

Wat is gezondheid?

1

Casus

Een 'sanitaire revolutie'



In 2007 vroeg de redactie van het *British Medical Journal* aan haar lezers wat de belangrijkste medische doorbraak was geweest sinds de oprichting van het blad in 1840. Het blad had een shortlist van 15 medische revoluties opgesteld waaruit de lezers konden kiezen. Op deze lijst stonden onder andere de intrede van de computer in de zorg, antibiotica, anesthesie, de anticonceptiepil, vaccins en de orale rehydratietherapie, die in ontwikkelingslanden kinderen met diarree het leven redt. Ruim 11.000 mensen reageerden. Geen van de voornoemde grote doorbraken in de zorg werd tot winnaar gekozen. De lezers van het *BMJ* zagen een stedenbouwkundige ontwikkeling als de belangrijkste ontwikkeling voor de zorg en de gezondheid, namelijk de aanleg van riolering en drinkwatersystemen (Ferriman, 2007). De Nederlandse hoogleraar Public Health Johan Mackenbach had voor de shortlist de casus van de riolering beschreven. Volgens hem was de gezondheidswinst van de 'sanitaire revolutie' enorm. In de negentiende eeuw was het in de meeste Europese steden bittere noodzaak om tot betere openbare hygiëne te komen vanwege epidemieën van besmettelijke ziekten die veel mensen het leven kostten. Aan de basis van de sanitaire revolutie stonden de Londense arts John Snow en de advocaat Edwin Chadwick. Snow had een verband gelegd tussen cholera en drinkwater, en Chadwick kwam met het idee van een gesloten systeem om de uitwerpselen af te voeren en een drinkwatersysteem naar huizen aan te leggen. Men vermoedde dat 'kwade dampen', opstijgend uit onder meer uitwerpselen, verantwoordelijk waren voor ziekten als tbc, tyfus, dysenterie en cholera. Die moesten dus uit de stad worden geweerd door de aanleg van riolen. Het spoelwater daarvoor moest uit de drinkwaterleidingen komen. Hoewel later bleek

dat bacteriën (en dus niet 'kwade dampen') verantwoordelijk waren voor de besmettelijke ziekten, had het systeem wel het beoogde effect: een aanzienlijke afname van ziekten en sterfte in de populatie.

1.1 Ziekte en gezondheid

De samenwerking tussen de *advocaat* Chadwick en de *arts* Snow die tot de 'sanitaire revolutie' leidde, maakt meteen duidelijk dat ziekte en gezondheid niet alleen tot het domein van de zorg en medici behoren. Goede zorgvoorzieningen zijn weliswaar een basisvoorwaarde, maar ziekte en gezondheid overstijgen het terrein van de zorg. Uit de casus blijkt dat gezondheid voor een aanzienlijk deel een zaak is van de omgeving en de samenleving waarin een individu leeft. In dit boek benaderen we gezondheid vanuit dit brede perspectief en gaan we uitgebreid in op wat de zorg, de omgeving én uiteraard een individu zelf kunnen doen om gezondheid te bevorderen. Voor we hier dieper op ingaan, staan we eerst stil bij de concepten ziekte en gezondheid.

Ziekte is te omschrijven als een schadelijke somatische (lichamelijke) of psychische afwijking of aandoening van een organisme waardoor dit organisme minder goed functioneert. Veelvoorkomende ziekten zijn infectieziekten, hart- en vaatziekten, kanker (of veelvormingen), psychische aandoeningen en chronische ziekten. Een 'chronische ziekte' is gedefinieerd als een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Een chronische ziekte gaat meestal gepaard met pijn, geestelijk lijden, beperkingen in functioneren

of andere klachten (Volksgezondheidszorg.info, 2022a). De mate waarin mensen er hinder van ondervinden verschilt per ziekte en per individu. Van ziekten of aandoeningen kunnen we herstellen, maar van sommige komen we niet of moeilijk af (chronische ziekten) en aan sommige ziekten of aandoeningen kunnen we zelfs sterven. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de 15 aandoeningen in Nederland met de meeste sterfgevallen in 2020.³ In de eerste editie van dit boek gaven we een overzicht van de rangorde van sterfgevallen in 2015, en als we de rangordes vergelijken, zien we een zeer opvallend verschil. COVID-19 heeft zijn intrede gedaan en is de belangrijkste doodsoorzaak in 2020 geworden. Lange tijd waren infectieziekten in Nederland grotendeels onder controle, maar de COVID-19-pandemie heeft duidelijk gemaakt dat pandemieën van infectieziekten op de loer blijven liggen. Ten opzichte van 2015 is het aantal sterfgevallen met zo'n 20.000 mensen toegenomen. In 2015 overleden in totaal 147.134 mensen, in 2020 is dat aantal gestegen naar 168.678 mensen.⁴ Naast COVID-19 bleven dementie, longkanker, beroerte, coronaire hartziekten en hartfalen de meest voorkomende doodsoorzaken.

Van de meeste ziekten herstellen we weer. Deze ziekten veroorzaken slechts een tijdelijke verslechtering van kwaliteit van leven. Chronische ziekten daarentegen leiden in veel gevallen tot een langdurige vermindering van kwaliteit van leven. De aard en ernst van bepaalde chronische ziekten (somatisch en psychisch) bepalen in hoeverre de kwaliteit van leven wordt beïnvloed. Somatische en psychische ziekten kunnen ook samengaan en elkaar versterken. Diabetes type 2 gaat bijvoorbeeld voor een deel van de patiënten gepaard met depressieve gevoelens. Andere negatieve aspecten van chronische ziekten zijn meer frequente en langdurige ziekenhuisopnamen, meer kans op complicaties na een operatie en meer kans op vroegtijdig overlijden. Bovendien hebben chronisch zieken relatief veel en langdurig zorg nodig.

Tabel 1.1 Ranglijst ziekten op basis van sterfte in 2020 en 2015
(Volksgezondheidszorg.info, 2022b)

Rangnummer in 2020	Ziekte/aandoening	Aantal in 2020	Rangnummer in 2015
1	COVID-19	20.138	–
2	Dementie	14.855	1
3	Longkanker	10.070	2
4	Beroerte	8.890	3

³ Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte | Volksgezondheidszorg.info.

⁴ Voor een deel is deze stijging verklaarbaar door het toegenomen aantal inwoners in Nederland. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) telde Nederland in 2015 16,90 miljoen inwoners. In 2020 was dit gestegen naar 17,41 miljoen.

Rangnummer in 2020	Ziekte/aandoening	Aantal in 2020	Rangnummer in 2015
5	Coronaire hartziekten	8.025	4
6	Hartfalen	7.130	5
7	COPD	5.627	6
8	Privé-, arbeids- en sportongevallen	5.618	9
9	Dikkedarmkanker	4.626	7
10	Borstkanker	3.080	10
11	Prostaatcancer	3.003	12
12	Pancreaskanker	2.942	–
13	Infecties van de onderste luchtwegen	2.921	8
14	Diabetes mellitus	2.796	11
15	Hartritme stoornissen	2.326	13

Gezondheid is lastiger te definiëren dan ziekte. Vraag honderd mensen wat gezondheid is en je krijgt honderd verschillende antwoorden. Voor de een is het 'niet ziek worden', voor de ander is het 'je fit voelen', 'gelukkig zijn' of 'een goede kwaliteit van leven hebben'. Weer een ander koppelt gezondheid aan een actieve leefstijl of een zinvol en betekenisvol leven. Iemand met diabetes kan zich ondanks zijn chronische ziekte gezond voelen, terwijl een lichamelijk gezonde persoon in topconditie zich ongelukkig en depressief kan voelen. Er is geen consensus over de betekenis van gezondheid, maar het is voor de meeste mensen niet synoniem aan het afwezig zijn van ziekte. Walburg (2015) beschrijft gezondheid en ziekte als twee aparte dimensies. Ziekte is een continuüm dat loopt van geen ziekte tot ernstig ziek. Gezondheid loopt van een slechte gezondheid tot zeer gezond. Beide dimensies zijn aan elkaar gerelateerd en hangen met elkaar samen.

Veel ziekten kunnen tegenwoordig voorkomen worden doordat er gedetailleerd inzicht is in het proces van een ziekte of aandoening. Inzicht in het ontstaan, de ontwikkeling en het verloop van een aandoening noemen we **pathogenese**. Hoe duidelijker de pathogenese, hoe beter de preventie van een ziekte of aandoening kan worden ontwikkeld. Een grote stap in de behandeling en preventie van infectieziekten was bijvoorbeeld de ontdekking dat deze ziekten door micro-organismen zoals bacteriën, virussen, parasieten en schimmels worden veroorzaakt. De preventie van hiv/aids kwam pas goed van de grond toen duidelijk werd hoe het virus werd overgebracht. Kinderziekten zoals mazelen en rodehond zijn dankzij het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland inmiddels bijna helemaal verdwenen. Tegenover pathogenese staat het door Antonovsky (1996) geïntroduceerde concept **salutogenese**. De centrale vraag van salutogenese is: wat houdt mensen gezond en wat bevordert de gezondheid?

Toelichting Salutogenese

Salutogenese krijgt tegenwoordig een steeds prominentere plek in de uitwerking van lokaal gezondheidsbeleid. Zo brengt de gemeente Den Haag de bevorderende en beschermende factoren van gezondheid in kaart en ontwikkelt ze beleid om deze factoren te versterken. De insteek is niet alleen probleem- of ziektegericht maar vooral ook gezondheidgericht. In opdracht van de gemeente Den Haag heeft GGD Haaglanden onderzoek gedaan naar de relatie tussen armoede en gezondheid. Een belangrijke vraag daarbij was: wat maakt dat de ene persoon in armoede wel (positief) gezond blijft en de ander niet? Hieruit kwam naar voren dat eigen regie over de gezondheid en eigenwaarde essentieel zijn voor de beleving van een goede gezondheid. Op basis van dit onderzoek heeft de gemeente Den Haag beleid ontwikkeld dat zich richt op het verminderen van armoede door schuldenbeleid én op het versterken van de eigen regie. Professionals worden getraind om de cliënt op een gelijkwaardige manier tegemoet te treden, in plaats van betuttelend. Door salutogenese centraal te stellen ga je anders naar gezondheidsvraagstukken kijken en kun je inzetten op nieuwe beleidsmogelijkheden. Op de website bij het boek is het rapport van de GGD Haaglanden te vinden. In hoofdstuk 6 bespreken we meer voorbeelden van lokaal gezondheidsbeleid.

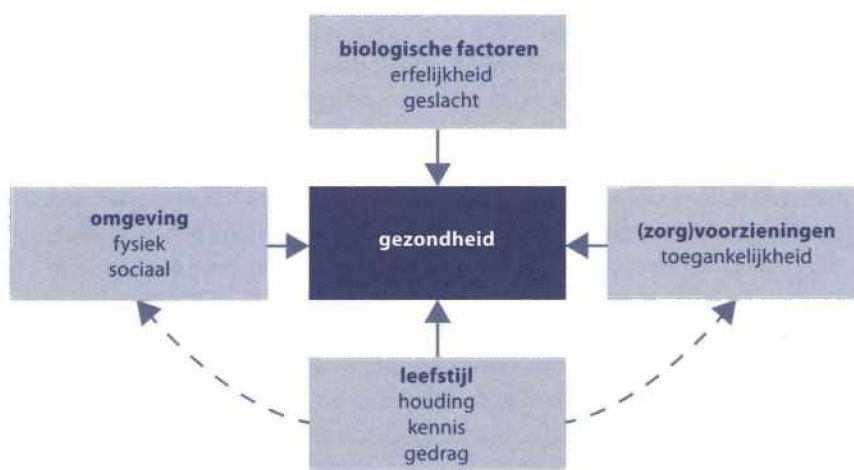


1.2 Omgeving en gezondheid: *the health field*

In 1974 verscheen er een rapport onder redactie van de Canadese minister van volksgezondheid, Marc Lalonde, waarin een overheid voor het eerst systematisch een maatschappelijke visie op gezondheid uitwerkte ('A new perspective on the health of Canadians'). In het rapport stapte men af van het biomedische denken dat sterk dominant was in die tijd. Het rapport en het model dat hieruit voortkwam markeren ook de ontwikkeling naar het vak gezondheidsbevordering (*health promotion*). Lalonde beschrijft vier deelgebieden die van invloed zijn op gezondheid: biologische factoren, leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en factoren die te maken hebben met de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. In figuur 1.1 hebben we het model schematisch uitgewerkt.

Lalonde introduceerde het concept '*health field*'. Het gezondheidszorgsysteem is belangrijk voor de ontwikkeling van een goede gezondheid maar hij voegt hieraan toe dat gezondheid ook sterk bepaald wordt door de individuele leefstijl en door de fysieke en sociale omgeving. Er zijn twee routes om gezondheid te bevorderen: risicofactoren voor ziekte of ongezondheid aanpakken (pathogenese) en een gezonde omgeving en gezond gedrag stimuleren (salutogenese). Het werk van Lalonde was ook de basis voor *The Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986). Dit is een internationaal verdrag dat werd ondertekend tijdens de door de WHO georganiseerde First International Conference

on Health Promotion in 1986. Dit verdrag heeft het denken over gezondheid en gezondheidsbevordering sterk veranderd. De Ottawa Charter beschrijft de basis van de huidige integrale benadering van gezondheidsbevordering. Ook het RIVM (2017a) hanteert deze benadering en definieert gezondheidsbevordering als: ‘elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen.’



Figuur 1.1 Gezondheidsmodel volgens Lalonde (1974)

1.3 Positieve Gezondheid

Lalonde beschrijft zoals gezegd vier deelgebieden die van invloed zijn op gezondheid, maar definieert het begrip ‘gezondheid’ niet duidelijk. De World Health Organization (WHO), in Nederland ook wel Wereldgezondheidsorganisatie genoemd, heeft gezondheid ook proberen te definiëren:

‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.’

Sinds de formulering in 1948 is er veel discussie over deze omschrijving geweest. Veel beleidsmakers, medici en wetenschappers zijn het erover eens dat gezondheid breder gezien moet worden dan alleen het afwezig zijn van ziekte, maar de formulering lijkt nogal idealistisch en eigenlijk meer een nastrevenswaardig doel. Volgens Huber en Jung (2015) bevorderde de WHO onbedoeld medicalisering door gezondheid te formuleren als een toestand van *volledig* welbevinden. De formulering werkte contraproductief. Met de statische formulering van gezondheid als ‘toestand’, is vrijwel iedereen een patiënt die doorlopend behandeling behoeft. We kunnen ons daarnaast ook de vraag stellen wat volledig welzijn is. Wanneer is welzijn volledig? Is volledig welzijn überhaupt

mogelijk en wie bepaalt dat? Volgens deze definitie zouden veel, misschien wel de meeste, mensen ongezond zijn.

We kunnen constateren dat de WHO-definitie niet voldoet aan de praktijk en verschillende partijen zoeken naar een betere omschrijving van het concept 'gezondheid'. In de meer recente visieontwikkeling over het concept gezondheid blijft de brede grondgedachte van de WHO overeind, maar zijn nuances aangebracht en andere accenten gelegd. De herformulering van het concept gezondheid door de Nederlandse huisarts en onderzoeker Machteld Huber begint het sterkst voet aan de grond te krijgen als nieuwe beschrijving van gezondheid. Samen met een aantal collega's publiceerde Huber in 2011 een artikel in het *British Medical Journal* (Huber et al., 2011) waarin ze gezondheid omschreef als:

'...the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges.'

Huber beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals in de oude WHO-definitie, maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Het gaat veel meer om het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Uit een verdiepend onderzoek naar dit concept kwamen zes dimensies naar voren die relevant zijn voor gezondheid (Huber, Van Vliet & Broers, 2016 en kader).

Toelichting

Zes dimensies van gezondheid volgens Huber

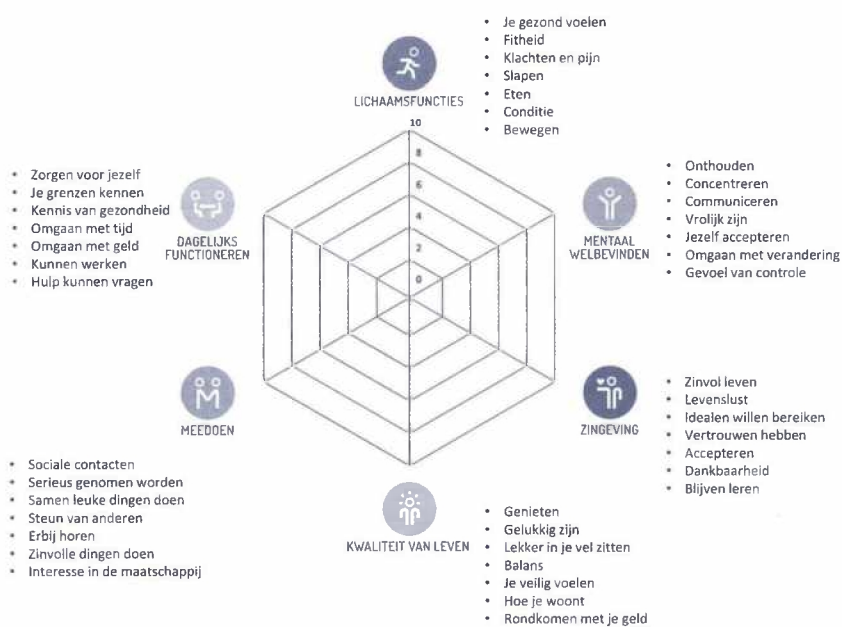


1. Lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie.
2. Mentaal welbevinden: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, het gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht.
3. Zingeving: zingeving/*meaningfulness*, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie.
4. Kwaliteit van leven: kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans.
5. Meedoen: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.
6. Dagelijks functioneren: basis-ADL (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen), instrumentele ADL, werkvermogen, *health literacy*.

Huber en collega's hebben deze zes dimensies voorgelegd aan zeven groepen stakeholders in de gezondheidszorg: behandelaren, patiënten met een chronische aandoening, beleidsmakers, zorgverzekeraars, gezondheidsvoorlichters,

burgers en onderzoekers uit verschillende disciplines. Alle stakeholdergroepen bleken het eens te zijn over het belang van de dimensie 'lichaamsfuncties'. Ten aanzien van de vijf andere dimensies waren er sterke verschillen tussen de groepen. Patiënten beoordeelden alle zes dimensies als vrijwel even belangrijk, waarmee ze gezondheid breed invulden. Andere stakeholdergroepen waardeerden deze dimensies als minder belangrijk dan 'lichaamsfuncties'. Dit gold met name voor de 'spirituele dimensie' en de dimensie 'sociaal-maatschappelijke participatie'.

De term Positieve Gezondheid werd door Huber geïntroduceerd om verwarring te voorkomen met de beschrijving van gezondheid als 'afwezigheid van ziekte'. Op basis van het model van Huber kan gezondheid in de zes dimensies worden uitgewerkt in de vorm van een spinnenweb (zie figuur 1.2). Door op verschillende momenten te meten kan een indruk worden verkregen van de ontwikkeling van de verschillende dimensies. Over de methode van Positieve Gezondheid en de betekenis hiervan voor het werk van professionals, spraken we met Miriam de Kleijn, die als onderzoekscoördinator verbonden is aan het Institute for Positive Health.

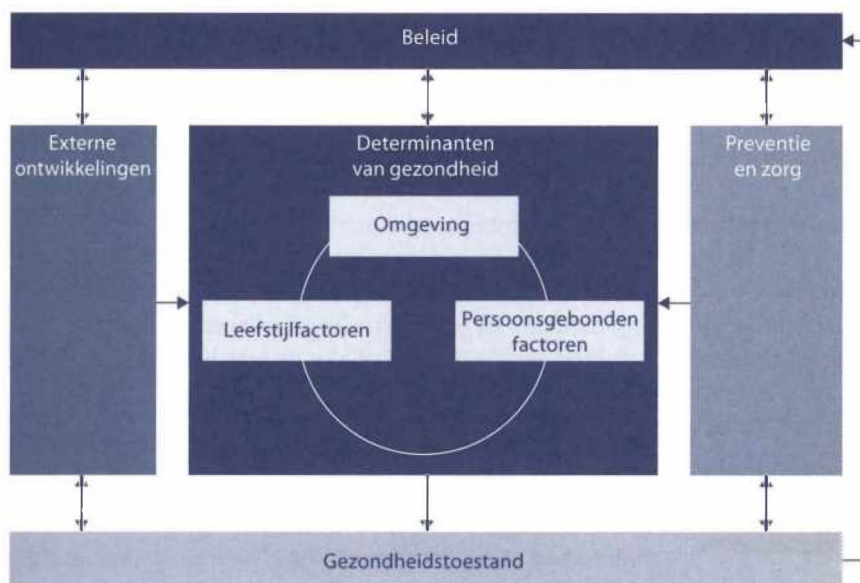


Figuur 1.2 Dimensies van Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health, 2017)

2.1 Determinanten van gezondheid

Gezondheid wordt door een groot scala aan factoren beïnvloed. Enerzijds zijn deze factoren gebonden aan een individu en anderzijds aan de omgeving en het zorgsysteem (zie het model van Lalonde in paragraaf 1.2). Hoe beter we in beeld hebben welke factoren onze gezondheid beïnvloeden, hoe effectiever we beleid en zorg kunnen inzetten om ziekten te voorkomen en gezondheid te bevorderen. Factoren die (on)gezondheid beïnvloeden noemen we ook wel **determinanten**. Het gaat daarbij om risicofactoren, maar ook om factoren die de gezondheid bevorderen. Een determinant veronderstelt een causale relatie. Dat wil zeggen dat een verandering in de determinant leidt tot een verandering in de gezondheid. De wetenschap heeft een lange lijst van determinanten voor de gezondheid opgeleverd. Sommige daarvan zijn moeilijk beïnvloedbaar en andere makkelijker. Onze gezondheid is het resultaat van een dynamisch samenspel van allerlei determinanten. Het veranderen van één determinant is meestal niet voldoende om de gezondheid substantieel te beïnvloeden. We zoeken daarom naar combinaties van determinanten die we kunnen beïnvloeden. Deze combinaties zijn gericht op de omgeving én het gedrag van het individu.

Maar hoe delen we determinanten in? Er zijn verschillende mogelijkheden om determinanten te classificeren. Vaak maakt men onderscheid tussen **endogene** en **exogene** determinanten. Endogene determinanten van gezondheid liggen besloten in het lichaam, de constitutie van een individu. De genen en de kwetsbaarheid voor bepaalde aandoeningen zijn erfelijk, andere endogene determinanten van gezondheid verwerft iemand tijdens het leven. Denk hierbij aan te hoge bloeddruk, hoge glucosewaarden en hoge cholesterolwaarden. Exogene determinanten liggen buiten het lichaam. Denk daarbij aan gedrag, leefstijl en invloeden uit de sociale en fysieke omgeving.



Figuur 2.1 Het conceptuele model van de volksgezondheid, uitgewerkt voor determinanten van gezondheid (De Hollander et al., 2006)

In de literatuur vinden we verschillende modellen voor de beschrijving van de determinanten van gezondheid. In dit boek hanteren we het model dat door het RIVM wordt gebruikt (De Hollander et al., 2006). In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen determinanten die gezondheid beïnvloeden: persoonsgebonden factoren, leefstijl- en omgevingsfactoren (zie figuur 2.1). Daarnaast zijn er nog meer factoren van invloed op de gezondheid. Zo is het systeem van preventie en zorg zelf ook een determinant van gezondheid en ziekte. Het gaat bij dit systeem om de invloed van het medisch handelen (behandeling, verpleging en verzorging) en de invloed van preventieve maatregelen op de gezondheidstoestand. Ook kunnen ziekten of aandoeningen fungeren als determinant voor andere ziekten. Een aantal externe ontwikkelingen, zoals macro-economische, demografische en technologische ontwikkelingen, hebben daarnaast ook invloed op onze gezondheid. Deze ontwikkelingen volgen hun eigen dynamiek en we hebben hier weinig tot geen

invloed op. In de loop van dit boek beperken we ons grotendeels tot de beïnvloedbare determinanten.

Persoonsgebonden factoren

Persoonsgebonden factoren of determinanten kunnen genetisch zijn of in de loop van het leven verworven zijn. Zo worden de bloeddruk en het lichaamsgewicht in de loop van het leven opgebouwd. Deze factoren hebben een erfelijke component die aan de verworven eigenschap ten grondslag ligt.

Leefstijlfactoren

Leefstijl hebben we in hoofdstuk 1 al besproken. Hieronder vallen de BRAVO+D-gedragingen: bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding, ontspanning en drugsgebruik. Een gezonde of ongezonde leefstijl wordt gevormd door het samenspel van de verschillende gedragingen. Leefstijl is voornamelijk een kwestie van gedrag.

Omgevingsfactoren

Dit zijn de factoren uit de fysieke en sociale omgeving die van buitenaf op onze gezondheid inwerken of onze gezondheid helpen vormen. Bij factoren uit de fysieke omgeving kun je denken aan geluid, straling, luchtverontreiniging, voedingsadditieven, de kwaliteit van de woning of van de inrichting van een wijk. De sociale omgeving bestaat uit sociale contacten en netwerken in de familie, de school en de woon- en werkomgeving.



Toelichting

Determinanten die gezondheid beïnvloeden
(niet uitputtend)

Persoonsgebonden determinanten

- Genetische kwetsbaarheid voor ziekten
- Geslacht
- Leeftijd
- SES
- Bloeddruk
- Cholesterolwaarden
- Lichaamsgewicht
- Immuunsysteem
- Persoonlijkheid

Leefstijl

- Roken
- Overmatig alcoholgebruik
- Drugsgebruik
- Lichamelijke activiteit
- Voeding
- Stress

- Seksueel gedrag
- Risicogedrag
- Nachtrust

Fysieke omgevingsfactoren

- Binnenmilieu, zoals ventilatie, blootstelling aan tabaksrook, allergenen en vocht in het huis
- Buitenmilieu, zoals fijnstof, uv-straling, milieuvervuiling en geluidshinder
- Aanbod en beschikbaarheid (van bijvoorbeeld gezonde of ongezonde producten)
- Prijs
- Marketing en reclame

Sociale omgevingsfactoren

- Opvoedstijl ouders
- Relatie met ouders
- Sociale relaties en sociale invloed/groepsdruk
- Sociale steun in gezin, school en wijk
- Sociale cohesie in de wijk
- Eenzaamheid en isolatie

Zoals uit de voorgaande toelichting blijkt, zijn er veel verschillende determinanten van invloed op gezondheid. Ook interacteren diverse determinanten met elkaar. Het is niet mogelijk om in dit boek alle interacties te beschrijven. In de rest van deze paragraaf beschrijven we de relatie tussen gezondheid enerzijds en leefstijl, opvoeding en beschikbaarheid anderzijds.

2.1.4 Determinanten van gezondheidsverschillen

Een van de grote uitdagingen van onze tijd is het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Om deze verschillen effectief terug te dringen, zullen we eerst inzicht moeten hebben in de oorzaken of determinanten die hieraan ten grondslag liggen. Uit onderzoek blijkt dat er systematische verschillen in gezondheid en sterfte zijn tussen mensen met hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status. De **sociaaleconomische status (SES)** refereert aan de positie die iemand op de maatschappelijke ladder inneemt. Dit wordt veelal afgemeten aan opleidingsniveau en inkomen. Maar op welke manier verschillen de determinanten van mensen met een lage sociaaleconomische status van de determinanten van mensen met een hoge sociaaleconomische status? Deels gaat het om verschillen in maatschappelijke en sociale determinanten, en deels gaat het om keuzes op het gebied van leefstijl.

Opeenstapeling van risicofactoren

In een review van de maatschappelijke determinanten die ten grondslag liggen aan gezondheidsverschillen, betoogt de WHO (2013) dat er gedurende de levensloop een opeenstapeling is van positieve en negatieve effecten op de gezondheid en het welzijn die verschillend is voor mensen in verschillende posities in de maatschappij. Dit begint al tijdens de zwangerschap en blijft zo gedurende de vormende jaren van de jeugd, in het werkzame leven en in de laatste fase van het leven.

Ook volgens Pharos (2014) kunnen gezondheidsverschillen worden verklaard door verschillen in onderliggende determinanten. Pharos is in Nederland het expertisecentrum voor gezondheidsverschillen. De missie van Pharos is om de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van de (gezondheids)zorg voor migranten en laagopgeleiden te stimuleren, preventie te bevorderen en het zelfmanagement bij deze groepen te versterken. Dit gebeurt onder andere via het stimuleringsprogramma 'Gezond in', waarbij gemeenten met wijken met de grootste achterstanden financiële ondersteuning krijgen om deze achterstanden terug te dringen. Pharos onderscheidt de volgende indicatoren van SEGV:

- Inkomen: naarmate het inkomen hoger is, is ook de gezonde levensverwachting hoger.
- Opleidingsniveau: hoe lager het opleidingsniveau, hoe lager de sociaaleconomische status (SES) van mensen.
- Biologische factoren (genetische factoren en geslacht).
- De fysieke omgeving.
- De sociale omgeving.

- Leefstijl en gezondheidsgedrag.
- De toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.
- Gezondheidsvaardigheid en het vermogen tot zelfmanagement.

Leefstijl

Het is duidelijk dat de levensomstandigheden en de levensloop van mensen in een lagere sociaaleconomische positie over het algemeen sterk verschillen van die van mensen in een hogere sociaaleconomische positie. Op alle fronten zijn mensen in achterstandsituaties in het nadeel. Vanuit de theorie van schaarste geredeneerd zou het kunnen dat de cognitieve bandbreedte hierdoor beperkt is en de aandacht veel meer gericht is op overleven dan op gezond leven. In Nederlandse regio's en (achterstands)wijken met de laagste inkomens en de minste hoogopgeleiden zien we in ieder geval veel tekenen van een ongezonde leefstijl (Pharos, 2014). Dit uit zich bijvoorbeeld in:

- een hogere prevalentie van (ernstig) overgewicht;
- een hogere prevalentie van roken;
- een hogere incidentie van hartinfarcten;
- meer gebruik van antidepressiva.

Om de gezondheidsverschillen te verkleinen zal zeker een leefstijlverandering nodig zijn. Voordat we ingaan op de manier waarop dit zou kunnen, gaan we eerst dieper in op de determinanten van gedrag. Inzicht in de determinanten van gedrag is nodig om de juiste gezondheidsbevorderende activiteiten te kunnen opzetten. Voor leefstijlverandering in het algemeen, en in het bijzonder voor groepen in een achterstandsituatie.