

Gezondheid: een definitie?

Theo Poiesz,¹ Jo Caris,¹ Freek Lapré¹

In het artikel "Definitie 'gezondheid' aan herziening toe" in Medisch Contact neemt Jaap van der Stel¹ afstand van de populaire opvatting van Machteld Huber en anderen dat gezondheid moet worden opgevat als 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.² Deze definitie is bedoeld als reactie op de definitie van de WHO (1948) die gezondheid omschrijft als 'een toestand van compleet lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebrek'.³

Van der Stel constateert, terecht, dat Huber gedrag en gezondheid met elkaar verwart en maakt duidelijk tot welke eigenaardige gevolgtrekkingen dit kan leiden. Ze komen erop neer dat volgens de definitie zelfs zeer zieke mensen als gezond kunnen worden gezien zolang ze zich maar constructief gedragen.

In een reactie daarop geeft Huber⁴ aan dat er sprake is van een general concept en niet van een definitie en dat daardoor ruimte is voor een eigen individuele invulling. Deze breedte heeft zij "positieve gezondheid" genoemd. Maar ook dit 'general concept' geeft reden tot verwarring, zelfs meer verwarring dan de oorspronkelijke definitie al wekt. Ook een 'general concept' ontsnapt namelijk niet aan de noodzaak tot definiëring. Het lost dus niets op. Sterker, de ruimte voor een eigen individuele invulling staat haaks op het idee van een definitie. We helpen de discussie niet door het onderwerp tussentijds te veranderen.

Onderstaande reactie richt zich daarom op Hubers definitie zoals die oorspronkelijk werd geformuleerd.

VERWARRING

De verwarring wordt veroorzaakt door het feit dat het woord 'gezondheid' ge-

bruikt wordt voor een toestand én voor het omgaan met die toestand. Deze dubbele betekenis houdt in dat mensen op een gezonde en ongezonde manier kunnen omgaan met hun gezondheid en hun ongezondheid. Zo kan, afhankelijk van het perspectief van de beoordelaar, dezelfde persoon gezond of ongezond worden genoemd. Als het doel van een definitie is duidelijkheid te verschaffen, dan is aan deze definitie dus nog te schaven. Hubers begrip 'positieve gezondheid' kan die duidelijkheid niet bieden, want het suggereert dat er ook zoiets is als negatieve gezondheid, negatieve ongezondheid en positieve ongezondheid. Het zou tot een bijzondere segmentering van de huisartspopulatie aanleiding geven.

Maar Hubers opvatting werkt ook nog om een aantal andere redenen verwarrend. Deze worden dadelijk voorgesteld, maar we willen eerst een positief effect van Hubers benadering aanhalen. Met haar definitie benadrukt ze de eigen rol die mensen kunnen spelen in het managen van hun (on)gezondheid. Met de betrokkenheid en altruïstische instelling die de zorg eigen is, heeft de sector namelijk tot gevolg gehad dat mensen de eigen regie is ontnomen, met passiviteit, afhankelijkheid en gebrek aan vertrouwen in eigen kunnen als resultaat. Seligman⁵ zou dit kwalificeren als 'learned helplessness'. De zorg heeft zelf, voor een deel, de behoefte aan zorg gestimuleerd, door mensen meer regie te ontnemen dan strikt noodzakelijk is, ook waar het vermogen tot zelfzorg nog aanwezig is. Het is goed dat Huber hier nog eens op wijst.

NIEUWE DEFINITIE?

Voorafgaand aan de punten van kritiek (de redenen tot verwarring) willen we onze verbazing uiten over het feit dat Huber haar definitie in 2011 als 'nieuw' presenteerde.⁶ Is deze kwalificatie wel terecht? Ze vergelijkt haar definitie met die van de WHO,³ maar ten opzichte van

Forum biedt
onder meer plaats
aan ingezonden
commentaren
en reacties,
korte praktijkbijdragen,
congresverslagen
en boekbesprekingen.
Aanwijzingen inzake
lengte, opmaak
en wijze van inzending
(per e-mail)
zijn verkrijgbaar bij
het redactiesecretariaat.
De redactie behoudt
zich het recht voor
om te redigeren
en/of te bekorten.

Forum

die bijna 70 jaar oude definitie kan elke definitie wel als 'nieuw' worden gekwalificeerd. De internationale literatuur van het afgelopen decennium presenteert diverse definities waarvan die van Huber een bijna letterlijke vertaling is. Zie bijvoorbeeld Law en Widdows⁷ die in 2008 schreven: '(...) recent literature on health and related concepts exhibits a degree of convergence on the thought that health is the ability to cope with the demands of life (...)'. Het resultaat hiervan werd door Carel in 2009 'well-being within illness' genoemd,⁸ een verschijnsel dat volgens Angner et al.⁹ al in vele studies (dus in de jaren daarvóór) is aangetoond. Een andere, vergelijkbare opvatting is die van Bircher¹⁰ die gezondheid in 2005 definieerde als 'a dynamic state of well-being characterized by a physical and mental potential, which satisfies the demands of life commensurate with age, culture and personal responsibility'.

Het gaat ons op zich niet om het gebruik van het woord 'nieuw', maar om de vraag of Huber hiermee voldoende recht doet aan auteurs die in feite al jaren eerder vergelijkbare definities in de internationale literatuur introduceerden.

PUNTEN VAN KRITIEK

Verder lijkt een discussie gerechtvaardigd over de volgende kritische punten,

¹ Tias School for Business and Society, Tilburg

die als aanvulling gezien kunnen worden op het eerder genoemde argument van Van der Stel.¹

- De definitie van gezondheid verwijst naar fysieke, emotionele en sociale uitdagingen. Maar waarom zouden we het omgaan met emotionele uitdagingen aan gezondheid moeten relateren? Is iemand ongezond als zij verdrietig blijft over het verlies van een partner? Of over het verlies van een baan? En kunnen we beide personen wel gezond noemen als ze erin slagen hun emoties op dit vlak te beteugelen of juist te uiten? Daarmee worden eigenlijk alle aspecten van het leven onder de definitie van gezondheid gebracht en zo tot domein verklaard van de gezondheidszorg.
- Opvallend is dat in de definitie niet gerefereerd wordt naar cognitieve of mentale uitdagingen. Hiermee valt, bijvoorbeeld, het omgaan met demantie als cognitieve uitdaging buiten de definitie.
- Niet duidelijk is wat precies met 'uitdagingen' wordt bedoeld. Gaat het om positieve uitdagingen (kansen) of om negatieve uitdagingen (risico's, bedreigingen)? De uitleg en voorbeelden die Huber hier zelf bij presenteert, betreffen vooral negatieve zorg-uitdagingen (bijvoorbeeld omgaan met fysieke problemen). Daarmee gaat de vraag naar de definitie van gezondheid over in de vraag naar de definitie van 'uitdaging'. De hete aardappel wordt zo doorgeschoven, maar daar schieten we niets mee op.
- De definitie gaat uit van 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren'. Dit suggereert dat geen onderscheid gemaakt hoeft te worden tussen mensen die dit vermogen benutten en mensen die het onbenut laten. Dit is verwarrend. Ook verwarrend is de onduidelijke relatie tussen aanpassen en regie voeren. Houdt het een het andere in? Kunnen ze onafhankelijk van elkaar plaatsvinden? Aanpassen lijkt een zekere regie te impliceren, maar andersom hoeft regie geen aanpassing in te houden.
- De definitie maakt geen onderscheid tussen oorzaak en gevolg. Als we bijvoorbeeld eenzaamheid mogen typeren als een sociale uitdaging, zijn eenzame mensen dan ongezond als ze zelf die eenzaamheid niet weten te door-

breken? Dat eenzaamheid een oorzaak en een gevolg kan zijn van ongezondheid, wil niet zeggen dat eenzaamheid zelf een aspect van ongezondheid is. Als dat wel zo is, wordt eenzaamheid een door de zorg te behandelen conditie. Ter vergelijking: de kwaliteit van voedsel beïnvloedt gezondheid, maar voedsel is op zich geen aspect van gezondheid. Überhaupt is het einde zoek als een definitie niet alleen het concept zelf, maar ook de oorzaken en gevolgen ervan zou moeten omvatten. En als sociale uitdagingen wel in de definitie moeten worden opgenomen, geldt dat dan niet ook voor uitdagingen op het vlak van economie, financiën, technologie, arbeid, onderwijs, mobiliteit, milieu en huisvesting - om een paar voorbeelden te noemen? De gezondheidsdefinitie zou daarmee onbegrensd raken en onhanteerbaar worden. Huisartsen vragen zich terecht af of zij wel de aangewezen discipline zijn om dit soort uitdagingen aan te pakken, tenzij er psychosomatische problemen ontstaan.

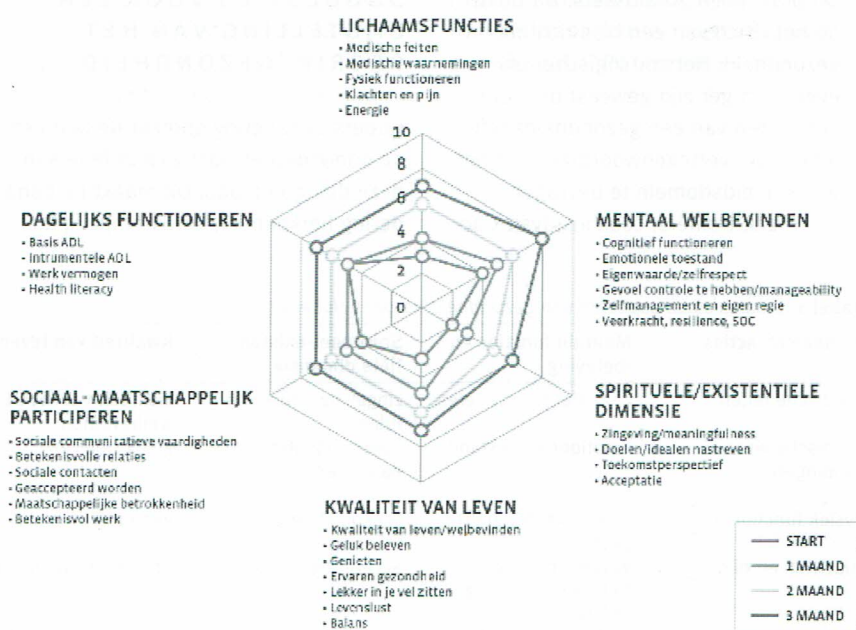
Hubers meer exclusieve focus op sociale uitdagingen begrenst de definitie maar maakt deze ook onevenwichtig. Soms wordt sociaal gedrag gezien als indicatie van een mogelijk gezondheidsprobleem.

Een kind toont zich bijvoorbeeld ongevoelig in de klas. Maar passief gedrag op zich maakt een kind niet ongezond, tenzij er sprake is van een fysieke, cognitieve of emotionele condities die hieraan ten grondslag liggen. Maar dan zijn het die condities waarop het gezondheidsbegrip betrekking moet hebben.

- In de Engelstalige literatuur wordt 'omgaan met' aangeduid met 'coping'. De zeer uitgebreide coping-literatuur maakt een onderscheid tussen constructieve en destructieve strategieën die mensen kunnen vertonen. Destructieve strategieën lijken op het eerste gezicht niet onder gezond gedrag te vallen.
- Huber verbindt aan gezondheid zes dimensies – de 'pijlers voor positieve gezondheid': bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation en daily functioning.² Zie onderstaande figuur:

Het is verwarrend dat deze dimensies niet of slechts gedeeltelijk corresponderen met de definitie. Mental functions zijn niet in de definitie opgenomen, wel bij de dimensies. Emotionele uitdagingen staan wel in de definitie, maar niet bij de dimensies. Quality of life (QoL) is een

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Figuur 1 Huber's pijlers voor positieve gezondheid.²
© Louis Bolk Instituut

veel ruimer begrip dan gezondheid en vormt dus niet een aspect van gezondheid. In de internationale literatuur geldt gezondheid dan ook als één van de determinanten van QoL (zie bijvoorbeeld Cummins¹¹ of Angner et al¹⁸). Andersom is QoL een determinant van gezondheid – en dus niet een aspect van gezondheid (zie bijvoorbeeld Cohen et al,¹² Diener en Biswas-Diener,¹³ of Huppert.¹⁴ Een vergelijkbare argumentatie is te bieden voor ‘social and societal participation’ en ‘daily functioning’. Deze zijn oorzaak of gevolg, maar zelf niet een dimensie van gezondheid.

- Ondanks hun verschillen wordt aan elk van de zes dimensies een gelijk gewicht toegekend om ze te laten passen in een spinnenwebdiagram. QoL als generieke, overkoepelende dimensie krijgt zo hetzelfde gewicht als de andere, meer specifieke dimensies. Ook dit is verwarrend.
- De dimensies zijn het resultaat van onderzoek onder zeven groepen stakeholders ‘in the domain of health-care’.² Het is op zich opvallend dat voor het vinden van gezondheidsdimensies vrijwel alleen stakeholders uit het brede domein van de zorg werden uitgenodigd te participeren - het domein waarin de nadruk ligt op ongezondheid. Slechts een van de zeven partijen betreft twee groepen burgers: gezonde patiënten van een huisartsenpraktijk en 70-plussers. Dit duidt op het risico van een bias richting ongezondheid. Het zou logischer en evenwichtiger zijn geweest om voor het vinden van een gezondheidsdefinitie (ook) vertegenwoordigers uit het gezondheidsdomein te bevragen (sporters, trainers, coaches, fysiek ac-

tieve amateurs, kerngezonde mensen, etc.).

- De analytische benadering van de data uit dit onderzoek kan als schraal worden getypeerd. Antwoorden van respondenten worden simpel opgeteld en wel op een manier die voorbijgaat aan de mogelijkheid van onderlinge relaties (associaties; tegenstellingen; overlap) tussen de begrippen. Dit houdt het risico in dat bepaalde aspecten deels dubbel worden geteld. Het doet twijfels rijzen ten aanzien van de bruikbaarheid van het spinnenwebdiagram dat wordt gevormd door de zes dimensies.
- Het spinnenwebdiagram explodeert in een vuurwerk van concepten als aan de genoemde 6 dimensies maar liefst 32 gezondheidsaspecten worden verbonden:

Hierdoor lijkt het alsof het gezondheidsbegrip het hele leven omvat. Maar meer is niet per se beter. Ook hier niet. Met de omvang van het begrip nemen interpretatieproblemen een vlucht en wordt het exponentieel moeilijker om normen te stellen. Een onbegrensd gezondheidsbegrip zal onbeheersbaar uitdijen tot het niet meer te hanteren is. Een omvangrijke constellatie van begrippen heeft een beperkte houdbaarheid.

SUGGESTIES VOOR EEN BIJSTELLING VAN HET BEGRIP ‘GEZONDHEID’

Hubers benadering spreekt de taal van de doelgroep en past zich in feite aan deze doelgroep aan. Dit maakt de benadering herkenbaar, laagdrempelig en

aansprekend voor mensen die in de zorg werken. Sterker: het legitimeert ongeveer elke willekeurige maatregel die op dit vlak kan worden bedacht. De definitie, de zes dimensies en de 32 sub-dimensies bieden beleidsmakers en zorgprofessionals elck wat wils. Dit is volgens ons de primaire reden voor de populariteit. Op het eerste gezicht biedt de benadering een solide basis, maar dat doet drijfzand ook. Ze houdt het risico in dat maatregelen worden genomen met een slechts indirecte relatie tot gezondheid. Dit risico werkt toenemende medicalisering in de hand en dat was juist het bezwaar tegen de oude WHO definitie. Een onbegrensde opvatting over (on)gezondheid luidt het failliet in van de zorg.

De aanleiding tot dit artikel werd gevormd door het contrast tussen de vluchtigheid van Hubers benadering en de snel groeiende, vrijwel kritiekloze populariteit. De conclusie is simpel: we moeten opnieuw gaan nadenken over wat gezondheid werkelijk is. Hiervoor willen we alvast een aantal uitgangspunten voorstellen:

- We mogen ons niet laten verleiden tot een gezondheidsdefinitie die ge‘framed’ is door ongezondheid.
- Gezondheid als toestand en gezondheid als gedrag mogen niet worden verward (zie Van der Stel³).
- De internationale wetenschappelijke literatuur biedt al veel gezondheidsdefinities en -inzichten die bruikbare elementen bevatten. Het is belangrijk deze literatuur niet te negeren, ook omdat die ons leert bescheiden om te gaan met het woord ‘nieuw’.
- Uitgegaan moet worden van de universele ‘rule of parsimony’, het breed geaccepteerde principe dat begrippen

Tabel 1 Dimensies en aspecten van gezondheid volgens Huber et al.²

Lichaamsfuncties	Mentale functies en -beleving	Spiritueel-existentele dimensie	Kwaliteit van leven	Sociaal-maatschappelijke participatie	Dagelijks functioneren
medische feiten	cognitief functioneren	zingeving/ meaningfulness	kwaliteit van leven/ welbevinden	sociale en communicatieve vaardigheden	basis ADL
medische waarnemingen	emotionele toestand	doelen/idealen nastreven	geluk beleven	sociale contacten betekenisvolle relaties	instrumentele ADL
fysiek functioneren	eigenwaarde/ zelfrespect	toekomst perspectief ervaren	genieten	geaccepteerd worden	werkvermogen
klachten en pijn	gevoel controle te hebben/ manageability	acceptatie	ervaren gezondheid		health literacy
energie ervaren	zelfmanagement en eigen regie		lekkert in je vel zitten	maatschappelijke betrokkenheid	
	veerkracht/ resilience en ‘sense of coherence’		levenslust, balans	betekenisvol werk	

zich moeten beperken tot hun kernbetekenis en moeten waken voor allerlei verbijzonderingen en uitwassen. Die betekenen ballast en werken verwarrend. Dus ook op gezondheidsgebied moet de schoenmaker bij zijn leest blijven.

- Het gezondheidsbegrip bevindt zich in de buurt van andere relevante concepten als bijvoorbeeld quality of life, welzijn, healthy life years, veerkracht, vitaliteit en participatie. Het is van belang gezondheid hiervan te onderscheiden en de onderlinge relaties te specificeren. Dit voorkomt dat alle concepten op een hoop worden gegooid.
- De discussie rond gezondheid heeft duidelijk gemaakt dat gezondheid (ook) te maken heeft met kwaliteit van functioneren. Functioneren is persoonlijk-, leeftijd-, cultuur- en contextafhankelijk (zie ook Bircher⁹). Dit suggereert dat het zinloos kan zijn een persoon als gezond of ongezond te typeren. Het is belangrijk de hierin begrepen flexibiliteit in een gezondheidsbenadering te verdisconteren.
- Zuiverheid van een definitie is niet een louter academisch/semantisch thema. Het gaat uiteindelijk om de scherpte in beleid. Beleid kan nooit consistent en duidelijker zijn dan de begrippen waar ze gebruik van maakt. Op dit vlak is nog een wereld te winnen.

Dit artikel is een oproep (ook aan Machteld Huber) om te komen tot een evenwichtige, gefundeerde gezondheidsdefinitie en daarmee tot gericht gezondheidsbeleid. Laten we elkaar daarin kritisch volgen. Gezondheid en

ongezondheid zijn te belangrijk om er verwarring over te laten bestaan. De populariteit van een gezondheidsbenadering mag daarbij niet het criterium zijn en zou zelfs tot vraagtekens moeten leiden.

ABSTRACT

Health, a definition

This article gives a critical reflection on Huber's definition of positive health. It criticizes the broad domain of the health definition and the lack of distinction between cause and result. Quality of life is not an aspect of health but a result because of health.

Keywords: health, health definition, quality of life, parsimony

LITERATUUR

1. Stel J van der. Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Med Contact* 2016;71:18-9.
2. Huber M. Towards a New, Dynamic Concept of Health. Proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2014.
3. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. Genève: World Health Organization, 1948.
4. Huber M. Reacties op "Definitie 'gezondheid' aan herziening toe"
5. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/definitie-gezondheid-aan-herziening-toe.htm>. Geraadpleegd 16-9-2016.
6. Seligman MEP. Helplessness. San Francisco: Freeman & Co, 1975.
7. Law I, Widdows H. Conceptualising

Health: Insights from the Capability Approach. *Health Care Anal* 2008;16:303-14.

8. Carel H. I am well, apart from the fact that I have cancer. Explaining Well-being within Illness. In: Bortolotti L. (ed.). *Philosophy and Happiness*. New York: Palgrave, 2009, p. 82-99.
9. Angner E, Ghandi J, Purvis KW, Amante D, Allison J. Daily Functioning, Health Status, and Happiness in Older Adults. *J Happiness Studies* 2013;14:1563-74.
10. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos* 2005;8:335-41.
11. Huber M, Knottnerus JA, Green L et al. How Should We Define Health? *Br Med J* 343.
12. Cummins RA. The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Soc Indicators Res* 1996;38:303-28.
13. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner DP. Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosom Med* 2003;65:652-7.
14. Diener E, Biswas-Diener R. *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*. Malden: MA: Blackwell Publishing, 2008.
15. Huppert FA. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Well-being* 2008;1:137-164.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Theo Poiesz, Tias School for Business and Society, Tilburg, e-mail: T.B.C.Poiesz@tias.edu