

## Consequenties van herdefiniëring

# Kan positieve gezondheid de zorg haar ziel teruggeven?

Ad Bergsma

**Het werkveld heeft het begrip positieve gezondheid met veel enthousiasme omarmd en het begrip hoort daarom thuis in het onderwijs. In dit essay wordt onderzocht wat de mogelijkheden en valkuilen zijn van het begrip 'positieve gezondheid'. Het grootste probleem is dat de gezondheidszorg er maar in zeer beperkte mate aan kan bijdragen.**

Weinig onderwerpen zijn zo saai als discussies over definities. Zeker bij abstracte concepten krijg je nooit helemaal te pakken wat bedoeld wordt en de afbakening van verwante begrippen blijft altijd een heikel probleem. Waar liggen bijvoorbeeld de grenzen tussen gezond, ziek, stoornis, afwijkend en afkeurenswaardig? Discussies over definities hebben vaak veel weg van haarkloverij.

De enthousiaste ontvangst (Walburg, 2015) van de nieuwe definitie van gezondheid van Machteld Huber is de uitzondering die de regel bevestigt. Positieve gezondheid, of kortweg gezondheid, is bij haar niet langer het optimaliseren van zoveel mogelijk (biologische, emotionele en sociale) parameters. Zij definieert gezondheid als het vermogen van burgers/patiënten om zich aan te passen en de eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen (Huber e.a., 2011).

Hubers opvatting over gezondheid zorgt voor een verbreding van de blik. Als patiënten te maken krijgen met chronische aandoeningen, dan verschuift de focus van het onoplosbare probleem naar het stimuleren van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Het belang van deze aandachtverschuiving komt bijvoorbeeld naar voren in de palliatieve fase. Het werken vanuit een te enge opvatting van gezondheid leidt tot een blijvende gerichtheid op het repareren van de lichaamsprocessen, zelfs als de kansen op resultaat erg klein zijn en de bijwerkingen van de ingezette behandeling groot. Curatieve overbehandeling schaadt de mogelijkheid om zelf de regie te voeren en de kwaliteit van leven, omdat men vergeet de zorg af te stemmen op individuele wensen en behoeften (Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de geneeskunde, 2015; Bergsma en Uitdehaag, 2016).

De bredere blik is nodig, omdat wetenschappelijke kennis wel laat zien hoe we dingen moeten doen, maar geen antwoord geeft op de vraag waarom we iets al dan niet moeten doen. Kennis vertaalt zich niet automatisch in wijsheid (Ardelt, 2000). Het protocol dat is bedoeld als middel om een betere zorg te garanderen, kan zonder oog voor de context verworden tot een afvinklijstje dat patiënten uiteindelijk tekortdoet. Een bekend voorbeeld uit de media is de verstandelijk beperkte Brandon die drie jaar lang doorbracht terwijl hij vastgeketend zat aan een korte lijn aan de muur. Volgens de inspectie had de instelling het

protocol goed gevolgd en was er goede zorg geboden, maar de publieke verontwaardiging over zijn toestand leidde tot een veel beter leven voor Brandon bij een andere instelling<sup>1</sup>.

Een tweede anekdote komt van Andries Baart (2005), wiens moeder chemokuren moet ondergaan en zich met haar laatste krachten naar het ziekenhuis begeeft. Direct nadat ze weer thuis is, voelt ze dat ze het niet meer lang zal maken. Op het moment dat zijn vader het ziekenhuis wil bellen, gaat de telefoon. Het ziekenhuis meldt dat de moeder in goede conditie is en zich morgen om acht uur moet melden. De professionals hebben zich geconcentreerd op de labwaarden en Baarts moeder niet in de ogen gekeken.

De enge blik op het menselijk lichaam als repareerbare machine, draagt er mogelijk aan bij dat professionals soms het gevoel verliezen dat de zorg haar doel – kwaliteit en waarde toevoegen aan het leven van patiënten – echt kan bereiken. De teleurstelling hierover zien we bijvoorbeeld terug in burn-out van personeel (Smulders, Houtman en Rijssen, 2013). Burn-out is door Maslach en Leiter (1997) treffend, maar weinig wetenschappelijk omschreven als de 'erosie van waarden, waardigheid, enthousiasme en wil – een erosie van de menselijke ziel'.

### Pragmatisch omgaan met de ziel

De enthousiaste ontvangst van de definitie van Huber is misschien verklaarbaar door de geboden oplossing voor wat is omschreven als de 'spirituele leegte van de gezondheidszorg' (Douglas, 1994). De definitie biedt hoop op een nastrevenswaardig, centraal doel voor de gezondheidszorg. We kunnen positieve gezondheid enigszins over de top beschrijven als 'de ziel van de gezondheidszorg', een uitdrukking van trendwatcher Adijedj Bakas, wiens boek *Ziel in Zorg* eind 2016 in ontvangst genomen werd door minister van Volksgezondheid Edith Schippers<sup>2</sup>.

Als de gezondheidszorg aan de hand van de definitie van Huber meer gaat streven naar een goed en door de patiënt zelf geregisseerd leven, dan herwint de zorg iets van haar essentie of ziel. De vraag is echter of we daar een prijs voor moeten betalen. De essentie staat immers op gespannen voet met de wetenschap die alles in stukjes hakt en uit elkaar rafelt. De basale wens van studenten gezondheidszorg om iets voor anderen te doen, wordt tijdens de opleiding uiteengerafeld in het vervullen van CanMEDS-rollen (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [RCPS], 2005). Professionele medemenselijkheid is gevangen in een samenspel van competenties, attitudes en kennis.

Het voordeel is dat we hierdoor preciezer kunnen opleiden, maar het nadeel is dat de essentie uit beeld raakt achter alle dingen

waar we aan moeten denken. Een soortgelijke ervaring had ik toen ik mijn scriptie over kwaliteit van leven inleverde. Mijn begeleider Piet Vroon had het ineens over zielkunde. Verrast constateerde ik dat het woord ziel tijdens de opleiding tot psycholoog uit mijn denken was verdwenen, terwijl de ziel toch de aanduiding was voor het 'voornaamste en onmisbaarste' van de mens, de 'werkende kracht' of het 'onstoffelijke levensbeginsel'. Ik had geleerd de hersenen te zien als een *army of idiots*, een reeks gespecialiseerde modules zonder zelfbewustzijn die functies verrichten, zoals het herkennen van gezichten, taalgebruik of het bewaren van evenwicht (Dennett, 1981; Fodor, 1983).

Vroon hielp mij te constateren dat de studie psychologie je niet in staat stelt het wezen van de mens te doorgronden. Deze teleurstelling beperkt zich niet tot de psychologie. Een natuurkundige zei eens dat hij op grond van de fysische kenmerken van water niet had kunnen voorspellen dat het 'nat' is. Evenzo lijken artsen en verpleegkundigen lichamen soms nauwelijks meer waar te nemen als personen, maar eerder als een verzameling fysiologische processen. De filosoof René Munnik (2013) ziet hier een algemene wet in. Naarmate we de wereld meer wetenschappelijk beschrijven in mathematische structuren en rationeel inrichten, krijgt zij steeds meer een mythisch karakter, zonder essentie. Munnik geeft voorbeelden als het vervagen van de essentiële verschillen tussen mens en machine, tussen werkelijkheid en virtuele wereld en tussen heden en verleden.

Zelfs als de kern zou bestaan, moeten we ons erbij neerleggen dat we haar niet te pakken krijgen. Piet Vroon verwoordde deze gedachte in een uitzending van het televisieprogramma Hoge Bomen<sup>3</sup>: 'Ik vind dat een mens onder ogen moet zien, hoe oud hij ook is en hoeveel hij ook gestudeerd heeft, dat hij eigenlijk van de hele bliksemse bende niets begrijpt.'

### Inspiratie voor de zorg

De definitie van begrippen als 'gezondheid' of 'ziel' is nooit af of sluitend. In het onderwijs zal daarom niet de vraag centraal moeten staan of de definitie van Huber klopt, maar eerder wat de waarde ervan is voor de praktijk. Deze gedachte is niet nieuw. De tijdgenoot en vriend van Erasmus, Juan Luis Vives, kwam met een pragmatische oplossing voor het dilemma rond definities van het woord ziel. Hij schreef: 'Wat de ziel is, is voor ons niet van belang te weten, maar wat haar eigenschappen en werkzaamheden zijn, interesseert ons in hoge mate' (geciteerd in Linschoten, 1964).

Vrij vertaald: gezondheidsprofessionals zouden moeten overwegen welke aanknopingspunten het werk van Huber biedt voor het aanbrengen van verbeteringen in hun praktijk. Waar biedt de definitie inspiratie en waar frustratie? Essentieel pluspunt is dat de definitie goed aansluit bij de liberale tijdgeest die een steeds groter beroep doet op de zelfredzaamheid van individuen. Bovendien constateerden we hierboven al dat de opvatting van Huber over positieve gezondheid professionals noopt de zorg goed te laten aansluiten bij wat werkelijk belangrijk is voor patiënten (Luijckx, 2014).

Een volgend inspirerend idee is niet alleen problemen te repareren, maar ook sterke krachten te vergroten en meer te investeren in preventie (Hakanen en Schaufeli, 2012). Nies (2012)

spreekt van een omslag van de gangbare ziektegerichte zorg naar een meer gezondheidskundige zorg: 'Het gaat daarbij vaak om een afweging van de baten en lasten van mogelijke behandelingen, om het verlichten, opheffen of voorkomen van verergering van stoornissen en restverschijnselen, en om het versterken van competenties bij het verwerken van verlies en gevoelens van onmacht. Het gaat ook om motivatie en zingeving en om zorg door verwanten. Het doel van gezondheidskundige zorg is het bereiken van een evenwicht via goede zorginhoudelijke behandeling, maar ook door de omgeving goed in te richten.' De zorg wordt breder. Naast de specialistische poli zou een verpleegkundige een veerkracht-poli kunnen inrichten (Huber e.a., 2016).

Een anekdote kan deze omslag verduidelijken. Een directeur van een verpleeghuis gaf tijdens een interview met De Correspondent<sup>4</sup> als voorbeeld dat een van zijn bewoners met dementie breiles gaf op de afdeling. Het automatisme breien was door de ziekte gespaard en dat gaf de vrouw de mogelijkheid iets zinnigs bij te dragen. Waar het door het toenemend aantal chronische ziekten niet lukt klachten te verhelpen, kan het richting geven aan een leven met de beperking soms uitkomst bieden.

### Mogelijke bronnen van frustratie

Wie de frustratie van gezondheidsprofessionals wil voorspellen, zou eens onder de motorkap van het begrip 'positieve gezondheid' moeten kijken. Huber heeft haar definitie van gezondheid verder uitgewerkt aan de hand van wat patiënten verstaan onder gezondheid, zoals weergegeven in de onderstaande tabel (Huber e.a., 2016). Wie de lijst bestudeert, moet concluderen dat gezondheid zich kort laat samenvatten als alles wat goed is, zoals lekker in je vel zitten, betekenisvolle relaties, idealen nastreven en werkvermogen. Een moraal filosoof zou zeggen dat alleen de deugden wat impliciet blijven.

Wat leken bedoelen als ze het over gezondheid hebben, is zo mooi samengebracht, maar het is de vraag of gezondheidsprofessionals die het begrip omarmen niet ook in een valkuil stappen. Het eerste – en minst belangrijke – probleem is dat de dimensies door elkaar lopen. Termen uit verschillende hoofd-dimensies, zoals 'levenslust' en 'energie ervaren', zijn bijvoorbeeld praktisch moeilijk te scheiden. Andersom lijken 'health literacy' en 'ADL' (algemene dagelijkse levensverrichtingen) zeer beperkt raakvlakken te hebben, terwijl ze binnen dezelfde dimensie vallen. Het lijkt een veilige gok dat de operationalisatie van de dimensies van positieve gezondheid psychometrisch gezien rommelig zijn.

Een ernstiger probleem is dat oorzaak en gevolg onontwaaarlijk verknoopt zijn geraakt. Of het leven lukt, hangt af van de interactie van omstandigheden met de levensvaardigheden/ gezondheid van het individu (Veenhoven, 2000). We kunnen zien waar de schoen wringt door ons te richten op Hubers dimensie sociaal-maatschappelijke participatie en dan specifiek op het onderwerp 'betekenisvol werk'. Op zich zijn er geen principiële bezwaren om dit aspect onder de definitie van gezondheid te scharen. Een bijwerking van die keuze is echter dat werkeloosheid al snel wordt opgevat als een individueel probleem, terwijl bijvoorbeeld goed gedocumenteerd is dat mensen met verminderde arbeidsgeschiktheid maar moeilijk terecht kunnen op de arbeidsmarkt (Brouwer, 2016).

Tabel 1: Hoofddimensies van gezondheid volgens Huber, onderverdeeld naar aspecten.

Lichaamsfuncties	Mentale functies en beleving	Spiritueel-existentiële 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	instrumentele ADL
fysiek functioneren	eigenwaarde/ zelfrespect	toekomst-perspectief ervaren	genieten	geaccepteerd worden	werkvermogen
klachten en pijn	gevoel controle te hebben/ manageability	acceptatie	ervaren gezondheid	betekenisvolle relaties	health literacy
energie ervaren	zelfmanagement en eigen regie		lekker in je vel zitten	maatschappelijke betrokkenheid	
	veerkracht/resilience & 'sense of coherence'		levenslust, balans	betekenisvol werk	

Als we werkloosheid opvatten als een gezondheidsprobleem, dan behoren het werkgelegenheidsbeleid en de politiek voortaan tot het terrein van de gezondheidsprofessionals. Het maatschappelijke bestel laat zich echter moeilijk in de spreekkamer repareren. Of misschien moeten we deze bijwerking in navolging van Dehue (2014, 2010) andersom formuleren. Een meer individualistisch ingestelde samenleving stelt meer eisen aan de zelfredzaamheid van het individu, en dat zorgt ervoor dat sommige mensen maar moeilijk kunnen meekomen. Dit levert onbehagen op dat we vervolgens labelen als ongezondheid of stoornissen, zodat patiënt en zorg het samen moeten oplossen, zonder dat de context wordt beschouwd of aangepakt.

Het samenbundelen van oorzaak en gevolg in één definitie vertroebelt het zicht op de aspecten waar de gezondheidszorg wel en niet aan kan bijdragen. Of iemand erin slaagt iets van zijn leven te maken, hangt af van genen, persoonlijkheid, opvoeding, scholing, samenleving, voeding, toeval en de goede wil van mensen op het levenspad. Gezondheidsprofessionals zijn een te klein onderdeel van het geheel om te claimen dat zij mensen gezond kunnen maken, zoals opgevat in de definitie van Huber.

Sterker nog, de bijdrage van gezondheidsprofessionals zal heel vaak irrelevant zijn voor Hubers opvatting van gezondheid. Of het mensen lukt iets van hun leven te maken, is immers maar voor een klein deel afhankelijk van de lichamelijke gebreken. Voor je geluk over een half jaar maakt het bijvoorbeeld onverwacht weinig uit of je morgen door een ongeluk verlamd raakt, of de hoofdprijs wint in de loterij (Brickman e.a., 1978). Evenzo kunnen we zeggen dat het voor de gezondheid van een veerkrachtige patiënt volgens de definitie van Huber weinig uitmaakt of morgen een been wordt afgezet, terwijl hij of zij eigenlijk kwam voor het verwijderen van spataderen. Ook mensen zonder been kunnen de eigen regie voeren en zich aanpassen (Bergsma en Van de Dijk, 2016). De door ALS aan de rolstoel gekluisterde wiskundige Stephen Hawking is volgens de definitie van Huber misschien wel gezonder dan de gemiddelde marathonloper.

Medici verantwoordelijk maken voor Hubers ideeën over gezondheid is net zoiets als ambtenaren van de burgerlijke stand verantwoordelijk maken voor het geluk in de huwelijken die zij afsluiten<sup>5</sup>. In het Universiteitsmuseum van Groningen is overigens tot 31 januari 2018 zichtbaar dat deze positie niet nieuw is voor dokters. In de middeleeuwen zorgde de dokter niet voor genezing, maar gaf alleen de leefregels waarmee mensen zelf gezond konden blijven (Knoeff, 2017).

### Positieve gezondheid in de praktijk

De poging van Huber om de essentie van gezondheid beter te formuleren biedt vooruitgang, omdat zij wat het meest wezenlijk van belang is meer centraal stelt. We betalen hier echter wel een prijs voor: de zorg gaat zich meer op een terrein begeven waar ze weinig houvast heeft. En waar beslissingen niet professioneel genomen kunnen worden op basis van medische of verpleegkundige kennis en normen, maar in onzekerheid op basis van de wijsheid van het gezonde verstand. Wie wil bijdragen aan het begrip 'positieve gezondheid' lijkt net als Vroon onder ogen te moeten zien wat we allemaal niet weten en kunnen. Het concept 'positieve gezondheid' vraagt niet alleen om enthousiasme, maar ook om bescheidenheid over de specifieke bijdrage van de gezondheidszorg aan de maatschappij. Laten we studenten ervoor waarschuwen dat de meester zich toont in de beperking.

### Noten

- <http://www.ad.nl/gezond/brandon-is-dolgelukkig~a2def429/> [Geraadpleegd op 23-02-2017]
- <http://www.bakas.nl/Ziel-in-de-zorg-overhandiging> [Geraadpleegd op 23-02-2017]
- [https://nl.wikipedia.org/wiki/Piet\\_Vroon](https://nl.wikipedia.org/wiki/Piet_Vroon) [Geraadpleegd op 23-02-2017].
- <https://decorrespondent.nl/4849/24-uur-in-een-tehuis-ik-had-het-gevoel-dat-ik-naar-een-gevangenis-ging/564789869215-fe2f38bc> [Geraadpleegd op 23-02-2017]
- Dit beeld kwam ik tegen in een werkstuk van Remco Korteweg en Cornelis Kaptein.

## Referenties (online vindt u meer bronnen)

- Ardelt, M. (2000). Intellectual versus wisdom-related knowledge: The case for a different kind of learning in the later years of life. *Educational Gerontology*. Dec 1;26(8):771-789.
- Baart, A. J. (2005). *Aandacht: Etudes in presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bergsma, A. & Dijk, M. van de (2016). De patiënt van de toekomst is een professional. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 94: 50. DOI:10.1007/s12508-016-0023-4.
- Bergsma, A. & Uitdehaag, M. (2016). De draaglijke lichtheid van de dood. *ITvZ* (1): 20.
- Brickman, P., Coates, D. & Janoff-Bulman R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of personality and social psychology*. Aug;36(8): 917.
- Brouwer, S. (2016). *Passend werk in uitvoering*. Oratie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Dehue, T. (2010). *De depressie-epidemie: over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Dennett, D.C. (1981). *Brainstorms: Philosophical essays on mind and psychology*. Cambridge: MIT press.
- Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind: An essay on faculty psychology*. MIT press.
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 141(2), 415-424.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jaddad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J.W. van der & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal*, Jul 26; 343.
- Huber, M., Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies: an interdisciplinary forum on subjective well-being*, 1.

## OVER DE AUTEUR

- **Ad Bergsma, PhD.**, is Associate lector Zelfmanagement aan het lectoraat Verpleegkunde van de Academie Gezondheidszorg bij Saxion, e-mail: a.bergsma@saxion.nl.