

# De gezondheidsbevordering

**Prof. dr. B. Deforche**  
**Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde**

In dit hoofdstuk zal vooral aandacht besteed worden aan preventie van ziekte en bevordering van gezondheid.

De stijgende belangstelling voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering kan verklaard worden vanuit verschillende invalshoeken waaronder de gewijzigde morbiditeits- en mortaliteitspatronen, de emancipatorische beweging die zich heeft voorgedaan binnen de gezondheidszorg en de stijgende financiële kosten voor de gezondheidszorg.

## **1. Verklaringen voor de stijgende aandacht voor gezondheidsbevordering**

### ***1.1. De gewijzigde morbiditeits- en mortaliteitspatronen***

Een vergelijking tussen de belangrijkste doodsoorzaken bij het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw en nu maakt duidelijk dat er een relatieve afname is van het aandeel van infectieziekten in de statistieken en een relatieve toename van kwaadaardige gezwellen, ziekten van de bloedsomloop en ongevallen. Epidemiologisch onderzoek heeft uitgewezen dat ziekten als kanker en hart- en vaatziekten meervoudige oorzaken hebben te wijten aan factoren in het individueel gedrag en/of sociale en economische omstandigheden. Deze ziekten zijn tevens van chronische aard. De meest voorkomende ziekten op dit ogenblik zijn niet alleen andere ziekten dan vroeger, ze hebben ook totaal andere oorzaken. Chronische ziekten zijn ziekten waarvoor nog geen afdoende medische oplossing bestaat: deze ziekten kunnen enkel gestabiliseerd worden of de nadelige gevolgen kunnen voor de patiënt zoveel mogelijk beperkt worden. Het is dan ook logisch dat voor deze ziekten de aandacht naar preventie gaat. Ziektepreventie en gezondheidsbevordering willen een invloed hebben op de morbiditeit en mortaliteit door in te grijpen op die factoren die etiologisch significant zijn voor het voorkomen van bepaalde ziekten d.w.z. door invloed uit te oefenen op het vlak van individueel gedrag en door in te grijpen via het sociale en politieke niveau voor die factoren waarop het individu geen invloed kan uitoefenen.

### ***1.2. Emancipatorische beweging***

Eén van de belangrijkste invloeden op de ontwikkeling van gezondheidsbevordering is zeker het doorsijpelen van een globale maatschappelijke beweging in de gezondheidszorg, nl. de emancipatie. Een beweging die haar uiting vindt in een vraag naar meer inspraak op alle niveaus van de gezondheidszorg.

Vaak is deze vraag een gevolg van kritische beschouwingen over het huidig gezondheidszorgsysteem, dat gezien wordt als autoritair, paternalistisch, vervreemdend, inefficiënt en zelfs gevaarlijk.

De tendens naar meer inspraak en meer zelfverantwoordelijkheid inzake gezondheid heeft nochtans ook meer positieve uitgangspunten in die zin dat het verhogen van de lekencompetentie in de gezondheidszorg wordt beschouwd als de meest efficiënte, veilige, meest aanvaardbare, meest beschikbare en de meest economische weg om tegemoet te komen aan de echte gezondheidsbehoeften.

Deze emancipatorische beweging gaat ervan uit dat de gezondheidszorg een aspect is van de algemeen menselijke zorg, d.w.z. zorg voor zichzelf als een menselijk wezen met een zich ontwikkelende persoonlijkheid en zorg voor de anderen in de gemeenschap van verantwoordelijke en verantwoordelijkheid nemende medemensen.

Binnen dit kader wordt de doelstelling van gezondheidsbevordering een opvoeden tot een verantwoordelijke vrije keuze en moet risicogedrag gezien worden als een creatieve keuze van het individu als sociaal wezen, dat de mogelijkheid moet hebben om, binnen de sociale begrenzingen, dit risicogedrag uit te voeren. Anderzijds moet de maatschappij zo ingericht worden dat een keuze voor een gezond gedrag ook een gemakkelijke keuze moet zijn.

### ***1.3. Financiële redenen***

Vaak wordt de efficiëntie van ons huidig gezondheidszorgsysteem in vraag gesteld maar vooral is de financiële haalbaarheid ervan voorwerp van discussie. Financiers van gezondheidszorg kijken dan ook uit naar andere middelen om de gezondheidsstatus van de bevolking te bevorderen. Eén van de alternatieve middelen wordt gevonden in de gezondheidsbevordering waarvan men terecht of ten onrechte van aanneemt dat ze kostenbesparend werkt. In deze gedachtengang zou de gezondheidsbevordering kostenbesparend werken door invloed uit te oefenen op het selectiever gebruik van medische voorzieningen, of reëlere verwachtingen omtrent de mogelijkheden van curatieve zorg en een groter bewustzijn van ieders verantwoordelijkheid voor zijn of haar gezondheid, wat zou leiden tot een lagere medische consumptie.

## 2. Terminologie

Binnen de preventie kan de klemtoon liggen op het beïnvloeden van individuele factoren of op het beïnvloeden van sociale en economische factoren. Binnen een andere dimensie kan de klemtoon gelegd worden op preventie van ziekte (aandacht voor risicofactoren voor ziekte en risico-groepen) of het bevorderen van gezondheid (aandacht voor die factoren die gezondheid helpen behouden of bevorderen). Naargelang deze klemtonen zal meestal een andere terminologie gebruikt worden.

De term *gezondheidsvoorlichting* zal meestal gebruikt worden voor een individuele benadering en de term *gezondheidsbevordering* voor de meer beleidsgerichte en omgevingsgerichte benadering. In de praktijk wordt echter de term *gezondheidsbevordering* ook vaak gebruikt als een “paraplu” begrip dat zowel de individuele benadering en de beleidsbenadering omvat.

Indien de klemtoon ligt op het zoeken en aanpakken van risicofactoren en risicogroepen voor een bepaalde aandoening zal men eerder de term *ziektepreventie* gebruiken. Indien de klemtoon ligt op het zoeken en beïnvloeden van die factoren die de gezondheid bevorderen of helpen behouden zal eerder gebruik gemaakt worden van de term *gezondheidsbevordering*. Deze benadering is ook meer gericht op grotere populaties dan op risicogroepen. In deze optiek ligt in de gezondheidsbevordering ook meer de klemtoon op positieve gevolgen van gezondheidsgedrag zoals meer levenskwaliteit, meer fitheid, mooier lichaam, enz. dan op de negatieve gevolgen voor de gezondheid van het risicogedrag.

## 3. Modellen voor het beïnvloeden van gezondheidsgedrag en het bevorderen van gezondheid

De ontwikkelingen hiervoor geschetst in de omschrijving van het begrip gezondheid, de ontwikkelingen in inzichten in de determinanten van gezondheid en de methoden om hierop in te grijpen en verschillen in waarden die gehanteerd worden door werkers in de gezondheidsbevordering hebben alle hun invloed op de activiteiten in het kader van de gezondheidsbevordering.

Zonder dat de volgende modellen altijd strikt te scheiden zijn van elkaar kunnen toch vier verschillende invalshoeken voor activiteiten op het vlak van gedragsbeïnvloeding en bevordering van gezondheid onderscheiden worden.

Deze modellen zijn combinaties van volgende oriëntaties:

- individugericht versus omgevingsgericht
- victim blaming versus empowerend
- gezondheidsgericht versus ziektegericht
- gebruik makend van de gezondheidszorg versus gebruik maken van andere settings (scholen, bedrijven, vrijetijdsorganisaties, media, e. a.)

### 3.1. Het medisch preventieve model

- *Filosofische achtergronden:*

Dit model is gebaseerd op de overtuiging dat preventieve geneeskunde de voorkeur geniet boven een curatieve aanpak; deze overtuiging is voornamelijk gegroeid vanuit het relatieve falen van de curatief georiënteerde geneeskunde om af te rekenen met de hedendaagse gezondheidsproblemen. Als voorbeeld mag nogmaals de verschuiving van infectie- naar chronisch degeneratieve ziekten worden aangehaald, waarbij de curatieve en tevens financieel zwaar doorwegende geneeskunde tot nu toe weinig successen heeft geboekt.

Ondanks de beklemtoning van het preventieve ten nadele van het curatieve, blijkt evenwel dat alle andere onderliggende veronderstellingen waarop het medisch denken en handelen gebaseerd is, behouden blijven. Het gaat m.a.w. slechts om een lichte accentverschuiving binnen één en hetzelfde denkkader. Voor een goed begrip van de doelstellingen en methodieken van deze benadering is het noodzakelijk de kenmerken van dit denkkader te schetsen.

Vuori (1979) vermeldt een viertal belangrijke karakteristieken van dit denkkader:

- In de eerste plaats worden ziekten gezien als welomschreven entiteiten waaraan welomlijnde problemen en oplossingen verbonden zijn. Dit betekent dat hier vooral gewerkt wordt aan ziektepreventie in de vorm van campagnes gericht op één, medisch gedefinieerd probleem per keer.  
Voorbeelden hiervan zijn: anti-tabakscampagnes; anti-alcohol campagnes; hoge bloeddruk campagnes.
- In de tweede plaats zijn ziekten voornamelijk biologische problemen en biologische problemen worden opgelost via medische middelen. Daarom is één van de voornaamste taken van deze vorm van ziektepreventie de consumenten op een adequate manier gebruik te leren maken van de beschikbare gezondheidsdiensten zonder de relevantie en de doeltreffendheid ervan in vraag te stellen. Als illustratie kunnen de opsporingsdiensten van baarmoederhalskanker aangehaald worden.
- In de derde plaats wordt biologische kennis aanzien als neutraal en waardenvrij. Vandaar dat ziektepreventie ook neutraal moet zijn en zich hoofdzakelijk moet bezighouden met het uitdragen van objectieve, wetenschappelijk bewezen feitenkennis. Probleemomschrijvingen en –oplossingen gebeuren in dit kader louter descriptief en niet interpretatief. Met dit laatste wordt bedoeld dat voorbijgegaan wordt aan het feit dat alle betrokkenen de cognitief gevatte feiten verdiepen met een emotionele en sociale dimensie en er een eigen betekenis aan verlenen.  
Vermits deze biologische kennis louter objectief is, betekent dit tevens dat zij het exclusieve terrein is van deskundigen (artsen, verpleegkundigen, diëtisten, enz.). Zij zorgen voor de verspreiding van het feitenmateriaal.  
Een voorbeeld: wetenschappelijk is uitgemaakt waaruit een evenwichtig en gezond voedingspatroon dient te bestaan; een gegeven dat op allerhande voorlichtingsbijeenkomsten toegelicht wordt. Toepassing van dit “feitenmateriaal” door de aanwezige toehoorders stuit in de praktijk op nogal wat moeilijkheden. Hoe dagelijks met de gewenste afwisseling en smaak gezonde maaltijden bereiden? Wat

met de school- en bedrijfsmaaltijden? Wat met budgetbeperkingen? Waar als  
alleenstaande de zin vandaan halen om tijd en energie aan maaltijden te besteden?

- In de vierde plaats zijn biologische problemen in essentie problemen van individuen. Deze activiteiten zijn dan ook individu-gericht. Hierbij wordt uitgegaan van de idee dat een individu een “ziekte in zijn gedrag” heeft: gedrag zou nl. een belangrijke rol spelen in de etiologie van vele chronische aandoeningen. Wetenschappelijk onderzoek moet dan die gedrags-elementen opsporen die voor het euvel verantwoordelijk zijn en tevens middelen ter beïnvloeding van dit gedrag aanduiden. Zo is reeds in overvloed onderzoek gedaan naar het ontstaan van hart- en vaatziekten. Factoren die een negatieve invloed hebben lijken voornamelijk in de individuele gedragsfeer te liggen: rookgedrag, voedingsgewoonten, gebrek aan beweging, stresserend leven. Via diverse campagnes wordt aan deze factoren duchtig gesleuteld.

De organisatorische consequenties voor ziektepreventie verbonden aan dit medisch denkkader is vrij logisch. Het meest geschikte tijdstip om van start te gaan met deze activiteiten is het moment dat de cliënt in contact treedt met het gezondheidszorgsysteem. Indien gebruik gemaakt wordt van mediacampagnes worden deze gevoerd door medische of ziektegebonden organisaties (vb. kankerliga's, cardiologische liga's, enz)

- *Doelstellingen:*

Vanuit dit denkkader valt het niet moeilijk de doelstellingen van deze vorm van ziektepreventie af te leiden. Deze activiteiten dienen ervoor te zorgen dat ziekte en ongemak voorkomen worden door een gedragsverandering bij het individu te realiseren, namelijk het opnemen van nieuwe “gezonde” gedragingen en het afzweren van “ongezonde” gedragingen. Hoofddoel is m.a.w. een individuele gedragsaanpassing te bewerkstelligen.

- *Methodieken:*

Om hoger vermelde doelstellingen te realiseren maakt deze benadering in casu hier ziektepreventie en gezondheidsvoorlichting gebruik van voorlichtings- en overtuigingstechnieken. Door middel van een waardenvrije, waarschuwend voorlichting, opgevat als een zuiver fysio-medische aangelegenheid wil men de mensen er toe brengen hun riskant gedrag te veranderen of een gezondheidsvriendelijke houding aan te nemen. Het gaat m.a.w. om eenvoudige kennisoverdracht. Dat daarbij overtuigingstechnieken worden toegepast is vrij evident.

Ter illustratie: de grote verzuchting bij de betrokken deskundigen is nl. de kennis van de gebruikte methodes in de reclamewereld te bezitten en te beschikken over de nodige financiële middelen om ze toe te passen.

Tot slot nog dit: bij de diverse voorlichtingsactiviteiten hoort een vrij verticale opstelling van deskundige naar publiek toe, omdat de kennis gecentraliseerd is bij de deskundige.

### 3.2. Het educatief model

- *filosofische achtergronden:*

Het individualisme dat zo kenmerkend was voor het vorige model blijft ook in dit model de boventoon voeren. Ziekten worden nl. veroorzaakt door individuele gedragsfactoren. Bij de doelbepalingen wordt dan ook de focus gelegd op het individu.

Tweede belangrijk uitgangspunt is het geloof dat het onethisch is overtuigingstechnieken of andere dwangmiddelen aan te wenden om een individu te motiveren een gezonde levensweg te bewandelen.

Activiteiten om het gezondheidsgedrag van individuen te beïnvloeden moeten zich dan ook beperken tot het aanbieden van informatie en helpen uitdiepen en verhelderen van de onder- en achterliggende waarden en overtuigingen. Op basis van deze gegevens zal het individu dan een rationele keuze maken (die al dan niet gezondheidsbevorderend is).

Onderliggend is de idee aanwezig dat elke mens over voldoende mogelijkheden beschikt om zelf te oordelen en te handelen m.b.t. de eigen gezondheid. Door het helpen ontwikkelen van die mogelijkheden, via bevragingen van het eigen doen en laten en via het inoefenen van nieuwe vaardigheden zullen mensen er toe gebracht worden zelf mee te denken en mee te werken aan het bevorderen of het herstellen van hun eigen gezondheid.

Het is duidelijk dat de grondslag van dit model erg middenklasse gebonden is: men gaat voorbij aan het feit dat heel wat mensen, vnl. van de lagere sociale klassen, niet in staat zijn de geboden informatie te gebruiken en een “geïnformeerde keuze” te maken.

Voor vele individuen zijn de opties beperkt of niet bestaand. Zo zullen kinderen uit de middenklasse door hun ouders eerder gesocialiseerd zijn in een meer toekomstgericht denken. Daarom zullen zij vlugger geneigd zijn een onmiddellijk genot uit te stellen voor een meer toekomstige beloning; dit in tegenstelling tot de lagere sociale klasse waar een toekomstperspectief niet of nauwelijks aanwezig is.

Een groot verschilpunt met het medisch model is hierin gelegen dat men ervan uitgaat dat de probleemomschrijvingen en –oplossingen bij deze benadering niet louter descriptief maar wel interpretatief gebeuren. Daarom precies zullen deze onderliggende normen en waarden moeten besproken en in vraag gesteld worden.

Dit model heeft in de laatste decennia in belangrijke mate gebruik kunnen maken van belangrijke ontwikkelingen in de gedragswetenschappen en is de klemtoon komen te liggen op het beïnvloeden van de centrale determinanten van gedrag.

Ook in dit model wordt weer een belangrijke plaats ingeruimd voor deskundigen. Ditmaal echter niet meer als aanbieders van de enige juiste waarheid, maar wel als aanbieders van verschillende waarden en overtuigingen. Vermits dit educatief model minder medisch geïnspireerd is zullen de deskundigen echter ook minder uit de medische sfeer komen en zal deze benadering meestal los van de medische wereld georganiseerd worden, bijv. via het onderwijssysteem, de volwassenenvorming, de socio-culturele verenigingen, bedrijven, enz.

- *Doelstellingen:*

Opzet van deze benadering is een individu ertoe te brengen een geïnformeerde vrije keuze te maken uit een reeks aangeboden alternatieven. Centraal blijft echter steeds het principe van vrijwilligheid staan.

Opmerkelijk hierbij is dat zelfs de mogelijkheid wordt opengelaten dat een individu, na de nodige informatie en het verwerven van de nodige vaardigheden, toch nog opteert voor een ongezonde levenswandel. Wanneer de deskundige alle mogelijkheden en middelen heeft uitgeput kan en mag hij niet verder meer ingrijpen.

- *Methodieken:*

Voor een deel wordt hier natuurlijk evenzeer gebruik gemaakt van voorlichtingstechnieken zoals dit het geval is in het medisch preventieve model. Het vertrekpunt is immers het overdragen van informatie. Daar houdt het echter niet mee op.

De hoofdklemtoon wordt hier gelegd op wat kan omschreven worden als pedagogische en psychologische methodieken. Na het verwerven van de nodige kennis zal de deskundige de doelgroep er toe aanzetten hun attitudes, waarden en overtuigingen m.b.t. de nodige informatie te exploreren en na te gaan welke de implicaties zijn voor actie.

Waar mogelijk zal ook gebruik gemaakt worden van het aanleren van vaardigheden, mensen worden ook zoveel mogelijk de kans gegeven het nemen van beslissingen en het uitvoeren van de acties in te oefenen.

In tegenstelling tot het vorige model zal de deskundige zich hier op een meer horizontale manier opstellen t.o.v. zijn doelpubliek.

### **3.3. Het sociaal-politieke model**

- *filosofische achtergronden*

Dit model gaat op zoek naar diepere oorzaken; ziekten worden nl. niet alleen veroorzaakt door individuele gedragsfactoren, maar vooral door politieke, economische en sociale factoren.

Vorige benaderingen worden aanzien als “piece-meal-engineering” en “victim- blaming” die uiteindelijk geen wenselijke bijdrage leveren aan de gezondheidstoestand van de samenleving, gezien op lange termijn.

Met het woord samenleving is meteen het tweede sleutelwoord gevallen van deze benadering. Individuen worden niet langer gezien als op zichzelf staande entiteiten maar als onderdelen van een ruimere sociale context. Dit betekent dat het belang onderkend wordt van een massa invloeden, afkomstig van deze sociale context, waaraan een individu onderworpen is en waardoor het niet mogelijk is een wezenlijke verandering te bekomen

zonder in te grijpen op deze invloeden. Consequent wordt dan ook het accent klaar en duidelijk op de sociale context gelegd.

Dit model houdt rekening met volgende factoren:

- Andere invloeden op het individu dan gezondheidsbevorderende acties. Bijv. voortdurend wordt het individu bestookt met informatie en argumenten over de wenselijkheid om minder vet te eten. Wanneer echter blijkt dat omwille van de Europese melkplak regelmatig campagnes gevoerd worden om deze volle melk via de scholen gratis ter beschikking te stellen, staat het individu noodzakelijkerwijze voor een dilemma;
- Andere doelen dan deze van gezondheidsbevordering. Bijv. een individu kan overtuigd zijn van de noodzaak om een zo min mogelijk stresserend leven te leiden, maar kan dit onmogelijk toepassen als zij bijv. tewerkgesteld is in een lopend band systeem en thuis voor vijf kinderen moet zorgen.
- Persoonlijke doelen: vanuit zijn opvoeding heeft het individu geleerd een bepaalde waarde toe te kennen aan gezondheid. Algemeen geldt hierbij dat lagere sociale klassen minder belang hechten aan en minder over hebben voor hun gezondheid – juist omdat zij verplicht zijn zich te concentreren op dagelijkse overleving.

- *Doelstellingen:*

Het ultieme doel is veranderingen bewerkstelligen in politieke, sociale en economische omstandigheden. Deze doelstellingen zullen vaak enkel kunnen gerealiseerd worden door andere departementen dan deze van gezondheidszorg, zoals economie, sociale departementen, verkeer, landbouw e.a.

Een afgeleid doel is het publiek bewust maken van de belemmerende omstandigheden en het pogen aan te zetten tot actievoering om de omgevingsfactoren te veranderen.

- *Methodieken:*

De gehanteerde methodieken bestaan enerzijds uit lobbywerk ten aanzien van beleidsverantwoordelijken om de nodige omgevingsveranderingen te bewerkstelligen en anderzijds uit overtuigings- en voorlichtingstechnieken om het publiek inzicht te verschaffen in het belang van omgevingsfactoren en hen aan te zetten de nodige veranderingen te eisen. Ook “politieke en sociale vorming” past in deze context.

### **3.4. Het self-empowerment model**

- *Filosofische achtergronden:*

Vanuit de problemen die vorige modellen oproepen gaat dit model op zoek naar een oplossing. Die problemen kunnen als volgt worden omschreven: In het kader van het educatieve model kan men weinig meer dan goede raad verstrekken en vaardigheden aanleren. In het kader van het medische model wordt vaak gebruik gemaakt van



“onethische” dwang. Anderzijds kan het stimuleren van grote sociale, economische en politieke veranderingen een sisyfusarbeid lijken.

Het self-empowerment model bevat echter elementen van zowel het medische, het educatieve en het sociaal-politieke model. Van het medische en het educatieve model wordt de klemtoon op het individu overgenomen. In die zin is het model beperkter in opzet dan het sociaal-politieke. Van het medische en het sociaal-politieke model wordt de idee overgenomen dat overtuigingsstechnieken mogen aangewend worden, dit in tegenstelling tot het educatieve model. Het model is anderzijds ook ruimer dan het educatieve model omdat dit model mogelijkheden wil inbouwen om een individu in staat te stellen die geïnformeerde keuze ook waar te maken.

Alles draait in dit model rond self-empowerment van het individu. Hoe kan dit gebeuren? Op de eerste plaats door de promotie van overtuigingen en attitudes die het uitstellen van momentaan genot voor een toekomstige beloning valoriseren. Op de tweede plaats door het ontzenuwen van de idee dat leven en gezondheid gecontroleerd worden door toeval of machtige mensen. Op de derde plaats door het stimuleren van een gevoel van eigenwaarde bij het individu: een persoon die zichzelf respecteert zal vlugger de raadgevingen van de educatieve aanpak opvolgen en weerstand bieden tegen de druk die kan leiden tot een ongezonde levenswijze. Tenslotte door het ontwikkelen van speciale vaardigheden bij het individu.

Het is duidelijk dat deze benadering gericht is op een diepgaande verandering van het individu. Omdat dit best kan gebeuren in een vroege levensfase wordt vaak geprobeerd dergelijke aanpak in te bouwen in schoolprogramma's. Voor de niet meer schoolgaanden wordt vaak gewerkt via de structuren van het vormingswerk en de samenlevingsopbouw.

- *Doelstellingen:*

Vanuit het voorgaande is reeds duidelijk dat het de bedoeling is het individu in staat te stellen zijn geïnformeerde keuze ook waar te maken. Een afgeleide doelstelling is deze van het self-empowerment van het individu

- *Methodieken:*

Het is niet eenvoudig een naam te kleven op de methodes die in dit model aangewend worden. Soms worden ze omschreven als het aanleren van sociale vaardigheden zoals hoe efficiënt communiceren, hoe efficiënt met tijd omspringen, hoe positief zijn over jezelf, hoe assertief zijn, hoe werken in groepen, hoe sociale netwerken ontwikkelen en onderhouden enz. Om ze alle onder één noemer onder te brengen kan wellicht ook de term psycho-therapeutische technieken worden gebruikt.

## Discussie

Een analyse van voorgaande modellen is niet alleen een zuivere denkoefening. Al te vaak worden acties in de praktijk ondernomen zonder klaarheid in de oorspronkelijke uitgangspunten, wat leidt tot het opeenstapelen van methodieken waarvan de efficiëntie laag zal liggen.

In deze modellen gaat het niet om goede of slechte modellen, de keuze die hieruit moet gemaakt worden is vaak een politieke keuze. Wel is het belangrijk te beklemtonen dat naargelang de keuzes die gemaakt worden de activiteiten een instrument zullen zijn van het bevestigen van de bestaande verhoudingen binnen het gezondheidszorgsysteem of anderzijds een instrument kan zijn voor het verwerven van een participatie verwervende functie van de consument. Er moet wel meteen aan toegevoegd worden dat de keuze voor het sociaal-politieke model of het self-empowerment model consequenties heeft ver buiten het terrein van de gezondheidszorg.

## Literatuur

Berkman, L.F. en Breslow, L. (1983). Health and ways of living. The Alameda County Study. Oxford University Press, Oxford.

Blaxter, M. (1990). Health and lifestyles. Tavistock Routledge, London.

Cornwell, J. (1984). Heard-earned lives: accounts of health and illness from East London. Tavistock, London.

Diaz-Guerrero, R. (1989). Behavioural health accross cultures. In Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E. en Weiss, S.M. (Eds) Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, New York.

Dooghe, G., Vandenboer, L., Van loon, F. (1984). Verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid. CBSG rapport 63.

Downie, R.S., Tannahill, C., Tannahill, A. (1996). Health promotion. Models and values. Oxford University Press, Oxford.

Joosten, J. (1996). Sociale differentiatie en gezondheid. Middenkatern TSG 2, 10-15.

Kooiker, S. (1996). Komt een gezonde leefwijze vooral ten goede aan de bevoorrechten in de samenleving. Middenkatern TSG 2, 16-22.

Maes, L. en Vereecken, C. (2000) Jongeren en Gezondheid. [http://www.jongeren\\_en\\_gezondheid.ugent.be](http://www.jongeren_en_gezondheid.ugent.be).

Milio, N. (1981). Promoting health through public policy. Davis, Philadelphia.

Pill, R. en Stott, N.Ch. (1985). Choice or change: further evidence on ideas of illness and responsibility for health. Social Science and Medicine, 20, 981-991.

Formatted: Dutch

Ribeaux, S. en Poppleton, S.E. (1978). Psychology and work – an introduction. Macmillan, London.

Samson, S.(1989). Zin in gezondheid. De Toorts, serie gezondheidszorg. Antwerpen.

Seedhouse, D. (1986). Health: the foundations for achievement. Wiley, Chichester.

Vuori, H. (1979). The medical model and the objectives for health education. Paper voorgesteld op het 10de Internationaal Congres over GVO, London, September 1979.