

Gezondheid en Gezondheidszorg in Vlaanderen, een Belgisch gewest

Wanneer mensen elkaar met nieuwjaar naar aloud gebruik ‘en een goede gezondheid’ toewensen, dan hoeft dat woord ‘gezondheid’ niet verder te worden uitgelegd. Iedereen weet wel wat dit op zich betekent. Maar, is dat wel zo? Want: wat is ‘gezondheid’ nu precies? En wat wordt bedoeld met ‘Gezondheidszorg’?

De *Dikke Van Dale*, het Groot woordenboek van de Nederlandse taal, omschrijft gezondheid als ‘het gezond zijn’. ‘Gezond’ wordt daarbij gedefinieerd als ‘lichamelijk in orde, niet ziek’ en ‘heilzaam’ als tweede betekenis. Dat vraagt om verduidelijking.

In dit eerste hoofdstuk wordt de Vlaamse Gezondheidszorg voorgesteld. De **Gezondheidszorg** wordt gesitueerd in de Belgische context van gemengde bevoegdheidsverdeling over de Sociale Zekerheid, waaronder ‘de volksgezondheid’ ook valt. Wat zijn de hoofdkenmerken van ons gezondheidssysteem? En welke tendensen in de samenleving beïnvloeden die Gezondheidszorg?

LEERDOELEN

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- de begrippen Gezondheid en Gezondheidszorg omschrijven;
- het huidige Gezondheidszorgsysteem situeren in het geheel van de Sociale Zekerheid;
- de hoofdkenmerken benoemen van het Gezondheidszorgsysteem;
- de maatschappelijke en beleidsmatige tendensen verduidelijken die de verdere ontwikkeling van de Gezondheidszorg aansturen.



Scan de QR-code voor een overzicht van het aantal zorgverleners per specialisme van 2011 tot 2020.

1.1 Wat verstaat men onder gezondheid en Gezondheidszorg?

Volgens een recente telling telde België in 2020 meer dan 117.000 zorgverleners. Dat waren er ongeveer 22.000 meer dan tien jaar eerder. Deze zorgverleners zullen we in hoofdstuk 2 systematisch voorstellen. Professionelen in de zorg houden zich bezig met de gezondheid van de mensen wanneer deze zich als patiënt aandienen in de Gezondheidszorg. Wat wordt hiermee bedoeld?

1.1.1 Gezondheid: een moeilijk te definiëren begrip

De Wereldgezondheidsorganisatie (Engels: World Health Organization, WHO) is een gespecialiseerde organisatie van de Verenigde Naties die een sturende en coördinerende rol speelt op het gebied van gezondheid en welzijn in de wereld. De definitie van **gezondheid** die deze WHO sinds 1948 hanteert, is als volgt: ‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.’

Deze definitie van gezondheid wordt dikwijls als eerste naar voor geschoven omdat ze kort, helder en duidelijk is. Maar volstaat deze WHO-definitie in de wereld van vandaag? Ze idealiseert gezondheid tot een toestand van ‘volledig’ welzijn. Is dat wel realistisch? Op die manier is misschien iedereen wel ziek. Moet iedereen perfect zijn in alle opzichten, zowel lichamelijk, geestelijk als maatschappelijk? Hoe kunnen we dat bijvoorbeeld rijmen met een vergrijzende bevolking die veel sneller allerhande chronische kwaaltjes vertoont? Het is toch niet omdat de knieën het wat laten afweten, dat geestelijk en maatschappelijk welzijn niet meer mogelijk is? Volgens de WHO-definitie zou je niet gezond zijn met stramme knieën.

Een andere bedenking die men bij deze definitie kan maken, is dat ze misschien wel aanleiding geeft tot ‘behandeldwang’: ‘We moeten behandelen tot het perfecte welzijn is bereikt.’ Dat speelt in de kaart van de medisch-technologische en farmaceutische industrie. Het gezondheidsbeleid van de afgelopen jaren was vooral op deze definitie gebaseerd. Alle partners in de gezondheidszorg – die in hoofdstuk 2 aan bod komen – streefden ernaar om iemand zo lang mogelijk te laten leven. De laatste jaren is men gaan beseffen dat het leven niet zozeer lang moet zijn, maar vooral goed. Geen kwantiteit, maar *kwaliteit*.

Dat heeft te maken met een ander vertrekpunt voor een definitie van **gezondheid**. Misschien is het beter om niet zozeer te kijken naar wanneer iemand ziek is, maar te focussen op wat gezond zijn betekent. De subjectieve ervaring van een persoon die zichzelf gezond voelt, kan best gepaard gaan met een objectief constateerbare aanwezigheid van allerlei lichamelijke symptomen. Hierbij is de benadering van dr. Huber richtinggevend. Machteld Huber is een Nederlandse huisarts en grondlegger van het gedachtegoed waarbij het denken over gezondheid wordt omgedraaid van een negatieve benadering (niet ziek zijn) naar een positieve en bredere kijk op gezondheid. Zij definieert

gezondheid als volgt: 'het vermogen van een persoon om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke; emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

Dezelfde fysieke, emotionele en maatschappelijke elementen komen hier terug, maar Huber vertrekt vanuit een ander standpunt dan dat van de WHO-definitie. Mensen kunnen best wel gezond zijn wanneer een toestand van volledig welzijn ontbreekt. Het is ook niet langer zwart-wit: gezond óf ziek. Hoe mensen op hun toestand reageren en zich gedragen, plaatst hen in een continuüm tussen volledige afwezigheid van ziekte en volledig aanwezigheid van perfecte gezondheid.

Het interessante van deze benadering is dat een beleid van gezondheidsbevordering, preventie en persoonsgerichte zorg ook belangrijke concepten worden. Dat is zeker een verdienste van de benadering van dr. Huber. Het Institute for Positive Health, waarvan Huber de oprichter is, heeft een tool ontwikkeld waarmee iedere persoon zichzelf kan bevragen over hoe gezond men zich voelt.

De tool koppelt gezondheid aan een aantal concrete onderwerpen die met behulp van een 42-tal vragen overdacht kunnen worden. Die onderwerpen verduidelijken het begrip gezondheid dat in deze zienswijze gebaseerd is op zes pijlers:

- Lichaamsfuncties – Ik voel me gezond en fit
- Mentaal welbevinden – Ik voel me vrolijk
- Zingeving – Ik heb vertrouwen in mijn eigen toekomst
- Kwaliteit van leven – Ik geniet van mijn leven
- Meedoen – Ik heb goed contact met andere mensen
- Dagelijks leven – Ik kan goed voor mezelf zorgen

OPDRACHT

Het Institute for Positive Health (waar Machteld oprichter van is) heeft een online tool ontwikkeld waarmee je zicht krijgt op jouw Positieve Gezondheid. De tool bestaat uit een vragenlijst. De antwoorden op de vragen worden getoond in een spinnenwebmodel. Het invullen van de vragenlijst Positieve Gezondheid helpt je kiezen en bespreken wat voor jou belangrijk is.

De zienswijze op gezondheid van Huber legt sterk de nadruk op het individuele gedrag van de persoon ten overstaan van het lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke welzijn. Hierop is kritiek geformuleerd. Men moet er waakzaam voor blijven om gezondheid niet gelijk te stellen met het individuele gedrag. Iemand kan misschien 'prima leven' met een ernstige kwaal, maar dat betekent nog niet dat deze kwaal geen ernstige toestand van 'ongezondheid' is. Gezondheid betekent immers voor velen ook dat deze zichtbaar moet zijn in 'de handelingen waartoe een lichamenlijk gezond persoon in staat is'.¹ Men vergelijkt het eigen gedrag met dat van anderen in de beoordeling



Scan de QR-code om het artikel 'How should we define health?' van dr. Machteld Huber te lezen.



Lees hier over de tekortkomingen van het concept positieve psychologie.

hoe gezond men is. Gezondheid is relatief en wordt afgewogen ten opzichte van anderen.

In dit kader past ook een toelichting bij het begrip herstel en de **herstelvisie** in het toepassen van de (geestelijke gezondheids)zorg. Herstel van de gezondheid is niet alleen gericht op het verbeteren van symptomen of lichamelijke klachten, maar op veel meer: het herwinnen van een evenwicht in de relaties met anderen, het vinden van een zinvolle tijdsbesteding, het weer aanvoelen van de betekenisvolle zin der dingen en het leren om de eigen regie van het leven weer in handen te krijgen.

1.1.2 Het begrip Gezondheidszorg

Uit de twee hiervoor genoemde benaderingen, de objectieve en de subjectieve, om gezondheid te omschrijven, kan men besluiten dat **gezondheidszorg** ook best dubbel gericht kan zijn: *patiëntgerichte zorg* die de ziekte te lijf gaat én *persoonsgerichte zorg* die de gezondheid benadrukt. Die beide invalshoeken komen in het laatste hoofdstuk zeker opnieuw aan bod, wanneer het gaat over de vraag hoe een duurzame kwaliteitsvolle zorg kan gerealiseerd worden. Patiëntgerichte zorg kijkt naar de kwaliteit van de medische handelingen die bedoeld zijn om te genezen. Persoonsgerichte zorg kijkt naar alle zorghandelingen die de kwaliteit van het leven en de gezondheid bevorderen.

Een goede gezondheidszorg zal vandaag niet alleen naar een patiënt kijken alsof die patiënt alleen bestaat uit aparte orgaanstelsels die elk door een apart medisch specialisme moeten behandeld worden. (De cardioloog kijkt alleen naar het hart, de dermatoloog alleen naar de huid, enzovoort.) De patiënt is immers ook een persoon, een individu dat bestaat uit één holistisch geheel. Het **Flanders Quality Model (FlaQuM)** is hiervan een goede illustratie. FlaQuM is het Vlaamse wetenschappelijk gevalideerde kwaliteitsmodel ontwikkeld door het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorg in samenwerking met Zorgnet-Icuro (zie paragraaf 7.1.3).

Omdat het niet alleen om de medische zorg van aparte lichaamsstelsels in strikte zin gaat, is het wellicht beter te spreken van een **gezondheidszorgsysteem**. In de patiënt- en persoonsgerichte gezondheidszorg zijn er vele ‘partners’ betrokken: patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en hun bestuurders, de regelgevende en financierende overheden, tussenstations zoals de verzekeringsinstellingen, de beroepsvereniging en patiëntenvereniging, en dergelijke. In de ideale wereld, zijn zij ook ‘partner’ van elkaar, elk op hun beurt met hetzelfde doel voor ogen: duurzame, kwaliteitsvolle verantwoorde zorg die voor alle burgers toegankelijk is én voor de samenleving betaalbaar blijft. Wanneer het in dit basisboek over ‘de **Gezondheidszorg**’ (met hoofdletter) gaat, wordt dit *gezondheidszorgsysteem* bedoeld. Net als in alle andere landen, is dat gezondheidszorgsysteem in België en Vlaanderen een dynamisch gegeven. Voortdurend wordt de regelgeving aangepast aan nieuwe noden en maatschappelijke veranderingen.

De Gezondheidszorg zoals we die vandaag in Vlaanderen kennen, heeft een lange voorgeschiedenis. Zo is de strakke opsplitsing tussen de curatieve en

de preventieve Gezondheidszorg ontstaan als een gevolg van de politieke bevoegdheidsverdeling tussen het Belgische federale en het regionale niveau. Deze bevoegdheidsverdeling kwam tot stand bij de invoering van de Zesde Staatshervorming die België bestuurlijk heeft opgesplitst. Dat komt verderop nog uitgebreider aan bod.

Terug naar het begrip ‘gezondheid’. Wat kan onze gezondheid beïnvloeden? Met welke factoren zal men in de Gezondheidszorg derhalve rekening moeten houden?

1.1.3 Factoren die de gezondheid en de Gezondheidszorg beïnvloeden

Wat maakt dat iemand gezonder is dan iemand anders? Wanneer voelen we ons een patiënt? Wat maakt dat de gezondheidservaring bij de ene persoon anders kan zijn dan bij de andere? Welke factoren spelen hierbij een rol?

Persoonsgebonden genetische en/of verworven factoren

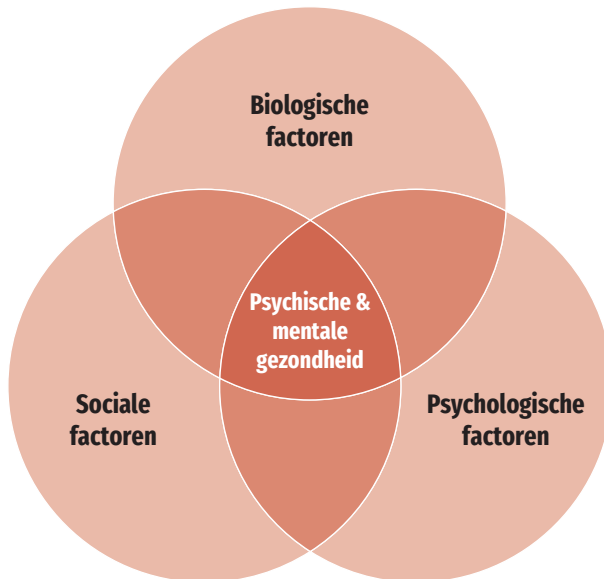
Ieder mens heeft zijn eigen constitutie en wordt geboren met een bepaalde set *genetische determinanten*. Deze zorgen ervoor dat de ‘genetische belasting’ van een individu verschillend is van individu tot individu. Zo wordt de ene persoon misschien geboren met het syndroom van Down en de andere persoon niet. Bij erfelijke aandoeningen kan men de determinerende factor terugvoeren tot meestal één afwijkend gen. Bij familiale aandoeningen, aangeboren aandoeningen die méér voorkomen in de ene familie ten opzichte van de andere, spelen meerdere genetische factoren een rol.

Of de genetische belasting ook effectief tot een ziekte of aandoening leidt, hangt onder meer af van de dominante of recessieve overerving van de genen. Het is niet omdat een van je ouders de (erfelijke) aandoening niet heeft, dat je deze zelf niet kunt krijgen.

Genetische voorbestemdheid en opvoeding of levensstijl (‘nature’ en ‘nurture’) gaan soms hand in hand. Osteoporose is hiervan een goed voorbeeld: de relatie tussen voeding, beweging, hormonale bloedspiegels en erfelijke componenten is bepalend voor het ontstaan van deze botaandoening.

Het ‘biopsychosociale’ model (BPS-model)² (Engel, 1977) benadrukt dat in het menselijk functioneren evenzeer psychologische en sociale factoren verantwoordelijk kunnen zijn, naast de biomedische aspecten. De biopsychosociale zienswijze van het BPS-model houdt namelijk ook rekening met de ziektebeleving die bij de patiënt voor een zekere mate van kwetsbaarheid zorgt. De lichamelijke en psychische klachten kunnen alleen maar begrepen worden wanneer rekening wordt gehouden met het multifactoriële aspect van het ontstaan, het voortbestaan en het herstel van de klachten. Er zijn voorbeschikkende factoren, uitlokkende factoren en onderhoudende factoren die zowel met de biologie, de psychologie als met de sociale status van de patiënt te maken hebben. Het BPS-model staat tegenover het ‘biomedische’ model, dat enkel rekening houdt met biologische processen in het begrijpen van een ziekte. Het BPS-model daarentegen houdt dus rekening met zowel de biologi-

sche, sociale als psychosociale factoren die het ziek worden, het ziek-zijn en het ziek blijven kunnen verklaren.



FIGUUR 1.1 Het biopsychosociale model

Bron: Engel, 1977

Verworven factoren zijn dan weer determinanten die losstaan van het erfelijk materiaal. Ze ontwikkelen zich in meer of mindere mate in de loop van het leven. Ze kunnen dan ook in meer of mindere mate tot uiting komen. Voorbeelden hiervan zijn hypertensie en renale insufficiëntie.



Lees op de website van Sciensano meer over risicofactoren in de levensstijl.

Levensstijl

De **levensstijl** is een wijze van zich gedragen, de manier van leven van een persoon: het gedrag dat kenmerkend is voor de manier waarop we leven en dat een invloed heeft op de gezondheid. Die invloed kan positief of negatief zijn. Ons gedrag kan onze gezondheid gunstig beïnvloeden, maar helaas ook negatieve effecten veroorzaken.

Sciensano, de federale Onderzoeksinstituut voor Wetenschapsbeleid (zie paragraaf 2.4.3), doet onderzoek naar levensstijl. Ongezonder gedrag ligt aan de basis van veel chronische ziekten die de belangrijkste oorzaak zijn van invaliditeit en vroegtijdige dood. De voornaamste gedragingen zijn: roken, ongezonde voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en alcohol drinken. Veranderingen aanbrengen in die gedragingen verbetert effectief de gezondheid.³ Het vermijden van deze ongezonde gewoonten zal een grote invloed hebben op de gezondheid.

Maar niet alleen het vermijden van een zekere ongezonde levensstijl bevordert de gezondheid, ook het nastreven van *goede gewoonten* is belangrijk. Regelmatige controle van de bloeddruk of het cholesterolgehalte in het bloed zijn

determinanten, net als kankerscreening. Tijdig ontspannen om stress te voorkomen is ook een gezonde levensstijl.

Naast de eerdergenoemde levensstijlfactoren zijn het krijgen en het geven van borstvoeding⁴, drugsgebruik, overgewicht, seksueel risicogedrag, slapen en gezonde voeding van groot belang voor een betere of juist minder goede gezondheid.

Wat is vervolgens de levensstijl van het gezin, de vrienden, de studiegenoten, enzovoort? Naast het individuele gedrag is er namelijk ook het *collectieve gedrag* dat zich in een bepaalde levensstijl kan ontwikkelen. Welke religieuze geboden of verboden bepalen bijvoorbeeld het gedrag? Of welke (on)gezonde overtuigingen brengen die met zich mee? Is het bijvoorbeeld gebruikelijk in een gezin om het gevarieerde ontbijt over te slaan en drinkt men alleen maar een slok frisdrank met een suikerwafel voordat men in de klas of op het werk aankomt?

Fysieke omgevingsfactoren

Over fysieke omgevingsfactoren heeft de mens niet altijd zelf de controle. Woon je nu eenmaal dicht bij de startbaan van een luchthaven, dan kun je alleen maar verhuizen om van het lawaai verlost te geraken. Zo zijn er nog een aantal beïnvloedende factoren: straling, luchtverontreiniging, milieuomgeving (bijvoorbeeld in de buurt van petrochemische industrie wonen), woningkwaliteit, enzovoort.

Sociale omgevingsfactoren

Hoe leeft de persoon en waar heeft hij mee te maken? Welke sociale invloeden spelen een rol? Denk hierbij aan: de gezinssituatie, de arbeidsomstandigheden, de mate van deelname of eenzaamheid in het samenleven met burens en vrienden en de *sociaaleconomische status*. Deze sociaaleconomische status is zeker van groot belang. Gezond eten kost meer geld dan ongezond eten. Wie beter is opgeleid, verdient in de regel meer dan wie dat niet is. Wie beter opgeleid is, begrijpt ook beter wat belangrijk is in het voorkomen van gezondheidsproblemen (*health literacy*). **Health literacy** wordt vertaald als ‘gezondheidsvaardigheden’ en gedefinieerd als:

‘de kennis, motivatie en competenties van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om oordelen te vellen en beslissingen te nemen in het dagelijks leven met betrekking tot gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering om de kwaliteit van leven doorheen de levensloop te behouden of te verbeteren’.⁵

Onder toezicht van Sciensano loopt er actueel een onderzoekproject naar de invloed van sociaaleconomische karakteristieken en objectieve, waargenomen omgevingsdeterminanten op de fysieke activiteit en het eetgedrag. In twee Vlaamse gemeenten, Duffel en Herselt, loopt het CIVISANO-project:



Een interessante studie van Sciensano omtrent de mate van health literacy in België, Vlaanderen, Brussel en Wallonië (2018) kun je hier consulteren.

‘Het CIVISANO-project onderzoekt, zoals de naam al aangeeft, de gezondheid (SANO) van burgers (CIVI). Sciensano doet dit door de waargenomen en objectieve omgevingsdeterminanten te onderzoeken die een impact hebben op de fysieke activiteit en het eetgedrag van de inwoners van deze gemeenten. Het project maakt gebruik van een mixed method-benadering, met zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. De focus ligt op gezondheidsbevordering bij socio-economisch kwetsbare volwassenen, aangezien deze groepen over het algemeen meer ongezond gedrag vertonen, zoals onvoldoende lichaamsbeweging en ongezonde eetgewoonten. Op die manier kunnen we de kloof op het gebied van ongelijkheid in gezondheid verkleinen.’⁶

De resultaten van dit onderzoek worden begin 2024 verwacht.



Scan de QR-code voor een uitgebreide toelichting van de overheidsdienst GezondBelgië over de toegankelijkheid van de zorg.

ACTUALITEIT

Kijk via deze QR-code op MyLab voor de in 2024 verwachte resultaten van het Sciensano-onderzoeksproject.

Toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen

Naast de organisatie van de gezondheidszorg zijn ook factoren als kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg belangrijk. Op het nastreven van kwaliteit komen we nog uitgebreid terug in hoofdstuk 7. De invloed van de toegankelijkheid van de zorg speelt zowel een rol in de de curatieve gezondheidszorg als voor de preventieve gezondheidsvoorzieningen (bijvoorbeeld vaccinaties, leefstijladvies, enzovoort). Niet alle lagen van de bevolking hebben immers even gemakkelijk toegang tot deze gezondheidszorg. De verschillende financiële mogelijkheden weerspiegelen zich ook in de mate waarin de zorg toegankelijk is. Bij oplopende eigen betalingen voor gezondheid haken patiënten soms af of wordt de zorgverlening uitgesteld. Op de website van de overheidsdienst GezondBelgië.be worden hierover verschillende rapporten gepubliceerd.

Etniciteit, leeftijd, sekse en gender, en persoonlijkheid als determinatoren?

Etniciteit

Belangrijke en diverse niet-westerse migratiestromen hebben geleid tot een multiculturele samenleving. Hoe is het gesteld met de gezondheidszorg vanuit dit multiculturele perspectief? De ETHEALTH-studiegroep heeft in opdracht van de federale overheid onderzocht welke gevolgen de multiculturele samenleving heeft voor de gezondheidszorg en publiceerde hierover in 2011 het artikel ‘Naar een interculturele gezondheidszorg’. Daarin werden aanbevelingen gedaan voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden.



In december 2011 publiceerde de ETHEALTH-studiegroep een reeks aanbevelingen over interculturele gezondheidszorg. Lees het artikel hier.

In België hebben migranten en etnische minderheden in vergelijking met de Belgische bevolking een slechtere gezondheid en ondervinden ze meer moeilijkheden op het vlak van de toegang tot gezondheidszorg en tot preventie. Ook in Vlaanderen werd hieromtrent onderzoek opgezet. In 2016 werden de besluiten van een kwalitatieve beleidsanalyse, getiteld *Etnische diversiteit in Zorg en Welzijn*, gepubliceerd.⁸ In het lijvige rapport worden ook aanbevelingen geformuleerd voor het beleid en voor verder wetenschappelijk onderzoek. In de conclusies van het rapport wordt gewag gemaakt van een ‘etnische kloof’ voor wat de maatschappelijke positie van personen van een buitenlandse herkomst in Vlaanderen en Brussel betreft. Het is verder onduidelijk in welke mate deze personen gebruikmaken van het welzijns- en gezondheidsaanbod. De belangrijke maatschappelijke evolutie in de bevolking naar meer etnische diversiteit wordt intussen wel door de beleidsvoerders opgemerkt.



Open hier het rapport *Etnische diversiteit in Zorg en Welzijn*.

OPDRACHT

Lees het rapport *Etnische diversiteit in Zorg en Welzijn*, over de positie van personen met een buitenlandse herkomst inzake gezondheid, en beantwoord de volgende vragen:

1. Wat zijn de vier voornaamste conclusies van het rapport, met betrekking tot Welzijn-Gezondheid-Gezin?
2. Welke 11 aanbevelingen worden er voor welzijn en zorg geformuleerd?

 Pearson
MyLab



In Nederland wijzen Van Vuuren en Smeets (2021) erop dat etniciteit in de Nederlandse samenleving een grond is voor gezondheidsverschillen. Personen met een niet-westerse immigratieachtergrond ervaren dikwijls meer lichamelijke klachten, die deels kunnen toegeschreven worden aan de vaak lagere sociaaleconomische status. Mede door de taalbarrière is er sprake van een lagere health literacy. Culturele verschillen en geloofsovertuigingen werken berusting in de hand. Zorgverleners dienen rekening te houden met de etniciteit van hun patiënten, maar dienen zich ook te hoeden voor veralgemeningen (zie ook paragraaf 6.1 over ethiek in de Gezondheidszorg).

Leeftijd

Er is ontegensprekelijk een verband tussen leeftijd en gezondheid. Hoe ouder men wordt, hoe meer de gezondheid onder druk komt te staan. Evolutionair gezien is het zelfs niet de bedoeling dat mensen veel langer leven dan de leeftijd die nodig is om hun nageslacht zelfstandig te laten worden.

Tussen jong en oud zijn er heel wat verschillen. Alleen al in de bezorgdheid over de eigen gezondheid kunnen we dit vaststellen. Zonder al te zeer te willen veralgemenen, kan men stellen dat de jongvolwassene eerder een ‘onrealistisch optimisme’ (Van Vuuren & Smeets, o.c.) hanteert, dat pas afneemt nadat

men zelf een ziekte heeft meegemaakt. Het eventuele gezondheidsverlies bij de eigen ouders of naaste familie tempert de verwachtingen.

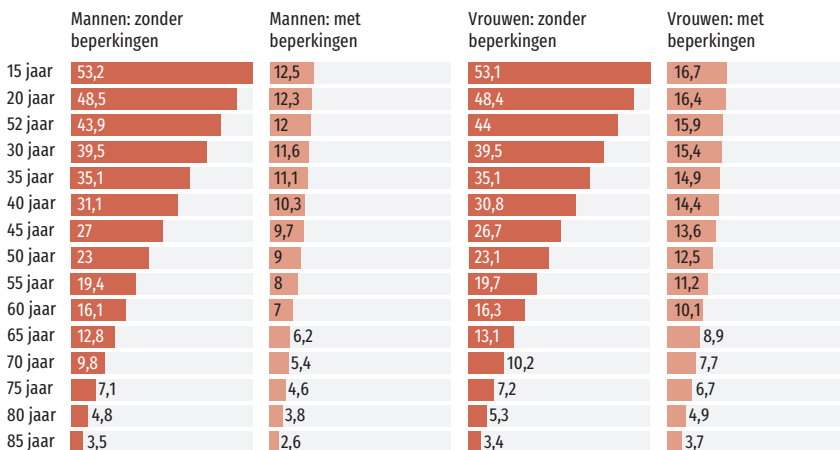
De **biologische** of *fysiologische leeftijd* komt niet noodzakelijk overeen met de werkelijke leeftijd of de chronologische leeftijd. Het is de leeftijd die zegt hoe het met de hart- en bloedsomloop is gesteld of, met andere woorden, hoe gezond men is en in welke staat het lichaam zich bevindt. Is de toestand ervan in overeenstemming met wat je in doorsnee op die leeftijd mag verwachten? De invloed van de levensstijl en onze genen op de biologische leeftijd is groot. De biologische leeftijd verklaart waarom de ene zestigjarige zich veel fitter voelt dan de andere zestigjarige. De fysieke conditie is ook gerelateerd aan de cognitieve conditie.

Studies bij tweelingen zijn interessant om het verouderingsproces beter te begrijpen. Prof. Nancy Pedersen van het Zweedse Karolinska instituut is een autoriteit op dit vlak. *‘Leefgewoonten op middelbare leeftijd zijn bepalend voor een gezonde oude dag, veel meer dan aanleg en opvoeding.’* De oorzaken van de ziekte van Alzheimer en dementie hebben een sterke genetische component, maar op hogere leeftijd hangt het ontstaan van de ziekte meer samen met hoe je je leven hebt geleid, dan met je aanleg.⁹ Pedersen ontdekte dit met gegevens uit het OCTO-cohort, dat bestaat uit tweelingen ouder dan tachtig jaar.

Statistiek Vlaanderen publiceerde de volgende gegevens over de *levensverwachting* in relatie tot leeftijd (zie figuur 1.2).



Lees hier meer over de levensverwachting van vrouwen en mannen in Vlaanderen.



FIGUUR 1.2 De levensverwachting op specifieke leeftijden, met en zonder gezondheidsbeperkingen, per geslacht, Vlaams Gewest 2018 in jaren

Bron: Statbel en Sciensano, bewerking Statistiek Vlaanderen, 2020

Deze data maken duidelijk dat er, relatief gezien, méér gezonde jaren resten voor mannen dan voor vrouwen.¹⁰ Vrouwen worden weliswaar ouder, maar mannen hebben een levensverwachting met minder beperkingen. Verder heeft de analyse aangetoond dat de levensverwachting zonder gezondheidsbeperkingen in Vlaanderen hoger ligt in het Vlaams Gewest. Belgische 65-jarigen blijven langer gezond dan het EU-gemiddelde.