



'Gezondheid': voor iedere context een passend begrip?

Haverkamp, B., Verweij, M., & Stronks, K.

This is a "Post-Print" accepted manuscript, which has been published in "Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen"

This version is distributed under a non-commercial no derivatives Creative Commons



(CC-BY-NC-ND) user license, which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and not used for commercial purposes. Further, the restriction applies that if you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material.

Please cite this publication as follows:

Haverkamp, B., Verweij, M., & Stronks, K. (2017). 'Gezondheid': voor iedere context een passend begrip? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 95(6), 258-263.  
DOI: 10.1007/s12508-017-0070-5

You can download the published version at:

<https://doi.org/10.1007/s12508-017-0070-5>

1 **Titel:** 'Gezondheid': voor iedere context een passend begrip?

2 **Verkorte titel:** Gezondheidsconcepten en -praktijken

3 **Auteurs:** Beatrijs Haverkamp, Marcel Verweij (Philosophy Group, Wageningen University &  
4 Research), Karien Stronks (Sociale Geneeskunde, Amsterdam Medisch Centrum)

5 **Correspondentie:** Beatrijs Haverkamp, Hollandseweg 1 6700EW Wageningen, +31644014337,  
6 [beatrijs.haverkamp@wur.nl](mailto:beatrijs.haverkamp@wur.nl)

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

## 25 **'Gezondheid': voor iedere context een passend concept? (noot a)**

### 26 **Samenvatting**

27 Het antwoord op de vraag wat we onder gezondheid verstaan, heeft implicaties voor beleid en  
28 praktijk in de gezondheidszorg. De discussie die wordt gevoerd naar aanleiding van het als nieuw  
29 voorgestelde gezondheidsconcept door Machteld Huber en anderen, illustreert dit. In dit artikel  
30 vergelijken we vijf verschillende gezondheidsconcepten met elkaar, en exploreren we hun implicaties  
31 voor beleid en praktijk in de gezondheidszorg.

32 Onze vergelijking van gezondheidsconcepten toont dat de betekenis van 'gezondheid' zich niet laat  
33 vangen in één definitie: ieder concept stelt verschillende aspecten van gezondheid centraal.

34 Bovendien is de vraag wat we verstaan onder gezondheid een deels normatieve vraag, daar de term  
35 'gezonder' niet alleen een bepaalde conditie *beschrijft*, maar deze ook als *wenselijk* voorstelt. Omdat in  
36 iedere specifieke context andere condities als nastrevenswaardig kunnen worden gezien, lijkt het  
37 zinnig om per context te bepalen welke aspecten van gezondheid centraal zouden moeten staan. Op  
38 basis van onderscheidingen die in een vergelijking van de vijf gezondheidsconcepten naar voren  
39 komen, formuleren we zes vragen die richting kunnen geven aan het denken over de vraag welk  
40 gezondheidsbegrip leidend zou moeten zijn in een bepaalde context. Een casusbespreking maakt  
41 duidelijk dat definitieve beantwoording van deze vragen altijd additionele praktische en normatieve  
42 afwegingen vraagt. (199)

### 43 **Trefwoorden: gezondheidsconcepten, kritische reflectie, beleid en onderzoek**

#### 44 **Kernpunten:**

- 45 - De vraag wat we verstaan onder gezondheid is van belang om kritisch naar beleid en  
46 onderzoek te kunnen kijken.
- 47 - 'Gezondheid' is behalve een beschrijvend ook een normatief begrip. Omdat in verschillende  
48 contexten verschillende doelen en waarden worden nagestreefd, kan het per context  
49 verschillen welke aspecten van gezondheid het beste centraal kunnen staan.
- 50 - Een vergelijking van verschillende gezondheidsconcepten laat zien dat ieder concept  
51 bepaalde aspecten van gezondheid belicht. Wij hebben uit deze vergelijking vragen  
52 gedestilleerd die gebruikt kunnen worden om in een bepaalde context het meest passende  
53 gezondheidsconcept te formuleren.

54

55

56

## 57 **Inleiding**

58 Naar aanleiding van het voorstel van Machteld Huber et al. voor een nieuw concept van gezondheid  
59 [1,2], wordt in Nederland de laatste jaren steeds vaker hardop de vraag gesteld wat we nu eigenlijk  
60 verstaan onder 'gezondheid'. Discussie over de vraag wat gezondheid betekent is van belang voor  
61 kritische reflectie op onderzoek en beleid. Doelstellingen van onderzoek en beleid worden immers  
62 medebepaald door hoe we gezondheid conceptualiseren. De uitkomst van discussies over  
63 doorbehandelen bij zeer ernstige, of een veelheid van aandoeningen, is deels afhankelijk van welk  
64 gezondheidsbegrip domineert: gezondheid als afwezigheid van ziekte, of een breder begrip dat  
65 gezondheid relateert aan welzijn. En het antwoord op de vraag of de overheid moet blijven inzetten  
66 op het ontmoedigen van roken, hangt er mede vanaf in hoeverre we gezondheid zien als een louter  
67 individuele aangelegenheid, of dat we omgevingsfactoren een plaats geven in ons denken over  
68 gezondheid. Zoals we elders betogen [3], en hier verder zullen toelichten, kunnen dergelijke vragen  
69 in verschillende contexten verschillend worden beantwoord. De voornaamste reden hiervoor is dat  
70 'gezondheid' een normatief begrip is, en dat het per context zal verschillen welk aspect van  
71 gezondheid centraal zou moeten staan. Maar hoe bepalen we precies welk gezondheidsbegrip  
72 leidend zou moeten zijn in een bepaalde context?

73 In deze bijdrage formuleren we zes vragen die richting kunnen geven in het beantwoorden van deze  
74 vraag. Dat doen we aan de hand van een bespreking van vijf gezondheidsconcepten en wat het  
75 volgens elk van deze concepten betekent om iemand 'gezonder' te noemen. Vervolgens brengen we  
76 een aantal onderscheidingen in kaart (tabel) welke in de theoretische discussies over deze vijf  
77 concepten als geschilpunten naar voren komen. Het zijn deze onderscheidingen die de basis vormen  
78 voor de zes vragen die kritische reflectie op (impliciet) gehanteerde gezondheidsbegrippen kunnen  
79 structureren. Tenslotte laten we in een casusbespreking zien tot wat voor overwegingen deze vragen  
80 leiden, en dat hun beantwoording bovendien additionele normatieve en praktische afwegingen  
81 vereist.

## 82 **Vijf concepten belicht**

83 Drie van de vijf concepten van gezondheid die we hebben vergeleken komen uit de filosofische  
84 literatuur (Boorse, Nordenfelt, Venkatapuram), en twee concepten zijn geformuleerd met het oog op  
85 de praktijk en beleid (WHO-definitie, Huber e.a.). Uiteraard zijn er veel meer concepten en definities  
86 geformuleerd door filosofen en (medisch) sociologen [1]. Zowel de drie filosofische als de twee  
87 praktijkgerichte gezondheidsbegrippen zijn echter expliciet in reactie op elkaar geformuleerd en  
88 bieden daarmee inzicht in een aantal fundamentele geschilpunten over de vraag wat gezondheid is.  
89 We beperken ons hier tot een bespreking van de basale gedachten achter deze vijf concepten en  
90 theorieën; voor kritische beschouwingen verwijzen we naar andere auteurs.

91

92 *Boorse – Biostatistisch normaal functioneren*

93 Volgens de Zweedse filosoof Christopher Boorse [4, 5] is gezondheid de afwezigheid van ziekte,  
94 waarbij hij ziekte of pathologie definieert als abnormaal statistisch biologisch functioneren.

95 Biologisch functioneren betekent volgens Boorse dat ieder deel van ons lichaam zodanig werkt dat  
96 het bijdraagt aan de biologische doelen 'reproductie' en 'overleven'. Dit biologisch functioneren is  
97 'normaal' als er sprake is van statistische normaliteit binnen de soort (hier: de mens), waarbij leeftijd  
98 en geslacht als referentieklassen worden genomen. Met statistiek en biologie als vertrekpunt,  
99 ambieert Boorse een zuiver wetenschappelijk begrip van gezondheid in de zin dat het waarde vrij is,  
100 en coherent is met de door de medische wetenschap benoemde ziekten. Iemand met astma heeft  
101 bijvoorbeeld suboptimaal functionerende longen en is daarmee in typisch Boorsiaanse zin 'ziek', en  
102 dus niet gezond. Hoewel Boorse zijn gezondheidsbegrip vooral om deze zuiver wetenschappelijke  
103 ofwel 'naturalistische' pretentie is bekritiseerd [6,7], geeft zijn theorie wel uitdrukking aan een nog  
104 altijd zeer gangbaar idee dat gezondheid gelijkstaat aan 'niet ziek zijn'.

105 *Nordenfelt – Het vermogen om essentiële doelen te bereiken*

106 In tegenstelling tot Boorse, wil Lennart Nordenfelt [8,9] recht doen aan het idee dat we gezondheid  
107 zien als een per definitie wenselijke toestand. Hij ziet 'gezondheid' dus als een normatief begrip.  
108 Nordenfelt problematiseert daarbij het reductionisme van Boorse: in plaats van een verzameling van  
109 organen en deelfuncties, moeten we het object van gezondheid holistisch begrijpen, namelijk als  
110 handelende personen voor wie gezondheid van waarde is. Gezondheid definieert Nordenfelt als het  
111 fysieke en mentale vermogen om 'essentiële doelen' te bereiken, d.w.z. die doelen die we nodig  
112 hebben om een minimaal niveau van geluk te ervaren. Wat die doelen zijn, verschilt per persoon,  
113 omdat personen nu eenmaal verschillen in wat hen gelukkig maakt. Toch zijn er wel algemene doelen  
114 die voor iedereen van belang zijn, zoals 'kunnen werken' of 'kunnen lopen'. Maar hoe hard en hoe  
115 lang je moet kunnen lopen om gelukkig te zijn kan verschillen: een marathonloper die niet hard  
116 genoeg kan rennen om met kampioenschappen mee te doen en daardoor diepongelukkig is, is  
117 volgens Nordenfelt minder gezond dan iemand die tien minuten rennen nog niet volhoudt, maar  
118 voor wie 'lang kunnen rennen' geen essentieel doel is [9]. In die zin hangt iemands gezondheid af van  
119 iemands persoonlijke doelen, in zoverre die doelen nodig zijn voor minimaal geluk op de lange  
120 termijn.

121 *Venkatapuram – een capabilities benadering*

122 Met het oog op gezondheid als mensenrecht, bouwt Sridhar Venkatapuram [10,11] voort op het  
123 concept van Nordenfelt. Hij definieert gezondheid als het vermogen om die doelen te bereiken die  
124 nodig zijn voor een 'menswaardig bestaan'. Wat menswaardig is, vult Venkatapuram in aan de hand

125 van Martha Nussbaums 'capabilities' theorie: een lijst van tien universele 'central human  
126 capabilities', d.w.z. cruciale mogelijkheden die volgens Nussbaum objectief beschouwd een waardig  
127 mensenleven constitueren [12]. Op die manier is gezondheid niet – zoals bij Nordenfelt – een  
128 relatieve aangelegenheid, afhankelijk van persoonlijke doelen die nodig zijn voor subjectief geluk,  
129 maar een universele en objectief vastgestelde standaard voor menselijke waardigheid. 'Capabilities'  
130 hebben bovendien betrekking op wat een individu kan zijn en doen *in* zijn of haar concrete  
131 omstandigheden en omvatten dus niet enkel de 'interne' - d.w.z. mentale en fysieke -vermogens van  
132 een individu. 'Gezond' heeft volgens Venkatapurams theorie daarom betrekking op het individu *en*  
133 zijn of haar omstandigheden. De omstandigheden die op (fysieke en mentale) gezondheid van  
134 invloed zijn, worden daarmee dus gezien als *onderdeel* van iemands gezondheid. Maar ook een  
135 verandering in iemands omgeving betekent per definitie een verandering van zijn of haar  
136 gezondheid, voor zover die verandering het onmogelijk maakt om een van de centrale menselijke  
137 capabilities te bereiken. Dat is heel radicaal: wie niet in staat is om in zijn of haar eigen  
138 levensonderhoud te voorzien vanwege hoge werkloosheid, is volgens Venkatapuram ongezond,  
139 omdat het diegene ontbreekt aan het centraal menselijke vermogen om 'controle te hebben over je  
140 materiële omgeving' [12].

#### 141 *WHO – volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden*

142 Venkatapuram's mensenrechtenperspectief verbreedt het begrip van gezondheid dermate dat het in  
143 dat opzicht lijkt op de WHO-definitie [13]. Ook de WHO verdedigt gezondheid als mensenrecht, en  
144 stelt dat gezondheid meer is dan afwezigheid van ziekte: er moet ook worden gekeken naar iemands  
145 fysieke, mentale en sociale welbevinden als geheel. Geformuleerd in 1948, geeft deze definitie  
146 uitdrukking aan een streven naar wereldwijde vrede en welvaart, en stelt zij gezondheid voor als een  
147 voorwaarde om dit ideaal te bereiken. De laatste decennia is de WHO ook nadrukkelijker naar  
148 leefomstandigheden gaan kijken, onder de noemer van 'social determinants of health'. Maar waar  
149 Venkatapuram omstandigheden ziet als *onderdeel* van gezondheid, ziet de WHO ze als *determinant*  
150 van gezondheid. De WHO meet gezondheid op zichzelf bijvoorbeeld door te kijken naar 'interne'  
151 maten zoals gezonde levensverwachting en ervaren gezondheid.

#### 152 *Huber e.a. – vermogen tot aanpassing en eigen regie*

153 Anno 2011, stelde Machteld Huber samen met een gezelschap van gezondheidsexperts een  
154 alternatief voor de als te veeleisend beschouwde WHO-definitie. Door medische ontwikkelingen en  
155 betere leefomstandigheden, is leven met een chronische ziekte de norm geworden [14]. Gezond zijn  
156 in deze tijd, moeten we volgens Huber e.a. daarom begrijpen als het in staat zijn tot aanpassing en  
157 het voeren van eigen regie ten aanzien van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen. Daarmee  
158 komen 'functioneren', 'veerkracht' en 'zelfregie' centraal te staan [15]. In dit licht is 'gezond zijn'

159 volgens Huber e.a. vooral een kwestie van of iemand zich staande weet te houden in de context van  
 160 de verschillende uitdagingen die het leven biedt. Wie beoordeelt of iemand dat voldoende doet,  
 161 blijkt niet uit dit concept. Afgaande op het later toegevoegde indicatoren web, is dat aan het individu  
 162 zelf (noot b).

163

164 *Onderscheidingen in kaart gebracht*

	<b>Gezondheid als biologisch normaal functioneren (Boorse [4,5])</b>	<b>Gezondheid als vermogen om essentiële doelen te bereiken (Nordenfelt [8,9])</b>	<b>Gezondheid als vermogen om 'centrale capabilities' te bereiken (Venkatapuram [10,11])</b>	<b>Gezondheid als compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden (WHO [13])</b>	<b>Gezondheid als vermogen tot aanpassing en eigen regie (Huber [14,15])</b>
<b>Naturalisme/normativisme</b>	Naturalisme	Normativisme	Normativisme	Normativisme	Normativisme
<b>Reductionisme/Holisme</b>	Reductionisme	Holisme	Holisme	Holisme	Holisme
<b>Internalisme/externalisme</b>	Internalisme	Internalisme	Externalisme	Internalisme	Internalisme
<b>Universalisme/relativisme</b>	Universalisme	Relativisme	Universalisme	Universalisme	Relativisme
<b>Objectivisme/subjectivisme</b>	Objectivisme	Meer subjectivisme dan objectivisme	Meer objectivisme dan subjectivisme	Meer objectivisme dan subjectivisme	Subjectivisme (uitgaande van het spinnenweb)
<b>Relatie gezondheid – welzijn</b>	Geen relatie tussen gezondheid en welzijn	Gezondheid is voorwaarde voor; welzijn; welzijn als wensvervulling	Gezondheid is voorwaarde voor welzijn; welzijn als menswaardig leven	Gezondheid is welzijn; welzijn is ongedefinieerd	Welzijn is indicator van gezondheid; welzijn als jezelf staande kunnen houden in het licht van verschillende uitdagingen
<b>Relatie gezondheid - ziekte</b>	Gezondheid is afwezigheid van ziekte	Ziekte vermindert gezondheid	Ziekte vermindert gezondheid	Afwezigheid van ziekte is minimale voorwaarde voor gezondheid	Gezondheid en ziekte zijn compatibel

165 *Tabel 1: Gezondheidsconcepten en hun verschillende en overeenkomstige aspecten*

166

167 Wat de voorgaande bespreking van deze concepten laat zien, is dat 'gezondheid' enerzijds een  
 168 bepaalde toestand beschrijft (volledig welbevinden, normaal biologisch functioneren, in staat zijn

169 essentiële doelen te bereiken, etc.), en tegelijkertijd die toestand als wenselijk voorstelt (noot c).  
170 'Gezondheid' is daarmee een term die tegelijkertijd beschrijft en evalueert, zoals ook termen als  
171 'moedig' of 'wreed' dit doen (noot d). Zo bezien is de vraag 'wat is gezondheid?', een vraag naar wat  
172 we positief waarderen, en dus een deels normatieve vraag: 'wat zou gezondheid moeten  
173 betekenen?'

174 In de bespreking van de vijf concepten hebben we steeds verschillende aspecten van gezondheid  
175 benoemd, die in de theoretische discussies over deze concepten als centrale geschilpunten naar  
176 voren komen (tabel 1). Deze aspecten van gezondheid zijn soms weliswaar tegenstrijdig, maar  
177 kunnen toch elk relevant zijn binnen specifieke praktische contexten. Zo bezien valt er geen 'ware'  
178 definitie van gezondheid aan te wijzen, maar stellen verschillende definities verschillende aspecten  
179 van gezondheid centraal, die elk aansluiten bij hoe we 'gezondheid' intuïtief gebruiken (noot e).  
180 Door deze centrale geschilpunten om te zetten in normatieve vragen, kan richting worden gegeven  
181 aan de beantwoording van de vraag wat we zouden moeten verstaan onder 'gezondheid' in  
182 specifieke contexten.

183

#### 184 **Richtinggevende vragen**

185 Doordat wat we verstaan onder gezondheid dus iets zegt over wat we als nastrevenswaardig  
186 beschouwen, kan het per context verschillen welk begrip van gezondheid we zouden moeten  
187 hanteren. De aard, doelgroep en functie van een huisartspraktijk zijn anders dan die van een  
188 ministerie van Volksgezondheid, een verzorgingstehuis, of een lab waar biomedisch onderzoek wordt  
189 gedaan. Door de in de tabel benoemde onderscheidingen om te zetten naar vragen, kunnen we per  
190 praktijk nagaan welke aspecten van gezondheid meer of minder van belang zijn.

191 1) *Moet gezondheid (natuur) wetenschappelijk te beschrijven zijn of vooral worden gezien als*  
192 *een conditie die van belang is voor mensen?* (naturalisme vs. normativisme)

193 Hoewel gezondheid nooit een volledig neutrale, waarde vrije term kan zijn, is de moderne  
194 geneeskunde in belangrijke mate gestoeld op, en dankt zij haar vooruitgang aan, de  
195 biologische wetenschap en natuurwetenschappelijke methoden. Een 'Boorsiaanse'  
196 benadering van gezondheid is voor de geneeskundige praktijk – zeker als curatie en  
197 preventie van specifieke ziekten centraal staan – dan ook belangrijk. Voor contexten die  
198 gericht zijn op 'verzorging' ligt de focus meer op de betekenis van gezondheid in het dagelijks  
199 functioneren van iemand.

200 2) *Moeten we het object van gezondheid begrijpen als een verzameling van organen en*  
201 *deelfuncties, of als de persoon als geheel?* (reductionisme vs. holisme)

202 Hoewel niet noodzakelijk, gaat een naturalistische begrip vaak gepaard met een focus op



203 afzonderlijke organen en deelfuncties. Voor het ontwikkelen van specialistisch-medische  
204 kennis is dat een (bijna) onvermijdelijke benadering. In de (behandel)praktijk klinkt  
205 daarentegen vaak een roep om oog te hebben voor de mens als geheel, d.w.z. een roep om  
206 een holistisch perspectief.

207 3) *Moet 'gezondheid' alleen verwijzen naar de persoon zelf, of ook naar de omstandigheden*  
208 *waarin hij/zij zich bevindt? (internalisme vs. externalisme)*

209 Doorgaans hebben we het bij gezondheid alleen over de fysieke en mentale condities van het  
210 individu, maar Venkatapuram wijst erop dat dit de invloed negeert van sociale en materiële  
211 omstandigheden op iemands mogelijkheden om een menswaardig bestaan te leiden. Voor  
212 Venkatapuram's brede gezondheidsbegrip – een menswaardig leven kunnen leiden –  
213 betekent dat zelfs dat ook politieke en sociale factoren onderdeel van gezondheid zijn [19].  
214 Zonder die omstandigheden zo breed te nemen als Venkatapuram impliceert, kan de  
215 omgeving als onderdeel van iemands gezondheid wel een relevant perspectief zijn.  
216 Bijvoorbeeld als het gaat om maatregelen in de volksgezondheid ter preventie van  
217 overgewicht, waarover inmiddels wel consensus bestaat dat die ook de 'obesogene'  
218 omgeving zouden moeten betreffen; of in de zorg voor patiënten die dermate afhankelijk zijn  
219 dat de *zorgomgeving* centraal staat.

220 4) *Moeten we gezondheid zien als een standaard die voor ieder mens hetzelfde is, of als een*  
221 *standaard die per samenleving en zelfs per individu kan verschillen? (universalisme vs.*  
222 *relativisme)*

223 Wanneer we geïnteresseerd zijn in de gezondheid van de wereldbevolking, zal een universele  
224 kijk wenselijk zijn: functioneren mensen biologisch normaal? Of: zijn mensen in staat om de  
225 essentiële menselijke capabilities te bereiken? Op niveau van nationaal gezondheidsbeleid  
226 kan echter een andere maat gelden, bijvoorbeeld door de samenleving belangrijk geachte  
227 doelen of vormen van functioneren. Voor de zorgpraktijk waarin een huisarts of medisch  
228 specialist een patiënt behandelt ligt een individuele standaard meer voor de hand: wat is  
229 voor deze specifieke patiënt van belang?

230 5) *Hoe zwaar moet de ervaring van de persoon zelf wegen wanneer we iemands gezondheid*  
231 *beoordelen? (objectivisme vs. subjectivisme)*

232 Hierbij gaat het om de vraag wie we als gezondheidsexpert beschouwen: is dat de arts,  
233 beleidsmaker of verzorger, of is dat de burger of patiënt zelf? Dit zal doorgaans een graduele  
234 kwestie zijn. In de context van de curatieve zorg zal het accent vaak op een objectief  
235 perspectief liggen, terwijl in de context van 'care' het subjectieve perspectief meer centraal  
236 zal staan. Bijvoorbeeld door na te gaan wat voor deze persoon belangrijke doelen zijn voor

237 geluk op de lange termijn. Toch is dat niet altijd wenselijk: soms zijn patiënten beperkt in hun  
238 oordeelsvermogen zoals in geval van dementie of sommige psychiatrische stoornissen.

239 6) *Hoe moeten we de relatie begrijpen tussen gezondheid en welzijn?*

240 Een definitie als de WHO stelt gezondheid en welzijn aan elkaar gelijk, terwijl andere  
241 gezondheid als voorwaarde voor welzijn conceptualiseren. In beide gevallen speelt de vraag  
242 wat we onder 'welzijn' verstaan, en ook dat zal per context verschillen, afhankelijk van het  
243 dominante ideologische discours. Zo lijkt de focus op zelfmanagement in het  
244 gezondheidsconcept van Huber goed te passen bij een (neo-)liberale ideologie, terwijl  
245 Nussbaums invulling van een menswaardig bestaan omarmd wordt in de context van  
246 ontwikkelingswerk en de 'human development index'.

247 7) *Hoe zouden we de relatie moeten begrijpen tussen gezondheid en ziekte?*

248 Terwijl afwezigheid van ziekte een dominante manier is waarop gezondheid wordt begrepen,  
249 onderschrijft van de besproken theorieën alleen Boorse deze visie. Voor de andere  
250 concepten geldt dat ziekte vooral één van de factoren is die gezondheid kunnen verminderen  
251 (naast bijv. omgevingsfactoren, psychologische problemen). Het ligt voor de hand dat het  
252 concept van Boorse daarmee beter aansluit bij de curatieve zorg, waar de focus ligt op het  
253 behandelen van ziekten, terwijl in de publieke gezondheidszorg de focus meer richt op het  
254 bevorderen van gezondheid via bijvoorbeeld het creëren van een omgeving die gezond  
255 gedrag faciliteert.

### 256 ***Casus: beleid ter verkleining van gezondheidsverschillen***

257 *Als illustratie van hoe deze vragen kunnen helpen om kritisch te kijken naar impliciete*  
258 *veronderstellingen over wat gezondheid is en hoe dit praktijk en beleid stuurt, passen we ze toe op de*  
259 *context van volksgezondheidsbeleid. Meer specifiek op beleid ter verkleining van verschillen in*  
260 *gezondheid.*

261 *Het reduceren van gezondheidsverschillen die samenhangen met sociaaleconomische positie wordt*  
262 *als een belangrijke doelstelling gezien van beleid op terrein van volksgezondheid. De vraag wat te*  
263 *verstaan onder 'gezondheid' speelt op dit terrein onder meer omdat gezondheidsverschillen op*  
264 *verschillende manieren kunnen worden gemeten. Zo wordt in statistieken van de WHO gezondheid*  
265 *veelal gemeten in termen van levensverwachting en levensverwachting zonder ziekten en*  
266 *aandoeningen. In Nederland meet het RIVM ook in termen van levensverwachting in een als goed*  
267 *ervaren gezondheid, levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen, en levensverwachting in*  
268 *goede mentale gezondheid. Op welke verschillen moeten onderzoekers en beleidsmakers zich nu*  
269 *richten?*

270 *Eén vraag hier is in hoeverre leefomstandigheden moeten worden beschouwd als onderdeel van de*

271 *gezondheid van mensen (vraag 3). Huidige gezondheidsmaten doen dat in elk geval niet, en*  
272 *beschouwen de omgeving als een determinant van elk van deze gezondheidsmaten. Maar omdat er*  
273 *een systematische correlatie bestaat tussen factoren zoals een schone woonomgeving, inkomen en*  
274 *opleidingsniveau en gezondheid (in smalle zin), doet de vraag zich voor of leefomstandigheden niet*  
275 *als onderdeel moeten worden gezien van gezondheid. Gezondheidsverschillen zouden dan kunnen*  
276 *worden gemeten in termen van bijvoorbeeld luchtvervuiling, inkomen en opleidingsniveau. Dit heeft*  
277 *mogelijk als voordeel dat hiermee de ‘oorzaken van de oorzaken’ van gezondheidsverschillen*  
278 *zichtbaar worden gemaakt, en de focus minder komt te liggen op de individuele gezondheid en*  
279 *gezond gedrag. Daaraan gekoppeld, verschuift in dit perspectief ook de verantwoordelijkheid voor het*  
280 *verbeteren van de gezondheid van het individu naar omstandigheden, en dus naar overheid (of*  
281 *andere instanties). Dit laat zien dat de gekozen conceptualisatie van gezondheid samenhangt met*  
282 *een bepaald politiek-ideologische perspectief. Of en zo ja, hoe ver je zou moeten gaan met includeren*  
283 *van omstandigheden in het gezondheidsbegrip vraagt dus om een uitvoerige discussie waarin dit*  
284 *soort politieke afwegingen worden meegenomen. .*

285 *Ook de vraag (4) of gezondheid zou moeten worden gezien als een universele standaard of als één die*  
286 *verschilt per individu of samenleving is hier relevant. Eén morele vereiste in deze context is dat*  
287 *publiek beleid rechtvaardig is, en dus gelijke gevallen gelijk behandelt. Een maat die varieert naar*  
288 *bijvoorbeeld opleiding (bijv. een wenselijke levensverwachting die lager ligt in de ene*  
289 *sociaaleconomische groep dan in de andere) is dan problematisch: wat telt als ‘gezond’, moet voor*  
290 *iedereen (van eenzelfde geslacht en leeftijd) hetzelfde zijn. Voor het mondiale perspectief van*  
291 *bijvoorbeeld de WHO betekent dit: voor ieder mens. Voor nationaal beleid zou kunnen worden*  
292 *uitgegaan van één standaard voor alle burgers.*

293 *Dat gezondheidsverschillen gemeten moeten kunnen worden, betekent nog niet dat een objectief*  
294 *perspectief nodig is (vraag 5). Zoals gezegd zijn er ook subjectieve gezondheidsmaten, zoals ‘ervaren*  
295 *gezondheid’. Een vraag die daarbij beantwoording behoeft, is of zo’n subjectieve maat objectieve*  
296 *verschillen niet verdoezelt: wie gewend is aan dagelijkse pijn, zal dit misschien niet aanmerken als een*  
297 *teken van slechte gezondheid.*

298 *Als gezondheid wordt bevorderd met het oog op dat het voor mensen zelf belangrijk is, wordt*  
299 *gezondheid vooral gezien als teken van of als bijdragend tot welzijn (vraag 6). De precieze relatie*  
300 *tussen die twee en hoe welzijn wordt begrepen is onderwerp voor verder debat. Ook hier geldt dat*  
301 *een subjectief begrip van welzijn voor publiek beleid problematisch kan zijn, als mensen zich neigen*  
302 *aan te passen aan hun omstandigheden.*

303 *Tot slot kunnen we hier de vraag (7) stellen naar de relatie tussen ziekte en gezondheid. Ziekte kan tot*  
304 *serieuze beperkingen leiden voor mensen, en is daarom een belangrijk aandachtsgebied voor publiek*  
305 *beleid. Tegelijkertijd hangt het sterk af van het soort ziekte en de leefomstandigheden van mensen*

306 *wat de gevolgen van ziekte precies zijn. Dit kan een reden zijn om bij het reduceren van*  
307 *gezondheidsverschillen niet zozeer te focussen op ziekte prevalentie, maar op de mogelijkheden van*  
308 *mensen (bijv. Venkatapuram's capabilities).*

### 309 **Conclusie**

310 Onze vergelijkende analyse van verschillende gezondheidsconcepten laat zien dat ieder concept weer  
311 andere aspecten benadrukt. Het antwoord op de vraag welk aspect meer en minder relevant is,  
312 hangt af van de specifieke context waarbinnen die vraag wordt gesteld. Dit pleit ervoor om niet op  
313 zoek te gaan naar het beste gezondheidsconcept in het algemeen, maar per context te onderzoeken  
314 welk concept het meest passend is. De hier geformuleerde vragen zijn bedoeld om een dergelijke  
315 reflectie te structureren. Maar, onze casus van beleid op terrein van gezondheidsverschillen, laat ook  
316 zien dat die vragen als zodanig niet tot eenduidige antwoorden leiden: er zullen additionele  
317 praktische en normatieve afwegingen moeten worden gemaakt.

### 318 **Noten**

- 319 a. De auteurs danken de twee anonieme reviewers en de redactie van TSG voor hun zeer  
320 behulpzame commentaar.
- 321 b. Omdat we hier focussen op gezondheidsconcepten, gaan we niet verder in op het door  
322 Huber e.a. [15,16] later voorgestelde 'spinnenweb' van gezondheidsindicatoren dat onder de  
323 noemer 'positieve gezondheid' in Nederland gebruikt wordt.
- 324 c. Het idee 'familiegelijkenissen' van taalfilosoof Ludwig Wittgenstein kan helpen dit te  
325 begrijpen. Van veel woorden kun je de betekenis alleen duiden wanneer je ze ziet als  
326 familieleden: zonder één gemeenschappelijke betekenis vertonen ze verschillen en  
327 gelijkenissen [17].
- 328 d. Boorse is de enige die dit ontkent, omdat volgens hem 'gezondheid' een waarde vrij begrip is.  
329 Er is echter meermaals en overtuigend op gewezen dat deze claim niet houdbaar is [6,7].
- 330 e. Bernard Williams spreekt over begrippen waarmee beschrijven én waarderen als 'thick  
331 concepts' [18].

332

### 333 **Abstract**

#### 334 **'Health': for each context an appropriate concept**

335 The recent discussion on a new concept of health, forces us to deliberate on the question of how to  
336 conceptualize health. This debate could serve critical reflection on the aims of healthcare and health  
337 policy. A comparison of five different health concepts makes clear that the meaning of 'health'  
338 cannot be captured by a single definition. Instead, each concept focuses on certain aspects of health.

339 Besides, it appears that 'health' is a concept that describes and evaluates at the same time. This makes  
340 the quest for a health concept a normative one. To the extent that in different contexts, different  
341 conditions may be valued, we should investigate per context which concept of health is most  
342 adequate. That is, which aspects of health should be focused upon. Based on the central points of  
343 dispute in the theoretical debates on health concepts, we have formulated six questions that can be  
344 taken as guiding such investigation, and as such structure reflection. (166)

345 **Keywords: health concepts, critical reflection, health (care) policy**

346 **Literatuur**

- 347 1 *Poiesz T, Caris J, Lapré F, Gezondheid: een definitie? Tijdschrift voor*  
348 *Gezondheidswetenschappen 2016; 7: 252-255.*
- 349 2 *Buijs M, Een nieuwe kijk op gezondheid. Staat de patiënt centraal of vooral verwarring?*  
350 *Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161:C3563.*
- 351 3 *Haverkamp B, Bovenkerk B, Verweij MF, A practice-oriented review of health concepts.*  
352 *Versijnt medio 2018 in Journal of Medicine and Philosophy.*
- 353 4 *Boorse C, A theoretical concept of health. Philosophy of Science 1977; 4: 542-573.*
- 354 5 *Boorse C, A Second Rebuttal on Health. Journal of Medicine and Philosophy 2014; 6: 683-*  
355 *724.*
- 356 6 *Fulford W, What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse. Journal of*  
357 *Medical Ethics 2001; 27: 80–85.*
- 358 7 *Kingma E, What is it to be healthy? Analysis 2007; 2: 128-133.*
- 359 8 *Nordenfelt L, On the Nature of Health: An Action Theoretical Approach. Dordrecht:*  
360 *Kluwer, 1987.*
- 361 9 *Nordenfelt L, Standard circumstances and vital goals: comments on Venkatapuram's*  
362 *critique. Bioethics 2013; 5: 280-284.*
- 363 10 *Venkatapuram S, Health Justice. Cambridge: Polity Press, 2011.*
- 364 11 *Venkatapuram S, Health, vital goals and central human capabilities. Bioethics 2013; 5:*  
365 *271–279.*
- 366 12 *Nussbaum M, Women and equality: The capabilities approach. International Labour*  
367 *Review 1999; 3: 227-245.*
- 368 13 *WHO, Preamble to the Constitution of the World Health Organization. Genève: World*  
369 *Health Organization, 1948.*
- 370 14 *Huber et al., How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.*

- 371 15 *Huber et al.* Towards a conceptual framework relating to 'Health as the ability to adapt  
372 and self-manage.' Driebergen: Louis Bolk Instituut, 2013.
- 373 16 *Huber et al.* Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept  
374 of health: a mixed method study. *BMJ Open* 2016; 5: e010091.
- 375 17 *Wittgenstein L*, *Philosophical Investigations*. (vert. G.E.M. Anscombe) Malden: Blackwell  
376 Publishing, 1953.
- 377 18 *Williams B*, *Ethics and the Limits of Philosophy*. Abingdon: Routledge, 1985.
- 378 19 *Richardson HS*, Capabilities and the definition of health. *Bioethics* 2016; 1: 1-7.