



Preventie herzien: van medische interventie naar maatschappelijke opdracht

Yvonne Vanneste · Anton Schreuder · Ronald de Meij · Ingrid Staal

Ontvangen op: 20 juli 2025 / Geaccepteerd op: 11 december 2025
 © The Author(s) 2025

Samenvatting Preventie in de zorg wordt al te lang beschouwd als vooral een medische taak gericht op gedragsverandering en risicoreductie bij het individu. Deze te beperkte benadering negeert de bredere context en systemische oorzaken van gezondheidsproblemen, vergroot gezondheidsverschillen en kan leiden tot stigmatisering en onnodige zorgafhankelijkheid. Gezondheid ontwikkelt zich niet alleen in mensen, maar ook in de interactie tussen mensen én tussen mens en omgeving. De omgeving is, net als genetische aanleg, een biologische gezondheidsdeterminant en verdient erkenning als zodanig. Voor een toekomstbestendige aanpak zijn naast individuele ondersteuning ook structurele maatregelen noodzakelijk, gericht op het verbeteren van de leefomgeving en het terugdringen van maatschappelijke ongelijkheid. Hoewel dit besef steeds breder wordt gedeeld, blijven gevestigde belangen en institutionele barrières deze omslag belemmeren. Dit leidt telkens weer tot de hardnekkige, ogenschijnlijk rechtvaardige reflex om preventie steeds maar weer te richten op individuele mensen in een kwetsbare positie, met een beperkt en soms zelfs averechts effect. Het ontbreekt echter aan lef en doorzettingsmacht om in te zetten op maatregelen die *equity* bevorderen. Preventie vereist een fundamentele heroriëntatie van een zorggericht naar een maatschappelijk perspectief. Een gelijkwaardige positionering van preventie naast het op ziektegerichte zorgsysteem vormt een randvoorwaarde voor een rechtvaardige en toekomstbestendige volksgezondheid.

Trefwoorden preventie · gezondheidsverschillen · sociale gezondheidsdeterminanten · gezondheid en omgeving · gezondheidsongelijkheid · equity · preventiebeleid · volksgezondheid

Rethinking prevention: from medical intervention to social responsibility

Abstract The responsibility of preventative health-care has traditionally been assigned to health care providers, tasked towards behavioural changes and risk reduction in individuals. This narrow approach overlooks the broader context and systemic causes of health problems, increases health differences and can lead to stigmatization and unnecessary dependency on care. Health is not determined only by the individual, but also by their interaction with other individuals and the environment. Like genetic predisposition, the environment is a biological determinant of health and deserves recognition as such. Besides personalized interventions, a future proof approach requires structural measures to improve the living environment and reduce societal inequalities. Despite this increasing realization, established interests and structural barriers impede changes to the status quo. This leads to the persistence of the misguidedly righteous reflex to target individuals in vulnerable positions, with limited and sometimes counterproductive consequences. There is a lack of courage and perseverance to support practices which promote equity. Prevention needs to orient away from targeted care and instead move towards societal transformation. Prevention deserves the same level of esteem as curation in the health care industry, which in turn is a boundary condition for a righteous and future proof public health system.

Dr. Y. Vanneste (✉) · Dr. A. Schreuder · Dr. I. Staal
 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Utrecht,
 Nederland
yvanneste@ncj.nl

R. de Meij
 Gemeente Zwijndrecht, Zwijndrecht, Nederland



Keywords Prevention · Health disparities · Social determinants of health · Health and environment · Health inequities · Equity · Prevention policy · Public health

Individuele preventie: beperkt effectief, vaak ongelijk

Binnen de gezondheidszorg is het denken over preventie sterk medisch en individueel georiënteerd. Preventie richt zich vooral op het voorkomen of uitstellen van ziekten bij het individu, met als doel de behoefte aan kostbare behandelingen te beperken en vitaliteit te behouden. Het huidige preventiebeleid legt daardoor een dominante nadruk op individuele gedragsverandering en vroegsignalering van risico's of aandoeningen. Preventie op individueel niveau kan waardevol zijn, maar is beperkt effectief en kan zelfs schadelijke bijwerkingen hebben.

Zo houdt preventie gericht op individuele gedragsverandering burgers primair verantwoordelijk voor hun gedrag, wat kan leiden tot stigmatisering (*victim blaming*) en schuldgevoel [1, 2]. Bovendien heeft deze vorm van preventie een beperkt effect op de lange termijn [3], en vergroot ze de ongelijkheid. Wie beschikt over kennis, geld en tijd kan immers gedrag en omgeving makkelijker aanpassen en profiteert daardoor het meest. Kwetsbare groepen, met minder toegang tot hulpbronnen, raken juist verder achterop. Preventie die zich richt op vroegsignalering van risico's of aandoeningen reduceert mensen tot een risicoprofiel. Het leidt tot een zorggerichte reflex en draagt bij aan medicalisering. Daarbij ontstaat de kans op stigmatisering, waarbij mensen niet langer als individu worden benaderd, maar als dragers van risico's. Dit kan leiden tot sociale en institutionele uitsluiting en versterkt het risico op een 'zorgidentiteit', waarin het zelfvertrouwen en autonomie (*self-efficacy*) afnemen [4, 5]. Het gevolg is een grotere kans op langdurige, mogelijk onnodige, zorgafhankelijkheid. Preventie wordt dan een instrument dat afhankelijk maakt in plaats van versterkt.

De bredere blik op gezondheid

Om te begrijpen waarom we bepaalde preventiestrategieën hanteren, moeten we teruggaan naar de wijze waarop ons idee over gezondheid zich door de tijd heen heeft ontwikkeld, want daarin ligt de oorsprong van de keuzen die we rond preventie maken.

De benadering van gezondheid als een medische en individuele verantwoordelijkheid vindt haar oorsprong in de klassieke definitie van de World Health Organization (WHO), die gezondheid omschreef als een staat van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn [6]. In 2016 introduceert Huber het concept 'Positieve Gezondheid', waarin gezondheid wordt gezien als het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en

Kader 1. Kernpunten

- Gezondheid is geen individuele verdienste, maar ontwikkelt zich in de interactie tussen mensen én tussen mens en omgeving.
- De omgeving is een biologische gezondheidsdeterminant.
- Gezondheid wordt inter- en transgenerationeel doorgegeven: naast biologische factoren beïnvloeden ook leefomstandigheden en opvoeding de gezondheid van het kind. Het kind van nu is de ouder, werknemer en oudere van straks.
- Effectieve preventie vereist de combinatie van individuele ondersteuning en structurele maatregelen gericht op leefomgeving en maatschappelijke ongelijkheid.
- Preventie is een maatschappelijke opdracht, niet enkel een zorgmaatregel. Een gelijkwaardige positionering van preventie naast het op ziektegerichte zorgsysteem is een randvoorwaarde voor een rechtvaardige en toekomstbestendige volksgezondheid.

sociale uitdagingen van het leven [7]. In tegenstelling tot de statische definitie van de WHO hanteert Huber een positieve en dynamische benadering: gezondheid gaat over veerkracht (om kunnen gaan met veranderingen, tegenslagen of ziekte), zelfmanagement (zelf keuzen kunnen maken over je leven en gezondheid) en functioneren ondanks beperkingen (je gezond kunnen voelen, ook als je een ziekte hebt). In Hubers opvatting is gezondheid een proces dat voortdurend in interactie staat met de omgeving en dus beïnvloedbaar is. Zij maakt dit concept concreet door de nadruk te leggen op beschermende factoren die het aanpassingsvermogen en de veerkracht van het individu versterken. Dat is waardevol, want er is steeds meer bewijs dat preventiebeleid zich niet alleen moet richten op het voorkomen van risico's, maar juist ook op het versterken van zulke beschermende factoren, bijvoorbeeld via sociaal beleid en een ondersteunende sociale infrastructuur [8]. Hoewel deze visie een waardevolle verbreding is en heeft aangezet tot meer verbinding tussen het medische en sociale domein, blijft ze sterk individueel gericht. De nadruk op aanpassingsvermogen en zelfregie legt de verantwoordelijkheid grotendeels bij het individu. Maar wat als de omstandigheden níét toereikend zijn om regie te voeren? Wat als je leefomgeving ongezond is, je bestaanszekerheid wankelt of je niet wordt gezien?

Juist in dat bredere perspectief monitort het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gezondheid nadrukkelijk binnen het kader van Brede Welvaart [9]. Gezondheid wordt hierin niet los gezien van andere bepalende levensdomeinen, zoals arbeid, wonen en milieu. Onze gezondheid is verbonden met die van andere mensen, en met die van toekomstige gene-

Kader 2. Voorbeelden van transgenerationale en intergenerationele overdracht van gezondheid

Transgenerationale overdracht vindt plaats via biologische processen die de gezondheid van het ongeboren kind beïnvloeden. Zo kan een moeder die tijdens de zwangerschap langdurig stress ervaart door armoede of onveilige leefomstandigheden, meer stresshormonen aanmaken. Deze hormonen kunnen via de placenta de ontwikkeling van het zenuwstelsel van het kind beïnvloeden. Kinderen die in zulke omstandigheden geboren worden, hebben later een verhoogde kans op gezondheidsproblemen, zoals gedragsproblemen, angststoornissen of een verhoogde gevoeligheid voor chronische aandoeningen.

Intergenerationele overdracht verloopt via sociale en gedragsmatige mechanismen. Leefgewoonten, opvoeding en omgevingsfactoren van ouders worden vaak onbewust doorgegeven aan kinderen. Bijvoorbeeld: ouders die moeite hebben met gezond eten of weinig bewegen door hun sociaaleconomische positie, geven deze leefstijlen vaak door aan hun kinderen. Zo wordt gezondheidsachterstand letterlijk van generatie op generatie doorgegeven.

Gezondheid kan ook op positieve wijze worden doorgegeven. In gezinnen waar ouders gezonde routines hebben ingebed in het dagelijks leven, zoals samen koken, regelmatig bewegen, voldoende slapen en open communiceren over keuzen en emoties, groeit een kind op in een omgeving die gezondheid vanzelfsprekend maakt. Het leert al vroeg signalen van stress te herkennen, voor het eigen lichaam te zorgen en sociale steun te vinden. Emotionele veiligheid versterkt bovendien de veerkracht, die beschermt tegen mentale problemen en helpt bij het maken van gezonde keuzen later in het leven. In dit geval versterkt en draagt de omgeving gezondheid over via intergenerationele, gedragsmatige en relationele processen.

raties. Echte welvaart betekent dat we gezondheid niet alleen benaderen als een individuele opgave in het 'hier-en-nu', maar als een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. De monitor laat ook zien dat gezondheid ongelijk verdeeld is. Factoren als opleidingsniveau, migratieachtergrond en sociaaleconomische status hebben grote invloed. Structurele risicofactoren, zoals roken, middelengebruik, bestaansonzekerheid en een ongezonde leefomgeving, treffen vooral deze groepen mensen. Dat is geen toeval, maar het gevolg van de manier waarop gezondheid zich ontwikkelt. Tegen die achtergrond is het belangrijk om gezondheid niet te versmallen tot een medische kwestie, maar haar breder te benaderen.

De omgeving als biologische determinant

Gezondheid ontwikkelt zich niet alleen in mensen, maar ook in de interactie tussen mensen én tussen mensen en hun omgeving [10–12]. Sociale relaties, zorgzame netwerken en wederzijdse betrokkenheid hebben een directe invloed op hoe mensen hun gezondheid ervaren en behouden. Zo werken vriendschappen, waarin jongeren zich geaccepteerd en gesteund voelen, beschermend tegen mentale klachten en blijft een ouder met een sterk informeel netwerk doorgaans langer gezond.

Naast sociale interactie speelt ook de omgeving waarin mensen leven een bepalende rol in de ontwikkeling van hun gezondheid. Fysieke leefomstandigheden, sociaaleconomische factoren en de inrichting van publieke voorzieningen bepalen in belangrijke mate in hoeverre mensen de mogelijkheid hebben om gezond te leven of juist met belemmeringen worden geconfronteerd. Een kind dat dagelijks drie trappen moet beklimmen naar een klein, vochtig appartement ontwikkelt zich anders dan een kind dat toegang heeft tot een tuin. Een ouder met onzeker werk en wisselende ploegendiensten eet anders dan iemand met regelmaat en rust in het dagelijks leven. En mensen die toegang hebben tot betaalbare gezonde voeding lopen minder risico op overgewicht en diabetes. De aanwezigheid van goed bereikbare en betaalbare sport- en recreatievoorzieningen in een wijk kan bewoners stimuleren om voldoende te bewegen. Zoals krachtig in beeld gebracht in de video 'Kansenongelijkheid; Iedereen Gezond 2030' zijn gezondheidsverschillen diep verankerd in sociale en maatschappelijke structuren [13]. Deze omstandigheden werken door tot op het niveau van de biologie: omstandigheden als armoede en chronische stress kunnen via epigenetische processen letterlijk het lichaam en de gezondheid vormen. Daarmee is de sociale omgeving een even harde biologische determinant als genetische aanleg.

Bovendien strekt gezondheid zich uit over de tijd en is zij zowel intergenerationeel als transgenerationeel van aard: omstandigheden in de vroege levensfase beïnvloeden niet alleen de gezondheid later in het leven, maar ook die van volgende generaties, via zowel biologische processen (zoals prenatale stress), als sociale en gedragsmatige patronen (zoals leefgewoonten en opvoeding) [14–16]. Het kind van nu is de ouder, werknemer en oudere van straks (zie kader 2).

Duurzame en rechtvaardige preventie

Traditionele preventie richt zich op het voorkomen of beperken van ziekte – 'ziektepreventie' – en stuurt vooral top-down op gezond gedrag. Positieve Gezondheid biedt een breder en persoonlijker perspectief, met aandacht voor eigen regie, zingeving en functioneren, ook bij ziekte. Beide benaderingen zijn sterk op het individu gericht. Hoewel de CBS-

Kader 3. Publieke reactie op vaccinatiegraad als illustratie van contextgerichte preventie

Arts-onderzoeker Charifa Zemouri, actief als onafhankelijk onderzoeker en adviseur in volksgezondheid en bekend van haar blogs en publicaties, maakt in haar blog als reactie op de dalende vaccinatiegraad in Nederland inzichtelijk waarom een puur medische en gedragsmatige benadering van preventie tekortschiet [23]. Ze laat zien hoe eenzijdige communicatie, gericht op kennisoverdracht en rationele besluitvorming, voorbijgaat aan de sociale en historische realiteit waarin mensen keuzen maken. Mensen uit gemarginaliseerde groepen worden niet alleen vaker geconfronteerd met sociaaleconomische achterstanden, maar ook met institutioneel wantrouwen en uitsluiting. Wanneer ze twifelen over vaccinatie, wordt dit in het publieke debat vaak opgevat als onwetendheid of onwil, wat leidt tot verdere stigmatisering.

Zemouri benadrukt dat deze aarzeling vaak juist voortkomt uit levenservaringen van structureel gemis aan zeggenschap en erkenning. Door de preventieboodschap los te koppelen van die context, wordt niet alleen voorbijgegaan aan de onderliggende oorzaken van terughoudendheid, maar wordt het vertrouwen in publieke instituties verder ondermijnd.

monitor Brede Welvaart & Sustainable Development Goals de brede, contextuele factoren van gezondheid erkent [9], richten preventiegerichte aanbevelingen zich toch weer vooral op individueel gedrag: het verminderen van risicogedrag, het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verhogen van de vaccinatiegraad. Daarmee herhaalt zich een hardnekkig patroon: de reflex om vooral te kijken naar mensen in een kwetsbare positie, vaak met de impliciete aanname dat hun ongezondheid voornamelijk het gevolg is van een persoonlijke keuze of een gebrek aan vaardigheden. Deze benadering miskent hoezeer gedrag mede gevormd wordt door de omstandigheden waarin mensen leven, werken en opgroeien. Hoewel een focus op kwetsbaarheid intuïtief rechtvaardig lijkt, kan zij, zoals eerder al beschreven, stigmatiserend werken, de handelingsbekwaamheid van mensen ondermijnen en de aandacht afleiden van structurele determinanten van gezondheid. Het almaar groeiende verschil in gezonde levensjaren tussen sociaaleconomische groepen, waarbij mensen aan de top van de welvaarts ladder inmiddels bijna 25 jaar langer in goede gezondheid leven dan degenen in minder bevoorrechte posities [17], duidt op structurele tekortkomingen in het huidige preventiebeleid. Een duurzame preventiestrategie vraagt juist om een zorgvuldige, domeinoverstijgende benadering, waarin niet het risicoprofiel maar de leefwereld van mensen centraal staat en de gezondheid van toekomstige

generaties wordt meegewogen. Deze benadering combineert individuele ondersteuning met structurele maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de leefomgeving en het aanpakken van maatschappelijke ongelijkheden. Dit vereist beleid dat de sociale determinanten expliciet erkent en beïnvloedt. Dat betekent investeren in gezonde en veilige leefomgevingen, goed onderwijs, eerlijke arbeidskansen en structurele bestaanszekerheid.

Gevestigde belangen en institutionele barrières voor een brede preventiebenadering

Een bredere benadering van preventie sluit aan bij het Health in All Policies-principe dat gezondheid positioneert als verantwoordelijkheid van alle beleids-terreinen [18]. De implementatie ervan in Nederland verloopt echter moeizaam. Het Nationaal Preventie Akkoord is een voorbeeld van domeinoverstijgend beleid dat in de uitvoering tekortschiet en waarbij de impact beperkt blijft, ondanks de inzet op samenwerking tussen sectoren en brede maatschappelijke steun [19]. Het recente Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord onderstreept het belang van een integrale aanpak en stimuleert samenwerking tussen zorg, gemeenten en maatschappelijke organisaties om zorg toegankelijker te maken [20]. Het blijft echter onzeker hoe deze ambities daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerd zullen worden, niet alleen vanwege de organisatorische complexiteit, maar ook door gevestigde belangen en institutionele barrières, waardoor de vraag opkomt in hoeverre een succesvolle implementatie op dit moment realistisch is.

Binnen het Nederlandse zorgstelsel domineert de curatieve zorg, met meer middelen, invloed en direct zichtbare resultaten. Preventie daarentegen kent vaak vertraagde effecten en levert baten op buiten het zorgdomein, wat bijdraagt aan de beperkte prioritering ervan. Ook commerciële belangen, zoals die van de farmaceutische, voedings- en tabaksindustrie, vormen een belemmering voor een brede preventiebenadering. Via lobby, marketing en productstrategieën dragen deze sectoren bij aan medicalisering en stimuleren ze ongezond gedrag. Dit versterkt sociaaleconomische gezondheidsverschillen, doordat kwetsbare groepen vaker worden blootgesteld aan ongezonde producten en gerichte marketing [21]. Daarnaast bemoeilijkt de preventieparadox brede steun voor preventie [22]: populatiebrede maatregelen leveren collectief gezondheidswinst op, maar bieden individueel vaak beperkt zichtbaar voordeel. Hierdoor richt beleid zich vaak op risicogroepen, terwijl we weten dat met deze gerichte aanpak niet iedereen wordt bereikt. Een structurele verankering van preventie vergt dan ook systeemverandering, waarin maatschappelijke, commerciële en politieke belangen opnieuw worden afgewogen.

Gezondheidsvaardigheden in context

Investeren in omstandigheden die uitnodigen tot gezond gedrag en gezondheid gaat ook over de mogelijkheid voor mensen om met gezondheid om te gaan op een manier die bij hun leven past. Daarvoor zijn gezondheidsvaardigheden belangrijk: mensen die weten hoe ze toegang krijgen tot passende, betrouwbare en begrijpelijke informatie over gezondheid en ziekte, die weten hoe ze deze informatie moeten interpreteren en kunnen toepassen in hun dagelijks leven, en begrijpen wat er nodig is om gezond te blijven of weer gezond te worden.

Ook deze vaardigheden zijn contextgebonden in hun ontwikkeling. Ze worden gevormd en versterkt binnen gezinnen, buurten, scholen en gemeenschappen. In een brede preventiebenadering zijn die vaardigheden geen eis vooraf, maar juist onderdeel van de voorwaarden die we creëren om gezondheid voor iedereen mogelijk te maken. Zemouri (zie kader 3) onderstreept het belang van een contextuele benadering van gezondheidsvaardigheden. Haar oproep om het perspectief van mensen serieus te nemen sluit naadloos aan bij ons pleidooi. Effectief preventiebeleid begint met luisteren, het erkennen van de sociale werkelijkheid waarin mensen leven en het opbouwen van duurzame relaties.

Toegankelijke zorg die versterkt, niet medicaliseert

Om deze brede benadering van preventie en gezondheid te laten slagen, is een sterke, toegankelijke en laagdrempelige preventieve en eerstelijnsgezondheidszorg onmisbaar. Mensen moeten kunnen rekenen op een vertrouwde plek waar ze met vragen of klachten terecht kunnen, waar ze gehoord worden, gerustgesteld waar mogelijk, en adequaat doorverwezen worden waar nodig. Het gaat om een gezondheidszorg die niet medicaliseert, maar normaliseert; die mensen helpt om het gewone leven te leven en versterkt waar nodig. Een zorg die samenwerkt met het sociale domein en oog heeft voor de bredere context van gezondheid, en zo bijdraagt aan een samenleving waarin iedereen de kans krijgt om gezond te leven.

Preventie als rechtvaardigheidsvraag: van individueel gedrag naar structurele voorwaarden

Effectieve preventie vraagt om beleid dat structureel de voorwaarden versterkt waaronder gezondheid zich ontwikkelt en kijkt daarom verder dan het zorgdomein. Het kiest expliciet voor rechtvaardigheid (*equity*) door uit te gaan van ongelijke uitgangsposities en daarop te differentiëren in de toekenning van middelen en kansen, met als doel gelijke uitkomsten voor iedereen. Equity onderscheidt zich daarmee van de risicobenadering, die vooral gericht is op het individu en diens gedragsverandering om de kans op

gezondheidsproblemen te verkleinen. Equity daarentegen richt zich op het creëren van omstandigheden waarin gezondheid voor iedereen mogelijk wordt gemaakt [24, 25]. Dit vraagt om een fundamentele verschuiving: niet alleen kijken wat de ander anders kan doen, maar vooral wat ik, het beleid, de zorg of de overheid anders kan doen om juist de ander te bereiken en ongelijkheden weg te nemen. Zo'n benadering investeert in sociale cohesie, zingeving en het dagelijks functioneren van mensen. Ze erkent diversiteit zonder mensen vast te zetten in medische etiketten. Ze vraagt om samenhangend beleid, een mensgerichte benadering en het actief versterken van het dagelijks leven, voor nu én voor toekomstige generaties.

Tot slot: het is tijd om gezondheid niet langer te beschouwen als een individuele verdienste, maar als een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Preventie richt zich niet louter op gedragsverandering, maar impliceert een gedeelde verantwoordelijkheid voor het bevorderen en behouden van gezond leven. Gezondheid ontwikkelt zich waar mensen zich gezien voelen, waar structuren ondersteunen in plaats van belemmeren, en waar beleid zich richt op het leven, niet alleen op het lichaam. Laten we daarom de stap zetten voorbij zelfregie en veerkracht, naar een samenleving die gezondheid mogelijk maakt voor iedereen. Niet als privilege, maar als publiek goed. Door gezondheid relationeel, contextueel en sociaal te benaderen, kunnen we niet alleen ziekte voorkomen, maar ook bijdragen aan participatie, kansengelijkheid en toekomstbestendigheid van de zorg. Het versterken van het dagelijks leven draagt bij aan het behoud van gezondheid en vormt daarmee een kernprincipe van effectieve preventie.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Literatuur

1. Dougherty CJ. Bad faith and victim-blaming: the limits of health promotion. *Health Care Anal.* 1993;1(2):111–9.

2. Tenglant PA. Behavior change or empowerment: on the ethics of health-promotion goals. *Health Care Anal.* 2016;24:24–46.
3. Jepson RG, Harris FM, Platt S, et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health.* 2010;10:538.
4. Jansen SNG, Kamphorst BA, Mulder BC, et al. Ethics of early detection of disease risk factors: a scoping review. *BMC Med Ethics.* 2024;25:25.
5. Dijk M van, Pas S van der, Smits H. Consequences of a diagnostic label: a systematic scoping review and thematic framework. *Front Public Health.* 2021;9:725877.
6. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. *Official Records of the World Health Organization.* 1948;2:100.
7. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, et al. Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a multi-method study. *BMJ Open.* 2016;6(1):e10091.
8. Lorant V, Roberfroid D, Nicaise P, et al. National or population level interventions addressing the social determinants of mental health—an umbrella review. *BMC Public Health.* 2021;21:2118.
9. CBS. Monitor Brede Welvaart & Sustainable Development Goals. 2025. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/05/21/monitor-brede-welvaart-en-sdgs-2025>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
10. Pillas D, Marmot M, Naicker K, et al. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res.* 2014;76(5):418–24.
11. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, et al. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* 1988;15(4):351–77.
12. Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, et al. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(8):727–40.
13. Social Inequalities Explained in a \$100 Race <https://www.youtube.com/watch?v=4K5fbQ1-zps>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
14. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661–9.
15. Hertzman C, Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:329–47.
16. Houweling TAJ, Grünberger I. Intergenerational transmission of health inequalities: towards a life course approach to socioeconomic inequalities in health—a review. *J Epidemiol Community Health.* 2024;78(10):641–9.
17. CBS. Gezonde levensverwachting; inkomen en welvaart. 2025. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85445NED/table?dl=C130E>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
18. Kickbusch IN, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. 2012. <https://iris.who.int/handle/10665/326429>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
19. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Evaluatie van het Nationaal Preventieakkoord – Voortgang en effecten 2022. 2022. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0072.pdf>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
20. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). 2025. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1204767.pdf>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
21. Hagens L, Mierau J. Stel als overheid grenzen aan verdienmodellen die de volksgezondheid schaden. *ESB.* 2024;109(4839):486–9.
22. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14(1):32–8.
23. Zemouri C. Publieksreactie op vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland – en waarom ik dit keer de media oversla. 2024. <https://www.charifazemouri.com/updates/publieksreactie-op-vaccinatiegraad-rijksvaccinatieprogramma-nederland-en-waarom-ik-dit-keer-de-media-oversla>. Geraadpleegd op: 5 dec 2025.
24. Cooper LA, Purnell TS, Showell NN, et al. Progress on major public health challenges: the importance of equity. *Public Health Rep.* 2018;133:15S–9S.
25. Webb Hooper M, Pérez-Stable EJ. Health equity is not possible without addressing disparities. *Health Psychol.* 2023;42(9):625–7.