Kritische Vragen bij ‘Positieve Gezondheid’.

***Elselijn Kingma***

**e.m.kingma@soton.ac.uk**

Machteld Huber et al. (2011) lanceerden in het prestigieuze *British Medical Journal* een nieuw concept van gezondheid: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale en fysieke uitdagingen van het leven (http://www.ipositivehealth.com); [“Health as the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical and emotional challenges”(Huber 2011)]. Dit ter vervanging van de uit 1948 stammende WHO-definitie van gezondheid als “a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948).

Ik neem dit concept kritisch in ogenschouw en doe aanbevelingen op zowel inhoudelijke (1-3) als pragmatische (4-5) gronden.

*Methodologie*

Wat verwachten we van een concept? We kunnen twee soorten eisen stellen: (1) conceptueel/inhoudelijke eisen (is het duidelijk wat hier bedoeld wordt? Stemt dat overeen met het dagelijks gebruik?) (2) Pragmatisch/externe eisen (voldoet het aan functionele eisen in haar sociaal-maatschappelijke context?).

Neem, bijvoorbeeld, “all men are created equal” in de Amerikaanse Declaration of Independence. Wat is hier het concept ‘men’? Conceptueel/inhoudelijk is dat simpel: ‘men’ betekent ‘alle mannen’ – ook niet-witte mannen. (Dat was in 1776 anders). Het betekent niet vrouwen; denk aan de ‘men’s bathroom’. Maar pragmatisch/extern functioneert dit eigenlijk niet meer in de huidige sociaal-maatschappelijke context: juist ook vrouwen, vinden we nu, zijn ‘created equal’.

De Declaration of Independence wordt niet herschreven, maar een nieuw concept voldoet idealiter zowel inhoudelijk als pragmatisch. Ik toets Hubers voorstel op beide.

*Conceptueel/inhoudelijk*

1. Baby’s, zwangeren en ouderen: hopeloos ziek?

Komt Hubers concept ongeveer overeen met wat we met gezondheid bedoelen? Nee. Neem baby’s. Een pasgeboren baby heeft een nihil aanpassingsvermogen; qua ‘eigen regie’ kan het de melk niet eens vinden als je haar met haar neus er bovenop drukt. De eigen regie van een peuter leidt zonder constant ouderlijk toezicht snel tot ongelukken.

Zijn kinderen niet gezond? Natuurlijk wel. Normale vermogens tot aanpassen en eigen regie voeren variëren gedurende het leven. Mijn kinderen zijn normaal (en gezond) voor hun leeftijd; mijn ietwat starre en digibete oma ook; en hetzelfde geldt voor vrouwen die tijdens zwangerschap en bevalling normaal-minder in staat zijn om bepaalde aanpassingen te doen of eigen regie te voeren.

Maar Hubers voorstel, letterlijk genomen, verklaart baby’s, kinderen en bevallende vrouwen massaal ongezond. Dat kan niet juist zijn.

Dit is noch een klein, noch een eenvoudig op te lossen probleem. Zoals uitgebreid besproken in de literatuur is het tegemoetkomen aan normale fysiologische variatie, naast het uitsluiten van pathologische variatie, een van de meest centrale – en ingewikkelde - uitdagingen voor een concept van gezondheid. (e.g. Kingma, 2007, 2010; 2016; Hausman, 2011) Hubers concept slaagt hier niet in.

1. Wat is normaal?

Een tweede veelbesproken probleem is het onderscheid tussen normaal en sub normaal. (e.g. Canguilhem, 1943; Schwartz, 2007) Huber focust op het vermogen tot aanpassen en eigen regie. Maar wanneer is dat vermogen *genoeg?* Is een klein beetje voldoende, of zijn alleen de *meest*-vermogende mensen gezond? Hubers voorstel geeft helaas geen enkele aanwijzing.

Dit is wrang omdat Huber (2011) de WHO terecht verwijt dat ‘volledige welbevinden’ te ambitieus en onrealistisch is. Maar zelf doet ze niet eens een poging om aan te geven waar tussen ‘geen enkel’ en een ‘perfect’ vermogen tot aanpassen en eigen regie, gezondheid – ongeveer – begint. Ook dit, weten we van de bestaande literatuur, is niet iets wat makkelijk op te lossen is.

1. Aanpassen: hoe en aan wat?

Ten derde is het ‘vermogen om je aan te passen’ onvoldoende uitgewerkt om als formulering van gezondheid te fungeren. Iemand zonder benen die met een prachtige rolstoel in een toegankelijke wereld een actief leven leidt, heeft zich uitstekend aangepast. Iemand zonder benen die haar levenswensen en sociale wereld heeft beperkt tot thuis TV kijken – of iemand die depressief is en zich daarbij neerlegt – ook.

Wij zijn geneigd juist de actieve rolstoeler als gezond(er) te beschouwen. Dit is een doel wat Huber (2011) expliciet nastreeft: het erkennen van ‘gezondheid met een chronische aandoening’. Maar alle drie passen zich aan.

Het probleem is dat het ‘vermogen om je aan te passen’ geen onderscheid maakt tussen aanpassingsvormen die we ‘goed’ of ‘gezond’ vinden, en aanpassingsvormen die we niet goed of ‘ongezond’ vinden’. Bijvoorbeeld: zowel bewuster eten *als* het opslaan van vet zijn manieren van je aanpassen aan een omgeving vol goedkope suiker en vet. Maar wij vinden niet beiden gezond.

Tot slot zijn er omstandigheden waar je je juist *niet* aan moet aanpassen: huishoudelijk geweld bijvoorbeeld.

Dit probleem lijkt misschien nog het makkelijkst op te lossen; Huber zou de formulering kunnen veranderen naar het vermogen om je ‘goed’ aan te passen. Maar dan geeft het concept wel erg weinig inzicht; haar betekenis hangt er van af hoe wij het woordje ‘goed’ interpreteren. En dat is nu juist iets wat iedereen anders doet – en wat controversieel kan zijn. Om maar een voorbeeld te noemen: de ‘disability movement’ heeft hard moeten vechten om geaccepteerd te krijgen dat juist het hebben van een rolstoel en een toegankelijke omgeving een goede manier van aanpassen is – in tegenstelling tot het maar tegen heug en meug in moeten leren lopen.

*Conceptuele Conclusie en Aanbevelingen*

Inhoudelijk/conceptueel voldoet Hubers formulering niet. Het komt niet overeen met eigenlijk gebruik (1) en is volstrekt onduidelijk over belangrijke centrale onderscheiden (2&3).

Nu moeten we de lat niet te hoog leggen; Huber wil geen sluitende definitie van gezondheid geven, met vaste grenzen en een precieze betekenis. In plaats daarvan schetst ze de richting waarin referentie gezocht moet worden; een soort exemplaar. (Huber 2011, 2016). Maar ook zonder vaste grenzen voldoet haar concept niet. Bovenstaande kanttekeningen zijn geen kleine probleempjes in de marge van het idee. Een concept dat niet eens in de buurt komt van het adequaat sorteren van essentiële onderscheiden – tussen de baby en de depressieve volwassene, of de actieve rolstoeler en de ‘het huis niet meer uitkomende’ invalide, of tussen aanpassingsvormen die gezond of juist ongezond zijn – geeft niet de richting aan waarin we het concept gezondheid moeten zoeken.

Het huidige voorstel voldoet dus niet aan Hubers eigen eisen en behoeft aanzienlijk nadere ontwikkeling op ten minste drie punten: 1) het onderscheiden van normale variaties – zoals levensloop – en variaties die op ongezondheid duiden; 2) het onderscheid tussen normaal vermogen en sub normaal vermogen; en 3) het onderscheid tussen verschillende vormen van aanpassen – de gezonde en ongezonde. Dit zijn geen kleine vragen die kunnen worden overgelaten aan een vragenlijsten of consultatie; hier moet zorgvuldig over worden nagedacht.

*Pragmatisch/Extern*

Maar laten we ook naar de pragmatische kant kijken; zeker omdat Huber die zelf het belangrijkst vindt (persoonlijke communicatie, 5 nov 2016). Wat zijn de pragmatische/maatschappelijke doeleinden welke een concept van gezondheid dient of ondersteunt? Er wordt vaak over het hoofd gezien dat dit er meerdere zijn – wellicht zelfs teveel voor een concept (Boorse, 2011; Kingma, 2008). Desalniettemin worden er twee vaak genoemd: afbakening van het gezondheids-domein en doel van de zorg.

1. Afbakening van het gezondheidsdomein.

Onder afbakenen van het gezondheidsdomein valt bijvoorbeeld het ruwweg[[1]](#footnote-1) identificeren van het soort condities waar de gezondheidszorg zich legitiem op richt (e.g. Cooper & Megone 2007), of, zoals Huber (2016b) opmerkt, het bepalen of een onderzoeksvoorstel wel of niet vanuit het domein ‘gezondheid’ kan worden gefinancierd.

Kan Hubers concept hier richting aan geven? Zo op het oog niet. Niet alleen is Hubers algemene (2011) concept, zoals net beargumenteerd, te onjuist en te onduidelijk; ook Hubers (2016) vervolgproject over ‘positieve gezondheid’ kan deze rol niet vervullen.

Hubers (2016) positieve concept is dusdanig veelomvattend dat er geen grenzen meer zijn aan de zorg. Zelfs spirituele zingeving lijkt onder dit begrip binnen de gezondheidszorg te vallen. Toch denk ik niet dat Huber daadwerkelijk theologische faculteiten vanuit het domein gezondheid wil gaan financieren; als het gaat om het afbakenen van het gezondheidsdomein schiet Hubers voorstel niet alleen het dagelijks gebruik van het gezondheidsconcept, maar ook haar pragmatische doel, ver voorbij.

1. Het doel van de gezondheidszorg,

Een tweede pragmatisch toets is het succesvol identificeren van het doel van behandeling, gezondheidszorg, en gezondheidsbeleid. Zoals Huber schrijft “[H]et [is] van belang hoe gezondheid gedefinieerd is; beleid wordt op basis hiervan geformuleerd en geëvalueerd.” (Huber, 2016b: 1).

Hier bevindt Huber zich op lastig terrein. We beseffen al langer dat het doel van zorg en beleid niet alleen lichamelijk functioneren en/of levensverlenging kan zijn. Andere dingen – zoals kwaliteit van leven, mobiliteit of afwezigheid van pijn kunnen veel belangrijker zijn.

Met dit besef kunnen we twee kanten op. Enerzijds kunnen we het begrip gezondheid uitbreiden totdat het alles omvat wat belangrijk is voor het goede leven. De scheidslijn tussen gezondheid en begrippen als ‘welbevinden’, ‘geluk’ en ‘eudaimonia’ vervaagt dan geheel.

Anderzijds kunnen we het begrip gezondheid beperkter houden – zolang we maar blijven benadrukken dat gezondheid nooit het enige doel van gezondheidsbeleid kan zijn, en zeker niet het hoogste doel; gezondheid is dan alleen van belang *in zoverre* het welbevinden bevordert.

Het is niet duidelijk welk pad Huber wil bewandelen; het is wel duidelijk waar haar huidige pad heen leidt: gezondheid omvat alle aspecten van het goede leven.

Dat is wrang. Oorspronkelijk was een van Hubers kritieken van de WHO definitie juist dat zij te veelomvattend was; gezondheid is geen ‘complete well-being’. Huber (2011) verweet het WHO concept dan ook terecht dat het tot medicalisering zou leiden. Maar waar Hubers (2011) concept zeker niet bedoeld was als definitie van geluk, is Hubers (2016; 2016b) nadere uitwerking dusdanig veelomvattend, dat we via een omweg weer terug komen bij een operationalisatie van ‘wellbeing’ – de oorspronkelijke WHO definitie waar Huber et al. juist een alternatief voor zou bieden. Voor haar eigen (2016) concept van gezondheid is medicalisering dus minstens zo een groot risico.

*Pragmatische Conclusie en Aanbevelingen*

We staan hier voor een belangrijke keuze. Of het gezondheidsconcept laten samenvallen met geluk; of geluk en gezondheid gescheiden houden. Inhoudelijk/conceptueel ligt het laatste voor de hand; we hebben niet voor niets verschillende concepten voor gezondheid en welbevinden. Maar wat is pragmatische het beste?

Ik pleit voor een onderscheid (Kingma, 2013; forthcoming). Ten eerste omdat een liberale staat zich terecht bemoeit met gezondheid maar zich wijselijk verre houdt van inhoudelijke uitspraken over het goede leven. Ten tweede omdat het samenvallen van die begrippen uiteindelijk onze support voor een collectieve gezondheidszorg zal eroderen. Ten derde denk ik dat het de beste manier is om medicalisering tegen te gaan.

Het is absoluut waar dat een te nauwe kijk op gezondheid tot medicalisering kan leiden; men is eindeloos bezig een knie te repareren, zonder naar de achterliggende patient en haar problemen en oorzaken te kijken. Maar het concept gezondheid uit te breiden tot geluk brengt een minstens zo groot risico tot medicalisering met zich mee; alles wordt nu medisch – en farmacologisch – terrein.

Het is beter om gezondheid bij gezondheid te laten, en te erkennen: (1) dat gezondheid door heel veel interne en externe factoren beinvloed wordt – inclusief werkgelegenheid, verkeersveiligheid, en spiritueel welbevinden – en dat gezondheidszorg en -beleid hier dus op moet letten. En (2) dat gezondheid niet het hoogste goed is, maar alleen van belang is voor zover het invloed heeft op ons welbevinden.

Dit voorstel bakent tenminste het gezondheidsterrein succesvol af. Het maakt gezondheidsbeleid misschien iets minder makkelijk te evalueren; maar liever oprechte onzekerheid, dan valse meetbaarheid.

**Literatuur**

Boorse, C. (2011) Concepts of Health. In: Gifford, F. [Ed.] *Philosophy of Medicine,* pp 13-64*.* Oxford: Elsevier.

Canguilhem, G. (1943) *The Normal and the Pathological*. (trans. Carolyn R. Fawcett & Robert S. Cohen (New York: Zone Books, 1991))

Cooper, R. & Megone, C. (2007) Introduction. *Philosophical Papers, 36*: 339-341.

Hausman, D. (2011) Is an overdose of paracetamol bad for one’s health? *British Journal for the Philosophy of Science* 62: 657-668.

Huber, M. et al. (2011) How should we define Health? *BMJ,* 343: d4163.

Huber, M. et al. (2016) Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study.  *BMJ Open,* 5: e010091.

Huber, M. et al. (2016b) Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’ *NTVG, 160:* A7720

Kingma, E. (2007) What is it to be healthy? *Analysis, 67*: 128-133.

Kingma, E. (2010) Paracetamol, poison and polio: why Boorse’s account of function fails to distinguish health and disease. *British Journal for the Philosophy of Science 61*: 241-264.

Kingma, E. (2016) Situational Disease and Dispositional Function. *British Journal for the Philosophy of Science (advanced access:* doi: 10.1093/bjps/axu041)

Kingma, E. (forthcoming) Contemporary accounts of health and disease In: Adamson, P. (Eds.) *Health: a History.* (Oxford: OUP)Schwartz, P. (2007) Defining dysfunction: natural selection, design, and drawing a line. *Philosophy of Science, 74*: 364-385.

WHO, 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

1. Ruwweg omdat de gezondheidszorg, wegens haar expertise, ook andere dingen doet dan het behandelen van ziekte of bevorderen van gezondheid. Bijvoorbeeld het plegen van abortus, het begeleiden van ongecompliceerde zwangerschappen en bevallingen, en het verlenen van euthanasie. [↑](#footnote-ref-1)