

Inleiding in gezondheid en gezondheidszorg

De gezondheidszorg houdt zich, zoals de naam al impliceert, bezig met de zorg voor de gezondheid van mensen. Dit is een brede omschrijving, die ook meteen vragen oproept. Want, wat is gezondheid? Wanneer is iemand gezond en wanneer ziek? Zijn gezondheid en de beleving daarvan voor iedereen gelijk? In de loop van de tijd is onze visie op gezondheid veranderd. Ook de organisatie van de gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. In dit eerste hoofdstuk gaan we in op recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het begrip gezondheid. In de overige hoofdstukken gaan we uitgebreider in op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg.

LEERDOELEN

Na bestudering van dit hoofdstuk kun je:

- *beschrijven wat wordt verstaan onder gezond gedrag;*
- *uitleggen hoe individuele, psychosociale en culturele factoren de gezondheid beïnvloeden;*
- *benoemen wat de invloed is van veranderingen in de samenleving op gezondheidszorg;*
- *beschrijven wat de toekomstverwachting is van de gezondheidszorg.*

Ik ben Gerrit, Gerrit de Vries. Ik ben 46 jaar en morgen word ik geopereerd. Vandaar dat ik nu in het ziekenhuis ben. Best vreemd, want ik voel me prima. Ik zou bijna zeggen ‘kernegezond’. Het enige waar ik last van heb, is pijn op de borst als ik me erg inspan. Het begon een paar maanden geleden. Telkens als ik de trap opliep, had ik last van die pijn. Eerst dacht ik dat ik gewoon erg moe was en wat vroeger naar bed moest. Maar de pijn bleef, en de klachten kwamen steeds vaker. Ik vertelde maar niets aan mijn vrouw, want ik wilde haar niet ongerust maken. Maar vorige week ging het goed mis. Toen ik naar de bakker fietste, kreeg ik zo’n pijn op mijn borst en in mijn linkerarm, dat ik moest stoppen met fietsen. Ik heb een kwartier op een bankje gezeten tot de pijn over was. Ik vond het een vreselijk angstige ervaring, het zweet stond op mijn voorhoofd.

Het duurde dus even voor ik weer thuis was met de boodschappen en toen vertelde ik mijn vrouw wat er gebeurd was. Zij maakte meteen een afspraak bij de huisarts. Ik kon de volgende dag terecht en voor ik het wist, zat ik op het spreekuur van de cardioloog en moest ik een aantal onderzoeken ondergaan. Uit de onderzoeken bleek dat ik drie bloedvatvernauwingen had. Ik schrok me rot! De cardioloog zei dat ik me maar geen zorgen moest maken, hij zou me zo weer ‘gerepareerd’ hebben. Het was ‘maar een routine-ingreep’ waarvoor ik een paar dagen opgenomen moest worden. Nou, voor hem is het misschien routine, maar voor mij niet.

Eerlijk gezegd schrok ik vreselijk van het bericht dat ik een bypassoperatie moet ondergaan. Het is toch geen fijn idee dat een arts in je hart snijdt.

1.1 Wat is gezondheid?

In de casus vertelt Gerrit over de pijn op zijn borst en hoe hij zich daarbij voelt. Hij voelt zich niet ziek, zegt zelfs dat hij zich gezond voelt, hoewel hij een aanwijsbare aandoening heeft (hartklachten). Het begrip ‘gezondheid’ wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als ‘een algemeen fysiek, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek’. Deze definitie stamt uit 1948 en is sindsdien ongewijzigd gebleven. Binnen de gezondheidszorg in Nederland en in het buitenland gaan echter geluiden op om de definitie te herschrijven. Het kan namelijk best zijn dat iemand een slechte fysieke gezondheidstoestand heeft, maar een uitstekend psychisch en sociaal welbevinden. Een voorbeeld hiervan zijn mensen met een ernstige fysieke beperking of aandoening, maar die wel aangeven gelukkig te zijn. Zo vertelde Sam een keer in het toenmalige televisieprogramma *De Wereld Draait Door* dat hij een progressieve spierziekte had waardoor hij blind en doof was en continu beademd moest worden. Hij kon alleen nog communiceren met behulp van het hand-wangalfabet. Hij vertelde zeer

gelukkig te zijn ondanks zijn zware handicap. Vanuit de definitie van de WHO bekeken is het niet gemakkelijk om aan te geven of Sam nu gezond is of niet. Er is immers sprake van een fysieke aandoening, maar ook van psychisch en sociaal welbevinden.

Deze onduidelijkheid maakt de WHO-definitie nog niet tot een slechte definitie. Op zich past ze namelijk goed bij onze hedendaagse opvattingen over gezondheid en ziekte. Zo geeft de definitie een mens de ruimte om ongezond te zijn, ook als de dokter niets kan vinden. Daarmee sluit ze aan bij het biopsychosociale ziektemodel dat we tegenwoordig hanteren (Morrison & Bennett, 2019). Volgens dit model bepalen niet alleen objectief waarneembare klachten of iemand ziek of gezond is, maar ook de subjectieve ervaring van mensen, dus de beleving van klachten. Deze subjectieve ervaring van de klachten wordt sterk gekleurd door persoonlijke, sociaaleconomische en culturele invloeden, zoals iemands leeftijd, culturele achtergrond of sociale netwerk. In paragraaf 1.2 gaan we hier nader op in.

Het biopsychosociale model besteedt echter nog geen aandacht aan de mate waarin iemand zelf greep heeft op zijn ziekte. Deze facetten zien we wel terug in de nieuwe definitie van gezondheid, zoals die op dit moment onder andere door Verpleging en Verzorging Nederland (V&VN) wordt gehanteerd. Deze definitie werd in 2014 geformuleerd door dr. Huber en gaat uit van een situatie waarin ook vermogens als draagkracht, veerkracht en een goede kwaliteit van leven belangrijk zijn. De definitie luidt: *gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*. Deze omschrijving is flexibeler en past ook beter bij de huidige ontwikkelingen. In het verleden draaide de gezondheidszorg om ziekte en zorg, nu is het devies ‘gezondheid en gedrag’. Hiermee wordt meer verantwoordelijkheid gelegd bij de cliënt en een grotere aanspraak gedaan op diens eigen vermogen de aandoening in te passen binnen de dagelijkse activiteiten. De eigen regie van de cliënt is daarbij erg belangrijk. De definitie van Huber biedt een meer glijdende schaal voor de mate van gezondheid. In de definitie van de WHO is een persoon ziek of gezond.

Er is ook kritiek op de definitie van Huber. Zo beschrijft Van der Stel (2016) dat Huber een eenzijdig accent legt op het individuele gedrag. Hij stelt dat Huber de begrippen gedrag en gezondheid in elkaar geschoven heeft, terwijl het een prima kan samengaan met het ander. Ongezondheid kan samengaan met een toestand van eigen regie en aanpassingsvaardigheid; het omgekeerde kan ook. Zijn voorstel tot herformulering van de definitie van gezondheid is: ‘Het mede door eigen inspanning en naar welbevinden kunnen behouden en ontwikkelen van de gezien de levensfase en levensomstandigheden noodzakelijke lichamelijke, psychische en sociale functies’ (Van der Stel, 2016). Momenteel wordt echter de definitie van Huber in het werkveld breed gedragen. In dit boek gaan wij dan ook uit van haar definitie.

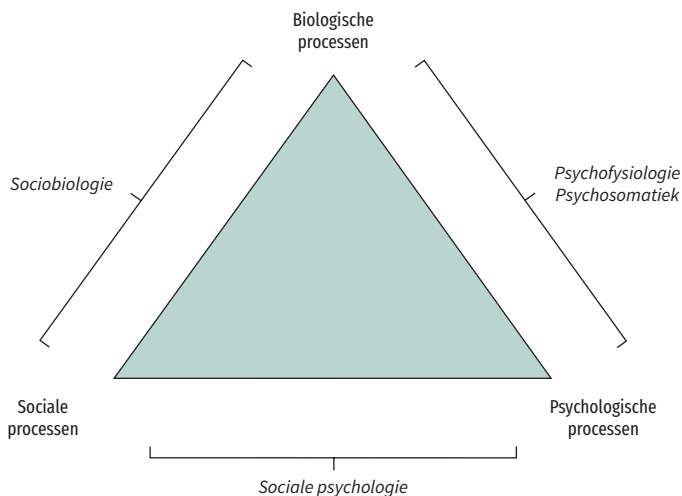
Casus

Ondanks de pijnklachten en de aanstaande operatie voel ik me niet echt ziek. Heel anders dan mijn moeder bijvoorbeeld. Zij had regelmatig last van hoofdpijn en voelde zich dan vreselijk beroerd. Ze lag vaak een hele week in bed. De pijn was zo erg dat ze zich te ellendig voelde om uit bed te komen en het huishouden te doen of te gaan werken. Wij, mijn broers en zussen en ik, waren dan zo stil mogelijk en regelden het huishouden. Haar ziekte had niet alleen gevolgen voor haar, maar ook voor ons. Mijn moeder bezocht verscheidene artsen, maar die konden nooit wat bij haar vinden. Uiteindelijk heeft een van hen tegen haar gezegd dat ‘het tussen haar oren zat’. De dokter zei letterlijk: ‘Ik kan niets vinden, dus bent u niet ziek.’ Best raar dat die artsen voor haar bepaalden dat ze niet ziek was. Hadden ze toen de middelen gehad die we nu hebben om allerlei onderzoeken te doen, dan zouden ze vast wel iets gevonden hebben.

In deze casus lees je hoe het ziek-zijn van de moeder van Gerrit invloed had op het gezin. Zij was niet in staat zich aan te passen aan haar aandoening. Volgens de gezondheidsdefinitie van Huber zou de moeder van Gerrit wel degelijk ziek zijn geweest.

1.1.1 Biopsychosociaal model

Het **biopsychosociale model** staat in contrast met het **biomedische model**, dat tot ongeveer de jaren tachtig van de vorige eeuw het dominante model was bij het denken over ziekte en gezondheid.



FIGUUR 1.1 Biopsychosociaal model

Volgens het biomedische model was iemand niet ziek als die persoon geen lichamelijk waarneembare klachten had. Kon de dokter niks vinden, dan moest de persoon dus wel gezond zijn. In de casus heeft de moeder van Gerrit pijnklachten. De dokter kan echter niets vinden en stelt op basis daarvan dat zij niet ziek is, terwijl zij zich duidelijk wel ziek voelt. Hoewel het biomedische model zeker zijn waarde heeft, vat het gezondheid op als een zeer smal begrip. Het negeert het feit dat mensen klachten verschillend kunnen ervaren en er verschillend op reageren. In de huidige tijd kan men niet meer heen om het belang van het psychosociale aspect van gezondheid: in Nederland lopen heel veel mensen rond met medisch onverklaarbare klachten. In zo'n 20 tot 30 procent van de ziektegevallen kan de huisarts namelijk geen oorzaak vinden voor lichamelijke klachten, zoals bij vermoeidheid, oorsuizingen, buikpijn, hoofdpijn of spierpijn. Een verzameling van dit soort onverklaarde klachten wordt ook wel een **medisch onverklaard syndroom** genoemd.

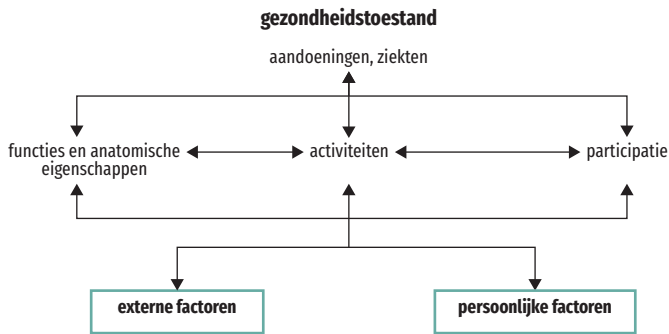
Mensen die lijden aan een medisch onverklaard syndroom voelen zich vaak gefrustreerd: ze hebben wel klachten, maar geen ziekte. Dat betekent geen behandeling en geen erkenning van het lijden. Veel mensen plakken er op een gegeven moment zelf maar een label op, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie of symfysolyse (bekkeninstabiliteit). Het feit dat de WHO deze mensen als ongezond beschouwt, wil echter niet zeggen dat de Nederlandse samenleving dat ook doet. Zo komen mensen met medisch onverklaarbare klachten niet of amper in aanmerking voor een uitkering op basis van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, de voormalige WAO), terwijl ze, volgens de definitie van de WHO, toch echt niet gezond zijn. In hoeverre deze mensen gezond zijn of ziek, daarover kunnen de meningen verschillen, maar de definitie van dr. Huber maakt duidelijk dat je deze groep niet kunt negeren en simpelweg bestempelen als 'aanstellers'. Door de aandoening zijn zij immers minder goed in staat deel te nemen aan de samenleving. Bovendien komt er steeds meer wetenschappelijk bewijs voor dat er wel degelijk iets aan de hand is met mensen met een medisch onverklaarbaar syndroom. Uit medisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat velen van hen een 'pijnpoort' hebben die te ver openstaat en dat hun hersenen overgevoelig reageren op cytokinen, stoffen die ervoor zorgen dat je je ziek voelt (Houtveen, 2009).

Hoewel nog steeds veel mensen tussen wal en schip vallen (wanneer is er nu sprake van ziekte en wanneer niet?), is er tegenwoordig veel meer aandacht voor de psychosociale aspecten van gezondheid en ziekte. Had iemand zo'n dertig jaar geleden buikpijnklachten, dan werd met endoscopieën, echo's en andere middelen nagegaan wat er aan de hand zou kunnen zijn. Vervolgens werd een operatie overwogen en/of medicatie voorgeschreven. Vond men geen lichamelijke afwijking, dan konden de artsen niets meer betekenen voor de persoon met de klachten. Tegenwoordig is dat anders. Er wordt ook aandacht besteed aan de sociaal-emotionele situatie van de cliënt en inmiddels accepteren we in Nederland behandelingen zoals hypnotherapie bij buikpijnklachten.

De definitie van de WHO impliceert ook dat een benadering van gezondheid die louter is gericht op het curatieve – dat wil zeggen: op het oplossen van reeds aanwezige gezondheidsproblemen – niet volstaat. Er moet veel meer gedaan worden om mensen gezond te houden: het welzijn van mensen moet worden gestimuleerd en gezondheidsproblemen moeten worden voorkomen. Ook dit sluit aan bij het biopsychosociale model: het gaat niet alleen om het wegnemen van een staat van niet-welzijn, maar ook om het bijdragen aan het subjectieve welzijn en het voorkomen van problemen. Mede ingegeven door bezuinigingen is preventie momenteel een ‘hot item’ binnen de gezondheidszorg. Liever voorkomen dan genezen, want dat is (onder andere) een stuk goedkoper. Met voorlichting en het samenstellen van een sociaal vangnet probeert men het ontstaan van klachten te voorkomen of te minimaliseren. Wie eenmaal klachten heeft gehad en is hersteld, krijgt te maken met zorgmaatregelen die gericht zijn op het voorkomen van terugval. Mensen worden niet zomaar ‘losgelaten’. Bijvoorbeeld na een hartaanval krijgen mensen advies van een voedingsdeskundige over hoe zij een gezondere levensstijl kunnen aannemen en ze kunnen via het ziekenhuis deelnemen aan gespreksgroepen met lotgenoten. Tot slot is er tegenwoordig ook veel meer aandacht voor het bestaan van psychische ziekten, zoals depressie. De erkenning dat het hier daadwerkelijk om een ziekte gaat en niet, bijvoorbeeld, om een teken van zwakte, is voor veel cliënten een troost. Deze ziekten kunnen door dokters worden behandeld (de psychiaters), maar ook door psychologen, maatschappelijk werkers of coaches. Kortom, de afgelopen eeuw is er veel veranderd in het denken over gezondheid en ziekte, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

1.1.2 ICF

Bij het denken over gezondheid en ziekte is niet alleen een verschuiving te zien in de definitie van gezondheid van het biomedische naar het biopsychosociale model, er is ook een verandering zichtbaar in de focus van de gezondheidszorg. Steeds meer is die gericht op de zaken waartoe een cliënt wél in staat is. De WHO heeft de **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** opgesteld. De ICF geeft een beschrijving van het menselijk functioneren en de beperkingen daarop, en gaat daarbij uit van functies en contextuele factoren. Deze classificatie heeft dus als uitgangspunt het functioneren van mensen, niet hun beperking of ziekte. Figuur 1.2 toont de relatie tussen functies en contextuele factoren zoals externe factoren en persoonlijkheidsfactoren. Ook in de gezondheidszorg kijkt men nu meer naar wat mensen wél kunnen en welke ondersteuning zij daarbij hebben of kunnen krijgen binnen het eigen netwerk. Pas daarna wordt bekeken welke aanvullende zorg nodig is.



FIGUUR 1.2 De mens als organisme, zijn handelen en de wijze waarop en mate waarin hij participeert in het maatschappelijk leven

Bron: arteveldhogeschool.be/elpa/ergotherapie/baps/wp_meetinstrumenten/wp-content/uploads/2015/03/1cf-bap.png

In de verpleegkunde bestaan verschillende theorieën over en visies op wat verplegen inhoudt. Een verpleegkundige theorie geeft richting aan het verpleegkundig handelen. Zij helpt om vast te stellen welke zorg je een cliënt geeft en op welke manier je dat gaat doen. Deze theorieën hebben elk een eigen definitie van het begrip ‘gezondheid’. Hier noemen we enkele van deze theorieën en hun definitie. Je ziet dat ook binnen de verpleging dus verschillende ideeën bestaan over gezondheid.

Zo heeft Virginia Henderson het in haar visie over gezondheid als ‘kwaliteit van leven, de basis voor het menselijk functioneren. Mensen bereiken of behouden hun gezondheid als ze beschikken over de benodigde kracht, wil of kennis.’ Imogene King wordt gezien als een pionier binnen de verpleegkunde. Zij beschrijft gezondheid anders: als een dynamische status in de levenscyclus van een mens. Ziekte is een verstoring van deze cyclus (Gonzalo, 2019). Gezondheid vraagt een voortdurende aanpassing aan interne of externe stress. Iemand past zich aan door zijn ‘persoonlijke bronnen te gebruiken’ (Marriner-Tomey & Alligood, 2006). Kerstens en De Jong beschrijven gezondheid als een dynamisch begrip dat de mate weergeeft waarin de mens een socio-psychosomatische eenheid en evenwicht ervaart. Ziekte is een situatie waarin deze eenheid verstoord is en de ontwikkeling of het functioneren van een persoon in gevaar is. Gezondheid en ziekte maken deel uit van een doorlopend geheel waarbinnen een mens zelf kan aangeven waar hij zich bevindt: meer of minder gezond (Boog, De Jong & Kerstens, 2002). Haverkamp, Verweij en Stronks (2017) beschrijven dat wat wordt verstaan onder gezondheid implicaties heeft voor het beleid en de praktijk in de gezondheidszorg. De betekenis van ‘gezondheid’ laat zich niet vangen in een definitie. De vraag wat onder gezondheid wordt verstaan, is bovendien deels een normatieve vraag. Je kunt je namelijk voorstellen dat gezond zijn niet alleen gaat over het niet ziek zijn (een bepaalde conditie), maar ook over hoe wenselijk het niet

ziek zijn wordt gevonden door eenieder. Zo kan iemand met een chronische aandoening zoals migraine zich wel gezond voelen op dagen dat de pijn minder of niet aanwezig is.

1.2 Individuele, psychosociale en culturele factoren van gezondheid

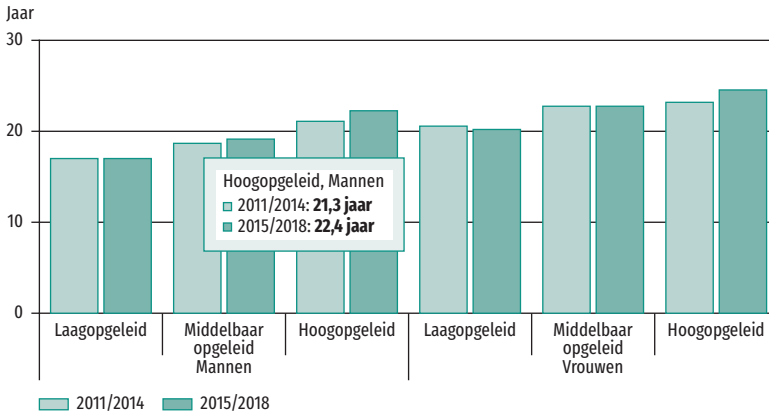
Niet iedereen in Nederland is even gezond. Ook bestaan er grote verschillen in hoe mensen gezondheid ervaren, over gezondheid denken en met gezondheid omgaan. Die verschillen ontstaan vaak op basis van een aantal factoren. We bespreken er hier vijf, namelijk sociaaleconomische status, etniciteit, leeftijd, sekse en persoonlijkheid.

1.2.1 Sociaaleconomische status

Dat mensen in rijke landen gezonder zijn dan mensen in arme landen zal geen verbazing wekken. Om gezond te zijn is immers voldoende eten, drinken en onderdak nodig. Maar ook in een relatief rijk land als Nederland zijn er verschillen in gezondheid tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status. De **sociaaleconomische status (SES)** is de mate waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of te consumeren, waaronder de middelen die nodig zijn voor een goede gezondheid (volksgezondheidszorg.info). De mogelijkheid om goederen te consumeren of creëren wordt meestal bepaald door de hoogte van het inkomen in een huishouden, de beroepsstatus of het hoogste opleidingsniveau dat mensen hebben genoten. De factoren inkomen en opleidingsniveau hebben natuurlijk een sterk verband met elkaar: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer mensen in het algemeen verdienen. Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019a) blijkt dat lager opgeleiden zich minder vaak gezond voelen, minder tevreden zijn en minder verdienen dan mensen die hoger zijn opgeleid. Mensen met een opleiding op hbo- of wo-niveau zijn het minst vaak werkloos, hebben de meeste kans op een beter betaalde baan en dus op een hoger inkomen. Zij voelen zich bovendien het vaakst gezond en zijn het meest tevreden met hun leven.

Onderzoek (CBS, 2019a en 2019b) laat zien dat er een groot verschil is in de gezondheid en levensduur van mensen met een hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status. Naarmate mensen een hogere opleiding hebben, leven ze langer én leven ze meer jaren in goede gezondheid. Zo is de levensverwachting van hoogopgeleide mensen van 65 jaar gemiddeld nog bijna 25 jaar, terwijl laagopgeleide 65-jarigen nog maar gemiddeld 21 jaar leven. Hoogopgeleiden leven 9,4 jaar langer zonder chronische aandoening dan laagopgeleiden. Deze verschillen gelden voor zowel mannen als vrouwen.

Levensverwachting op 65-jarige leeftijd

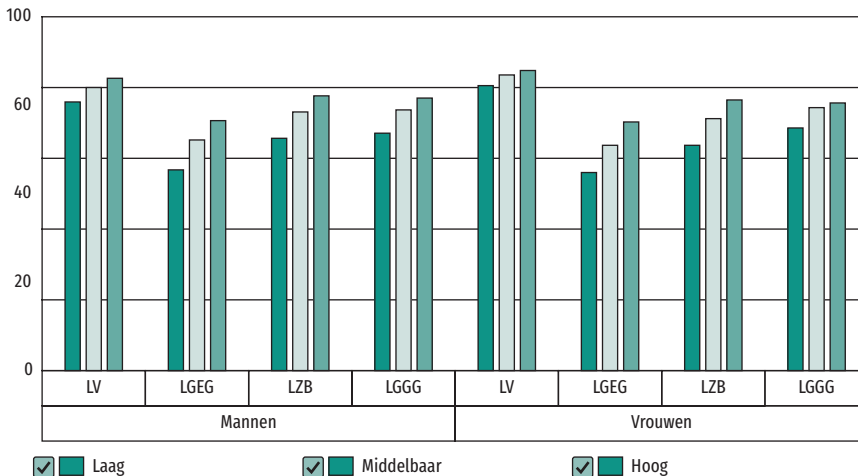


FIGUUR 1.3 Levensverwachting op 65-jarige leeftijd

Bron: cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/verschil-levensverwachting-hoog-en-laagopgeleid-groeit

Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 à 19 jaar (Knoops & Brakel van den, 2010). In figuur 1.4 zijn deze verschillen weergegeven, voor mannen en voor vrouwen. (Want, zo zullen we straks zien, ook sekse maakt verschil in gezondheid en de manier waarop mensen daarmee omgaan.) Laagopgeleiden hebben op jongvolwassen en middelbare leeftijd vaker een chronische ziekte (RIVM, 2013). Voor enkele van deze aandoeningen is een duidelijke relatie te leggen met levensstijl. Denk aan roken en hart- en vaatziekten of longziekten. De levensstijl ‘roken’ heeft direct invloed op een lichamelijke aandoening.

Levensverwachting in jaren



FIGUUR 1.4 Gezonde levensverwachting bij geboorte naar opleiding, 2015-2018

Bron: volksgezondheidzorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/huidige-situatie

LV: Levensverwachting

LGEG: Levensverwachting in goed ervaren gezondheid

LZB: Levensverwachting zonder beperkingen

LGGG: Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid

Laag onderwijsniveau = basisonderwijs, vmbo, eerste 3 leerjaren van havo/vwo of assistentenopleiding (mbo-1)

Middelbaar onderwijsniveau = bovenbouw van havo/vwo, basisberoepsopleiding (mbo-2), vakopleiding (mbo-3), en middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-04)

Hoog onderwijsniveau = hbo of wo

Ook onder ouderen zie je het verschil terug: hoogopgeleide ouderen kunnen nog veel meer dingen zelf – stofzuigen, traplopen, fietsen, boodschappen doen – dan laagopgeleide ouderen van dezelfde leeftijd (Wingen & Otten, 2008). Het is duidelijk dat dit grote gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. 37 procent van de 65-plussers met basisonderwijs als hoogst voltooide opleiding krijgt hulp vanwege de gezondheid. Dit is relatief vaak vergeleken met hoger opgeleiden, waar het percentage zo rond de 11 à 13 procent ligt. Laagopgeleiden krijgen niet alleen vaker hulp, zij hebben ook vaker behoefte aan meer hulp dan hoger opgeleiden, namelijk 22 procent. Hbo/wo-opgeleiden hebben het minst vaak behoefte aan (meer) hulp, namelijk 10 procent (GGD Hollands Midden, 2019).

Je kunt je afvragen waarom deze verschillen tussen sociaaleconomische status (ses) bestaan. Is geld dan zo belangrijk voor de gezondheid? Ja en nee. Ja, omdat mensen met een lage sociaaleconomische status zich vaak door geringere financiële middelen en/of lagere opleiding in een stressvoller omgeving bevinden. Ze wonen bijvoorbeeld in gehorige en/of slechtere huizen, in een onveilige buurt, doen lichamelijk zwaar werk, hebben schulden et cetera. Dit alles zorgt voor lichamelijke en psychische stress en die verhoogt de kans op veel verschillende gezondheidsklachten en ziekten, zoals een hoge bloeddruk. Over het algemeen ervaren laagopgeleiden een grotere onzekerheid dan middelbaar- en hoogopgeleiden. Zij maken zich vaker zorgen over hun financiële toekomst en zijn minder vaak tevreden met hun financiële situatie. Dit uit zich in een pessimistischer kijk op de economische situatie. Het consumentenvertrouwen van laagopgeleiden ligt structureel lager dan dat van middelbaar- of hoogopgeleiden (CBS, 2017a).

Mensen met een lage sociaaleconomische status leven relatief ongezonder. Ze roken en drinken vaker en eten ongezonder (Van Kreijl & Knaap, 2004). Daar komt bij dat mensen met een lagere sociaaleconomische status gemiddeld minder gebruikmaken van preventieve voorzieningen. Zo gaan zij minder vaak naar een tandarts voor preventieve gebitscontroles (nationaalkompas.nl). Aangenomen wordt dat hun ongezondere leefpatroon deels een reactie is op het meer stressvolle bestaan. In een poging stress te bestrijden, gaan mensen bijvoorbeeld meer roken of drinken. Daarnaast lijkt een gebrek aan **health literacy** mensen met een lage sociaaleconomische status parten te spelen.

‘Health literacy’ heeft betrekking op de kennis en vaardigheden die je nodig hebt om er een gezonde levensstijl op na te kunnen houden (Nutbeam, 2000). Om gezond te leven, moet je beschikken over kennis van wat gezond is en wat niet.

Ook is het nodig om te weten hoe en waar je informatie over (het verbeteren van) gezondheid kunt krijgen en die informatie te begrijpen. Dat is voor mensen met een lage sociaaleconomische status lastiger, zo blijkt uit het feit dat deze mensen bijvoorbeeld lager scoren op therapietrouw; dat wil zeggen dat ze zich slechter houden aan medicijnvoorschriften en de adviezen van