

Organisatie van de gezondheidszorg

Organisatie van de gezondheidszorg

J.M.D. Boot

4e herziene druk 2018

2018 >g koninklijke
van gorcum

© 2018, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 882

ISBN 978 90 232 5595 6

ISBN e-book 978 90 232 5596 3

1e druk 2007

2e herziene druk 2010

3e herziene druk 2015

4e herziene druk 2018

Omslag: Kim Boeren, Viesrood grafisch en interactief ontwerp, Zwolle
Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen
Zetwerk: LINE UP boek en media bv, Groningen

Inhoud

Voorwoord VIII

Inleiding IX

1 Ziekte en gezondheid 2

- 1.1 Definities, benaderingen en modellen 3
- 1.2 Gezondheid en ziekte in Nederland 13

2 Beroepen in de gezondheidszorg 24

- 2.1 Professies en beroepsorganisaties 25
- 2.2 Artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen 32
- 2.3 Psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en creatief therapeuten 35
- 2.4 Paramedische beroepen 37
- 2.5 Verpleegkundigen, verzorgenden en assistierenden 47

3 Indeling en ordening van zorgvoorzieningen 56

- 3.1 Sectoren van gezondheidszorg 59
 - 3.1.1 De sector cure 60
 - 3.1.2 De sector care 60
 - 3.1.3 De sector geestelijke gezondheidszorg 62
 - 3.1.4 De sector maatschappelijke zorg 64
- 3.2 Eerstelijnsgezondheidszorg 65
 - 3.2.1 Monodisciplinaire praktijken en apotheken 70
 - 3.2.2 Gezondheidscentra, thuiszorg en algemeen maatschappelijk werk 78
- 3.3 Tweedelijnsgezondheidszorg 82
 - 3.3.1 Algemene ziekenhuizen 83
 - 3.3.2 Psychiatrische ziekenhuizen 87
 - 3.3.3 Verpleeghuizen 93
 - 3.3.4 Verzorgingshuizen 95
 - 3.3.5 Woon-zorgcomplexen (wozoco's) 98
 - 3.3.6 Gehandicaptenzorg 98

- 3.4 Zorg in samenhang en samenwerking 105
 - 3.4.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg 109
 - 3.4.2 Ketenzorg en zorgketens 115
 - 3.4.3 Extramuralisering en vermaatschappelijking 122

- 4 Preventie en publieke gezondheidszorg 130**
 - 4.1 Preventie in de gezondheidszorg 131
 - 4.2 Uitvoering en organisatie van preventie 139
 - 4.2.1 Nationale en lokale overheid 142
 - 4.2.2 Preventie in de curatieve zorg 152
 - 4.2.3 Preventie in de geestelijke gezondheidszorg 153
 - 4.2.4 Preventie in de buurt 155
 - 4.3 Publieke gezondheidszorg 160
 - 4.4 Nationaal en lokaal gezondheidsbeleid 175

- 5 Marktwerking, financiering en bekostiging van zorg 192**
 - 5.1 Marktwerking in de gezondheidszorg: gereguleerde concurrentie 193
 - 5.2 Nederlandse Zorgautoriteit 198
 - 5.3 Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg (WLZ) 203
 - 5.4 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) 2006 en 2015 en Jeugdwet (2015) 211
 - 5.5 Kostenbeheersing 223

- 6 Patiëntenorganisaties en patiëntenrechten 236**
 - 6.1 Typen patiëntenorganisaties 237
 - 6.2 Patiëntenrechten in wetgeving 248
 - 6.2.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 249
 - 6.2.2 Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) → Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGGZ) 253
 - 6.2.3 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) 255
 - 6.2.4 Wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) en vervolgwetgeving 259
 - 6.2.5 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ), Wet zorg en dwang en Wet forensische zorg 262
 - 6.2.6 Wet op de orgaandonatie (WOD) 264

- 6.2.7 Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMWO) 267
- 6.2.8 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL, Euthanasiewet) 268

7 Kwaliteit van zorg en gezondheidszorg 274

- 7.1 Kwaliteit in de gezondheidszorg 275
- 7.2 Kwaliteitsbevordering 282
- 7.3 Kwaliteitswetgeving 286
 - 7.3.1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 288
 - 7.3.2 Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) → Wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg (WKKKGZ, 2016) 293
- 7.4 Kwaliteitszorg en prestaties 305
- 7.5 Gezondheidszorg en prestaties 310

8 Bedrijfsgezondheidszorg 322

- 8.1 Arbodiensten 323
- 8.2 Arbeidsomstandigheden (Arbo) 326
- 8.3 Arbowet (Arbeidsomstandighedenwet) 329
- 8.4 Arbeidsomstandigheden en milieu 333
- 8.5 Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties: integraal gezondheidsmanagement 337

Lijst van afkortingen in de gezondheidszorg 347

Register 354

Voorwoord

Dit boek beoogt een samenhangend overzicht te geven van de vele facetten organisatie en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. Het mag dan ook beschouwd worden als een inleiding in de gezondheidszorg. Het is bedoeld als een handzaam naslag- en studiewerkje, waarvoor naarstig specifieke boeken en websites benut zijn. Wie meer wil weten of meer de diepte in wil, kan gebruik maken van die boeken en sites. Ze staan vermeld aan het einde van elk hoofdstuk.

Organisatie van de gezondheidszorg kan in zijn geheel gebruikt worden als studieboek. Tegelijk is elk hoofdstuk zo geschreven dat het ook onafhankelijk van de rest van het boek bestudeerd kan worden. Steeds is gebruik gemaakt van zogeheten boxen, waarin per box een onderwerp in de tekst wordt toegelicht of uitgediept.

In deze vierde druk zijn de ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg van de afgelopen jaren verwerkt en de meest recente cijfers opgenomen. Daarmee is deze herziene uitgave wederom zichtbaar omvangrijker geworden, ook al is bijlage 1, Adressen in de gezondheidszorg, naar de digitale leeromgeving overgeheveld.

Jan Maarten Boot
Januari 2018

Inleiding

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden hoe langer hoe meer geconfronteerd met structuren waarin ze moeten functioneren, regelingen waaraan ze zich moeten houden en partijen waarmee ze moeten overleggen en tot overeenstemming dienen te komen. Zo moeten zij bijvoorbeeld werken in ketens, voldoen aan de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en contracten met concurrerende verzekeraars afsluiten. In een instelling moeten ze marktgericht werken, voldoen aan prestatie-indicatoren en met patiënten/cliëntenvertegenwoordigers rond de tafel. De organisatie van de gezondheidszorg is complex en veeleisend.

Ook voor de patiënt, of misschien is het in dit kader beter om te spreken van een cliënt, is het vaak ingewikkeld. Hij moet kiezen voor zijn behandelaar, zijn ziekenhuis en zijn zorgverzekeraar. Hij moet zijn partijtje meeblazen in patiëntenorganisaties en in vertegenwoordigende organen in zorginstellingen. Hij moet zijn rechten kennen en weten welke wegen te bewandelen als er iets misgaat. Enzovoort.

Kortom, de organisatie van de gezondheidszorg dringt zich onverbidde-lijk op aan zowel beroepsbeoefenaar als patiënt/cliënt. Om daarin volwaardig en met succes en voldoening te werken of daarvan gebruik te maken, moet die organisatie wel gekend en doorzien worden. Dit boek wil daarvoor de kennis en het inzicht bieden.

Het uitgangspunt van dit handboek is dat 'organisatie van de gezondheidszorg' niet het doel, maar een middel is. Hoofdstuk 1 gaat daarom over gezondheid en ziekte en over de factoren die daarop invloed uitoefenen. Wat is gezondheid eigenlijk en hoe gaan we om met ziekte?

Steeds meer kennis over gezondheid en ziekte spreidt zich over een steeds groter aantal beroepsgroepen. Deze vormen het fundament van de gezondheidszorg en worden dan ook als eerste beschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 komt de structuur van de gezondheidszorg aan bod. In dat hoofdstuk worden vele voorzieningen van gezondheidszorg geordend en ingedeeld, zodat er overzicht komt in een complex geheel. In dat overzicht ontbreekt nog de preventie, omdat deze in de gezondheidszorg een aparte, maar hoe langer hoe belangrijker plaats inneemt. Gezondheid en niet ziekte wordt maatschappelijk en politiek het oriëntatiepunt en dat komt in het relatief uitvoerige hoofdstuk 4 tot uitdrukking.

Hoofdstuk 5 gaat over geld, het onvermijdelijke smeermiddel van de gezondheidszorg. Daaraan zijn altijd grenzen gesteld, want gezondheids-

zorg is ook een kostenpost van de BV Nederland. Over die kosten, maar vooral over de financiering van de zorg, over de verdeling van het geld en dus over marktwerking gaat hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 komen de patiënten/cliënten aan bod om wie het allemaal draait, of beter gezegd moet draaien in de gezondheidszorg. Hier worden zij beschreven wat hun plaats in de 'georganiseerde' gezondheidszorg betreft, dus als patiënten/consumentenorganisatie en op basis van de patiënten/cliëntenwetgeving.

Daarmee is het raamwerk van de gezondheidszorg wel neergezet. Maar met beroepsbeoefenaren, zorgvoorzieningen en structuren, geld en een positie voor de patiënt/cliënt mag er dan een organisatie van de gezondheidszorg zijn, maar werkt en presteert die organisatie ook? Hoeveel worden we er 'beter' van? Dat is het onderwerp van kwaliteit van de gezondheidszorg, dat in hoofdstuk 7 behandeld wordt. Daarmee is de organisatie van de gezondheidszorg afgesloten voor zover deze valt onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er is echter nog een tak van de gezondheidszorg die voor heel veel mensen van betekenis is: de bedrijfsgezondheidszorg. Deze valt onder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Met hoofdstuk 8 over bedrijfsgezondheidszorg is het overzicht van de organisatie van de gezondheidszorg compleet.

Ziekte en gezondheid

De gezondheidszorg is er om ziekte te bestrijden of, anders gezegd, om gezondheid te herstellen. Maar wat is 'ziek' en 'gezond'? Voor de inrichting van onze gezondheidszorg en de inzet van daarin werkzame artsen, paramedici, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals is dat niet onbelangrijk. Ziekte en gezondheid is immers hun werkterrein. Ook de kwantitatieve vraag is daarbij van belang: hoe staat het met ziekte en gezondheid in Nederland? De vergrijzing in Nederland brengt andere ziektepatronen en gezondheidsopgaven en vraagt daarmee een andere inzet en organisatie van zorg. Alvorens dan ook in hoofdstuk 2 de beroepsgroepen in onze gezondheidszorg te beschrijven en de opbouw van onze gezondheidszorg in hoofdstuk 3, wordt in dit eerste hoofdstuk ingegaan op gezondheid en ziekte als zodanig (paragraaf 1.1) en vervolgens in Nederland (paragraaf 1.2).

1.1 Definities, benaderingen en modellen

Ziekte kan omschreven worden als een medisch-biologische afwijking. Ziekte is dan de aanwezigheid van een ontsteking, een virus of handicap. Het onderscheid met gezondheid is dan medisch, objectief vast te stellen. Voor geestelijke gezondheid gaat dat niet op, omdat het in dat geval gaat om afwijkingen in het normale functioneren van mensen. En voor normaal functioneren is er geen objectieve maatstaf (box 1.1).

Box 1.1

Psychiatrische diagnostiek

Voor geestesziekten bestaat geen ziekte-indeling zoals in de somatische geneeskunde, die gebaseerd is op een oorzaak of onderliggend mechanisme. De psychiatrie hanteert een ziekte-indeling van psychische stoornissen die uitgaat van een groep van symptomen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). DSM is de internationale standaard in de psychodiagnostiek. Zo krijgen patiënten met vergelijkbare symptomen een vergelijkbare diagnose, zoals psychose, neurose, depressie of schizofrenie. Zij kunnen dan behandeld worden met methoden die bij een vergelijkbare groep mensen onderzocht zijn en die daarbij werkten. Daar tegenover staat de opvatting patiënten gedetailleerd en uitgebreid te observeren, en de sociale, culturele en persoonlijke context in kaart te brengen als de kern van psychiatrische diagnostiek.

In opkomst is de biologische psychiatrie, die de oorzaak van psychiatrische ziektes in de hersenen zoekt, dus als medisch-biologisch. Desalniettemin manifesteert geestesziekte zich ten principale in ander gedrag, waardoor aan de hand van psychiatrische diagnoses gedragingen van een medisch etiket kunnen worden voorzien, de zogenoemde *medicalisering*. ADHD is een diagnose van gedrag, dat daarmee als 'stoornis' ook behandelbaar is in de gezondheidszorg. 'Verward gedrag' is in ieder geval geen 'stoornis'. 'Verwardheid' is niet hetzelfde als het hebben van een psychische aandoening. Wanneer mensen vanwege persoonlijke omstandigheden of gebeurtenissen emotioneel, boos, eenzaam, angstig, onder invloed, wanhopig, zenuwachtig of ontredderd zijn, kan dat worden opgevat als verward gedrag. Een psychische aandoening kán een oorzaak zijn van 'verward gedrag', maar is dat in verreweg de meeste gevallen niet.

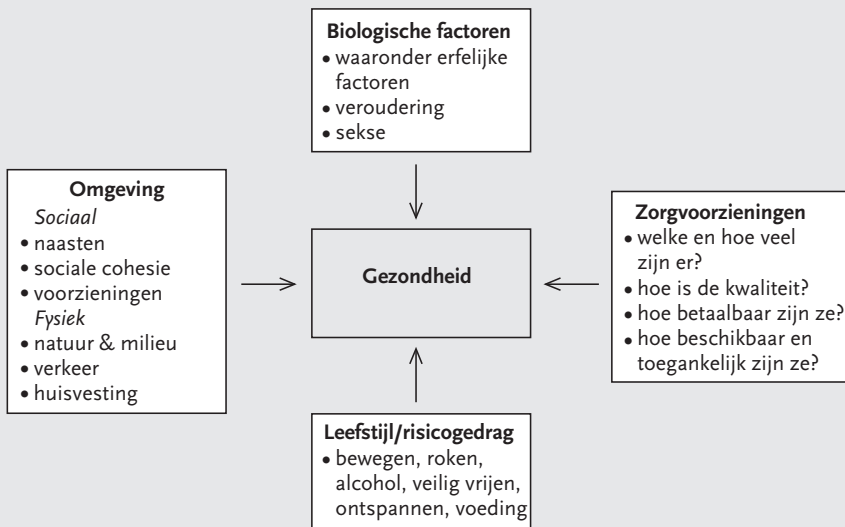
Bron: Hof, S. van 't, B. Verhoeff, De dsm is niet meer weg te denken; dsm5 en de toekomst van de psychiatrische diagnostiek, in: *MGV*, 65 (2010), nr. 12, p. 961-973; Verheule, S., *Diagnosis and the DSM: A Critical Review*, Palgrave Macmillan, 2014, London; Boot, J.M.D., *Inleiding in de medische sociologie*, Van Gorcum, Assen, 2001 (zevende, geheel herziene druk), p. 119-123 en p. 182-223. Hoof, F. van, *Waarom we moeten stoppen met de term 'verwarde personen'*, bericht 13 juli 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.

Gezondheid en ziekte hebben niet alleen een biologische basis maar worden ook beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving. Hoe en waar mensen leven is minstens zo belangrijk voor gezondheid en ziekte als biologische factoren. Denk aan gedragsfactoren als voeding en beweging, en milieufactoren als lucht en straling. Die factoren kunnen wel aangepakt worden, maar niet in de zin van medische behandeling, of zelfs in het geheel niet binnen de gezondheidszorg.

Tegenover het medisch-biologische ziektemodel staat zo het *determinantenmodel* van gezondheid (box 1.2).

Box 1.2

Determinanten van gezondheid en het gezondheidsbeleid



Schema 1.1: *Determinantenmodel van gezondheid*

Het determinantenmodel stelt gezondheid centraal (schema 1.1). Het definieert de factoren die van invloed zijn op gezondheid: biologische factoren, waaronder erfelijke, omgevingsfactoren, zowel fysieke als sociale, leefstijl en risicogedrag, en natuurlijk de gezondheidszorg zelf.

Dit determinantenmodel van gezondheid is een preventief ziektemodel, omdat het aangrijpingspunten biedt om ziekte in de bevolking te voorkomen door middel van overheidsbeleid op de factoren fysieke en sociale omgeving enerzijds en leefstijl en risicogedrag anderzijds. Dit wordt *gezondheidsbeleid* genoemd. Gezond bouwen, werken aan een gezonde buurt en het bevorderen van een gezonde leefstijl zoals campagnes voor veilig verkeer, tegen alcoholmisbruik en voor veilig vrijen zijn daarvan sprekende voorbeelden. Gezondheidsbeleid gaat dus om overheidsbeleid, zowel nationaal als gemeentelijk, buiten de gezondheidszorg om (zie verder paragraaf 4.4).

Op biologische factoren kan de overheid beleid voeren van voorlichting en van screening en vroegtijdig onderkennen van aandoeningen en risicofactoren. Dat is het terrein van de preventieve gezondheidszorg.

Beleid van de overheid voor de gezondheidszorg wordt *zorgbeleid* genoemd, en is natuurlijk evenzeer van invloed op het gezondheidsspeil van een bevolking. Zorgbeleid heeft betrekking op de factor gezondheidszorg in het determinantenmodel zoals de kwantiteit, kwaliteit, betaalbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen.

Gezondheid kan op drie dimensies onderscheiden worden, lichamelijk, psychisch en sociaal.

Lichamelijke gezondheid kunnen we gelijkstellen aan het ontbreken van lichaamsstoornissen en lichaamsbeperkingen. *Psychische gezondheid* heeft te maken met oriëntatievermogen naar tijd, plaats en persoon (denk aan dementie), de aanwezigheid van korte- en langetermijngeheugen en de afwezigheid van angst en stress. *Sociale gezondheid* staat voor participatie en 'goed' functioneren in de samenleving. Zelfredzaamheid en zelfstandigheid zijn criteria die daarvoor gelden in de ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

Gezondheid staat aldus voor meer dan afwezigheid van ziekte in medisch-biologische zin. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft gezondheid dan ook als 'een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. Gezondheid is volgens deze definitie, die dateert van 1948, echter een statisch gegeven. Gezondheid als compleet welbevin-

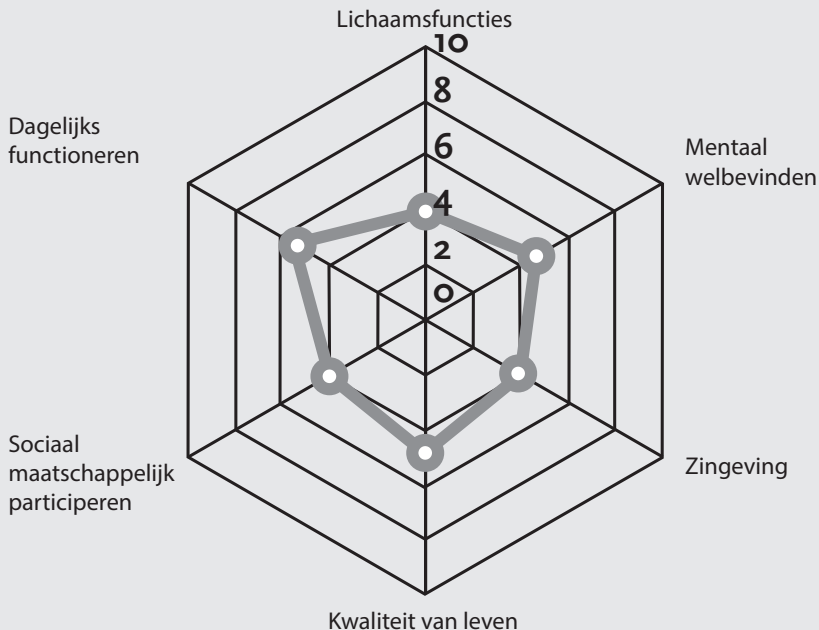
den is bovendien feitelijk niet of nauwelijks haalbaar. Daarom is sinds een aantal jaren een nieuwe definitie in omloop die gezondheid dynamisch definieert en flexibeler: Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Inmiddels is ook overgegaan op operationalisering van dit nieuwe gezondheidsconcept: *positieve gezondheid* (box 1.3).

Box 1.3

Positieve gezondheid

In een kwalitatief en kwantitatief onderzoek werden onder zowel patiënten en zorgverleners als onder beleidsmakers en wetenschappers zes hoofddimensies van gezondheid gecategoriseerd:

1. lichaamsfuncties;
2. mentale functies en -beleving;
3. spirituele/existentiële dimensie;
4. kwaliteit van leven;
5. sociaal-maatschappelijke participatie;
6. dagelijks functioneren.



Figuur 1.1: Spinnenweb Positieve gezondheid met de zes dimensies

Met name patiënten zien al deze dimensies als belangrijk onderdeel van gezondheid en lijken het begrip gezondheid dus breed in te vullen. Dit in tegenstelling tot wetenschappers en beleidsmakers die zingeving en dagelijks functioneren niet als indicator voor gezondheid zagen. Naar aanleiding van dit onderzoek werd voor deze brede invulling de term 'Positieve gezondheid' voorgesteld. De zes dimensies werden gevisualiseerd en weergegeven in een webdiagram.

Toepassing van het model van positieve gezondheid vindt met name plaats in de ouderen- en gehandicaptenzorg. De wensen en behoeften van de cliënt op de 6 dimensies vormen het uitgangspunt voor de doelen die de zorgdriehoek van medewerker, bewoner en naasten stelt. Niet de aandoening of beperking staat centraal, maar de mens met al zijn lichamelijke, sociale en spirituele behoeften. Ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vindt aansluiting op het (positieve) gezondheidsconcept van Huber. Ggz staat voor 'herstel'. Herstelen betekent dan dat mensen met (ernstige) psychische aandoeningen 'proberen de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven'.

Bron: *Transformatieprogramma Positieve Gezondheid*, Movisie, Utrecht, 2017 & Boers, I. en M. Huber, *Hoe krijgt het concept 'Positieve gezondheid' regionaal handen en voeten*, Louise Bolk Instituut, Utrecht, 2015; *Herstelondersteuning*, Netwerk Kwaleitsondersteuning GGZ, Utrecht, 2017, p. 2.

Met de nieuwe definitie van gezondheid kunnen mensen gezond zijn, naast het hebben van een ziekte, tegenwoordig veelal een chronische ziekte zoals diabetes of astma (box 1.4). Maar wat is 'ziekte' nog meer dan een dergelijke medisch-biologische afwijking?

Box 1.4

Gezond met een ziekte: zelfmanagement

Opvallend is dat in de nieuwe gezondheidsdefinitie helemaal geen sprake meer is van ziekte of beperking: je kunt diabetes of kanker hebben, maar als je er goed mee om kunt gaan ben je kennelijk toch gezond. Bovendien is in deze formulering de verantwoordelijkheid voor gezondheid uitsluitend bij individuele burgers, patiënten en cliënten komen te liggen. Aandacht voor de rol van de omgeving of de samenleving ontbreekt. De definitie past kennelijk goed binnen de collectieve opvatting dat men-

sen zélf een actieve rol moeten en kunnen spelen ten aanzien van hun gezondheid en zorg. Slechts een deel van die zorg vindt feitelijk plaats bij de huisarts of in het ziekenhuis. Het merendeel van de tijd is een patiënt met een chronische ziekte thuis, op school of op het werk. Daar is hij zelf bezig met het monitoren van zijn ziekte, het toedienen van medicijnen, het aanpassen van zijn leefstijl. Of nog breder: met leven, zonder al te veel last te hebben van de ziekte. Deze activiteiten vallen onder de noemer ‘zelfmanagement’. Zelfmanagement is het vermogen van mensen om zo goed mogelijk om te gaan met de verschillende aspecten en consequenties van het leven met een chronische aandoening. Zelfmanagement wordt beschouwd als een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg te waarborgen met minder of een andere inzet van zorgprofessionals.

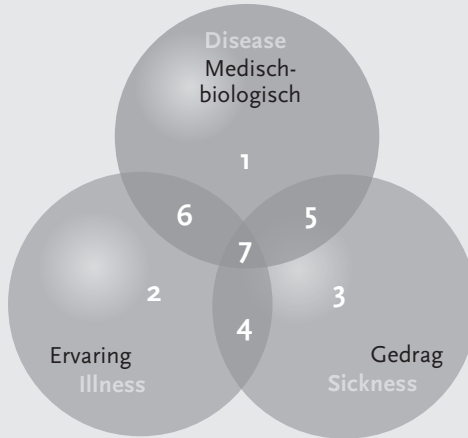
Bron: Rademakers, J., *De actieve patiënt als utopie*, Oratie, Maastricht University, 13 mei 2016, p. 4-7.

Net als gezondheid kent ook *ziekte* een lichamelijke, psychische en sociale component. De Engelse taal heeft daar drie verschillende woorden voor. ‘*Disease*’ staat voor een aantoonbare medisch-biologische afwijking. ‘*Illness*’ staat voor de ziekte-ervaring: het zich niet wel voelen. En dat is aan de patiënt om te beoordelen. ‘*Sickness*’ ten slotte staat voor de sociale component: men gedraagt zich als patiënt en dat wordt ook erkend door de omgeving. Het Engelse ‘sick leave’ ofwel ziekteverlof is daar een goed voorbeeld van. Men is ‘ziek’, dus men hoeft niet op zijn werk te verschijnen.

De gezondheidszorg, en zeker de huisarts, heeft zo te maken met patiënten met verschillende ‘ziektecombinaties’ (box 1.5). Een patiënt bij wie zowel disease, illness als sickness spelen, is zijn ‘modelpatiënt’. De modelpatiënt heeft een medisch-biologische afwijking, hij ervaart deze als zodanig en gedraagt zich ernaar. Maar er zijn verschillende varianten mogelijk. Denk aan de patiënt die geen ziekte ervaart, maar wel een ziekte ‘onder de leden’ heeft, of de patiënt die zich inderdaad ‘niet wel’ voelt, maar zich niet als zodanig gedraagt en dus ook niet naar de huisarts gaat. Daar staat dan de ‘simulerende’ patiënt tegenover, die zich wel als zieke gedraagt, maar het in medisch-biologische zin niet is. Problematischer is de patiënt die zich ziek voelt en gedraagt, bijvoorbeeld vanwege chronische vermoeidheid, maar bij wie geen medisch-biologische afwijking kan worden geconstateerd.

Box 1.5

Ziektemodel van disease, illness en sickness



Sector 1 van het model staat voor onopgemerkte, dus niet ervaren, doch medisch-biologisch wel aanwezige ziekte.

Sector 2 voor ervaren klachten waaraan geen consequenties worden verbonden in de zin van ziektegedrag. Men gedraagt zich als 'gezonde'.

Sector 3 in dit model is de simulerende patiënt. Hij gedraagt zich als zieke maar heeft 'geen' klachten of constateerbare afwijkingen.

Sector 4 (gedrag + ervaring) is de patiënt die een arts bezoekt, klachten heeft, maar bij wie geen ziekte in medisch-biologische zin kan worden vastgesteld.

Sector 5 betreft de patiënt die een ziekte heeft, zich daarnaar gedraagt, maar deze ziekte niet daadwerkelijk in klachten ervaart. Preventief onderzoek is onder meer een toegangspoort tot deze sector van ziekte.

Wanneer iemand zich ziek voelt en ziek is (medisch-biologisch), maar zich daar niet naar gedraagt, dan is ziekte volgens sector 6 van toepassing. De 'patiënt' laat niets blijken en loopt er te lang mee door.

Sector 7 ten slotte is de 'modelpatiënt': hij ervaart klachten, gedraagt zich ernaar en heeft een medische diagnose.

Bron: Boot, J.M.D., *Inleiding in de medische sociologie*, Van Gorcum, Assen, 2001 (zevende, geheel herziene druk), p. 17.

Aldus zijn er altijd verschillende patiëntvarianties mogelijk. Dat neemt niet weg dat de *modelpatiënt* van vroeger niet meer de modelpatiënt van tegenwoordig is omdat *ziektepatronen* veranderen. Overleed vroeger een modelpatiënt, dan was de doodsoorzaak vaak een infectieziekte. Tegenwoordig is dat een hart-vaatziekte of kanker. Infectieziekten als longontsteking, bronchitis, griep, soms nog tuberculose, komen nog wel voor, maar zijn

vanwege de grotere weerstand van patiënten en de beschikbare medicijnen niet meer dodelijk.

Typerend voor deze tijd is ook dat er minder modelpatiënten zijn. Tegenwoordig zijn de klachten en problemen waarmee patiënten bij een huisarts komen vaak niet te herleiden tot een duidelijk vast te stellen lichamelijke oorzaak, ondanks soms langdurige en kostbare tochten door de gezondheidszorg. En omdat er geen medisch-biologische diagnose voorhanden is, zoeken patiënten naar andere oplossingen. De weg naar complementaire of *alternatieve geneeswijzen* ligt dan open en werd de afgelopen 25 jaar populairder (box 1.6 en box 1.7). Het percentage van de bevolking dat jaarlijks een alternatieve behandelaar raadpleegt, steeg van 4,5% in 1985 naar 7,2% in 2004 en daalde daarna naar 6,3% in 2013 (CBS). Voor de vrouwelijke bevolking was dat percentage in 2013 overigens 8,3% tegenover 4,3% voor de mannelijke bevolking en in 2004 9,2% tegenover 5,1%. In de periode 2010-2012 was een kwart van de behandelden door een alternatieve genezer onder behandeling van een acupuncturist, 22% van een homeopaat, 17% bezocht een chiropractor. Het zijn vooral 30- tot 65-jarigen en hoogopgeleiden die onder behandeling zijn van een alternatieve genezer.

Box 1.6

Complementaire of alternatieve geneeswijzen

Het complementair en alternatief geneeskundig veld, ook wel aangeduid als CAM, bestaat uit een groep van diverse medische en gezondheids-systemen, toepassingen en producten die over het algemeen geen deel uitmaken van de reguliere gezondheidszorg. Voorbeelden zijn acupunctuur, homeopathie, kruiden en voedingssupplementen. *Complementaire geneeswijzen* zijn geneeswijzen die aanvullend zijn op de reguliere geneeskunde, maar die niet worden onderwezen aan Nederlandse universiteiten en (erkende) hogescholen. *Alternatieve geneeswijzen* zijn geneeswijzen die volgens het eigen oordeel en handelen geacht worden vervangend te (kunnen) zijn voor de regulier-westerse geneeskunde. Internationaal (WHO) gelden ook 'traditionele geneeswijzen', geneeswijzen die wortelen in een lokale cultuur met een doorgaans sterke spirituele component.

In april 2014 startte de Stuurgroep 'Implementatie Evidence-based Complementaire Zorg' op verzoek van ZonMw een verkenning naar de mogelijkheden en voorwaarden voor een door ZonMw beoogde ontwik-

keling en implementatie van evidence based complementaire zorg in Nederland. Daartoe deed de Stuurgroep de volgende aanbevelingen:

1. De noodzaak van de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur, waartoe een breed samengesteld consortium van academische en niet-academische instellingen in zowel cure als care samenwerken.
2. 'De patiënt' dient betrokken te worden bij het medebepalen van prioriteiten voor onderzoek; vertegenwoordiging in de stuurgroep.
3. Onderzoek moet zich richten op meerdere dimensies van gezondheid conform het 'spinnenwebmodel Positieve gezondheid' (zie figuur 1.1).
4. 'Pioniers' steunen, zodat partijen die zich willen inzetten voor verantwoorde ontwikkeling van complementaire zorg zich gesteund weten in hun pioniersrol.

Bron: Aakster C., en F. Kortekaas, *Geneeswijzen in Nederland. Handboek complementaire behandelwijzen voor professionals*, AnkhHermes, Utrecht, 2016, p. 31-32; Signalement ontwikkeling en implementatie van evidenced-based complementaire zorg, ZonMw, Den Haag, 2014; Advies Stuurgroep 'Implementatie Evidence-based Complementaire Zorg', november 2015, p. 3-4.

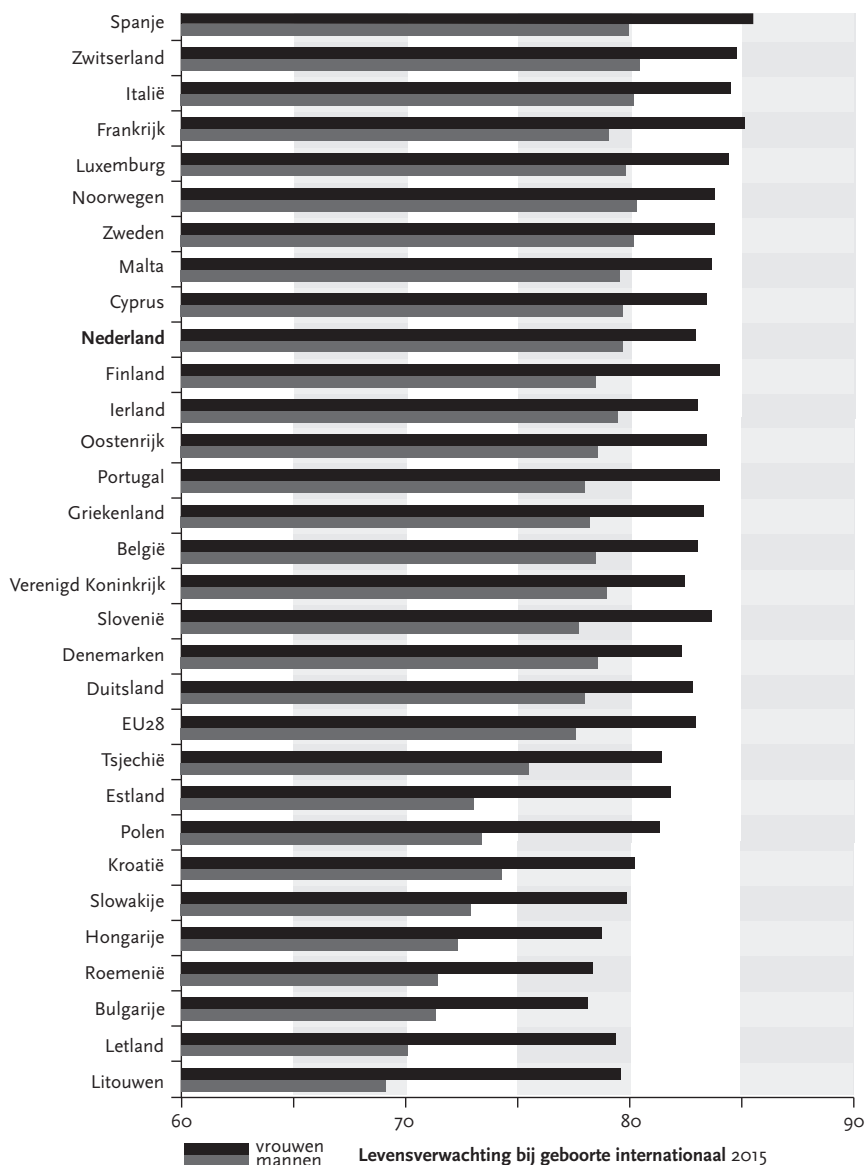
Box 1.7

Ziektebegrippen in de reguliere en alternatieve geneeskunde

De *reguliere geneeskunde* is in sterke mate gericht op de zichtbare, concrete ziekteverschijnselen. Deze hebben doorgaans alleen betrekking op een segment van het totale menselijk functioneren, en vooral op het meetbare, zichtbare, materiële deel ervan. Men gaat veelal uit van rechtlijnige relaties tussen oorzaak en gevolg, en hecht grote waarde aan objectieve meetprocedures. Mede daardoor staat het proces van diagnostiek buiten de belevingswereld van de patiënt en wordt de therapie hem als het ware van buitenaf opgelegd.

Tegenover dit *wetenschappelijke ziektebegrip* staat het ziektebegrip van *alternatieve geneeswijzen* waarin ziekteverschijnselen veelal hun betekenis ontlenen aan het grotere en voor ieder individu unieke verband waarbinnen zij optreden. Ziekteverschijnselen hebben aldus een signalerende functie. De arts of alternatieve genezer kan daarin alleen inzicht krijgen door communicatie over en weer met de patiënt. Patiënt en arts willen gezamenlijk een passende probleemdefiniëring (diagnose) en oplossing (therapie) tot stand brengen. Aldus delen alternatieve genezers mensen

in mindere mate toe aan een bepaalde diagnostische categorie. Zij streven naar een individualisering van zowel diagnostiek als behandeling volgens het principe van 'ieder mens is uniek'. De hele mens staat in zijn ziek zijn centraal, niet zijn ziekte. Een zogenoemde *holistische benadering*.



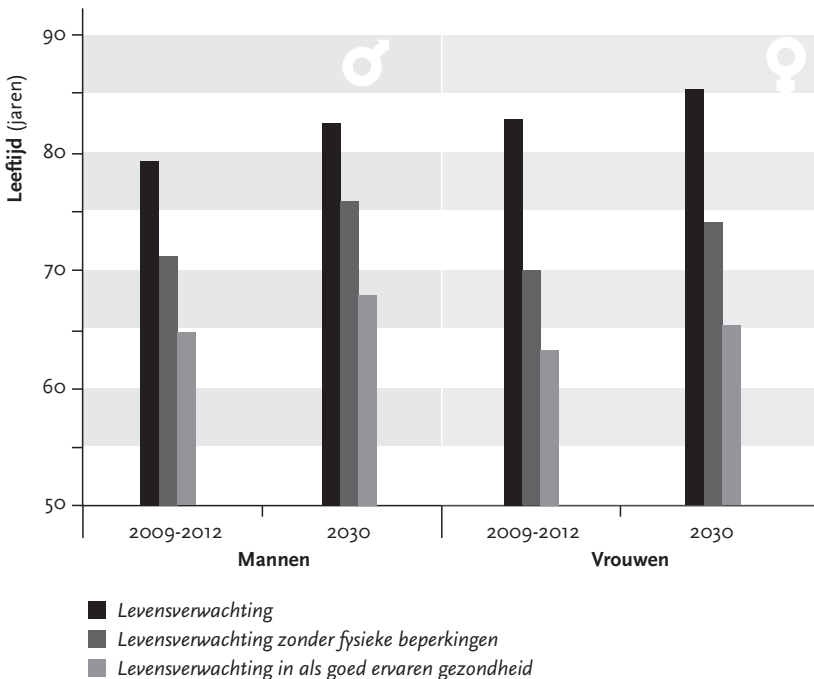
Figuur 1.2: Levensverwachting bij geboorte in EU-landen, Noorwegen en Zwitserland, 2014 (Bron: Eurostat, 2017)

1.2 Gezondheid en ziekte in Nederland

Hoe het ook zij met definities, benaderingen of modellen van gezondheid en ziekte, feit is dat we in Nederland hoe langer hoe ouder worden. De *levensverwachting* van mannen en vrouwen samen was begin vorige eeuw nog maar 52 jaar en tegen het midden van die eeuw 70 jaar. Nu is die levensverwachting gestegen tot 79,9 jaar voor mannen en 83,1 jaar voor vrouwen (2015), waarmee Nederland in de Europese middenmoot zit (figuur 1.2).

Deze toename van levensverwachting vindt niet in volledige gezondheid plaats (box 1.8). Zowel mannen als vrouwen brengen hun leven gemiddeld tot hun vierenzestigste in goede gezondheid door, dat wil zeggen in goed *ervaren gezondheid* (box 1.9). Tabel 1.1 geeft naast ervaren gezondheid nog een aantal aspecten van ‘onvolledige gezondheid’, zoals aandoeningen en beperkingen, en hun verdeling naar mannen en vrouwen.

De *levensverwachting zonder chronische ziekten* is veel lager dan die voor als *goed ervaren gezondheid*, namelijk 47 jaar voor mannen (2016) en 41 jaar voor vrouwen (2016). Vanaf zeventigjarige leeftijd slaan namelijk de licha-



Figuur 1.3: (Gezonde) levensverwachting bij geboorte (bron: CBS, webmagazine, 23 juni 2014)

melijke beperkingen gemiddeld pas toe. De *vergrijzing* van Nederland heeft dan ook grote invloed op de *vraag naar zorg*. Die zal sterk toenemen. Daar staat tegenover dat wij wel afkoersen op een langer leven in goede gezondheid. Als de ontwikkelingen rond sterfte en gezondheid van de afgelopen 30 jaar doorzetten, zullen Nederlanders tot steeds hogere leeftijd vrij zijn van lichamelijke beperkingen in horen, zien en bewegen. Ze zullen zich ook langer gezond voelen (figuur 1.3).

Box 1.8**Levensverwachting en gezondheidsverschillen**

Mannen sterven jonger, terwijl vrouwen een groter deel van hun leven met een minder goede gezondheid te maken krijgen. Maar de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen zijn in Nederland relatief bescheiden. Er is meer verschil tussen de gezondheidstoestand van allochtonen en autochtonen; de gezondheidstoestand van allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Ook bestaan er in Nederland aanzienlijke verschillen in gezondheid naar *sociaaleconomische status* (ses), gemeten naar opleiding, inkomen of beroepsniveau. Hoogopgeleide mensen leven 6 tot 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin hoogopgeleide en laagopgeleide mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 tot 19 jaar. Voor mannen in de laagste inkomensklasse bedraagt de levensverwachting bij de geboorte 73,9 jaar. Bij mannen in de hoogste inkomensklasse is dat 81,1 jaar. Bij vrouwen komt het verschil in levensverwachting tussen laagste en hoogste inkomensklasse uit op 6,7 jaar. Voor gezonde levensverwachting zijn de verschillen tussen de laagste en hoogste inkomens nog groter: voor mannen bedraagt het verschil in levensverwachting in als (zeer) goed ervaren gezondheid 17,8 jaren en voor vrouwen 17,6 jaren. Ook voor de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting zonder chronische aandoeningen zijn er grote verschillen tussen de laagste en hoogste inkomensklassen. Conclusie: Naarmate het inkomen hoger is, is ook de (gezonde) levensverwachting hoger. Een gezondheidsachterstand zien we ook bij enkele andere sociaaleconomische groepen, zoals werklozen en arbeidsongeschikten.

Box 1.9

Ervaren gezondheid als kwaliteit van leven

Ziekten en aandoeningen hebben gevolgen voor het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van mensen, ofwel voor hun *kwaliteit van leven*. *Ervaren gezondheid* is een algemene maat voor kwaliteit van leven. Via vragenlijsten die door de mensen zelf worden ingevuld, wordt gescoord op lichamelijk functioneren (pijn, mobiliteit, slaap), psychisch functioneren (stemming, seksuele beleving) en sociaal functioneren (relaties, arbeid, algemene dagelijkse levensverrichtingen) als te onderscheiden dimensies van kwaliteit van leven.

Op de enkelvoudige, maar overkoepelende vraag naar de ervaren gezondheid antwoordt 79% van de mannen en 74% van de vrouwen 'goed' of 'zeer goed' (2012). Gecorrigeerd naar leeftijd zijn deze antwoordpercentages sinds 1984 nauwelijks veranderd. Maar omdat de mensen gemiddeld ouder worden, dus door de toenemende vergrijzing en de hiermee samenhangende toename van chronische ziekten, is het percentage personen met een goede gezondheid afgenomen. Met het toenemen der jaren wordt de ervaren gezondheid slechter. Scoort de categorie 0-14-jarigen qua goed/zeer goed ervaren gezondheid 95%, voor vrouwen boven de 65 jaar is het percentage gezakt naar 54 en voor mannen naar 67. Binnen de groep ouderen is het verband met leeftijd echter zwak. Blijkbaar vertalen ouderen op een gegeven moment in hun leven een verslechtering van de *objectieve* gezondheid niet in een slechter *oordeel* over gezondheid. Ouderdom komt nu eenmaal met gebreken. Het verschil in de wijze waarop mannen en vrouwen hun gezondheid beoordelen is niet eenduidig te verklaren. Het kan aan objectieve gezondheidsverschillen liggen, maar ook verband houden met leefstijl en arbeidsparticipatie. Ook kunnen mannen en vrouwen verschillen in de wijze waarop zij tot een oordeel over de eigen gezondheid komen.

Tabel 1.1: Gezondheid, aandoeningen en beperkingen, 2013 (bron: CBS, 2014)

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Ervaren gezondheid				
Zeer goed/goed	%	80,3	82,4	78,3
Langdurige aandoeningen				
Geen langdurige aandoening	%	53,2	59,6	47,0
1 langdurige aandoening	%	23,3	21,9	24,7
2 langdurige aandoeningen	%	11,2	9,3	13,1
3 langdurige aandoeningen	%	12,2	9,2	1,2
Mental Health Inventory (MHI), 12 jaar of ouder				
Psychisch ongezond	%	10,9	9,1	12,6
Psychische klachten, 12 jaar of ouder				
Afgelopen jaar depressieve klachten gehad	%	110,2	10,0	12,4
Afgelopen jaar angstige periode gehad	%	12,9	10,5	15,2
Infectieziekten, 12 jaar of ouder				
Verkoudheid	%	43,0	42,8	43,2
Oorontsteking	%	2,7	2,5	2,9
Funciebeperkingen				
Beperkingen OESO, 12 jaar of ouder	%	12,9	10,4	15,3
beperking in horen	%	2,9	2,7	3,1
beperking in zien	%	6,0	5,2	6,8
beperking in bewegen	%	7,2	4,8	9,5
beperking in verstaanbaarheid	%	0,4	0,3	0,4
Activiteitenbeperking, 4 jaar of ouder				
beddagen per jaar	aantal	5,9	5,0	6,7
Bezit hulpmiddelen, 4 jaar of ouder				
horen ¹	%	4,0	4,2	3,7
zien ²	%	60,9	56,3	6,5

1. Hoorapparaat of speciaal apparaat voor geluidsversterking, bijvoorbeeld voor telefoon of televisie.

2. Bril of contactlenzen of (nog) een ander hulpmiddel voor het zien of lezen.

Naarmate mensen ouder worden, doen zij vaker een beroep op de gezondheidszorg. Tabel 1.2 geeft voor de totale bevolking enig zicht op het zorggebruik. Vooral vanaf het zestigste levensjaar is er sprake van een snelle toename. Ziek zijn op hogere leeftijd betekent vaak gelijktijdig verschillende aandoeningen hebben en vaak chronische degeneratieve ziekten hebben (box 1.10).

Tabel 1.2: Medische contacten, ziekenhuisopnamen en medicijnen, 2012/2013 (bron: Statline, 2015)

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Personen met contact met zorgverleners in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	%	71,3/71,5	65,8/66,6	76,8/76,4
Specialist	%	37,9/37,8	34,2/34,3	41,5/41,2
Tandarts	%	78,5/78,7	77,3/76,9	79,7/80,4
Fysio- en oefentherapeut	%	21,2/22,0	17,9/18,8	24,4/25,2
Alternatief genezer	%	5,7/6,3	3,9/4,3	6,8/8,3
Contact met zorgverleners per persoon in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	aantal	5,8/5,7	5,1/4,9	6,4/6,3
Specialist	aantal	5,6/5,7	5,0/5,4	6,0/5,9
Tandarts	aantal	2,7/2,7	2,5/2,8	2,8/2,7
Fysio- en oefentherapeut	aantal	16,7/16,0	16,2/15,0	17,1/16,7
Ziekenhuisopname in de afgelopen 12 maanden				
Opname met overnachting(en)				
personen	%	6,5/6,8	6,4/6,6	6,7/7,0
opnamen per 100 personen	aantal	8,6/9,1	8,5/9,0	8,8/9,1
Dagopname				
personen	%	7,8/7,2	7,2/7,1	8,4/7,4
opnamen per 100 personen	aantal	13,4/12,4	12,4/11,7	14,3/13,1
Gebruik medicijnen/voedingssupplementen in de afgelopen 14 dagen				
Voorgeschreven	%	36,8/37,0	32,5/33,5	41,0/40,4
Niet voorgeschreven	%	32,5/33,4	26,6/28,0	38,3/38,7

Box 1.10

Zorggebruik onder chronisch zieken is hoog

Mensen met een chronische ziekte of beperking behoren tot de grootste gebruikers binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 2010 had 91% van de chronisch zieken contact had met een huisarts ten opzichte van 74% van de algemene bevolking van 15 jaar en ouder. 83% van de mensen met een chronische ziekte of beperking bezocht een medisch specialist in de polikliniek, tegenover 40% van de mensen in de algemene bevolking; 15% van de chronisch zieken werd in het ziekenhuis opgenomen. Dit is twee keer zoveel als binnen de algemene bevolking, waarvan in 2010 7% van de mensen van 15 jaar en ouder werd opgenomen. 61% van de chronisch zieken had in 2010 contact met één of meerdere paramedici. De fysiotherapeut is daarbij de belangrijkste zorgverlener: 34% van de chronisch zieken had hiermee contact tegenover 25% van de mensen in de algemene bevolking.

Bron: Jansen, D., P. Spreeuwenberg en M. Heijmans, *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken*, NIVEL, Utrecht, 2012.

Mensen met een *chronische ziekte* worden langdurig of periodiek geconfronteerd met terugkerende gezondheidsklachten ten gevolge van een lichamelijke of psychische aandoening (box 1.11). Het hebben van een chronische ziekte betekent dus niet dat mensen zich altijd ziek voelen. De ziekte maakt hen niet voortdurend tot een 'zieke'. Vaak is de oorzaak van de chronische ziekte niet goed vast te stellen, waardoor ook de behandeling vaak niet optimaal kan zijn. Mede onder invloed van de toenemende vergrijzing van de bevolking zal het aantal mensen dat geconfronteerd wordt met een chronische ziekte fors stijgen. Bovendien stijgt de groep chronisch zieken doordat mensen als gevolg van verbeterde diagnostische mogelijkheden en behandelmethoden langer zullen leven.

Anno 2013 zijn er in Nederland ten minste 4,5 miljoen mensen met een chronische aandoening. Dat is ruim een kwart van de Nederlandse bevolking. Hiervan hebben 1,3 miljoen mensen meerdere chronische ziekten tegelijkertijd. Deze cijfers zijn gebaseerd op een selectie van 30 chronische ziekten, gemeten in de huisartsenpraktijk. Grote groeiers zijn diabetes, osteoporose (botontkalking) en COPD (chronische obstructieve longziekten). Naar verwachting hebben in 2025 ruim 2,5 miljoen men-

sen een van deze ziekten. Andere chronische ziekten of stoornissen zijn onder meer parkinson, artrose, anorexia en schizofrenie. Toch meldt de *Volksgezondheidstoekomstverkenning* van het RIVM van 2018 in een trendscenario dat wij ons in 2040 even gezond zullen voelen als nu, ondanks de vergrijzing; een iets groter percentage van de oudste ouderen voelt zich in 2040 zelfs gezonder. Het percentage Nederlanders dat beperkingen in activiteiten ervaart, verandert niet tot 2040, ondanks de vergrijzing. Ook neemt het percentage mensen van 75 jaar en ouder zonder beperkingen in activiteiten toe van 55 naar 62%. Wel neemt het aantal eenzamen toe, vooral bij alleenwonenden en 75-plussers. Tevens neemt het aantal mensen toe dat onvoldoende regie ervaart over hun eigen leven.

Box 1.11**Chronisch zieken/mensen met een chronische somatische of psychische aandoening**

Chronisch zieken zijn niet als een homogene categorie in de bevolking te beschouwen. Al naar gelang de specifieke omschrijving van chronische ziekte naar bijvoorbeeld tijdsduur, oorzaak of gevolgen varieert het aantal chronisch zieken in Nederland. Chronische ziekten worden in het algemeen omschreven als onomkeerbare aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur. Maar ook ziekten die zich onderscheiden door een vaak minder langdurig verloop (vanwege overlijden of klinisch herstel door behandeling) worden tot chronische aandoeningen gerekend.

De scheidingslijn tussen 'chronisch zieken' en 'gehandicapten' is moeilijk vast te stellen. Veel chronisch zieken zullen tevens gehandicapt zijn, maar niet elke gehandicapte kan beschouwd worden als een chronisch zieke. Bovendien moeten chronisch zieken onderscheiden worden van chronisch-psychiatrische patiënten. Chronisch zieken lijden aan *somatische chronische ziekten* en worden vaak gecategoriseerd naar de aandoening: diabetes mellitus, parkinsonsyndroom, multiple sclerose, epilepsie, migraine, cara, enzovoort.

In 2011 telde Nederland 5,3 miljoen mensen met een chronische somatische of psychische aandoening, van wie 1,9 miljoen mensen meerdere chronische aandoeningen hebben. Ongeveer 1,8 miljoen personen van 12 jaar en ouder gaven in 2012 aan dat zij beperkingen ervaren op het gebied van horen, zien of bewegen. In 2011 waren er ongeveer 130.000 mensen met een verstandelijke handicap. Het aantal mensen met een

indicatie voor langdurige geestelijke gezondheidszorg gefinancierd vanuit de AWBZ lag in 2012 op ruim 125.000. Het aantal mensen met dementie werd in 2013 geschat op ruim 260.000. Deze cijfers kunnen niet zomaar worden opgeteld, omdat de groepen sterk overlappen. Zo worden mensen met een langdurige psychische stoornis of met een functioneringsprobleem deels ook meegeteld bij het aantal mensen met een chronische aandoening.

In 2015 had 50% van de mensen minimaal één chronische aandoening; in 2040 is dat 54%. Eén op de drie Nederlanders heeft dan twee of meer chronische aandoeningen, en bijna één op de vijf drie of meer. Niet alle mensen met een chronische aandoening gaan ieder jaar naar de huisarts, en de meerderheid voelt zich gezond en niet beperkt. Net als in 2015 komen in 2040 nek- en rugklachten, artrose en diabetes het meeste voor. Artrose en diabetes behoren ook tot de grootste stijgers in aantal; daarnaast zal het aantal mensen met gezichtsstoornissen en coronaire hartziekten sterk toenemen tot 2040.

Bron: *Zorgbalans 2014*, RIVM, Bilthoven, 2014, p. 176; *Trendscenario Aandoeningen*, RIVM, Bilthoven, 2018, www.vtv2018.nl/aandoeningen.

LITERATUUR EN VERWIJZINGEN

- Boot, J.M.D., *Inleiding in de medische sociologie*, Van Gorcum, Assen, 2001 (zevende, herziene druk), p. 12-20 en hoofdstuk 9.
- Boot, J.M.D., *De Nederlandse gezondheidszorg*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2013 (negende, herziene druk), hoofdstuk 2.
- Bruggink, J.W., Levensverwachting zonder chronische ziektes, in: *Bevolkingstrends*, 1e kwartaal 2011, p. 43-50.
- CBS webmagazine, 10 maart 2014: *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer*.
- Dehue, T., Wat telt als een stoornis?, in: *De Volkskrant*, 27 september 2017.
- Denktas, S., en A. Burdorf, *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen? Een essay over de oorzaken en de oplossingen*, Erasmus Universiteit, 2016.
- Dossier 'Positieve gezondheid', in: *TVZ* (2017), nr. 5, p. 11-23.
- Frances, A., *Psychiatrische diagnostiek; de essentie*, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, 2013.
- Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being; health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*, WHO/Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016.
- Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*, American Psychiatric Association/Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2014.
- Huber, M., M. van Vliet, en I. Boers, Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2016, 160, A7720.

- Huber, M., a.o., How should we define health, in: *British Medical Journal*, 2011, 343,d4163.
- Huber, M., *Wat is gezondheid; verslag van een internationale conferentie*, Gezondheidsraad, publicatie nr. A 10/04, Den Haag, 2010.
- Knoops, K. en M. van den Brakel, Rijke mensen leven lang en gezond; inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting, in: *TSG*, 88 (2010), nr. 1, p. 17-24.
- Knoops, K., Langer leven is niet altijd gezonder leven, in: Hilten, O. van, en A.M.H.M. Mares, *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*, CBS, Voorburg/Heerlen, 2007.
- Koekkoek, B., *Verward in Nederland; hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*, Lannoo, Bunnik, 2017.
- Lucht, F. van der, en J.J. Polder, *Van gezond naar beter; kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2010.
- Maas, P.J. van der, Het meten van de volksgezondheid en Onderzoek naar determinanten van de volksgezondheid, in: Mackenbach, J.P., en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2008 (vierde, geheel herziene druk), Thema A en Thema B, p. 147-173.
- Mackenbach, J.P., Gezondheid van de Nederlandse bevolking, in: Mackenbach, J.P. en K. Stronks (red.), *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, Reed Business, Amsterdam, 2016 (achtste, geheel herziene druk), p. 75-122.
- Mackenbach, J.P., *Ziekte in Nederland; gezondheid tussen politiek en biologie*, Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam, 2010.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven, www.nationaalkompas.nl.
- Nationale Atlas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven, www.zorgatlas.nl.
- Poiesz, T., J. Caris en F. Lapré, Gezondheid : een definitie?, in: *Medisch Contact*, 20-7-2016, <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/gezondheid-een-definitie>.
- Stam, S.E., M.J. Garssen, M. Kardal en B.J.H. Lodder, Hoogopgeleiden leven lang en gezond, in: Hilten, O. van en A.M.H.M. Mares (red.), *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*, CBS, Den Haag/Heerlen, 2008.
- Ursum, J., e.a., *Zorg voor chronisch zieken; organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*, NIVEL, Utrecht, 2011.
- Verwarde personen of 'mensen met een acute zorgnood'*, Trimbos-instituut, Utrecht, 2016.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018; Trendskenario*, RIVM, Bilthoven, 2017, www.vtv2018.nl/trendscenario.
- Wijk, R. van, C.W. Aakster, en E.P.A. van Wijk (red.), *Jaarboek Integrale Geneeskunde 2010/2011. Naar een geïntegreerde theorie van ziekte en gezondheid*, Jaarboek 26, 2011.
- Zorgbalans 2014; de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, RIVM, Bilthoven, 2014.
- CBS, www.cbs.nl/www.cbs.statline
- NIVEL, www.nivel.nl
- RIVM, www.volksgezondheidenzorg.info
- RIVM, www.eengezondnederland.nl/www.vtv2018.nl
- Sociaal Cultureel Planbureau, www.scp.nl

VERDER LEZEN

- Aakster, C., en F. Kortekaas, *Geneeswijzen in Nederland*, Uitgeverij Ankh Hermes, Utrecht, 2016.
- Bohlmeijer, e.a., *Handboek positieve psychologie; theorie, onderzoek, toepassingen*, Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2013.
- Brink, R. van den, e.a. (red.), *Ruimte voor regie; pioniers over zelfmanagement in de zorg*, Kluwer/Vakmedianet, Alphen aan den Rijn, 2013.

- Boevink, W.A., *Heel! Over herstel, Empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*, Proefschrift Universiteit Maastricht, Trimbos-Instituut, 2017.
- Busch, M., L. Hartman, en R. Vonk (red.), *25 jaar Volksgezondheid Toekomstverkenning*, Magazine/Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, RIVM, Bilthoven, 2017.
- Dehue, T., *Betere mensen; over gezondheid als keuze en koopwaar*, Atlas Contact, Amsterdam, 2017 (4e druk).
- Dehue, T., *De depressie-epidemie; over de plicht het lot in eigen hand te nemen*, Uitgeverij Augustus, Amsterdam, 2017 (10^e druk).
- Delespaul, P.H., Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland, in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (2013) 6, p. 427-438.
- Frances, A., *Psychiatrische diagnostiek; de essentie*, Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, 2014.
- Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being; health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*, WHO/Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016.
- Haan, E. de, *'De herstel special'; de route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*, GGZ Nederland, Utrecht, 2013.
- Hoeymans, N., J.M. Melse, en C.G. Schoemaker, *Gezondheid en determinanten; deelrapport van de VTV 2010 'Van gezond naar beter'*, RIVM, Bilthoven, 2010.
- Kwaliteit van leven in Nederland*, CBS, Den Haag, 2015.
- Luijben, A.H.P., en G.J. Kommer, *Tijd en toekomst; deelrapport van de VTV 2010 'Van gezond naar beter'*, RIVM, Bilthoven, 2010.
- Maat houden met medisch handelen*, Gezondheidsraad, Den Haag, 2017.
- Mackenbach, J.P., en K. Stronks (red.), *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, Reed Business, Amsterdam, 2016 (achtste, geheel herziene druk), Deel 1 'Volksgezondheid', p. 43-164.
- Mackenbach, J.P. (red.), *Trends in volksgezondheid en gezondheidszorg*, Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam, 2010.
- Os, J. van, *De DSM-5 voorbij; persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*, Diagnosis Uitgevers, Leusden, 2014.
- Planije, M., en F. van Hoof, Verwarring in Flevoland; verkennend onderzoek naar signalen over 'verwarde personen', Trimbos-instituut, Utrecht, 2016.
- Polder, J., S. Kooiker, en F. van der Lucht, *De gezondheidsepidemie; waarom wij gezonder en zieker worden*, Reed Business, Amsterdam, 2010.
- Renckens, C.N.M., *Dwaalwegen in de geneeskunde. Over alternatieve geneeswijzen, modeziekten en kwakzalverij*, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 2004.
- Rademakers, J., *Kennissynthese. De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld*, NIVEL, Utrecht, 2013.
- Sassen, B., *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2016.
- State of health in the EU: Netherlands; country health profile 2017*, OECD, European Observatory on health systems and policies, 2017.
- Ursum, J., e.a., NIVEL *Overzichtsstudies – Zorg voor chronisch zieken*, NIVEL, Utrecht, 2011.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een gezonder Nederland', Kernboodschappen*, RIVM, Bilthoven, 2014.
- Walg, C., *Gezond centraal; opschudding in de gezondheidszorg*, Uitgeverij Boekenbent, 2014.