatie waarin ook vermogens als draagkracht, veerkracht en een goede kwaliteit van leven belangrijk zijn. De definitie luidt: *gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*. Deze omschrijving is flexibeler en past ook beter bij de huidige ontwikkelingen. In het verleden draaide de gezondheidszorg om ziekte en zorg, nu is het devies ‘gezondheid en gedrag’. Hiermee wordt meer verantwoordelijkheid gelegd bij de cliënt en een grotere aanspraak gedaan op diens eigen vermogen de aandoening in te passen binnen de dagelijkse activiteiten. De eigen regie van de cliënt is daarbij erg belangrijk. De definitie van Huber biedt een meer glijdende schaal voor de mate van gezondheid. In de definitie van de WHO is een persoon ziek of gezond.

Casus

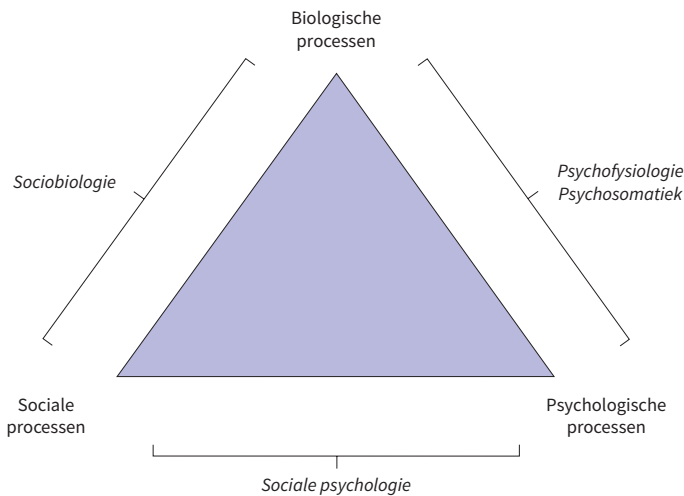
Ondanks de pijnklachten en de aanstaande operatie voel ik me niet echt ziek. Heel anders dan mijn moeder bijvoorbeeld. Zij had regelmatig last van hoofdpijn en voelde zich dan vreselijk ziek. Ze lag vaak een hele week in bed. De pijn was zo erg dat ze zich te ziek voelde om uit bed te komen en het huishouden 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 bezocht verscheidene artsen, 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 onderzoeken te doen, dan zouden ze vast wel iets gevonden hebben.

In deze casus lees je hoe het ziek-zijn van de moeder van Gerrit invloed had op het gezin. Zij was niet in staat zich aan te passen aan haar aandoening. Volgens de gezondheidsdefinitie van Huber zou de moeder van Gerrit wel degelijk ziek zijn geweest.

1.1.1 Biopsychosociaal 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 heel veel mensen rond met medisch onverklaarbare klachten. In zo’n twintig tot dertig procent



FIGUUR 1.1 *Biopsychosociaal model*

van de ziektegevallen kan de huisarts namelijk geen oorzaak vinden voor lichamelijke klachten, zoals bij 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 er zelf dan op een gegeven moment een label op, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of symfyliolyse (bekkeninstabiliteit). Het feit dat de WHO deze mensen als ongezond 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 dr. Huber maakt duidelijk dat je deze groep niet kunt negeren en simpelweg bestempelen als ‘aanstellers’. Door de aandoening zijn zij immers minder goed in staat deel te nemen aan de samenleving. Bovendien komt er steeds meer wetenschappelijk bewijs dat er wel degelijk iets aan de hand is met mensen met een medisch onverklaarbaar 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, stoffjes die ervoor zorgen dat je je ziek voelt (Houtveen, 2009).

Hoewel 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 buikpijnklaarten, dan werd 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 cliënt en inmiddels accepteren we als Nederlanders 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 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, bijvoorbeeld na een hartaanval, advies van een voedingsdeskundige om een gezondere levensstijl te stimuleren en kunnen via het ziekenhuis deelnemen aan gespreksgroepen met lotgenoten.

Tot slot is er tegenwoordig ook veel meer aandacht voor het bestaan van psychische ziekten, zoals depressie. De erkenning dat het hier daadwerkelijk om een ziekte gaat en niet, bijvoorbeeld, om een teken van zwakte, is voor veel patiënten een troost. Deze ziekten kunnen door dokters worden behandeld (de psychiaters), maar ook door psychologen, maatschappelijk werkers of coaches. Kortom, de afgelopen eeuw is 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 zichtbaar in de focus van de gezondheidszorg. Steeds meer is die gericht op de zaken waartoe een cliënt wél 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 de beperkingen daarop, en gaat daarbij uit 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. Er 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 over en visies op wat verplegen inhoudt. Een verpleegkundige theorie geeft richting aan het verpleegkundig handelen. Zij helpt om vast te stellen welke zorg je een cliënt geeft en op welke manier je dat gaat doen. Al deze theorieën hebben een eigen definitie van het begrip ‘gezondheid’. Hieronder noemen we enkele van deze theorieën met hun definitie van gezondheid. Je ziet dat ook binnen de verpleging hierover verschillende ideeën bestaan.

Zo heeft Virginia Henderson het in haar visie over gezondheid als ‘kwaliteit van leven, de basis voor het menselijk functioneren. Mensen bereiken of behouden hun gezondheid als ze beschikken over de benodigde kracht, wil of kennis’. Imogene King beschrijft gezondheid anders: als een dynamische status in de levenscyclus van een mens. Ziekte is een verstoring van deze cyclus. Gezondheid vraagt een voortdurende aanpassing aan interne of externe stress. Iemand past zich aan door zijn ‘persoonlijke bronnen te gebruiken’ (Marriner-Tomey & Alligood, 2006). Kerstens en De Jong beschrijven gezondheid als een dynamisch begrip dat de mate weergeeft waarin de mens een sociopsychosomatische eenheid en evenwicht ervaart. Ziekte is een situatie waarin deze eenheid verstoord is en de ontwikkeling of het 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).

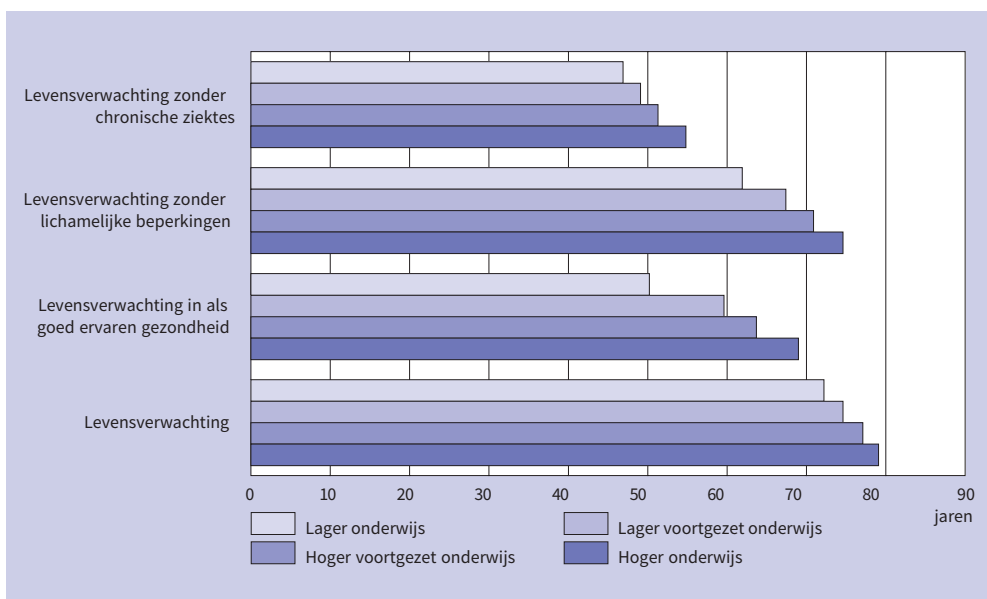
1.2 Individuele, psychosociale en culturele factoren van gezondheid

Niet iedereen in Nederland is even gezond. Ook bestaan er tussen mensen grote verschillen in hoe de gezondheid wordt ervaren, hoe er over gezondheid wordt gedacht en hoe met 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

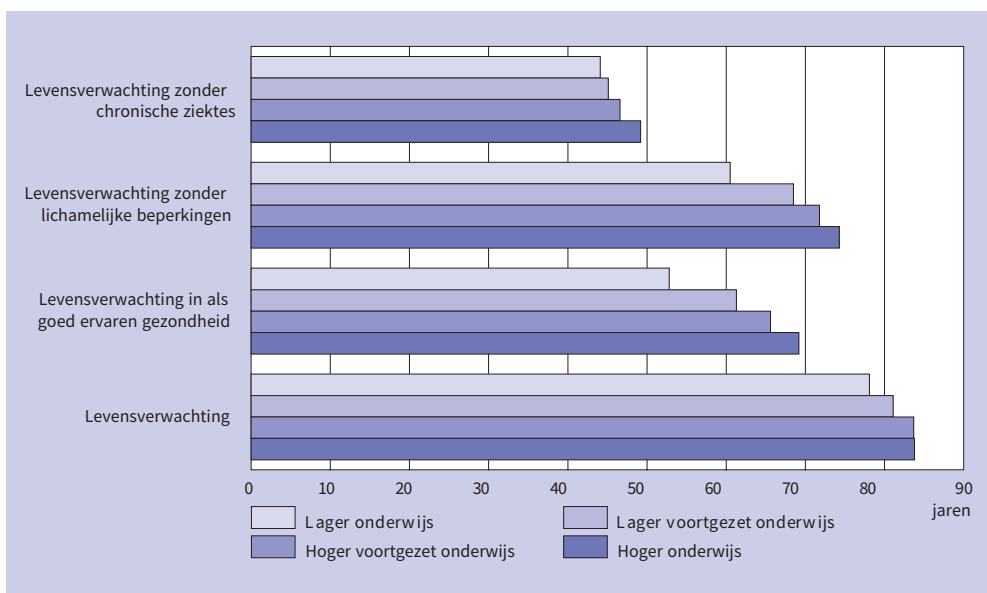
Dat mensen in rijke landen gezonder zijn dan mensen in arme landen zal geen verbazing wekken. Om gezond te zijn is immers voldoende eten, drinken en onderdak nodig. Maar ook in een relatief rijk land als Nederland zijn er verschillen in gezondheid tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status. De **sociaaleconomische status (ses)** wordt meestal gedefinieerd in termen van de hoogte van het inkomen in een huishouden, de beroepsstatus of het hoogste opleidingsniveau dat mensen hebben genoten. Die twee factoren – 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 (Knoops & Van den Brakel, 2010) 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 goede gezondheid. Zo leven hoogopgeleide mensen 17,9 jaar langer in als goed ervaren gezondheid dan laagopgeleide mensen. Hoogopgeleiden leven 9,4 jaar langer zonder chronische aandoening dan laagopgeleiden. Deze verschillen gelden voor zowel mannen als vrouwen. 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). Voor enkele van deze

aandoeningen is een duidelijke relatie te leggen met levensstijl. Denk aan roken en hart- en vaatziekten of longziekten.



FIGUUR 1.2 *Levensverwachting, mannen*

Bron: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/wat-is-in-nederland-de-levensverwachting/>



FIGUUR 1.3 *Levensverwachting, vrouwen*

Bron: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/wat-is-in-nederland-de-levensverwachting/>