

HOOFDSTUK 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 niet? 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 bespreken we recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het begrip gezondheid. In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de huidige stand van zaken en de verdere ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

LEERDOELEN

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- uitleggen wat gezondheid is;
- beschrijven wat wordt verstaan onder gezond gedrag;
- uitleggen hoe individuele, psychosociale en culturele factoren de gezondheid beïnvloeden;
- benoemen wat de invloed is van veranderingen in de samenleving op de gezondheidszorg;
- beschrijven wat de toekomstverwachting is van de gezondheidszorg.

Ik ben Gerrit, Gerrit de Vries. Ik ben 46 jaar en morgen word ik geopereerd. Vandaar dat ik nu in het ziekenhuis ben. Best vreemd, want ik voel me prima. Ik zou bijna zeggen ‘kernegezond’. 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 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. Binnen de gezondheidszorg in Nederland en in andere landen 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 hiervan zijn mensen met een ernstige fysieke beperking of aandoening die wel aangeven gelukkig te zijn. Vanuit de definitie van de WHO bekeken is het niet altijd gemakkelijk om aan te geven of mensen nu gezond zijn of niet. Ook al is er sprake van

een fysieke aandoening, dan kan het psychisch en/of sociaal welbevinden wel goed zijn.

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 niet gezond te zijn, ook als de dokter niets kan vinden. Daarmee sluit ze aan bij het biopsychosociale ziektemodel dat we tegenwoordig hanteren (Morrison & Bennett, 2019). Volgens dit model bepalen niet alleen objectief waarneembare klachten of iemand gezond is of niet, 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. In paragraaf 1.2 gaan we hier nader op in.

Het biopsychosociale model besteedt echter nog geen aandacht aan de mate waarin iemand zelf greep heeft op een ziekte. Deze facetten zien we wel terug in een vernieuwde definitie van gezondheid, zoals die op dit moment onder andere door Verpleging en Verzorging Nederland (v&vn) wordt gehanteerd. Deze definitie werd in 2014 geformuleerd door Machteld Huber, grondlegger van het gedachtegoed van **Positieve Gezondheid**, 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 iemands eigen vermogen de aandoening in te passen binnen de dagelijkse activiteiten. De regie van de cliënt is daarbij erg belangrijk. De definitie van Huber biedt een meer glijdende schaal voor de mate van gezondheid, terwijl in de definitie van de WHO een persoon ziek of gezond is.

1.1.1 Het spinnenweb van Positieve Gezondheid

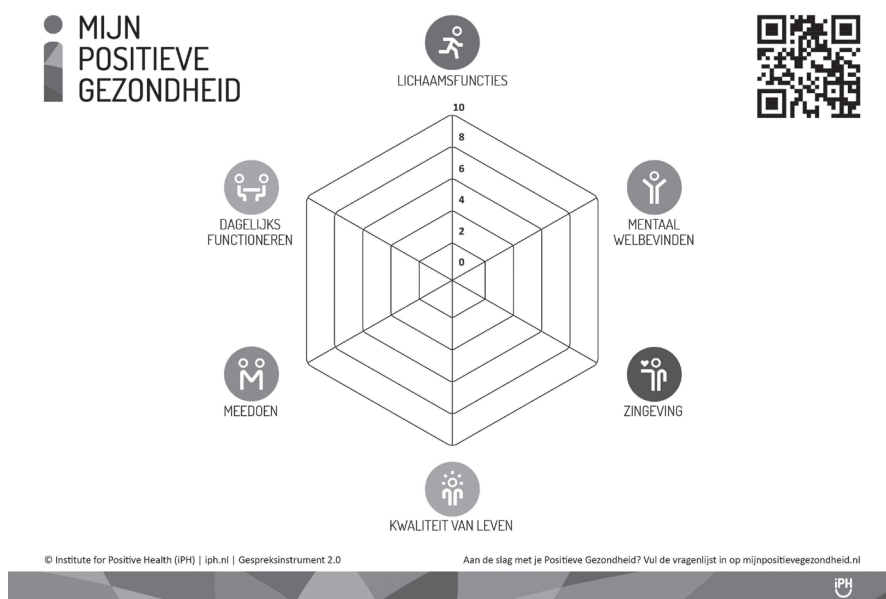
Het door Huber ontwikkelde model van Positieve Gezondheid richt zich op het vermogen van mensen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren over de persoonlijke gezondheid en het welzijn, ondanks eventuele uitdagingen. Huber beschrijft zes dimensies of ‘pijlers’ die bijdragen aan Positieve Gezondheid (zie ook figuur 1.1):

1. **Lichaamsfuncties:** de fysieke aspecten van gezondheid zoals conditie, energieniveau, en lichamelijke klachten. Het gaat om hoe goed het lichaam functioneert.
2. **Mentaal welbevinden:** de mentale en emotionele gezondheid, die aspecten omvat zoals stemming, emoties, veerkracht, en het vermogen om met stress om te gaan.



Scan de QR-code om meer te lezen over wat de WHO aangeeft met betrekking tot (mentale) gezondheid.

3. *Zingeving*: het gevoel van betekenis en doel in het leven, wat betrekking heeft op het hebben van doelen, het gevoel van meerwaarde, en het ervaren van een zinvol bestaan.
4. *Kwaliteit van leven*: de algemene tevredenheid met het leven en de omstandigheden, waaronder factoren vallen zoals woonomgeving, sociale relaties en persoonlijke veiligheid.
5. *Meedoen*: de sociale participatie en betrokkenheid bij de samenleving, waarbij het kan gaan om sociale contacten, vrijwilligerswerk en/of een gevoel van erbij horen.
6. *Dagelijks functioneren*: het vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren en voor zichzelf te zorgen, waarbij het gaat om zelfstandigheid en zelfredzaamheid in het dagelijks leven (IPH, 2020).



FIGUUR 1.1 Het spinnenweb van Positieve Gezondheid

Bron: iph.nl (2024)

Er is ook kritiek op de definitie van Huber. Zo beschrijft Jaap van der Stel (2016), lector GGZ aan de Hogeschool Leiden, dat Huber een eenzijdig accent legt op het individuele gedrag. Hij stelt dat Huber de begrippen gedrag en gezondheid in elkaar geschoven heeft, terwijl het ene prima kan samengaan met het andere. Ongezondheid kan samengaan met een toestand van eigen regie en aanpassingsvaardigheid; het omgekeerde kan ook. Zijn voorstel tot herformulering van de definitie van gezondheid is:

‘Het mede door eigen inspanning en naar welbevinden kunnen behouden en ontwikkelen van de gezien de levensfase en levensomstandigheden noodzakelijke lichamelijke, psychische en sociale functies’ (Van der Stel, 2016).

Momenteel wordt echter de definitie van Huber in het werkveld breed gedragen. In dit boek gaan wij dan ook uit van haar definitie.



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 beroerd. Ze lag vaak een hele week in bed. De pijn was zo erg dat ze zich te ellendig voelde om uit bed te komen en het huishouden te doen of te gaan werken. Wij, mijn broers, 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 arts zei letterlijk: ‘Ik kan niets vinden, dus u bent 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 als ziek bestempeld zijn.

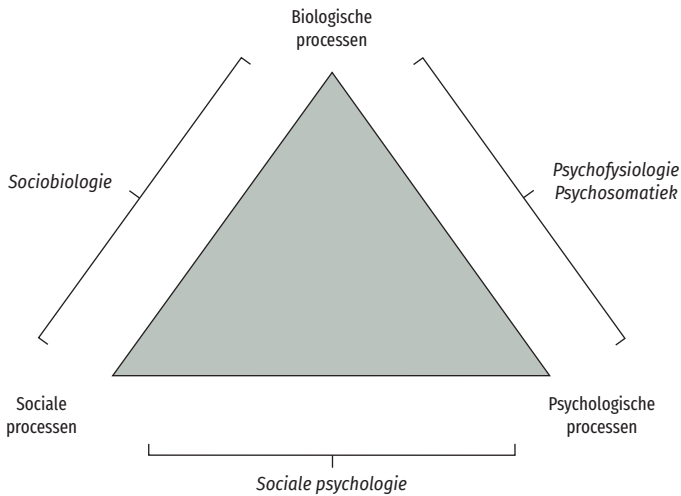
1.1.2 Het biopsychosociale model

Het **biopsychosociale model**, afgebeeld in figuur 1.2, 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 is iemand namelijk niet ziek als die persoon geen lichamelijk waarneembare klachten had. Kan de dokter niks vinden, dan moet 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 20 tot 30 procent 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.



Scan de QR-code voor een video met uitleg van het biopsychosociale model en hoe de verschillende componenten op elkaar inwerken bij psychische stoornissen.



FIGUUR 1.2 Het biopsychosociale model

Mensen die lijden aan een medisch onverklaard syndroom ervaren vaak frustratie: ze hebben klachten, maar er is geen (duidelijke) diagnose. Dat betekent geen behandeling en geen erkenning van hun lijden. Veel mensen geven hun klachten uiteindelijk zelf een naam, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of symfysolyse (bekkeninstabiliteit). Het feit dat de WHO deze mensen wel als ziek 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 mensen gezond zijn of ziek, daarover kunnen de meningen verschillen, maar de definitie van 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 voor 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, stoffen 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 buikpijnklachten, 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 klachten. Tegenwoordig is dat anders: er is meer aandacht

voor de sociaal-emotionele situatie van de cliënt. Inmiddels erkennen we in Nederland ook behandelingen zoals hypnotherapie bij buikpijnlachten. 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 de preventie van problemen. Mede ingegeven door bezuinigingen is preventie momenteel een ‘hot item’ binnen de gezondheidszorg: liever voorkomen dan genezen, want dat streven is (onder andere) een stuk goedkoper. Zorgverleners, beleidsmakers en gezondheidsorganisaties proberen door middel van voorlichting en het samenstellen van een sociaal vangnet het ontstaan van klachten te voorkomen of te minimaliseren. 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’. Bijvoorbeeld na een hartaanval krijgen mensen advies van een voedingsdeskundige over hoe zij een gezondere levensstijl kunnen aannemen en ze 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 cliënten helpend. Deze ziekten kunnen door dokters worden behandeld (psychiaters), maar ook door psychologen, maatschappelijk werkers of coaches. Kortom, de afgelopen eeuw is er veel veranderd in het denken over gezondheid en ziekte, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

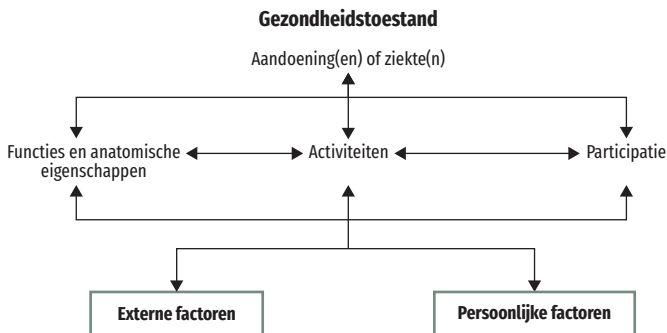
1.1.3 De International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF)

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. Ook is er 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.

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 beperking of ziekte. Figuur 1.3 toont de relatie tussen functies en contextuele factoren, zoals externe factoren en persoonlijkheidsfactoren. Ook in de gezondheidszorg kijkt men nu meer naar wat mensen wél kunnen en welke ondersteuning zij daarbij hebben of kunnen krijgen binnen het eigen netwerk. Pas daarna wordt bekeken welke aanvullende zorg nodig is.



De International Classification of Functioning, Disability and Health, beter bekend als ICF, is een classificatie van gezondheidsgerelateerde domeinen. Scan de QR-code om meer te weten te komen over de ICF.



FIGUUR 1.3 De mens als organisme, zijn handelen en de wijze waarop en mate waarin hij participeert in het maatschappelijk leven

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. Deze theorieën hebben elk een eigen definitie van het begrip ‘gezondheid’. Hier noemen we enkele van deze theorieën en hun definitie. Je zult zien dat ook binnen de verpleging dus verschillende ideeën bestaan over gezondheid.

Zo heeft de Amerikaanse verpleegkundig theoreticus Virginia Henderson het in haar visie over gezondheid over ‘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’ (Henderson, 1966).

Imogene King wordt gezien als een pionier binnen de verpleegkunde. Zij beschrijft gezondheid anders, namelijk als een dynamische status in de levenscyclus van een mens. Ziekte is een verstoring van deze cyclus (Gonzalo, 2019). Gezondheid vraagt een voortdurende aanpassing aan interne of externe stress. Iemand past zich aan door zijn ‘persoonlijke bronnen te gebruiken’ (Marriner-Tomey & Allgood, 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 waarbinnen een mens zelf kan aangeven waar hij zich bevindt: meer of minder gezond (Boog, De Jong & Kerstens, 2002). Haverkamp, Verweij en Stronks (2017) beschrijven dat wat wordt verstaan onder gezondheid implicaties heeft voor het beleid en de praktijk in de gezondheidszorg. De betekenis van ‘gezondheid’ laat

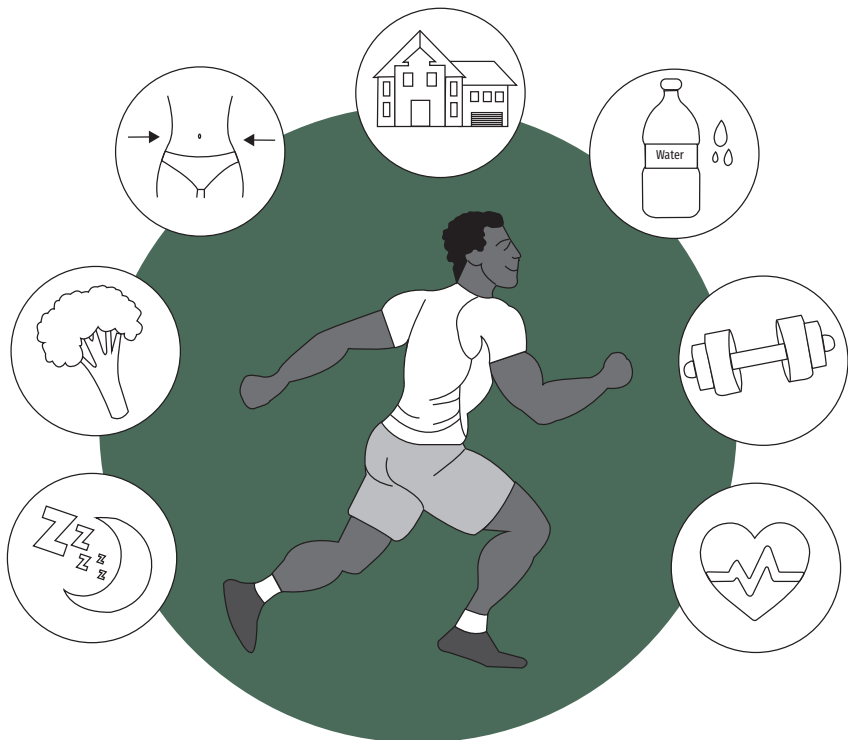
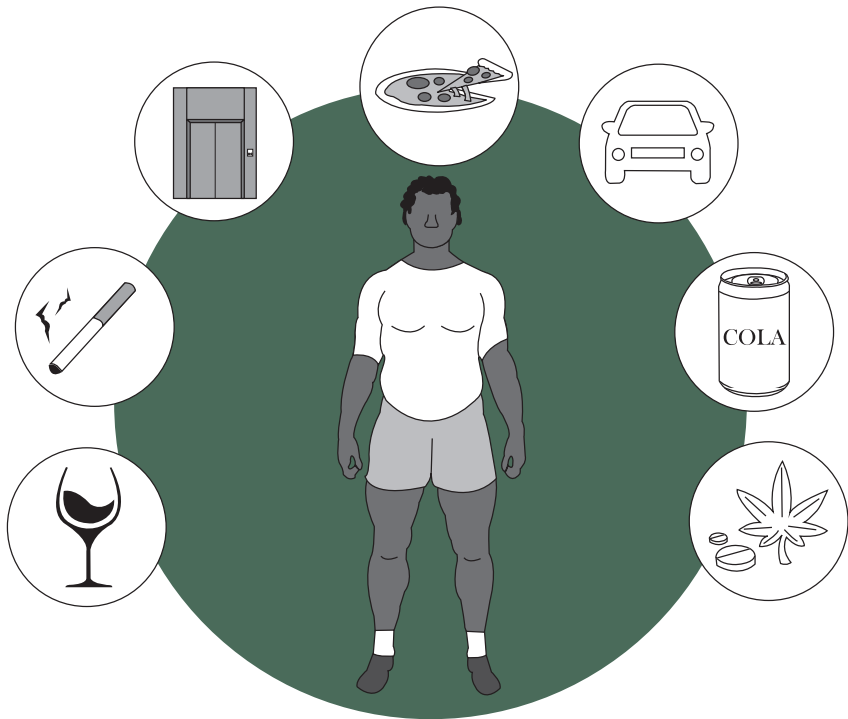
zich niet vangen in een definitie. De vraag wat onder gezondheid wordt verstaan, is bovendien deels een normatieve vraag. Je kunt je namelijk voorstellen dat gezond zijn niet alleen gaat over het niet ziek-zijn (een bepaalde conditie), maar ook over hoe wenselijk het niet ziek-zijn wordt gevonden door eenieder. Zo kan iemand met een chronische aandoening zoals migraine zich wel gezond voelen op dagen dat de pijn minder of niet aanwezig is.

1.2 Individuele, psychosociale en culturele factoren van gezondheid

Niet iedereen in Nederland is even gezond. Ook bestaan er grote verschillen in hoe mensen gezondheid ervaren, over gezondheid denken en met gezondheid omgaan. Die verschillen ontstaan vaak op basis van een aantal factoren. We bespreken er hier vijf, namelijk sociaaleconomische status, etniciteit, leeftijd, sekse en persoonlijkheid, omdat deze factoren een belangrijke rol spelen in het bepalen van iemands gezondheid en hun toegang tot zorg.

1.2.1 Sociaaleconomische status

Dat mensen in welvarende landen gezonder zijn dan mensen in arme landen is vastgesteld en logisch te verklaren. 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)** is de mate waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen en diensten te creëren of te consumeren, waaronder de middelen die nodig zijn voor een goede gezondheid (volksgezondheidszorg.info). De toegang tot goederen en middelen wordt meestal bepaald door de hoogte van het inkomen, de beroeps-status of het opleidingsniveau. De factoren inkomen en opleidingsniveau zijn sterk met elkaar verbonden: over het algemeen geldt dat mensen met een hoger opleidingsniveau meer verdienen. Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019a) blijkt dat mensen met een lager onderwijsniveau zich minder vaak gezond voelen, minder tevreden zijn en minder verdienen dan mensen die een hoger opleidingsniveau hebben. Mensen met een opleiding op hbo- of wo-niveau zijn het minst vaak werkloos, hebben de meeste kans op een beter betaalde baan en dus op een hoger inkomen. Zij voelen zich bovendien het vaakst gezond en zijn volgens het onderzoek het meest tevreden met hun leven.



Wat maakt je gezond en wat maakt je ongezond?

Illustraties: Marloes van Vuuren