

## WAT IS GEZOND?

### INLEIDING TOT HET BEGRIP 'GEZONDHEID'

Voordracht gehouden tijdens de Najaarsvergadering van het Nederlands Tandheelkundig Genootschap d.d. 24 oktober 1986 in het Trippenhuis van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen te Amsterdam.

VAN ES J.C. Wat is gezond? Inleiding tot het begrip 'gezondheid'. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 142-5.

J. C. van Es, emeritus hoogleraar in de Huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en de rijksuniversiteit te Utrecht.

Trefwoorden: Geneeskunde – Gezondheid

Datum acceptatie: 24 oktober 1987.

Adres: Prof. Dr. J. C. van Es, p/a Kon. Ned. Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht.

Als de beroepsuitoefening, en wellicht ook het daarmee samenhangende wetenschappelijk onderzoek, vanuit de gezichtshoek van de gezondheid worden benaderd, dan vergt dit een niet-onaanzienlijke wending in ons denken. Wij artsen, of we nu een mens in zijn geheel of een onderdeel daarvan behandelen, zijn volstrekt gewend geraakt aan een ziektekundige benadering. De basisactiviteit van ons werk is van oudsher het stellen van een diagnose, het opmaken van een prognose en het instellen van een therapie, als die al nodig is. Daarnaast is weliswaar geleidelijk aan de belangstelling voor de preventie van ziekten en afwijkingen gegroeid, maar deze vormt niet de kern van ons werk: dat is de curatieve geneeskunde.

Naarmate er meer kennis over het ontstaan van ziekten ontstond en vaccins en andere middelen werden gemaakt waarmee ziekten konden worden voorkomen, kreeg de preventie – zowel de primaire als de secundaire – wel een plaats in het werk van curatief werkzame artsen. Een groot deel van de preventieve maatregelen wordt echter buiten de gezondheidszorg genomen: de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding speelt zich voor een belangrijk deel buiten het ziekenhuis en buiten de praktijk van artsen en tandartsen af, de zorg voor een gezond milieu evenzeer. En hoewel Hippocrates ook wel degelijk over gezondheid nadacht, dwingt de situatie anno 1986 ons ertoe dat opnieuw te doen. De noodzaak daartoe wordt nog eens onderstreept door de onlangs verschenen Nota 2000 van het ministerie van WVC. In die nota speelt het begrip 'gezondheid' een centrale rol. Dat is op zich niet zo bijzonder voor een nota van dit departement; bijzonder is wél dat deze nota tot een aantal verschuivingen in beleidskeuzen aanleiding zou kunnen geven. Ik zeg dit nog met veel terughoudendheid, want de nota was weliswaar als beleidsnota bedoeld, maar heeft toch meer het karakter van een discussienota gekregen. Preventie en facetbeleid nemen een belangrijke plaats

in. Ter toelichting: onder facetbeleid wordt verstaan het beleid dat op andere terreinen dan van WVC ten aanzien van de gezondheid wordt gevoerd. Het begrip 'gezondheid' vergt echter ook om andere redenen onze aandacht.

Gezondheid en ziekte heeft mensen altijd al geïnteresseerd, maar misschien nú meer dan ooit. Als men kijkt naar hetgeen door Nederlanders belangrijk in het leven wordt gevonden, dan is een goede gezondheid een snel in belangrijkheid toegenomen element. In 1966 is uit onderzoek gebleken dat van een aantal zaken, zoals een goed inkomen, prettig werk, een leuk gezin, een goed huwelijksleven, een goede gezondheid, door een derde van de mensen een goed huwelijksleven en door ook een derde van de ondervraagden een goede gezondheid het belangrijkste in het leven werd gevonden. Twintig jaar later, in 1986, werd een goede gezondheid door meer dan de helft van de ondervraagden als het belangrijkste geoordeeld, terwijl een goed huwelijksleven nog maar door 15% van de respondenten als het belangrijkste werd aangemerkt. Alle andere goede zaken kregen zowel in 1966 als in 1986 lagere scores. De aandacht voor zaken op het gebied van gezondheid en ziekte in de media wordt behalve door de belangstelling ook gerechtvaardigd door de snelle ontwikkeling die zich op het gebied van de gezondheidszorg voordoet: er is veel nieuws te melden. Bovendien: het opleidingsniveau van de bevolking is de laatste decennia aanzienlijk toegenomen, waardoor de geboden informatie beter kan worden begrepen. En verder: De gezondheidszorg is steeds duurder geworden en daardoor object van voortdurende ombuigingen van overheidswege, of liever gezegd: van bezuinigingen en inperkingen. De gezondheidszorg als object van interesse van individuen en van de overheid en financiers, maar uiteraard niet minder van de werkers in het veld van de gezondheidszorg, en daarom stellen wij het hier aan de orde.

Gezondheidszorg was oorspronkelijk

ziekenzorg, maar heeft geleidelijk aan een enorme uitbreiding ondergaan. In de loop van de negentiende eeuw ontstond inzicht in het ontstaan van infectieziekten, waardoor het voorkómen van ziekten een rationele onderbouwing kon krijgen. Het was al bekend dat voedingstoestand, behuizing, drinkwatervoorziening van invloed zijn op de gezondheid. Een stijgende welvaart bleek een goede remedie tegen ziek worden te zijn; tot dit op den duur in een tegendeel omsloeg. Algemene maatregelen op het gebied van de woningbouw, vuilafvoer, drinkwatervoorziening, bevorderen de gezondheid. De kennis op grond waarvan deze maatregelen werden genomen werd in toenemende mate ontwikkeld binnen wetenschapsgebieden die voor een deel preklinische wetenschappen waren. De daar ontwikkelde kennis kon in verschillende richtingen worden toegepast: binnen de geneeskunde én op andere, gezondheidsbevorderende terreinen, zoals de milieuhygiëne. Een beperkt aantal artsen ging zich op sociaal-geneeskundig terrein bewegen: op grond van hun ervaringen in de praktijk merkten zij maar al te zeer dat ongunstige levensomstandigheden vaak met ziekte gepaard gingen. Een beroemd voorbeeld is Virchow, de patholoog-anatoom die belangrijke ziektekundige concepten heeft ontwikkeld op het gebied van de cellulaire pathologie, maar die wel wist dat een tyfusepidemie vooral moest worden bestreden door een verbetering van de sociale situatie van de bevolking.

Het voorkómen van ziekten leek vaak meer vruchten af te werpen dan therapeutische maatregelen. In dit opzicht hebben bijvoorbeeld de Kruisverenigingen en de wijkverpleegkundigen zich verdienstelijk gemaakt door nu ongeveer een eeuw geleden zich te gaan bezighouden met de voeding en de hygiëne van zuigelingen. Later is aangetoond – ook in dierproeven – dat een deficiënte voeding het verweer van een organisme tegen infecties aanzienlijk reduceert. Binnen de geneeskunde zijn we

ertoe geneigd om de afname van infectieziekten vooral toe te schrijven aan therapeutische maatregelen. McKeown heeft echter in zijn inmiddels beroemd geworden analyses laten zien dat de meeste infectieziekten al een sterk dalende incidentie vertoonden vóórdat chemotherapeutica werden toegepast. Om slechts één voorbeeld te noemen: de sterfte aan tuberculose in Engeland en Wales was sinds 1838, tot aan de introductie van chemotherapeutica in 1947, gedaald van 4.000 tot 500 gevallen per miljoen inwoners: sinds de invoering van de chemotherapie en BCG-vaccinatie is dit aantal tot enkele tientallen teruggebracht. Een systematische tuberculosebestrijding met opsporing van bronnen, het isoleren van besmettelijke patiënten en het vaak jarenlang behandelen met goede voeding, rust en buitenlucht droeg vóór 1947 tot de verbetering bij, maar deze berustte vooral op de verbetering van de levensomstandigheden. Dit ene voorbeeld staat voor analoge ontwikkelingen bij andere ziekten, vooral infectieziekten. Wat ik met dit voorbeeld wil zeggen is dit: de bestaande kennis over ziek worden, de oorzaken en condities daarvan leidde enerzijds tot de ontwikkeling van therapieën binnen de geneeskunde, anderzijds tot veranderingen in de samenleving waar maatregelen op het gebied van hygiëne, voeding en levensgewoonten een gunstig effect hadden. Betere voeding, behuizing en schoon water waren maar ten dele maatregelen die werden genomen om ziekten te bestrijden: goed eten en schoon water waren gewoon aangenamer en een teken van welstand!

Een mengsel van overwegingen leidde tot het nemen van wat later 'hygiënische maatregelen' werden genoemd en die inderdaad een gunstig effect op de gezondheid hadden. Veel later kwamen daar – ook al weer aanvankelijk ongewild – andere, ook technische ontwikkelingen bij, die, naar op den duur bleek, een gezond effect hadden. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de uitvinding van de koelkast, die niet alleen het vroegtijdig bederf van voedingsmiddelen tegenging, maar ook de noodzaak om voedsel te zouten verkleinde. Het geringe zoutgebruik dat daaruit voortvloeide had niet alleen gevolgen voor het hart- en vaatstelsel door een gunstige beïnvloeding van de bloeddruk, ook de incidentie van maagkanker daalde. En op het gebied van de tandheelkunde zoekt een aantal mensen hulp, niet omdat ze een ziekelijke afwijking hebben, maar omdat ze een onwelriekende adem hebben of omdat ze een mooiere glimlach nastreven.

De zorg voor de gezondheid is niet alleen een taak voor de gezondheidszorg, al suggereert de naam van deze sector dat wel. Nee, ook in de economie, het onderwijs, de industrie, het verkeer, het milieu en de energieproductie, om maar enkele

voorbeelden te noemen, worden voortdurend maatregelen genomen die ook voor de gezondheid van de bevolking of van delen daarvan belangrijke consequenties hebben. Niet voor niets wordt in de Nota 2000 van het ministerie van WVC een pleidooi gevoerd voor een multisectoriaal beleid: een beleid waarin naast economische, financiële en andere motieven óók gezondheidsoverwegingen in het overheidsbeleid een rol moeten spelen.

Aan de andere kant hebben we gezien hoever de gezondheidszorg haar grenzen heeft verwijd. Dat komt niet alleen doordat op medisch gebied meer mogelijk is: ook de preventie van ziekten behoort grotendeels tot de geneeskunde. En met de toepassing van steeds meer medische technologie in het voortplantingsproces wordt ook de reproductie een medische aangelegenheid en zwanger zijn c.q. niet-zwanger zijn – al naar gelang de wens – een ziekte die moet worden behandeld. Maar ook het maatschappelijk effect van medische beslissingen en opvattingen van medici is steeds groter geworden, hoewel die invloed nu wel wat kleiner wordt door een vergaande gelijkenschakeling van de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) en de werkloosheidswetten (WW en WWV). Het medische circuit heeft lange tijd, en doet dat nog, gediend om werkelijke of vermeende arbeidsongeschikten uit de actieve samenleving te draineren, hetgeen de invloed van medici in maatschappij en in de sociale processen ongewild heeft vergroot.

In al deze kaders: het diagnostiseren en behandelen van ziekten, het hulp verlenen aan patiënten, het voorkómen van ziekten, het bevorderen van de gezondheid, de directe bemoeienissen van de gezondheidszorg hiermee en de indirecte effecten van talloze maatregelen en situaties in onze samenleving, in al die kaders staan de begrippen 'ziekte', 'ziek-zijn' en 'gezondheid' centraal. We werken vaak met deze begrippen zonder dat we ons bewust zijn van de wezenlijke inhoud daarvan. Ik wil me nu verder vooral bezighouden met het begrip 'gezondheid', maar voordat ik dat doe maak ik nog een kort uitstapje naar de begrippen 'ziekte' en 'ziek-zijn'.

In de geneeskunde werd en wordt met verschillende ziektebegrippen gewerkt. Er is een etiologisch ziektebegrip dat zeer centraal staat, alleen al omdat het kennen van de oorzaak van een ziekte een eerste stap is in de richting van een rationele behandeling én preventie. De oorzaak komt van buiten: de bacterie of het virus, of van binnenuit: genetisch bepaalde ziekten. Ziekten kunnen ook worden toegeschreven aan leefwijzen of levensomstandigheden. Een vezelarme voeding leidt tot een hogere incidentie van coloncarcinoom; te weinig fluoride in de voe-

ding veroorzaakt cariës, en zo zijn er talloze andere voorbeelden te noemen. Er zijn celbiologische, immunologische en metabole ziektebegrippen, alle verschillende facetten van het ziektebegrip waarin de gestoorde functie, het gestoorde weefsel of de gestoorde cel centraal staat; in de psychopathologie echter meer de gestoorde geest. In het antropologische, het psychosomatische, het homeopatische of antroposofische ziektebegrip wordt meer naar de zieke mens in zijn totaliteit gekeken, terwijl de medisch-sociologen een ziektebegrip gebruiken waarin de maatschappij en de interacties daarbinnen het ziektebegrip uitmaken. En zo hangt de inhoud van het begrip 'ziekte' af van degenen die het hanteert. Zo gaat het ook binnen de geneeskunde: de chirurg is vaak meer gebaat bij een pathologisch-anatomisch ziektebegrip, de diabetoloog met een metabool ziektebegrip, de geneticus met een genetisch ziektebeeld, de huisarts met een integraal ziektebeeld en de tandarts? . . . Daarop moet de lezer zelf een antwoord geven. Nog afgezien van een metafoor gebruik van het begrip 'ziekte' komt het erop neer dat het hanteren van een van deze ziektebegrippen een doel dient: het geeft stuur aan het behandelen, onderzoeken, aan de research of het beleid.

De relatie tussen ziekte en ziek-zijn is complex van aard. Men kan aan een ziekteproces in bovengenoemde zin lijden en niettemin niet ziek zijn in bijvoorbeeld sociologische zin: men kan zich als een gezonde gedragen en niet de rol van zieke op zich nemen. Iemand kan zich ziek voelen en zich ook als zodanig gedragen en toch niet aan een ziekteproces lijden. Diagnosestatistieken van artsen behoeven geen identieke uitkomsten op te leveren met een bij een bevolkingsgroep gehouden ziekte-enquête. Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte behoeft niet congruent te zijn aan het lijden aan een ziekteproces. En zo zien we dat het antwoord op de vraag wat onder ziekte moet worden verstaan niet in de laatste plaats afhangt van wie deze vraag beantwoordt en met welk doel.

Het is goed om dit voor ogen te houden als we ons nu gaan bezighouden met het begrip 'gezondheid'. Eerst een kort etymologisch uitstapje. 'Gezond' vertoont verwantschap met het woord 'gezwind', maar ook met het oud-Nederfranse en oud-Hoogduitse 'gisund' (respectievelijk 'gesunt'), dat op zijn beurt terug is te voeren op het oud-Indisch 'sant', dat zijnde betekent en met het gotische 'sunja' dat waarheid inhoudt. Uit etymologisch oogpunt heeft gezondheid dus iets te maken met het zijnde, met waarheid en met vlug of snel zijn. Alle begrippen met een positieve connotatie. Die positieve betekenis kan men ook aflezen uit het betekeniswoordenboek van Brouwers. Gezond wordt daar in relatie gebracht met ongedeed, onaangetaat,

goed, welgesteld, welvarend, rustig, fris, sterk, om maar enkele begrippen te noemen en volgens Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal is 'gezond': zonder lichamelijk letsel (een negatieve omschrijving derhalve), maar ook: kloek, stevig; een positieve omschrijving. Raadplegen we medische woordenboeken dan vinden we bij De Haan & Dekker ook een positieve en een negatieve formulering. De positieve: gezond is een toestand van homeostase; negatief: gezond is afwezigheid van ziekten of disfunctie. Stedman koppelt in zijn Medical Dictionary het positieve en het negatieve: health is the state of the organism when it functions optimally without evidence of disease or abnormality (gezond ben je als je goed functioneert en als er geen ziekte bij je kan worden aangetoond).

Het is verklaarbaar dat in de curatieve gezondheidszorg het begrip gezondheid al gauw wordt gedefinieerd als: afwezigheid van ziekte. Men wordt immers geconfronteerd met hulpzoekenden met klachten of symptomen en er wordt van ons dan verwacht dat we de hulpzoekende patiënten daarvan kunnen afhelfen. Om dat op een rationale manier te doen is het nodig een diagnose te stellen en dus een ziekteproces te lokaliseren of een functiestoornis aan te tonen. We zijn bereid zowel de ontsteking als de spasme, zowel de tumor als de ritmestoornis een ziekte te noemen. Zolang die afwijking niet is genezen zijn we niet bereid iemand gezond te noemen. We hanteren dan de tegenstelling ziek versus niet-ziek, en we noemen niet-ziek dan gezond. Naarmate echter de diagnostiek meer sophisticated wordt ontstaat er een grotere afstand tussen klacht en symptoom enerzijds en ziekteproces anderzijds. Ziekten kunnen ook in een presymptomatische fase worden gediagnostiseerd; vroege diagnostiek en diagnostiek vloeien dan in elkaar over, hetgeen – naar het mij voorkomt – in de tandheelkunde een belangrijke rol speelt.

Binnen de gezondheidszorg is een aantal taken verdeeld. Organisatorisch gezien is vooral de tweedeling in eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg van belang. Zeer globaal gesproken is het de taak van de huisarts om na te gaan of er sprake is van een storing van de gezondheid, en zo ja, welke. Simplificerend kan men zeggen dat in de ogen van een huisarts een patiënt gezond is tot het tegendeel is bewezen. Hij rekent het tot zijn taak mensen zo min mogelijk te stigmatiseren met het begrip ziekte om zo ook medicalisering tegen te gaan. Komt hij er niet uit dan moet de specialist worden ingeschakeld. Van hem wordt een expertise verwacht en hij rekent het tot zijn plicht iedere ziekte uit te sluiten.

Gegeven de steeds toenemende verfijnde diagnostische mogelijkheden waarmee

steeds meer diagnoses kunnen worden gesteld en steeds kleinere afwijkingen kunnen worden opgespoord, wordt – karikatuuraal geformuleerd – voor een specialist een gezonde: iemand die nog niet vergaand genoeg is onderzocht. Ongewild kan de specialist aldus bijdragen tot een verdergaande medicalisering alleen al door zijn verfijnde diagnostische mogelijkheden. Huisartsen zien terecht in een verwijzing een potentieel medicaliserende handeling. Onder medicalisering versta ik dan in dit kader: het bevorderen van het idee bij hulpvragenden dat hun hinder, onbehagen of klacht door ziekteprocessen kunnen worden verklaard. Nog steeds wordt op deze manier gezond identiek verklaard met niet-ziek. Als gezondheid daartoe beperkt blijft ontbreekt het positieve: het welvarende, het kloeke, het stevige. Wij moeten ons overigens bewust zijn dat de orgaanspecialist geneigd zal zijn zich in zijn beoordeling van iemands gezondheidstoestand vooral op het betreffende orgaansysteem te concentreren om daaruit vooral af te lezen hoe het met die patiënt gesteld is. Huisartsen zullen daarentegen door hun invalshoek die de hele mens beslaat eerder geneigd zijn tot een integrale benadering te komen, waarbinnen een balans tussen ziek en gezond kan bestaan.

Ik vermoed dat zich deze aspecten ook in de tandheelkunde voordoen, zij het dat daar de verwijzing naar een tweede lijn veel minder voorkomt. De eerstelijnsstandarts kan veel meer zelf doen dan de huisarts. Misschien moet men zich als arts wel tot anderen wenden om die positieve aspecten duidelijk in beeld te krijgen. Voordat we dat doen kunnen we ook in eigen kring daarover wel enige gedachten ontwikkelen. Als we het genezen van ziekten buiten beschouwing laten en ons bezighouden met chronische zieken, invaliden en gehandicapten, dan realiseren we ons dat we er niet uitkomen als we gezond-zijn identiek verklaren met afwezigheid van ziekten of disfunctie. Neem bijvoorbeeld een jonge man wiens been ten gevolge van een verkeersongeval is verloren gegaan en die zich met een kunstbeen voortreffelijk redt. Moet men zo iemand nu niet gezond noemen? Dat strijdt tegen onze gevoelens en onze inzichten. Zo iemand kan met zijn tekort zich voortreffelijk redden. Hij functioneert voor een heleboel werkzaamheden net zo goed, misschien beter dan een ander en als het op sportbeoefening aankomt, wel, hij hoeft niet slechter te zijn dan menig onsportief mens. Achter de wens zo iemand gezond te noemen schuilen enkele overwegingen: men wil zo iemand zoveel mogelijk aan het gewone leven laten deelnemen, liefst zonder enige restrictie, men wil zo iemand zelfstandig laten functioneren en bovendien een zelfbeeld van zichzelf laten hebben als van een gezonde. Als men dit zo stelt dan blijkt dat

aan het begrip 'gezond' ook een waardeoordeel is gehecht: gezond is beter, aangenamer, aantrekkelijker dan ziek. Gezond betekent – zó gesteld – in staat om zelfstandig te functioneren, niet afhankelijk te zijn – althans niet meer dan ieder van ons – en over zichzelf als gezond te kunnen denken. Zo ken ik een jonge man die zijn been moest laten amputeren wegens een osteosaroom. Nu, meer dan tien jaar later, blijkt niet alleen dat hij zich geheel kan redden, maar ook dat zijn oorspronkelijke tumor tot nu toe geen recidieven vertoont. Het is voor het zelfgevoel van deze patiënt van de grootste betekenis dat hij zichzelf als gezond beschouwt. Dat is een voorwaarde voor het deelnemen aan het sociale leven, relaties aan te gaan, te trouwen, kinderen te krijgen.

Vanuit de patiënt gezien is het van veel belang dat deze zich, ondanks belemmerende factoren, als gezond ervaart. Aangezien het oordeel van een arts voor patiënten zeer zwaar weegt is het uit een oogpunt van geestelijke hygiëne – om zo maar te zeggen – van belang dat ook de arts zo'n patiënt als een gezond mens beschouwt en ook als zodanig tegemoet treedt.

Tot nu toe hebben we ons beperkt tot lichamelijk ziek of lichamelijk gezond zijn. We hanteren echter ook het begrip 'geestelijk gezond' zijn. Dit begrip is wellicht nog moeilijker te omschrijven dan het begrip lichamelijk ziek. Iemand die een depressie vertoont of bij wie de diagnose schizofrenie moet worden gesteld is geestelijk ziek. Iemand die door exogene noxen tijdelijk psychotisch is, is evident niet geestelijk gezond, maar hoeveel neurotische trekken mag je hebben om toch nog gezond te worden genoemd? Geestelijke gezondheid uit zich vooral door het bezitten van voldoende geestelijke draagkracht. Maar ook dit is maar een betrekkelijk begrip: als de draaglast maar groot genoeg wordt decompenzen steeds meer mensen. Geestelijke gezondheid kunnen we aanwezig achten als iemand een behoorlijk ontwikkeld probleemoplossend vermogen bezit, als hij in emotioneel opzicht – ja, wat is? – in staat is tot een echte, gevoelsmatige relatie met andere mensen. Geestelijk gezond-zijn vergt ook een volwassen, weloverwogen, evenwichtig gedrag. Geestelijke gezondheid vergt ook een bepaalde mate van zelfinzicht, van een zekere mate van beheersing van instinctieve reacties. Dergelijke karakteristieken zijn zeker cultuurgebonden, en aan die culturele bepaaldheid onttrekt zich zelfs de lichamelijke gezondheid niet. Zo bestaat bij endemisch voorkomende aandoeningen de neiging deze als binnen de norm vallend te rekenen en dus als gezond te beschouwen, bijvoorbeeld: dragers van wormziekten. Neemt de frequentie van deze aandoening af, dan zal deze

eerder als *abnormaal* worden gekenschetst. Gaat men bij de medische antropologie te rade dan blijkt dat in een aantal derde wereldculturen gezondheid wordt gerelateerd aan alle aspecten van het menselijk bestaan: waaronder niet alleen relaties met de natuurlijke omgeving en sociale relaties, maar ook de wisselwerking met bovennatuurlijke krachten. Terug naar onze eigen situatie: geestelijke gezondheid vergt ook een 'normaal' gedrag. Maar wat is dat?

Het is evident dat ook dit sterk cultureel bepaald is; iets waarop de antipsychiatrie uit de jaren zestig en daarna sterk de nadruk heeft gelegd. Geestelijke gezondheid heeft in ieder geval iets te maken met het kunnen onderhouden van relaties met anderen, met de geneidheid structuur in het eigen bestaan aan te brengen, met het vermogen emoties te voelen en te beleven, met de aanwezigheid van een in de praktijk voldoende 'coping behaviour': het vermogen om met stress om te gaan. En bij dit alles: voldoende positieve gevoelens over het eigen bestaan, dóór willen gaan zonder de steun van verslavende middelen. Gezondheid is dan ook een voldoen aan de norm, en die norm bepaalt men uiteraard niet alléén. Dat is een gemeenschappelijk gebeuren. Of is een heroïnegebruiker toch iemand die gezond is en zijn verslaving gebruikt voor het oplossen van zijn problemen? Of houdt gezondheid toch ook in: in maatschappelijk opzicht verantwoordelijk functioneren?

En als we van dit begrip geestelijke gezondheid nog even omkijken naar lichamenteel gezond-zijn, dan is ook dáár het vermogen om in evenwicht te blijven een centraal punt. Aldus is de definitie die in de Nota 2000 wordt gehanteerd nog niet zo gek: gezondheid is: 'een situatie van evenwicht die wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten of zich met hulp van anderen kunnen verwerven om zich te verweren tegen verstoringen'. Gezondheid als een vorm van homeostase.

Wij hebben het tot nu gehad over het begrip 'gezondheid', gehanteerd door artsen van uiteenlopende signaturen en door patiënten. Maar er zijn ook anderen die zich voor het gezond-zijn van anderen interesseren. Basisgezondheidsdiensten, bedrijfsgeneeskundige diensten, consultatiebureau-artsen beogen de gezondheid van populaties zo goed mogelijk te doen zijn. Zij doen dit door te bevorderen dat leefstijl, levensomstandigheden, voeding, enz. zoveel mogelijk gezondheidsbevorderend zijn. In de praktijk komt dat dan

vooral neer op: het verkleinen van de kans op ziekte, mede door verhoging van de weerstand daartegen. Al dit soort organisaties zijn voor een belangrijk deel door de overheid ingesteld of gesubsidieerd, of worden via de wetgeving bepaalde voorzieningen afgedwongen. De overheid heeft klaarblijkelijk interesse in de gezondheidstoestand van de burgers. Dat is zeer goed: het is ook de taak van de overheid optimale voorwaarden te scheppen voor de bevolking: je kiest niet voor niets! Maar de overheid doet niet alleen namens en voor ons: de overheid is ook autonoom. Volgens Michel Foucault streeft de overheid sedert de Verlichting het lichamenteel en geestelijk welzijn van de burgers na om macht over hen uit te oefenen. Macht waartoe? Om de samenleving zo goed mogelijk te laten functioneren. Hoe meer gezonde burgers, hoe meer gezonde soldaten en gezonde werkers, die nodig zijn om het produceren en consumeren op gang te houden en om die samenleving eventueel te verdedigen. Gezond is dan diegene die kan produceren, kan consumeren, kan verdedigen. De mate waarin dat nodig is wordt ook door de samenleving bepaald. Wij jagen de andere niet meer de kokospalm in om te zien of hij dat nog kan, maar wel in de VUT! Foucault zou in de Nota 2000 dan ook een bewijs van zijn stelling zien. In het verlengde van dit gezondheidsbegrip ligt de ongeveer alles dekkende definitie van gezondheid die in 1946 door de WHO werd geformuleerd: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.' In dit kader spreken we dan van de *gezondheid* van de Nederlandse bevolking die wordt bepaald aan de hand van een aantal indicaties zoals de geboorte- en sterftecijfers, levensduur, aantal ziekenhuisopnamen, ziektestatistieken, enzovoort. Alle dus toch weer begrippen die te maken hebben met de aan- of aanwezigheid van ziekten en met het ziektegedrag.

De WHO-definitie is veel bekritiseerd. Alleen al omdat deze definitie in de gezondheidszorg niet operationeel kon worden gemaakt. Probeert men dat wel te doen, dan leidt dat tot een immense medicalisering van het hele bestaan. Het is daarom opvallend dat het geneeskundig woordenboek van Pinkhof-Hilfman gezondheid conform de WHO-definitie omschrijft: daarmee worden de grenzen van de geneeskunde in engere zin overschreden. De WHO-definitie is niet zo gek, maar deze moet dan niet in een medische context worden gehanteerd. Deze definitie van gezondheid had eigenlijk niet door de WHO, maar door de Verenigde Naties

moeten worden gehanteerd. En zo zou de Nota 2000 eerder een kabinetsstuk dan een nota van WVC moeten zijn. Ik bedoel daarmee te zeggen: gezondheid is geen medisch, maar een menselijk begrip, dat een menselijke zinswijze tot uitdrukking brengt. Gezondheid kan in antropologisch opzicht betekenen dat men in vrijheid leeft: vrijheid om werkelijk mens te zijn, om op een verantwoorde en evenwichtige wijze, voor zich en voor de medemens te leven, met Levinas erkennend dat men pas zichzelf kan worden in relatie tot anderen. In de ander kan men zichzelf herkennen en zichzelf leren kennen en daardoor ook tot begrip voor de ander komen. De ander is dan geen object, maar een voorwaarde voor het eigen, bewust doorleefde bestaan. Deze vrijheid kan door talloze blokkades worden belemmerd. Een van die blokkades kan door een ziekte worden gevormd, een andere door neuroticiteit, door onbewuste affecten, door egoïsme, door oneerlijkheid en zo meer. Gezond is dan: de eigen beperkingen en belemmeringen trachten te overwinnen, maar ook, de eigen grenzen en beperkingen te leren herkennen en daarmee op een zinvolle manier om te gaan. Op dit niveau kan men dus ook spreken over de gezondheid van de zieke, over de gezonde invalide. Deze vorm van welbevinden wordt bepaald door de *zingeving* van het bestaan, die alleen in vrijheid kan plaatsvinden. Dan komt men bij een vrijheidsbegrip dat destijds door Han Fortmann onder woorden is gebracht: een hogere vorm van vrijheid die inhoudt dat men de eigen grenzen, tekortkomingen, eigenaardigheden, neuroticiteit uiteindelijk aanvaardt.

Tot slot nog dit: ik herhaal de conclusie die ik al eerder heb getrokken, dat gezondheid geen medisch begrip is en dat het een begrip is dat op verschillende niveaus kan worden gehanteerd. De betekenis van het begrip gezondheid hangt ervan af wie dit hanteert en in welke context. Kunnen we er dan in ons werk niets mee doen? Niet als we er een operationeel begrip van willen maken. Wel als we gezondheid als een soort magnetisch noorden voor ons handelen en onze hulpverlening willen zien, een richtinggevend begrip. Vanuit ons werk kunnen we trachten bijdragen te leveren tot een gezondere patiënt, een gezondere samenleving, door behulpzaam te zijn bij het wegnemen van de blokkades waarover ik het zojuist had, in het besef dat het *heelmens-zijn*, dat samenvalt met het gezond-zijn, slechts in beperkte mate door ons kan worden bewerkstelligd.