

# Lekker belangrijk

Leefstijl en gezondheidsbevordering  
van jongeren



Noordhoff Uitgevers

Nicolien van Halem (red.)

2<sup>e</sup> druk



# Lekker belangrijk

## Leefstijl en gezondheidsbevordering van jongeren

Maaïke Goenee  
Elly van Haaren  
Nicolien van Halem (redactie)  
Ineke Mouthaan  
Anneke Perdaems  
Renate Spruijt  
Nelleke Stegeman  
Ingrid Stevens  
Manouk Vermeulen

---

Tweede druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K (Groningen - Amsterdam)

Omslagillustratie: Stocksy

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:  
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB  
Groningen, e-mail: [info@noordhoff.nl](mailto:info@noordhoff.nl)

*Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.*



0 / 17

© 2017 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

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 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 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-87582-4

ISBN 978-90-01-87581-7

NUR 854; 752

# Woord vooraf

Professionals in het onderwijs, het maatschappelijk werk, het welzijnswerk en de jeugdgezondheidszorg komen dagelijks in contact met jongeren. Dat biedt uitgelezen kansen om met jongeren in gesprek te gaan over gezondheid en welzijn. Voor ouderen is *healthy aging* (gezond ouder worden) inmiddels een vanzelfsprekend thema. Bij jongeren gaat het meer om gezond zijn en blijven. Jongeren zijn zich vaak nauwelijks bewust van gezondheidsrisico's, omdat hun fysieke veerkracht nog groot is. Toch is gezond blijven voor jongeren steeds belangrijker, want we weten dat jong geleerd, oud gedaan is. Dit principe helpt fantastisch bij leefstijlthema's. Bijvoorbeeld, *niet* beginnen met roken betekent dat het ook niet afgeleerd hoeft te worden.

Bij dit boek hoort een website: [www.lekkerbelangrijk.noordhoff.nl](http://www.lekkerbelangrijk.noordhoff.nl)

## **Deel 1, hoofdstukken 1 tot en met 4**

Het boek start met een algemene inleiding. De volgende vragen staan daarbij centraal: Wat is gezondheid en wat is ziekte? Hoe werkt de preventieve gezondheidszorg in Nederland? En wat is gezondheidsbevordering? Voor de beantwoording van de laatste vraag gaan we te rade bij theorieën en modellen over gezondheidsbevordering én laten we zien wat gezondheidsbevordering in de praktijk betekent. Een belangrijke plaats is ingeruimd voor de ontwikkeling van jongeren. Wat is een normale ontwikkeling en wat is normaal gedrag? En wanneer moet je alert zijn op een probleem of een stoornis? De meest succesvolle manieren om met jongeren te communiceren worden op een rijtje gezet. Dit resulteert in een soort menukaart met mogelijkheden om met jongeren in gesprek te komen over leefstijlthema's.

## **Deel 2, hoofdstukken 5 tot en met 8**

Het tweede deel van het boek gaat over belangrijke leefstijlthema's: voeding en bewegen, seksualiteit en relaties, en middelengebruik. Ook omgaan met geld is een thema waarbij jongeren vaak een steuntje in de rug kunnen gebruiken. We beschrijven de actuele stand van zaken: Hoe vergaat het de jongeren precies? Wat zijn feiten en wat zijn vooroordelen? ('De jeugd van tegenwoordig!') Bovendien schetsen we een beeld van de gezondheidsrisico's, de preventiemogelijkheden en de materialen en methoden die daarbij passen. Deze hoofdstukken sluiten we af met een casus uit de praktijk.

## **Bij de tweede druk**

Er wordt veel onderzoek gedaan naar leefstijlthema's. Daarom zijn in deze tweede druk nieuw beschikbare onderzoeksresultaten, inzichten en illustraties verwerkt. Ook is een hoofdstuk toegevoegd over de ontwikkeling van jongeren. De auteurs wensen alle gebruikers veel plezier met dit boek én met de gesprekken met jongeren over leefstijlthema's.





# Inhoud

## DEEL 1

### Algemene inleiding in de gezondheidsbevordering van jongeren 9

#### 1 Gezondheid en gezondheidsbevordering 11

- 1.1 Visies op gezondheid, welzijn en ziekte 12
- 1.2 Het ontstaan van erfelijke, aangeboren en besmettelijke ziekten 16
- 1.3 Oorzaken en gevolgen van ziekten 21
- 1.4 Leefstijlproblemen 26
- 1.5 Epidemiologische gegevens en preventie 31
- 1.6 Wettelijke voorschriften 37
- 1.7 Actueel politiek beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering en ziektepreventie 40
  - Samenvatting 45
  - Vragen en opdrachten 47

#### 2 Gezond en ongezond gedrag 51

- 2.1 Gezond en ongezond gedrag 52
- 2.2 Determinanten van gedrag 55
- 2.3 Gedragsverklarende modellen 64
- 2.4 Gedragsveranderingsmodellen – fasemodellen 68
- 2.5 Voorlichtingsmethodieken 70
- 2.6 Planmatig en onderbouwd te werk gaan 78
- 2.7 Samenwerken met professionals 85
  - Samenvatting 87
  - Vragen en opdrachten 89

#### 3 Ontwikkeling van jongeren 93

- 3.1 Jongeren anno nu – ouders anno nu 94
- 3.2 Normaal pubergedrag, probleem of stoornis? 94
- 3.3 Sociale beïnvloedingsprocessen 104
  - Samenvatting 112
  - Vragen en opdrachten 114

## **4 Communiceren met jongeren 117**

- 4.1 Communicatie algemeen 118
- 4.2 Problemen en conflicten 126
- 4.3 Inspirerende gesprekstechnieken 130
- 4.4 Patronen en valkuilen 139
  - Samenvatting 146
  - Vragen en opdrachten 148

## **DEEL 2 Leefstijlthema's 151**

### **5 Voeding en bewegen 153**

- 5.1 Het gedrag van jongeren in kaart gebracht 154
- 5.2 Gezonde voeding en gezond bewegen 161
- 5.3 Motieven van jongeren om gezond te eten en te bewegen 173
- 5.4 Niet te dik en niet te dun 176
- 5.5 Sport en voeding 185
- 5.6 Voorlichtingsmaterialen en werkvormen voor voeding en bewegen 189
  - Samenvatting 194
  - Vragen en opdrachten 196
  - Bijlage 1 Normen voor bewegen, inactiviteit en sedentair gedrag 198
  - Bijlage 2 Aanbevolen hoeveelheden voor jongeren en jongvolwassenen 199
  - Bijlage 3 Hoe herken je een eetstoornis 201

### **6 Jongeren en seksualiteit 205**

- 6.1 Definities 206
- 6.2 Het verloop van de seksuele ontwikkeling 207
- 6.3 Seksuele gezondheid van jongeren 214
- 6.4 Gevolgen van seksueel ongezond gedrag 222
- 6.5 Seksuele opvoeding en educatie 223
- 6.6 Signaleren, verwijzen en melden 230
- 6.7 Voorlichtingsprogramma's, methodieken en materialen 234
  - Samenvatting 238
  - Vragen en opdrachten 240

### **7 Jongeren en (voorkomen van) verslaving 243**

- 7.1 Drinken, roken, gamen, blowen, GHB en ecstasy anno nu 244
- 7.2 Werking en effecten van roken, alcohol en drugs 250
- 7.3 Signaleren van problematisch gebruik 255
- 7.4 Signalen van gebruik 259
- 7.5 Preventie van problematisch gebruik en verslaving 261



- 7.6 Mogelijkheden voor behandeling van (problematisch) middelengebruik [269](#)  
[Samenvatting 272](#)  
[Vragen en opdrachten 274](#)

## **8 Jongeren en geld 277**

- 8.1 De financiële situatie van jongeren anno nu [278](#)  
8.2 Puberbrein en geldtypen [283](#)  
8.3 Financiële zelfredzaamheid [286](#)  
8.4 Gedragseconomie [288](#)  
8.5 Invloed op jongeren [292](#)  
8.6 Financiële opvoeding en educatie [295](#)  
8.7 Eigen schuld! En hoe nu verder? [301](#)  
[Samenvatting 308](#)  
[Vragen en opdrachten 310](#)

**Bronvermelding per hoofdstuk** [312](#)

**Illustratieverantwoording** [327](#)

**Over de auteurs** [328](#)

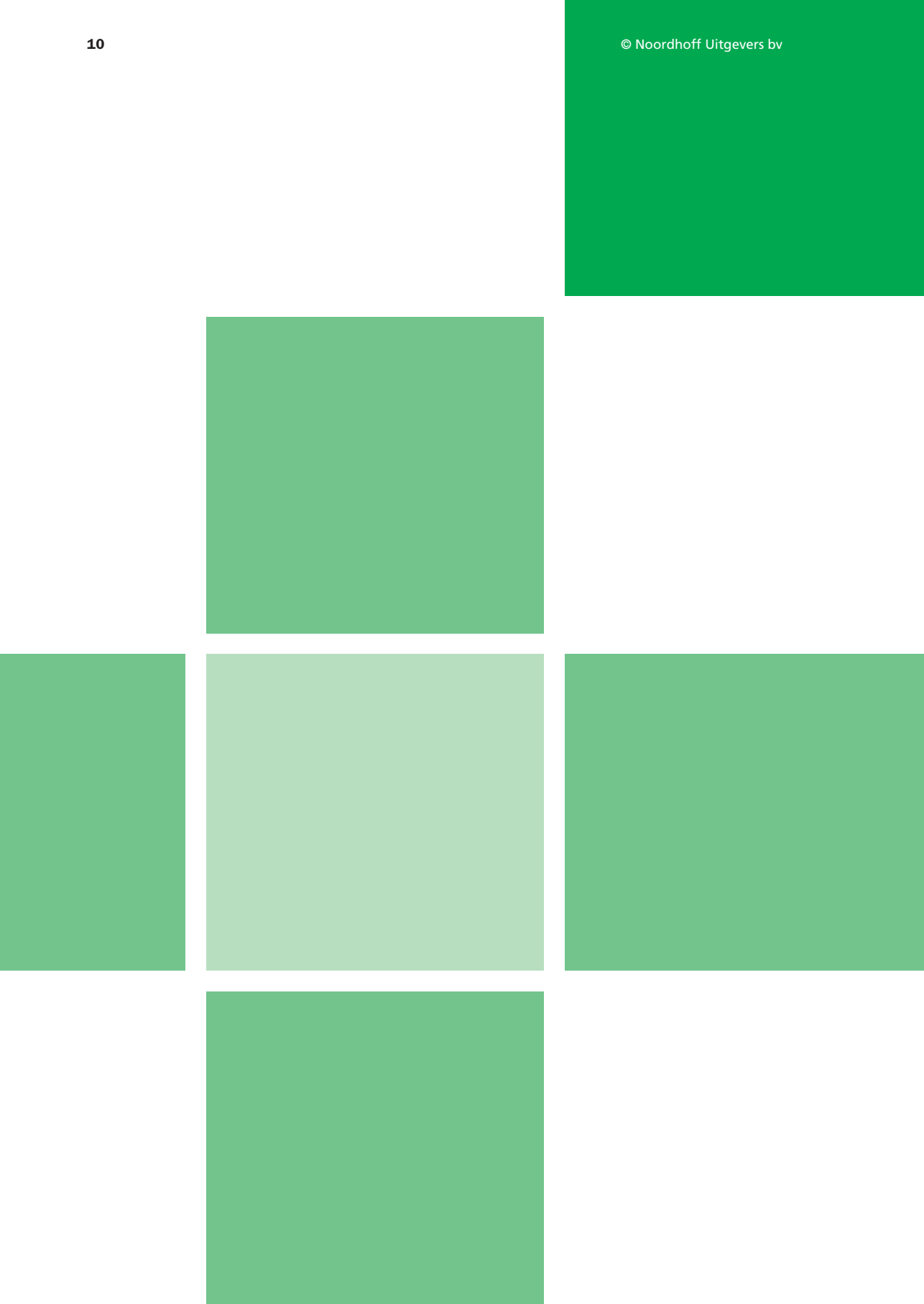
**Register** [330](#)



# DEEL 1

# Algemene inleiding in de gezondheidsbevordering van jongeren

- 1 Gezondheid en gezondheidsbevordering 11
- 2 Gezond en ongezond gedrag 51
- 3 Ontwikkeling van jongeren 93
- 4 Communiceren met jongeren 117



# 1

## Gezondheid en gezondheidsbevordering

*Elly van Haaren*

- 1.1 Visies op gezondheid, welzijn en ziekte
- 1.2 Het ontstaan van erfelijke, aangeboren en besmettelijke ziekten
- 1.3 Oorzaken en gevolgen van ziekten
- 1.4 Leefstijlproblemen
- 1.5 Epidemiologische gegevens en preventie
- 1.6 Wettelijke voorschriften
- 1.7 Actueel politiek beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering en ziektepreventie

[www.lekkerbelangrijk.noordhoff.nl](http://www.lekkerbelangrijk.noordhoff.nl)

**‘Preventie is geen kostenpost,  
maar opbrengst.’**

— Mariëtte Hamer, voorzitter van de Sociaal-Economische Raad

## 1.1 Visies op gezondheid, welzijn en ziekte

Wat is gezondheid? Daar is niet meteen een eenduidig antwoord op te geven. Het antwoord hangt af van de manier van kijken. Is gezondheid vooral de afwezigheid van lichamelijke ziekten? Of ben je gezond als alles psychisch in orde is? Of wanneer je sociaal goed functioneert?

In deze paragraaf wordt duidelijk dat in de verschillende definities en visies de nadruk op steeds een ander aspect ligt. Dit heeft gevolgen voor hoe gezondheid wordt ervaren. In deze paragraaf krijg je de meest voorkomende definities van gezondheid en visies op gezondheid voorgeschoteld.

### 1.1.1 Definities

Van Dale definieert gezondheid als: 'Het gezond-zijn.' Wikipedia schrijft: 'Gezondheid is een toestand van algeheel welbevinden waarin er geen sprake is van lichamelijk letsel of ziekte.' De Thesaurus Zorg en Welzijn (een trefwoordenbestand) vindt gezondheid: 'Een staat van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn' ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als volgt:

Gezondheid

'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken' ([www.who.int](http://www.who.int)).

Definities

In deze definities komt naar voren dat gezondheid iets te maken heeft met zowel lichamelijk als geestelijk en sociaal welzijn. De WHO gaat hierin het verst door te stellen dat het een toestand van volledig welzijn moet zijn.

### Positieve gezondheid

De vraag is of volledig welzijn, zoals de WHO gezondheid definieert, haalbaar is. Er komt steeds meer discussie over deze definitie. In een internationale conferentie (Gezondheidsraad, 2010) is geconstateerd dat gezondheid niet statisch is, maar dynamisch. Huber e.a. (2011) vinden dat gezondheid veel meer te maken heeft met de mogelijkheid tot aanpassen en zelfmanagement. Zij definiëren gezondheid 'als 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'. Volgens Ruwaard (2012) kan gezondheid worden gezien als een situatie van evenwicht, die wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zijzelf bezitten, of zich met behulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen.

### 1.1.2 Medisch-biologische gezondheidsvisie

Volgens de medisch-biologische visie is ziekte een defect in het lichaam dat bijvoorbeeld wordt veroorzaakt door een erfelijk bepaalde aandoening. Maar de oorzaak kan ook neurologisch of biochemisch van aard zijn. Of het defect is het gevolg van externe invloeden. Problemen worden op een natuurwetenschappelijke manier geïnterpreteerd. Ziekte is een biologische stoornis in het individu die opgelost kan worden met medicatie of een medische behandeling. Sociale factoren spelen niet of nauwelijks een rol. Klachten worden vertaald in individuele, lichamelijke klachten. Hierdoor wordt de mens los gezien van zijn omgeving. De lichamelijke gesteldheid wordt gezien als de belangrijkste factor van ons functioneren en welzijn.

Natuurwetenschappelijk

Het medisch-biologische model is monocausaal (letterlijk: één oorzaak): er wordt gezocht naar een directe relatie tussen het symptoom en de ziekte of stoornis. Bij iemand met bijvoorbeeld een depressie wordt de oorzaak gezocht in een tekort aan bepaalde chemische stoffen in de hersenen. De oplossing wordt gevonden in medicatie. Er is geen aandacht voor persoonlijkheid, relaties, werk en maatschappelijke factoren.

Volgens deze visie is een persoon gezond indien ziekte of andere lichamelijke gebreken afwezig zijn.

### 1.1.3 Salutogenese en asset-based approach

De medisch-biologische visie richt zich vooral op ziekte en de behandeling en preventie van ziekte (pathogenese). Maar je kunt ook kijken naar de gezonde kant van mensen; naar hun mogelijkheden en capaciteiten. Deze andere kijk op gezondheid vindt steeds meer ingang bij overheid, zorgverleners en welzijnswerkers. Twee visies die dat als uitgangspunt nemen, zijn salutogenese en *asset-based approach*.

Antonovsky (1996) introduceerde als tegenhanger van de pathogenese het begrip salutogenese. In deze visie ligt de nadruk op gezondheid en het behoud en de bevordering van gezondheid. De vraag is dan: wat houdt mensen gezond?

SOC (*sense of coherence*) en GRR (*generalised resistance resources*) zijn twee belangrijke begrippen binnen de salutogenese:

- Sense of coherence: de manier waarop de mens naar zijn eigen leven kijkt, heeft een positieve invloed op zijn gezondheid. Dit refereert aan de capaciteiten van een persoon: de situatie kunnen begrijpen, vertrouwen hebben, invloed kunnen uitoefenen.
- Generalised resistance resources: de mens heeft hulpbronnen om om te gaan met stressoren (stresssituaties) in zijn leven. Deze hulpbronnen kun je onderscheiden in biologische (bijvoorbeeld genen, intelligentie, afweersysteem), materiële (bijvoorbeeld geld, huis) en psychosociale (bijvoorbeeld kennis, ervaring, sociaal netwerk).

In de asset-based approach wordt de nadruk gelegd op het vermogen van mensen om hun eigen gezondheid te behouden. Ze worden gestimuleerd positief naar hun situatie te kijken en zich vooral te richten op die factoren die gezondheid en welzijn bevorderen.

### 1.1.4 Psychologische gezondheidsvisie

In de psychologische visie worden gedrag en symptomen van ziekten verklaard door geestelijke factoren en cognitieve processen zoals denken, voelen, waarnemen en herinneren. Men richt zich op de vraag of een persoon in staat is zelf gestelde doelen te behalen en hiermee aan een belangrijke psychische behoefte te voldoen. Ben je in staat om trauma's, verlies en frustratie te verwerken? Kun je leven met conflicten en stressoren? Je bent ziek (psychisch ongezond) als je niet in staat bent hiermee goed om te gaan en psychisch gezond als je wel aan je geestelijke behoeften kunt voldoen. Iemand die lichamelijk ziek is, kan psychisch natuurlijk wel gezond zijn. Deze visie kenmerkt zich door een individuele benadering. Maar ook binnen de psychologische visie wordt gezondheid vanuit verschillende invalshoeken benaderd:

- De *neurobiologische benadering*: alles wat er in de mens gebeurt, heeft zijn oorsprong in het brein. In deze benadering wordt speciaal gekeken naar de neurobiologische oorzaken van gedrag.

Asset-based approach

Salutogenese

Psychische gezondheid



- De *gedragsbenadering*: de aandacht richt zich op gedrag en niet zozeer op interne processen.
- De *cognitieve benadering* gaat ervan uit dat de mens geen passieve ontvanger is van prikkels, maar deze transformeert en opslaat om ze te kunnen gebruiken.
- De *psychoanalytische benadering*: Sigmund Freud is de grondlegger van de psychoanalyse. Hij ging ervan uit dat veel van ons gedrag voortkomt uit het onderbewuste.
- De *fenomenologische benadering*: deze gaat uit van het feit dat ervaringen subjectief zijn. Twee mensen kunnen heel verschillend op dezelfde situatie reageren. Het is belangrijk hoe iemand tegen een bepaalde situatie aankijkt.

### 1.1.5 Sociologische gezondheidsvisie

In de sociologische visie wordt de nadruk gelegd op de relatie tussen gezondheid en sociale omgeving. Het maatschappelijk functioneren wordt boven persoonlijke gevoelens gesteld. Volgens deze visie is de invloed van de omgeving op de mens groot.

Het gaat om de mens in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context. De mens is deelnemer aan een sociaal systeem. Dit systeem beïnvloedt hem in positieve en negatieve zin. Bij een slecht functionerende omgeving of verkeerde invloeden kan het individu ziek worden. Bijvoorbeeld, door werkloosheid verandert de positie van het individu in de maatschappij en zijn rol in het gezin. Bovendien kan het werkloos zijn het zelfbeeld van dit individu aantasten en zijn kwetsbaarheid verhogen. Dit kan leiden tot ziekte. Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2003, p. 27) beschrijven zes fundamentele sociale bestaansvoorwaarden:

- 1 hechting (gevoel van veiligheid, nabijheid en comfort dat anderen bieden)
- 2 sociale integratie in een netwerk van gelijkgestemde individuen
- 3 geruststelling door de reactie van anderen die iemands gedrag bevestigen
- 4 kansen om anderen te koesteren
- 5 vormen van betrouwbare verbintenissen voor wederzijdse hulp en steun
- 6 de mogelijkheid om begeleid te worden bij het omgaan met stressvolle gebeurtenissen

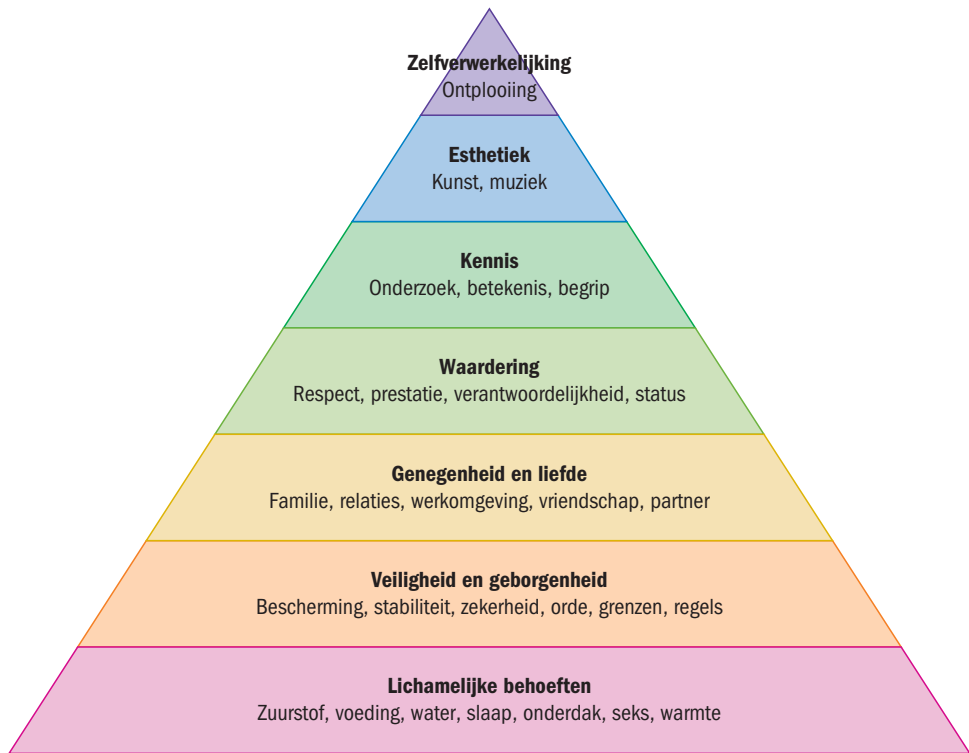
Gezondheid is binnen deze visie te beschouwen als een situatie waarbij iemand goede relaties onderhoudt met zijn omgeving, zich veilig voelt en past binnen de normen van de groep waartoe hij behoort.

### 1.1.6 Humanistische gezondheidsvisie

In de humanistische visie staat de persoonlijke groei van de mens centraal. De mens moet zich in volle vrijheid kunnen ontwikkelen. Een van de grondleggers van deze visie is Maslow. Hij heeft de theorie over de *hiërarchie van behoeften* ontwikkeld. Hij stelt dat de menselijke behoeften ondergebracht kunnen worden in zeven categorieën (zie figuur 1.1):

- 1 lichamelijke behoeften
- 2 behoefte aan veiligheid en geborgenheid
- 3 behoefte aan genegenheid en liefde
- 4 behoefte aan waardering
- 5 behoefte aan kennis
- 6 behoefte aan esthetiek (kunst, muziek, mooie dingen in het leven)
- 7 behoefte aan zelfverwerkelijking

FIGUUR 1.1 Maslow's behoeftehiërarchie



Eerst moeten de belangrijkste basisbehoeften bevredigd zijn voor iemand toekomt aan de andere behoeften. Hoe beter het de mens gaat, hoe hoger hij komt in de piramide. Hij gaat andere zaken belangrijk vinden omdat hij zich niet druk hoeft te maken over zijn basale behoeften. Hij reikt steeds hoger en komt op terreinen die aanvankelijk buiten zijn bereik lagen. Uiteindelijk komt hij toe aan zelfverwerkelijking: de ontwikkeling tot individu of zelfstandige persoonlijkheid, het realiseren van wie of wat je in wezen zelf bent. Een mens die zichzelf verwerkelijkt heeft, is een vrij mens.

Volgens de humanistische visie ervaart de mens gezondheid als hij persoonlijk kan groeien. Pas dan vindt hij zijn leven zinvol.

### 1.1.7 Holistische gezondheidsvisie

Volgens de holistische benadering moet gezondheid gezien worden in het licht van het totale functioneren van de mens. De lichamelijke, geestelijke, sociale en spirituele elementen kunnen niet gescheiden worden; ze zijn van belang voor een goede gezondheid en beïnvloeden elkaar. De mens staat in relatie tot zichzelf, zijn medemens, de maatschappij en de wereld.

Het holisme wordt volgens Thesaurus Zorg en Welzijn zo gedefinieerd: 'Theorie die de levensverschijnselen bepaald acht door de totaliteit van het levende, die meer is dan de som van de onderdelen. Visie waarbij ervan uit wordt gegaan dat lichamelijke, sociale, psychische en religieuze aspecten elkaar wederkerig beïnvloeden' ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)).

**Holisme**

Gezondheid heeft dus betrekking op de totale mens en wordt ervaren als een evenwicht tussen de verschillende componenten.

Gezondheid en ziekte zijn subjectieve begrippen die onderhevig zijn aan de inzichten van ieder mens afzonderlijk en aan de tijdsgeest. Er vindt in de gezondheidszorg een verschuiving plaats van aandacht voor ziekte naar aandacht voor gezondheid, van aandacht voor niet-functioneren naar functioneren. Twee ontwikkelingen wijzen daarop. Ten eerste heeft de WHO naast een classificatiesysteem voor de classificatie van ziekten (*International Classification of Diseases: ICD*), waarin de nadruk ligt op ziekte, een classificatiesysteem ontwikkeld voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden (*International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*). Ten tweede heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2010 een advies uitgebracht om de aandacht te verleggen van zz (ziekte en zorg) naar gg (gezondheid en gedrag). De overheid heeft dit advies overgenomen (zie paragraaf 1.7).

ICD

ICF

## 1.2 Het ontstaan van erfelijke, aangeboren en besmettelijke ziekten

Er zijn talloze aangeboren en besmettelijke ziekten, van veelvoorkomend tot zeer zeldzaam en van onschuldig tot zeer ernstig. In deze paragraaf komt aan bod wat erfelijke, aangeboren en besmettelijke ziekten zijn en hoe ze ontstaan. Er worden voorbeelden van verschillende ziekten gegeven.

### 1.2.1 Erfelijke ziekten

Erfelijkheid

Erfelijke ziekten en aandoeningen zijn altijd aangeboren, maar niet alle aangeboren ziekten zijn erfelijk, want aangeboren aandoeningen kunnen ook ontstaan tijdens de conceptie of de zwangerschap. Erfelijke (of genetische) aandoeningen ontstaan in ons erfelijk materiaal. Ze kunnen overgedragen worden van ouder(s) op kind of ontstaan door een mutatie.

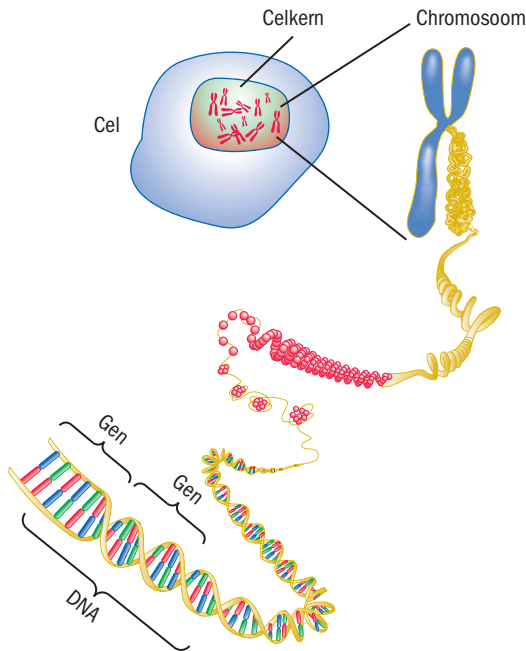
De erfelijk overdraagbare ziekten komen nu als eerste aan bod, daarna de aangeboren ziekten, waarbij ook de ziekten benoemd worden die wel ontstaan in het erfelijk materiaal, maar niet overdraagbaar zijn van ouders op kind.

#### Genetisch bepaald

Chromosomen

In ons lichaam vinden allerlei ingewikkelde processen plaats. De basis van deze activiteiten ligt in de celkernen van onze cellen, namelijk in het DNA (desoxyribonucleïnezuur). Het DNA is het erfelijke materiaal en ligt gerangschikt in chromosomen in onze cellen (zie figuur 1.2). Elke celkern heeft 23 paar chromosomen, waarvan er bij elk paar één van de vader en één van de moeder komt. Het 23e paar is het geslachtschromosoom: een vrouw heeft twee X-chromosomen, een man heeft een X- en een Y-chromosoom. Het DNA bestaat uit verschillende stukjes, de genen. Deze genen bepalen onze eigenschappen, bijvoorbeeld de kleur van ons haar en onze ogen, maar ze zorgen er ook voor dat we eigenschappen en aandoeningen van onze ouders overerven.

FIGUUR 1.2 Cel, chromosoom, DNA en gen



Bron: <http://erfelijkheid.nl>

### Ontstaan van erfelijke aandoeningen

Van elke chromosoom (en dus ook van alle genen die erop liggen) hebben we er twee, één van de vader en één van de moeder. Als een ouder een gen-afwijking heeft, dan kan hij of zij deze doorgeven aan het kind. Een dergelijke afwijking kan op verschillende manieren worden doorgegeven, namelijk:

- **Dominante overerving:** de ziekte ontstaat al als een kind een ziek gen van één ouder erft. Het zieke gen dat die ouder heeft doorgegeven is namelijk dominant (overheersend). Voorbeeld: de ziekte Chorea van Huntington.
- **Recessieve overerving:** de ziekte ontstaat pas als een kind van beide ouders een ziek gen erft. Die zieke genen van allebei de ouders zijn namelijk recessief (letterlijk: op de achtergrond gerakend), maar samen kunnen ze wel een ziekte veroorzaken. Voorbeelden: taaislijmziekte, sikkelcelanemie.
- **Geslachtsgebonden overerving:** als het afwijkend gen op het vrouwelijke X-chromosoom of het mannelijk Y-chromosoom zit. Y-gebonden erfelijke ziekten zijn zeldzaam. Voorbeelden van afwijkingen op het X-chromosoom: hemofilie (bloederziekte), kleurenblindheid, spierdystrofie van Duchenne.

**Dominante overerving**

**Recessieve overerving**

**Geslachtsgebonden overerving**

Ziekten kunnen dus ontstaan als een kind een ziek dominant gen van een van de ouders krijgt, of als het van beide ouders een ziek recessief gen krijgt. Overerving van één ziek recessief gen veroorzaakt bij het kind geen afwijking, maar het kind wordt wel drager van dit defecte gen. Draggers merken zelf meestal niets van hun dragerschap, maar zij kunnen de mutatie wel weer doorgeven aan hún kinderen.

Geslachtsgebonden ziekten (die meestal op het X-chromosoom zitten) komen meer voor bij jongens. Meisjes hebben namelijk twee X-chromosomen

en als één ervan ziek is, hebben ze nog een gezonde kopie die de afwijking kan compenseren. Jongens hebben een X- en een Y-chromosoom en hebben dus geen gezonde kopie van het X-chromosoom. Zoals gezegd is een erfelijke aandoening altijd aangeboren, maar dat wil niet zeggen dat deze bij de geboorte ook direct merkbaar is. Bij een deel van de aandoeningen krijgt iemand pas later in het leven klachten.

### 1.2.2 Aangeboren aandoeningen

Aangeboren of congenitale aandoeningen zijn structurele aanlegstoornissen. Ze ontstaan vóór de geboorte. Een deel van de aangeboren aandoeningen is erfelijk, maar er zijn ook aangeboren aandoeningen die veroorzaakt worden door externe factoren, zoals infecties of medicijn- en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Niet alle aangeboren aandoeningen zijn al bij de geboorte zichtbaar; ze komen pas later aan het licht.

Er zijn veel verschillende aangeboren afwijkingen. We zullen de volgende, bekende voorbeelden bespreken:

- aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel
- aangeboren afwijkingen van het hart- en vaatstelsel
- het syndroom van Down

#### *Aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel*

Spina bifida (open rug) en anencefalie (verminderde ontwikkeling van de hersenen) zijn twee voorbeelden van afwijkingen van het centrale zenuwstelsel, de zogenoemde neuraalbuisdefecten. Het centrale zenuwstelsel ontwikkelt zich uit de neuraalbuis. Een onvolledige sluiting of onvolledige aanleg van deze neuraalbuis leidt tot het defect. Deze aandoeningen hebben grote gevolgen voor de ontwikkeling van het embryo en voor de ontwikkeling later in het leven. Kinderen met een neuraalbuisdefect hebben vaak ernstige beperkingen.

#### *Aangeboren afwijkingen van het hart- en vaatstelsel*

Voorbeelden van aangeboren hartafwijkingen zijn: een lekkende aortaklep, een vernauwing van de aortaklep, een gaatje in het tussenschot tussen de boezems of een gaatje in het tussenschot van de kamers. De klachten kunnen variëren van licht tot zeer ernstig. Vermoeidheid is de meest voorkomende klacht. In ernstige gevallen is een operatie noodzakelijk om het defect te herstellen.

#### *Syndroom van Down*

Een kind met het syndroom van Down staat in de volksmond bekend als 'mongooltje' of tegenwoordig ook wel als 'downy'. De lichamelijke en verstandelijke beperkingen bij dit syndroom variëren enorm. Het downsyndroom is niet te behandelen, maar wel kan de ontwikkeling van het kind worden gestimuleerd. Het syndroom kan met prenatale screening worden vastgesteld. Ouders kunnen dan eventueel besluiten tot een vroegtijdige afbreking van de zwangerschap.

### 1.2.3 Besmettelijke ziekten

Een besmettelijke ziekte wordt overgebracht door mens of dier en wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van micro-organismen, zoals bacteriën, virussen, schimmels of parasieten. Je kunt een infectieziekte oplopen door contact met besmette personen, via voedsel, besmette oppervlaktes of water, het inademen van besmette lucht of door insecten.

In deze subparagraaf beschrijven we een aantal belangrijke besmettelijke ziekten die veroorzaakt worden door virussen of bacteriën en die, naast

griep en verkoudheid, veel voorkomen in de kindertijd en puberteit/adolescentie: kinderziekten, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en de ziekte van Pfeiffer.

### Kinderziekten

Kinderziekten zijn ziekten die, zoals de naam al zegt, het meest voorkomen in de kindertijd. Ze worden veroorzaakt door virussen of bacteriën en zorgen voor een levenslange immuniteit: als je ze eenmaal hebt doorgemaakt, krijg je ze nooit meer. Waterpokken, de vijfde ziekte (erythema infectiosum) en de zesde ziekte (roseola infantum) zijn onschuldige virusinfecties, kinderen zijn er niet ernstig ziek van. Maar wanneer je een dergelijke ziekte op latere leeftijd krijgt, kun je er wel veel last van hebben.

Maar er zijn ook kinderziekten die wel ernstige complicaties kunnen veroorzaken en waartegen kinderen dan ook gevaccineerd worden:

- 6-9 weken: DKTP, Hib, HepB, Pneu.
- 3 maanden: DKTP, Hib, HepB.
- 4 en 11 maanden: DKTP, Hib, HepB, Pneu.
- 14 maanden: BMR, MenC.
- 4 jaar: DKTP
- 9 jaar: DTP (kinkhoest wordt deze keer niet meer gegeven), BMR.
- 12 jaar: HPV.

DKTP = difterie (bacterie), kinkhoest (bacterie), tetanus (bacterie) en polio (virus)

Hib = Haemophilus influenzae type b (bacterie)

HepB = hepatitis B (virus)

Pneu = pneumokokken (bacterie)

BMR = bof (virus), mazelen (virus) en rode hond (virus)

MenC = meningokokken C (bacterie)

HPV = humaan papillomavirus (virus)

Door de hoge vaccinatiegraad in Nederland komen deze ziekten bijna niet meer voor.

Vaccinaties

**FIGUUR 1.3** Vaccinatie van baby's op het consultatiebureau van de GGD



## Soa's

**Seksueel overdraagbare aandoeningen**

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) worden opgelopen bij onveilig vrijen. Soa's worden overgedragen via sperma, bloed, vaginaal vocht en bij contact van slijmvliesen.

Er zijn tientallen soa's; de meeste zijn goed te genezen, een aantal niet. Ze kunnen veroorzaakt worden door een virus, een bacterie of een schimmel. Soa's kunnen in sommige gevallen onvruchtbaarheid veroorzaken of aandoeningen aan de ongeboren vrucht.

De meest voorkomende aandoeningen zijn:

- chlamydia
- gonorroe
- hepatitis B
- syfilis
- hiv/aids

*Chlamydia*

Chlamydia is de meest voorkomende soa in Nederland en wordt veroorzaakt door een bacterie. Deze aandoening is eenvoudig te genezen met antibiotica. Maar iemand die besmet is, heeft dit lang niet altijd in de gaten. Hierdoor kan hij of zij anderen besmetten zonder het te weten. Bovendien kunnen er complicaties optreden als de aandoening niet behandeld wordt, bijvoorbeeld onvruchtbaarheid.

*Gonorroe*

Gonorroe wordt in de volksmond druiper genoemd en wordt veroorzaakt door bacteriën (gonokokken). Deze aandoening is heel besmettelijk. Gonorroe is wel goed te behandelen met een antibioticum. Een vrouw merkt vaak weinig van de besmetting; mannen hebben wel duidelijke klachten. Als gonorroe niet behandeld wordt, kan dat in het ergste geval bij de vrouw leiden tot onvruchtbaarheid of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Bovendien kan zij bij de bevalling de bacterie overdragen op de baby.

*Hepatitis B*

Hepatitis B is een infectie van de lever die wordt veroorzaakt door het hepatitis B-virus. Soms zijn er helemaal geen klachten, maar op de lange termijn kan er blijvende schade aan de lever optreden. Hepatitis B is erg besmettelijk. Het virus bevindt zich in bloed, sperma, speeksel en vaginaal vocht. Je kunt het op verschillende manieren oplopen, bijvoorbeeld door seksueel contact.

Als een vrouw zwanger raakt, kan zij het virus tijdens de zwangerschap of bevalling overdragen op het kind.

*Syfilis*

Syfilis is een ernstige seksueel overdraagbare aandoening. Deze aandoening wordt veroorzaakt door een bacterie en is met antibiotica goed te genezen als je er op tijd bij bent.

In eerste instantie verschijnen er zweertjes die ook zonder behandeling verdwijnen, maar de ziekte is niet weg. In het tweede stadium van de ziekte wordt de bacterie via de bloedbaan door het hele lichaam verspreid. Later kunnen het hart, de aorta, de hersenen, het ruggenmerg en de botten beschadigd raken.



### Hiv/aids

Hiv is het virus dat aids veroorzaakt. Het virus kan zich bevinden in bloed, speeksel, sperma en voorvocht, vaginaal vocht en moedermelk. Het virus breekt het afweersysteem af dat het lichaam beschermt tegen ziekten en kan zo aids veroorzaken. Het afweersysteem verzwakt steeds verder en daardoor kunnen longontsteking, darminfecties of kanker ontstaan. Tegenwoordig is behandeling mogelijk met een combinatie van hiv-remmers waardoor aids kan worden voorkomen of langdurig worden uitgesteld. Aids is in veel gevallen een chronische ziekte geworden.

### Ziekte van Pfeiffer

De ziekte van Pfeiffer is een infectie met een virus (Epstein-Barr-virus). Dit virus zit in het speeksel en verspreidt zich door hoesten en zoenen. Daarom wordt de ziekte ook wel *kissing disease* genoemd.

Deze aandoening komt het meest voor bij jongeren onder de twintig. De ziekte begint vaak met keelpijn, rillerigheid, koorts, een ziek gevoel, hoofdpijn en opgezette lymfeklieren. Maar vermoeidheid, die soms maanden kan duren, is het meest opvallende verschijnsel. Jonge kinderen merken vaak niet dat ze besmet zijn. De ziekte gaat vanzelf over.

## 1.3 Oorzaken en gevolgen van ziekten

Ziekten kunnen op verschillende manieren ontstaan. Het begrijpen daarvan is geen eenvoudig proces. Sommige ziekten kennen één oorzaak (unifactorieel), andere hebben meerdere oorzaken (multifactorieel). De oorzaak kan van binnenuit komen (endogeen) of veroorzaakt worden door externe factoren (exogeen). Psychogene factoren kunnen aanleiding zijn tot lichamelijk ziek worden (psychosomatische aandoeningen). Bovendien spelen ook maatschappelijke factoren een rol bij het ontstaan van ziekten. Iemand met een lage sociaaleconomische status heeft meer kans om ziek te worden en eerder te overlijden.

Unifactorieel  
Multifactorieel

In deze paragraaf gaan we in op de oorzaken en gevolgen van ziekten voor het individu en de maatschappij. Bovendien bespreken we de begrippen draagkracht en draaglast.

### 1.3.1 Oorzaken van ziekten

Ziekten indelen naar oorzaak is een riskante onderneming. In de praktijk blijkt slechts zelden één factor verantwoordelijk te zijn voor het ontstaan van een ziekte en soms is de oorzaak helemaal niet bekend. Om toch enig inzicht te geven, kan de volgende indeling van oorzaken van ziekten worden gehanteerd:

- Aangeboren: afwijking door een ontwikkelingsstoornis van de vrucht (zie subparagraaf 1.2.2).
- Erfelijk, genetisch: de ziekte ontstaat door een afwijking in het DNA (zie subparagraaf 1.2.1).
- Infectieus: door schadelijke micro-organismen, zoals bacteriën en virussen (zie subparagraaf 1.2.3).
- Immunologisch: ziekten die ontstaan door een gebrekkige afweer of doordat het lichaam antistoffen maakt tegen het eigen weefsels, zoals bij auto-immuunziekten.
- Neoplastisch: ontstaan van tumoren.

- Traumatisch: afwijkingen/ziekten als gevolg van een ongeluk, geweld, ernstige verwonding.
- Toxisch: ontstaan door vergiftiging.
- Metabool: te maken hebbend met de stofwisseling.
- Allergie: overgevoeligheid voor een bepaalde stof waarop het afweermecanisme met een sterke afweerreactie reageert.
- Degeneratief: ziekten die ontstaan door achteruitgang van de kwaliteit van het weefsel. Deze achteruitgang kan bijvoorbeeld samenhangen met bepaalde leefstijlfactoren.
- Psychogeen: door psychische factoren.
- Iatrogeen: ziekten die ontstaan door de behandeling.

#### Comorbiditeit Multimorbiditeit

Als iemand twee of meer ziekten heeft, wordt dit comorbiditeit of multimorbiditeit genoemd:

- Comorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
- Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson en incontinentie.

Nederland is een welvarend land, er wordt veel aandacht besteed aan voorlichting en preventie. Bovendien heeft bijna iedereen toegang tot de gezondheidszorg. Toch zijn er grote gezondheidsverschillen. Verschillen tussen de geslachten en verschillen die samenhangen met het verschil in burgerlijke staat of etnische afkomst. Maar het grootst zijn de verschillen in gezondheid die samenhangen met de verschillen in sociaaleconomische status.

#### Geslacht

#### Levensverwachting

Mannen leven korter dan vrouwen. De levensverwachting voor mannen is 78,8 jaar en voor vrouwen 82,7 jaar. Dit verschil wordt onder andere veroorzaakt door de invloed van vrouwelijke hormonen, oestrogeen beschermt bijvoorbeeld tegen aderverkalking. Ook levensstijl speelt een rol, mannen roken en drinken meer en vertonen roekelozer gedrag. Maar de verschillen worden kleiner, deels doordat vrouwen meer zijn gaan roken. Dit laatste zorgt voor een toename van het aantal vrouwen met longkanker of andere vormen van kanker, of hart- en vaatziekten.

#### Burgerlijke staat

Singles leven korter. Volwassenen met een levenspartner hebben een betere gezondheid en een kleinere kans op sterfte dan volwassenen zonder levenspartner. Mensen met een partner roken minder en ondervinden meer psychosociale steun.

#### Etniciteit

Er zijn verschillen tussen groepen mensen met een Nederlandse en mensen met een migratie-achtergrond. Zo komt diabetes meer voor onder Turken, Marokkanen en Surinamers. Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen rapporteren meer gezondheidsklachten dan mensen met een Nederlandse achtergrond; zij voelen zich minder gezond. Hoewel de gezondheid van mensen met een migratie-achtergrond over het algemeen minder goed is dan die van mensen met een Nederlandse achtergrond, zijn er wel uitzonderingen. Zo blijkt sterfte vooral onder Marokkaanse mannen vanaf 45 jaar lager te liggen dan onder mannen met een Nederlandse achtergrond in die leeftijdsgroep.

Gegevens over ziekten en gezondheid van mensen met een niet-westerse achtergrond zijn nauwelijks beschikbaar. Wel is bekend dat de zuigelingensterfte en de perinatale sterfte hoger is onder groepen met een niet-westerse achtergrond dan onder groepen met een westerse achtergrond (www.nationaalkompas.nl, 2010).

### **Sociaaleconomische status**

De sociaaleconomische status (SES) wordt bepaald door materiële omstandigheden, vaardigheden, capaciteiten en kennis en het sociale netwerk, en de status en macht van mensen in dat netwerk. SES en gezondheidstoestand zijn aan elkaar gerelateerd.

SES

Er bestaan in Nederland aanzienlijke verschillen in gezondheid tussen verschillende SES-groepen. Cijfers over de periode 2009-2012: De levensverwachting bij geboorte van hoogopgeleide mannen is 82 jaar. Voor laagopgeleide mannen is dat 75 jaar. De verwachte levensduur voor vrouwen is hoger: 86 jaar voor hoogopgeleiden en 80 jaar voor laagopgeleiden.

Laagopgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 18,5 en 19 jaar korter met een als goed ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden.

Laagopgeleiden krijgen dus vroeger in hun leven met beperkingen, chronische ziekten en geestelijke problemen te maken (Nationaal Kompas, 2012).

### **1.3.2 Gevolgen van ziekte**

De gevolgen van ziekten kunnen groot zijn, zowel op individueel als op maatschappelijk niveau. Op individueel niveau kan een ziekte leiden tot minder ontwikkelingsmogelijkheden, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, pijn en overlijden. Op maatschappelijk niveau hebben ziekten invloed op de volksgezondheid en veroorzaken ze kosten door zorg, behandeling en ziekteverzuim. We noemen het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten ziektebelasting. Ziektebelasting geeft dus aan welke invloed ziekten hebben op de volksgezondheid. De ziektebelasting wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years) (zie paragraaf 1.5.1).

DALY's

#### **Het individu**

De gevolgen van ziekten variëren enorm, van hinderlijk, bijvoorbeeld een weekje uit de roulatie vanwege griep, tot zeer ernstig, bijvoorbeeld blijvend gehandicapt door een dwarslaesie of ernstig ziek door kanker. Ziekte heeft niet alleen lichamelijke gevolgen, maar ook psychische en sociale. Hoe ziekte ervaren wordt, wisselt per individu, is tijd- en plaatsgebonden en kan verschillen per cultuur of sociale groep waarin iemand zich bevindt.

#### *Lichamelijke gevolgen*

Veel ziekten gaan gepaard met ziekteverschijnselen die de mens in zijn functioneren beperken. Je maakt onderscheid tussen objectieve symptomen, zoals koorts, hoge bloeddruk, een breuk of een tumor, en subjectieve symptomen, zoals pijn, jeuk en misselijkheid.

#### *Psychische gevolgen*

Psychische en lichamelijke ziekten kunnen beide psychische gevolgen hebben. Piekeren over de gezondheid, angst voor de toekomst, zorgen om het gezin en depressie kunnen het dagelijks leven en functioneren danig beïnvloeden.

#### *Sociale gevolgen*

Vooral langdurige ziekten of ziekten met ernstige verschijnselen kunnen gevolgen hebben voor iemands relatie en sociale contacten. De partner kan

het niet meer aan of de zieke is niet in staat zijn sociale contacten te onderhouden door motorische beperkingen. Wanneer iemand niet meer in staat is te werken, kan dit leiden tot achteruitgang in inkomen, eenzaamheid en zich nutteloos voelen in de maatschappij.

### De maatschappij

Ziekten hebben grote maatschappelijke gevolgen; ze zijn van invloed op de volksgezondheid en veroorzaken hoge kosten.

#### Kosten

#### Kosten gezondheidszorg

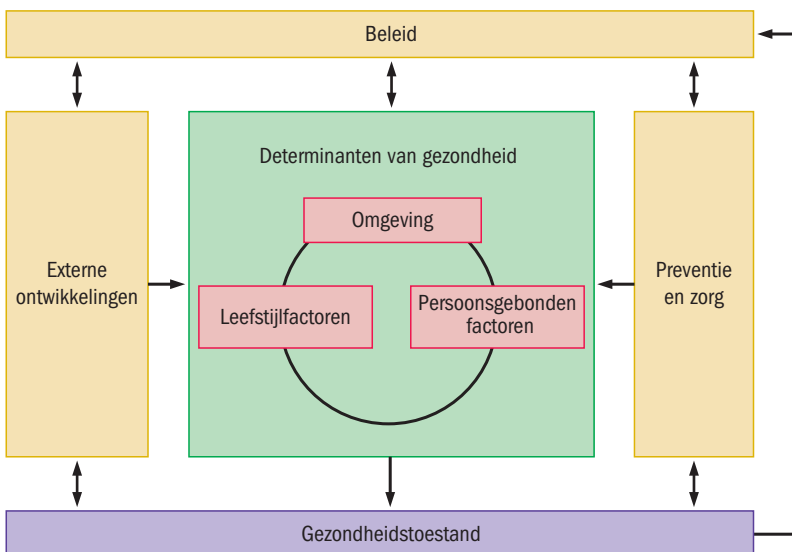
De kosten voor de gezondheidszorg nemen sterk toe. Volgens het CBS was dit in 2000 €47 miljard voor zorg en welzijn en in 2010 €87,6 miljard (CBS Statline, 2011). De uitgaven gingen naar ziekenhuiszorg (€22,4 miljard), ouderenzorg (€16 miljard), huisartsenpraktijken (€2,5 miljard), GGZ (€5,4 miljard), geneesmiddelen (€6,4 miljard), gehandicaptenzorg (€7,9 miljard) en overig, zoals therapeutische middelen, kinderopvang en arbodiensten (€27 miljard). Daarnaast leidt ziekteverzuim tot kosten voor werkgevers en overheid. In 2011 bedroeg het ziekteverzuim van Nederlandse werknemers 4,2% (CBS).

#### Volksgezondheid

#### Beïnvloedende factoren

In de volksgezondheid gaat het om de gezondheidstoestand van een populatie en over de factoren die deze gezondheidstoestand beïnvloeden. Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden zijn: de ziekte zelf en de gevolgen die deze ziekte heeft voor het functioneren en de kwaliteit van leven, gedrag (roken, eten, bewegen), de (sociale en fysieke) omgeving en persoonsgebonden factoren (aanleg, geslacht). Ook preventie, zorg en externe ontwikkelingen (bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen) hebben invloed op de gezondheid. Tot slot zijn het beleid van de overheid en van gezondheidszorgorganisaties van belang (zie figuur 1.4).

FIGUUR 1.4 Conceptueel basismodel van de volksgezondheid



Om iets te kunnen zeggen over de gezondheidstoestand van een populatie is het belangrijk dat cijfers gehanteerd worden die onderling te vergelijken zijn. De maten die hiervoor gebruikt worden, zijn DALY en QALY (zie subparagraaf 1.5.1).

### Ziektelast

- Hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, beroerte, COPD, psychische stoornissen en kanker veroorzaken de meeste ziektelast.
- In Nederland overlijden de meeste mensen aan kanker en hart- en vaatziekten. Het aandeel van hart- en vaatziekten in de totale sterfte over de periode 1980-2011 is gedaald; die van kanker gestegen. Volgens de Hartstichting was het aandeel van de hart- en vaatziekten in de totale sterfte in 2015 28% voor vrouwen en 27% voor mannen.
- Autismespectrumstoornissen en verstandelijke handicaps veroorzaakten in 2011 de meeste ziektelast bij 0- tot 15-jarigen.

Bij 15- tot 65-jarigen zijn dit angst- en stemmingsstoornissen en bij mensen van 65 jaar en ouder de hartziekten.

- Ruim 13% van de ziektelast is toe te schrijven aan roken. Hiermee is roken veruit de belangrijkste risicofactor.
- Sinds 1981 is het aandeel Nederlanders van 20 jaar of ouder met obesitas meer dan verdubbeld. Ook onder kinderen en jongeren kwam obesitas in de loop van de jaren steeds meer voor. In 2015 was het aandeel Nederlanders met overgewicht en obesitas vergelijkbaar met een jaar eerder.

Bron: [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info) en [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

### 1.3.3 Draagkracht en draaglast

De ervaringen van mensen bij ziekte verschillen per individu. Sommige mensen ervaren een eenvoudige aandoening als zwaar, terwijl andere heel goed kunnen leven met een ernstige handicap. Waarom kan de één een belastende situatie makkelijk het hoofd bieden en is de ander snel van slag? Waarom vindt de één dat hij gezond is en een prettig leven heeft terwijl hij in een rolstoel zit en zit de ander bij de pakken neer bij een gebroken been? Persoonlijke factoren spelen hierbij natuurlijk een rol, maar ook de mate van ondersteuning die iemand krijgt. Niet alleen de draaglast is van belang, maar ook de draagkracht.

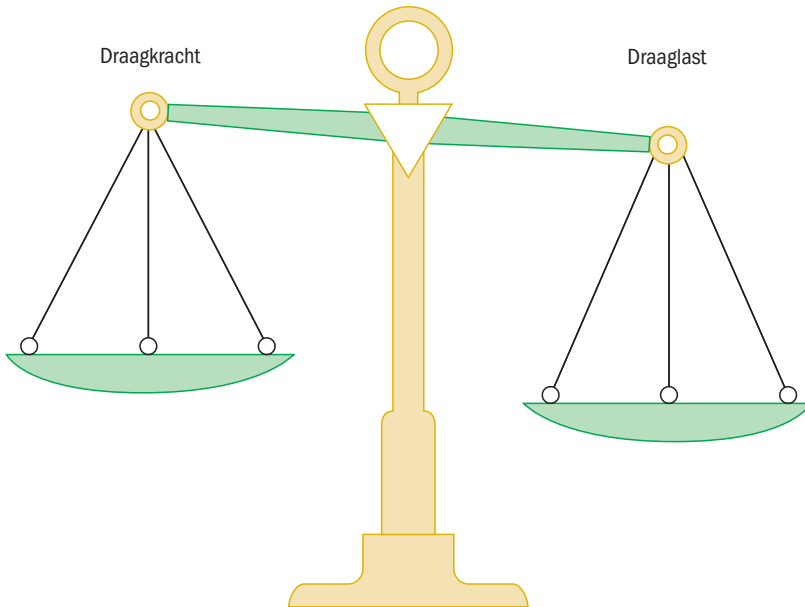
Draagkracht en draaglast zijn twee termen die bepalend zijn bij hoe iemand zijn ziekte ervaart. Draaglast is letterlijk de last die iemand te verdragen krijgt: de gebeurtenissen die zich in iemands leven voordoen, zoals ziekte en problemen in iemands relatie, werk en sociale omgeving. Draagkracht is letterlijk de kracht die iemand heeft om lasten te dragen: iemands vermogen om met de gebeurtenissen te kunnen omgaan en de steun die hij daarbij krijgt (zie figuur 1.5).

**Draagkracht en draaglast**

#### Factoren die van invloed zijn op de draaglast

Draaglast is nooit objectief vast te stellen. Zoals eerder gezegd is de een sneller uit het lood geslagen dan de ander. Maar welke factoren bepalen de draaglast? Naast de ernst van de ziekte en de symptomen en de mate van invaliditeit, speelt de prognose een rol. Iemand die ernstig ziek is maar weet dat hij beter wordt, zal anders tegen zijn ziekte aankijken dan iemand die weet dat hij blijvend gehandicapt is of zal overlijden aan de ziekte. Ook bijkomende problemen kunnen de situatie verergeren. Denk bijvoorbeeld aan het verlies van de partner of vrienden, verlies van het werk en de achteruitgang in maatschappelijke en financiële positie.

FIGUUR 1.5 Draagkracht versus draaglast



### Factoren die van invloed zijn op de draagkracht

Draagkracht wordt in de eerste plaats bepaald door iemands persoonlijke weerbaarheid. Hoe zit hij in zijn vel? Wat is zijn karakter? Hoe assertief is hij? Is hij gemotiveerd? Welke copingstijlen hanteert hij (dat wil zeggen de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat)?

Ten tweede speelt de sociale omgeving een belangrijke rol. Krijgt de zieke ondersteuning van zijn partner, familie en vrienden? In hoeverre kan hij zelf de regie blijven voeren over zijn leven? Hoe kijkt de samenleving aan tegen ziekte?

Tot slot speelt kennis van de ziekte een rol. Duidelijkheid over het ziektebeeld, de symptomen en de vooruitzichten verhogen in de meeste gevallen de draagkracht.

### Onbalans

Wanneer de draaglast groter is dan de draagkracht ontstaat er een onbalans. De Jonghe, Dekker en Goris (1997) geven invulling aan het draagkracht/draaglast-principe in het SSKK-model. SSKK staat voor steun, stress, kracht en kwetsbaarheid. Het gaat om het evenwicht tussen deze factoren. Dus niet alleen de ernst van de ziekte is van belang, maar ook de manier waarop iemand daarmee omgaat en hoe hij zich gesteund voelt.

## 1.4 Leefstijlproblemen

In de krant lees je regelmatig dat het niet goed gaat met de Nederlandse jeugd. Ze roken weer meer, drinken zich in coma en worden steeds dikker. Maar klopt dat wel? En komen die problemen alleen bij jongeren voor? In deze paragraaf besteden we aandacht aan leefstijlproblemen, en met name aan statistieken. Hoe vaak komt het probleem voor en bij wie?

Onder leefstijl wordt verstaan: de persoonlijke manier van leven die beïnvloed wordt door iemands cultuur, levensloop, persoonlijke geschiedenis en opvattingen ([www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)). Een gezonde leefstijl bevordert de gezondheid en kan problemen op latere leeftijd voorkomen. In overheids campagnes wordt daaraan veel aandacht besteed: rook niet, drink tot je 18e niet en daarna met mate, beweeg voldoende, eet niet te vet, te zoet en te veel! Maar wat zijn de gevolgen als je niet gezond leeft? Waar leiden leefstijlproblemen toe? Wat zeggen de statistieken? Deze paragraaf geeft een eerste blik op de leefstijlthema's. In de hoofdstukken 5 tot en met 8 zullen we deze thema's verder uitwerken.

### 1.4.1 Middelengebruik

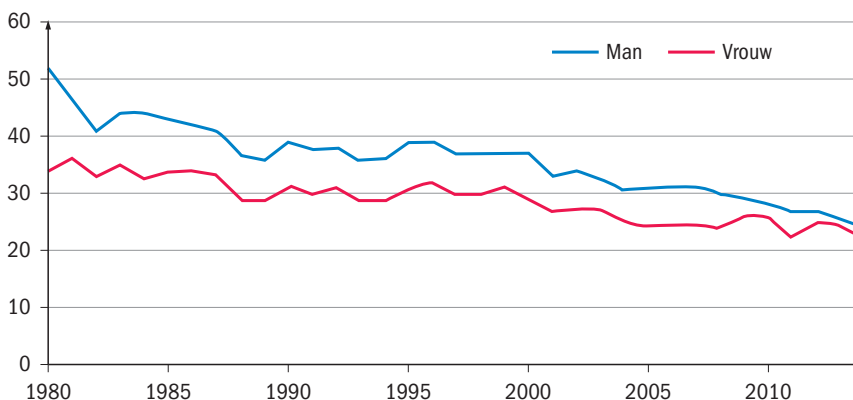
#### Roken

Roken is verslavend. Dit wordt veroorzaakt door de nicotine in tabak. Het lichaam raakt gewend aan een bepaalde hoeveelheid nicotine in het bloed. Roken kan op den duur tot ernstige gezondheidsproblemen leiden, zoals hart- en vaatziekten, longkanker, mond- en keelkanker en COPD (chronische longziekte). Ieder jaar gaan er door roken ruim 5.000 mensen dood aan COPD en 8.000 aan longkanker. 90% van de mensen die longkanker krijgen, hebben gerookt ([www.volksgezondheidszorg.nl](http://www.volksgezondheidszorg.nl), 2012).

Het aantal rokers is in de loop van de decennia flink afgenomen. In 1958 rookte 60% van de Nederlandse bevolking wel eens, van de mannen was dit zelfs 90%. In 2014 rookte 25% van de bevolking van 12 jaar en ouder wel eens; 19% rookt dagelijks. Mannen roken iets vaker dan vrouwen: in 2014 28% van de mannen en 22% van de vrouwen. In de leeftijd van 20 tot 30 jaar wordt het meest gerookt (37%). Het totaal aantal rokers in Nederland was in 2014 ongeveer 3,6 miljoen (Trimbos-instituut, [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)).

Gezondheids-  
problemen  
door roken

FIGUUR 1.6 Percentage rokers Nederlandse bevolking vanaf 1980



Bron: [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)

#### Drugs

Drugs zijn middelen die de hersenen prikkelen waardoor er geestelijke en lichamelijke effecten optreden ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), 2012). Ze kunnen verslavend

Drugsgebruik



zijn en op den duur leiden tot lichamelijke, psychische en sociale problemen. De gevolgen verschillen per drug.

Een paar voorbeelden van veelgebruikte drugs:

- Cocaïne en amfetamine: deze zijn stimulerend; je krijgt het gevoel meer energie te hebben.
- Heroïne: deze drug is verdovend en heeft een kalmerende en ontspannende werking.
- Lsd, hasj en wiet (cannabis), paddo's: deze drugs zijn bewustzijnsveranderend; je gaat de wereld anders zien en beleven.

Van alle drugs wordt cannabis het meest gebruikt.

Een paar feiten over drugsgebruik (www.trimbos.nl, 2014):

- Een kwart (24,1%) van de Nederlandse bevolking (15-64 jaar) heeft ooit wel eens cannabis gebruikt en ruim 1% blowt dagelijks.
- Voor ecstasy, amfetamine en cocaïne ligt het gebruik onder de 1%.
- Drugsgebruik komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.
- Drugsgebruik is het hoogst onder twintigers. Vergeleken met harddrugs (cocaïne, ecstasy of amfetamine) komt cannabisgebruik relatief vaak voor onder 15-19-jarigen.
- Mensen uit grote steden gebruiken anderhalf tot tweeënhalve keer vaker drugs dan mensen uit minder (niet) stedelijke gebieden.

### 1.4.2 Alcohol

#### Alcoholgebruik

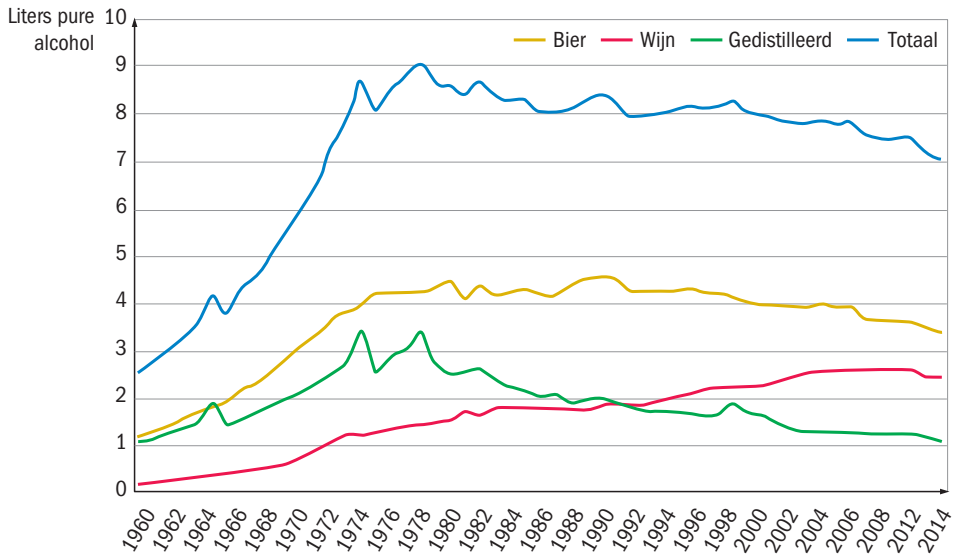
Alcoholgebruik leidt vrij snel tot gewenning en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Bovendien lopen de gebruikers risico's op de korte en lange termijn (www.trimbos.nl, 2011). Het gebruik van alcohol op jonge leeftijd verstoort de ontwikkeling van de hersenen en kan daardoor leiden tot geheugen-, leer- en concentratieproblemen. Bovendien vergroot door het gebruik op jonge leeftijd de kans op verslaving op latere leeftijd.

De Gezondheidsraad adviseert in Richtlijnen goede voeding 2015: 'Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.' Jongeren mogen pas boven de 18 jaar alcohol drinken.

Alcohol verhoogt de kans op hoge bloeddruk, hersenbloeding, kanker en andere gezondheidsklachten. Rijden onder invloed veroorzaakt bovendien veel doden en gewonden in het verkeer.

Een aantal feiten en trends over alcohol (Nationale Drugmonitor, Trimbos-instituut, 2015):

- Acht op de tien Nederlanders drinken alcohol.
- Eén op de negen Nederlanders van 12 jaar en ouder is een 'zware drinker'. Dit betekent voor mannen dat ze minstens één keer per week zes of meer glazen alcohol op één dag drinken en voor vrouwen vier glazen of meer.
- Tussen 2011 en 2013 is het alcoholgebruik onder 12-16-jarige scholieren verder afgenomen.
- Het percentage 'bingedrinkers' (drinken van vijf of meer glazen bij één gelegenheid) onder de scholieren is tussen 2011 en 2013 toegenomen.
- Het aantal jongeren dat wegens overmatig alcoholgebruik door een kinderarts in een ziekenhuis werd behandeld is in 2014 licht gestegen.

**FIGUUR 1.7** Alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking 1960–2014Bron: [www.stap.nl](http://www.stap.nl)

### 1.4.3 Overgewicht

Te weinig bewegen en ongezond en te veel eten kunnen op den duur overgewicht veroorzaken. Ruim de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding en bijna de helft beweegt minder dan de norm Gezond Bewegen. Deze norm is voor jongeren tot 18 jaar dat ze dagelijks minimaal één uur matig intensieve activiteit moeten verrichten en volwassenen minimaal een half uur gedurende ten minste vijf dagen. Daarnaast is er een Fitnorm. Om een goede conditie van het hartvaatstelsel te bewerkstelligen is driemaal per week ten minste twintig minuten intensieve lichaamsbeweging nodig (door bijvoorbeeld te sporten). Onderscheid wordt gemaakt tussen niet-fit (niet of enkele keren per jaar zwaar inspannend actief), semifit (wel regelmatig zwaar inspannend actief, maar minder dan driemaal per week) en normfit (drie of meer keren per week ten minste twintig minuten intensieve lichamelijke activiteiten) ([www.30minutenbewegen.nl](http://www.30minutenbewegen.nl)).

De *Body Mass Index* (BMI) is de maat om onder- of overgewicht te berekenen. Het is het gewicht in kg gedeeld door de lengte in het kwadraat in meters. Voor iemand van 1.70 m en 63 kg is dat:  $63 \div 1,7^2 = 21,8$ . Een BMI van 25 of meer betekent dat iemand te zwaar is. Een BMI van 30 of meer betekent dat iemand ernstig overgewicht heeft (obesitas). Zie figuur 5.15 en 5.16. Een aanvullende manier van meten is de zogeheten middelomtrek. Dit meet het buikvet. Te veel buikvet betekent dat er een verhoogde kans op hart- en vaatziekten bestaat.

**BMI****Overgewicht****Middelomtrek**

De gevolgen van overgewicht en obesitas kunnen groot zijn: kans op diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Bovendien kan dik-zijn leiden tot stigmatisering en gepest worden.

**Gevolgen van overgewicht**

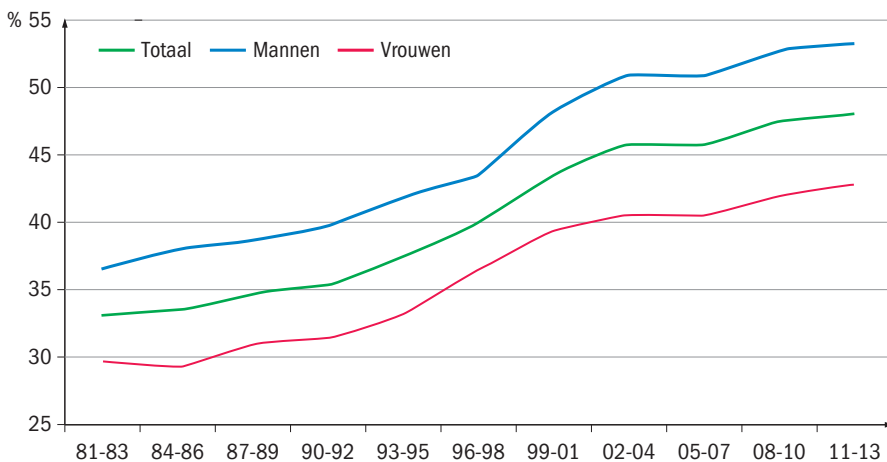
FIGUUR 1.8 Meten van de middelomtrek



Tussen 1981 en 2015 is een stijging te zien in het percentage kinderen en jongeren (4 tot 20 jaar) met overgewicht. Het percentage kinderen en jongeren met ernstig overgewicht (obesitas) is nauwelijks veranderd; het fluctueert tussen 2,1% en 2,8%.

Bij volwassenen is dat anders. Daar is het aantal mensen met overgewicht gestegen van 33% in 1981 naar 50% in 2015 (zie figuur 1.9). Het percentage volwassenen met obesitas is zelfs verdrievoudigd van 5 tot 16%. Overgewicht kwam gedurende de gehele periode 1981-2015 meer voor bij mannen en obesitas meer bij vrouwen (www.volksgezondheidszorg.nl).

FIGUUR 1.9 Ontwikkeling overgewicht 1981–2013



Bron: <http://zorgatlas.nl>

#### 1.4.4 Lawaaidoofheid

De definitie van lawaaidoofheid is: blijvende doofheid door blootstelling aan lawaai boven 80 dB(A). Lawaaidoofheid komt voor bij mensen die met apparaten werken die veel herrie veroorzaken, zoals bouwvakkers, wegenbouwers en metaalbewerkers, maar ook bij jongeren die veelvuldig harde muziek beluisteren op festivals en in dancings of via een koptelefoon of oordopjes. In 2009 heeft de Erasmus Universiteit in Rotterdam een groot onderzoek gedaan naar de kans op lawaaidoofheid bij jongeren van 12 tot 19 jaar. Daaruit is gebleken dat bijna de helft van de Nederlandse jongeren (40%) waarschijnlijk gehoorschade zal krijgen. 10% van de jongeren heeft zelfs kans op zeer ernstige, onherstelbare schade. Alleen een hoorapparaat biedt dan uitkomst. Lawaaidoofheid ontstaat geleidelijk: er gaan steeds meer uitloperij van de haarcellen in het oor kapot, waardoor er steeds meer hoge tonen worden gemist. Blijvende gehoorschade of een voortdurende fluittoon of suizen in het oor is dan het gevolg. Lawaaidoofheid kan samengaan met andere symptomen en problemen, zoals vermoeidheid, depressiviteit, eenzaamheid en zelfs arbeidsongeschiktheid.

Gehoorschade

In arboregelingen zijn er bepalingen opgenomen om gehoorschade te voorkomen, zoals het dragen van gehoorbescherming, het beperken van het geluidsniveau en de duur waarin iemand blootgesteld mag worden aan hoog geluidsniveau. Preventie bij jongeren is gericht op goede voorlichting en het verstrekken van oordoppen op festivals en in dancings.

Het RIVM geeft de volgende adviezen als het gaat om het gebruik van een mp3-speler:

- Stel de volumebegrenzer in op je mp3-speler als deze functie erop zit.
- Zorg ervoor dat je nog kunt horen wat er om je heen gebeurt.
- Geef je oren af en toe rust door je hoofdtelefoon af te zetten.
- Kies een goede hoofdtelefoon.

#### 1.4.5 Seksualiteit

Een gezonde seksuele ontwikkeling, een tevreden seksleven en seksuele rechten hebben, het zijn helaas geen vanzelfsprekendheden voor elke jongere. Seksualiteit en seksuele ontwikkeling zijn terreinen waarbij je verschillende leefstijlproblemen kunt tegenkomen.

Het pil- en condoomgebruik onder jongeren in Nederland is hoog in vergelijking met andere landen. Toch kunnen ook in Nederland jongeren negatieve aspecten van seksualiteit ervaren (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012). Voorbeelden zijn:

Negatieve aspecten van seksualiteit

- seksueel geweld
- negatieve denkbeelden over homoseksualiteit ('homonegativiteit')
- ongewenste zwangerschappen
- seksueel overdraagbare aandoeningen (soa, zie subparagraaf 1.2.3).

De overheid ondersteunt professionals in het onderwijs in het structureel werken aan de gezondheidsthema's via het concept van de *Gezonde School*. In diverse hoofdstukken lees je dit terug.

## 1.5 Epidemiologische gegevens en preventie

### 1.5.1 Epidemiologische gegevens

Epidemiologie is de wetenschappelijke studie van het vóórkomen en de verspreiding van ziekten, sterfte en gezondheid onder de bevolking. De epidemiologie verzamelt gegevens over:

**Mortaliteit**

- Mortaliteit of sterfte: het aantal sterfgevallen in een bepaalde populatie gedurende een bepaalde tijdsperiode.

**Levensverwachting**

- Levensverwachting: het aantal verwachte levensjaren bij de geboorte of op een bepaald moment tijdens de levensloop.

**Morbiditeit**

- Morbiditeit: ziekte in een populatie, zowel nieuwe ziektegevallen (incidentie) als het totaal aantal bestaande ziektegevallen (prevalentie).

De epidemiologie kan onvoldoende uit de voeten met deze gegevens om bijvoorbeeld prognoses te ontwikkelen of kosten te berekenen, omdat ziekten moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Zo heeft iemand die de diagnose MS krijgt vaak nog veel levensjaren voor de boeg, maar wel in afnemende gezondheid. Bovendien ontstaat MS meestal op jonge leeftijd. Bij bijvoorbeeld dementie is dat anders. Mensen die dementie krijgen overlijden gemiddeld binnen acht jaar na de diagnose. Maar dementie komt, in tegenstelling tot MS, vooral bij ouderen voor. De ziekten zijn dus niet te vergelijken. Maar hoe bepaal je dan wat de invloed van deze ziekten is op de volksgezondheid? Je moet ze allebei evenveel 'gewicht' geven. Daarvoor zijn nieuwe maten bedacht: QALY (*Quality-Adjusted Life Years*) en DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). Dat zijn maten die ziekten onderling vergelijkbaar maken en daarmee iets kunnen zeggen over de invloed op de volksgezondheid. De QALY is een maat voor het aantal jaren dat iemand nog te leven heeft, met een correctie voor de kwaliteit ervan. Eén QALY staat voor één jaar in leven in goede gezondheid. Bij een ziekte wordt berekend wat de mate van gezondheid is ten opzichte van een optimale gezondheid. De kwaliteit van leven wordt uitgedrukt door een score tussen 0 en 1, waarbij 0 = dood en 1 = perfecte gezondheid. Een QALY-gewicht van 0,33 geeft bijvoorbeeld aan dat de gezondheid bij die ziekte 33% is van de optimale gezondheid.

**QALY  
DALY**

Stel dat een patiënt een levensverwachting heeft van vier jaar, maar de kwaliteit bedraagt slecht 0,5 gedurende die vier jaren. Men zegt dan dat deze persoon  $4 \times 0,5 = 2$  QALY heeft.

De DALY drukt het aantal gezonde levensjaren uit dat een populatie verliest door ziekten (ziektelast) en kwantificeert gezondheidsverlies. De DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. De DALY is een optelsom van het aantal jaren verloren door vroegtijdige sterfte (verloren levensjaren) en de gezonde jaren die 'verloren' gaan door te leven met een ziekte. Vier belangrijke aspecten van ziekten worden meegenomen: het aantal mensen dat aan de ziekte lijdt, de ernst van de ziekte, de sterfte eraan en de leeftijd waarop de sterfte optreedt. Zo kun je met DALY's en QALY's elke ziekte tot een cijfer terugbrengen en die met elkaar vergelijken.

**Veelvoorkomende  
ziektegroepen**

Epidemiologische gegevens geven inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking. In deze subparagraaf worden de gegevens van drie veelvoorkomende ziektegroepen behandeld:

- hart- en vaatziekten
- kanker
- diabetes (suikerziekte)

*Hart- en vaatziekten*

De sterfte door hart- en vaatziekten daalt. Het percentage mensen dat overlijdt aan hart- en vaatziekten is de afgelopen vijftig jaar gehalveerd. Overleed vijftig jaar geleden één op de twee Nederlanders aan een hart- en vaatziekte, nu is dat één op de vier. Dit komt door een betere behandeling van een te hoog cholesterolgehalte en te hoge bloeddruk en meer aandacht voor een

gezonde leefwijze. Er is echter wel een grote groep patiënten met chronische hart- en vaatziekten als hartfalen is bijgekomen (www.hartstichting.nl, 2014). Er is een sterke samenhang tussen roken en hart- en vaatziekten. Dat geldt ook voor overgewicht.

### *Kanker*

De sterfte door kanker neemt juist toe. In 2010 overleden er 8,5% meer mensen aan kanker dan in 2001. In 2015 kregen volgens het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) 105.000 mensen kanker. Inmiddels is kanker de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Voor een deel komt dit door de vergrijzing van de bevolking. Vooral de sterfte onder vrouwen neemt toe, wat voor een deel toe te schrijven is aan het feit dat vrouwen meer zijn gaan roken.

### *Diabetes*

Het aantal diabetespatiënten neemt toe. Dit wordt vooral veroorzaakt door overgewicht. In 2011 hebben ongeveer 1.000.000 Nederlanders diabetes, maar 250.000 mensen weten niet dat ze het hebben (www.diabetesfonds.nl, 2011). Er overlijden jaarlijks ruim 10.000 mensen aan diabetes of de gevolgen daarvan (vooral door hart- en vaatziekte en nierschade).

Bij sommige bevolkingsgroepen met een migratie-achtergrond komt diabetes naar verhouding vaker voor dan bij autochtone Nederlanders. Zo heeft 37% van de Hindoestaans-Surinaamse bevolking boven de 60 jaar diabetes. Naar schatting hebben ongeveer 6.000 kinderen tussen de 0 en 18 jaar de ziekte.

## **1.5.2 Preventie**

Preventie is lastig in één hokje te plaatsen. Zij richt zich niet alleen op het voorkomen van ziekte of verergering daarvan, maar ook op vroegtijdige opsporing. Bij preventie kan het dus gaan om gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie. Bovendien kan preventie zich op verschillende doelgroepen richten.

In deze subparagraaf wordt in het kort uitgelegd welke vormen van preventie er zijn en wordt een beeld gegeven van de kosten.

Wat is preventie? In het algemeen versta je onder preventie alle activiteiten die zijn gericht op het voorkomen of het beperken van negatieve gevolgen of gebeurtenissen (www.thesauruszorgenwelzijn.nl). Specifiek gericht op gezondheid hanteert ZonMw (financier van gezondheidsonderzoek) de volgende definitie:

**Definitie van preventie**

'Het uitvoeren van interventies of nemen van maatregelen teneinde de gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen, en zodoende gezondheidswinst te bereiken' (www.nwo.nl).

### **Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie**

Om te zorgen dat burgers gezond blijven, is het niet alleen van belang om ziekten te voorkomen, maar ook om een gezond en veilig leefklimaat te scheppen. Daartoe kunnen de volgende maatregelen genomen worden (Van der Lucht & Polder, 2010):

- Gezondheidsbescherming: maatregelen die, zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers, systematisch en routinematig worden genomen. Bijvoorbeeld maatregelen ter bevordering van de luchtkwaliteit, afvalverwijdering, woningveiligheid, verkeersveiligheid en milieuveiligheid.

**Gezondheidsbescherming**

**Gezondheidsbevordering**

- Gezondheidsbevordering: maatregelen die gericht zijn op de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen. Bijvoorbeeld maatregelen die zijn gericht op de arbeidsomstandigheden of het voorkomen van psychische aandoeningen.

**Ziektepreventie**

- Ziektepreventie: maatregelen die specifiek gericht zijn op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld vaccinaties, screening en preventieve medicatie.

**Primaire, secundaire en tertiaire preventie**

Bij de indeling naar primaire, secundaire en tertiaire preventie gaat het om de doelgroep. Deze vormen van preventie geven informatie over het ziektestadium of fase in het ziekteproces.

**Primaire preventie**

Onder primaire preventie vallen activiteiten die ervoor zorgen dat gezonde mensen een bepaald(e) gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval niet krijgen. Een voorbeeld hiervan is het voorkomen dat kinderen overgewicht ontwikkelen, waardoor het risico op toekomstige aandoeningen als hart- en vaatziekten of diabetes afneemt. Hiervoor worden verschillende activiteiten ontwikkeld en is het convenant Gezond Gewicht in het leven geroepen. Een convenant is een overeenkomst tussen de overheid (lokaal of rijks) en belangrijke maatschappelijke partners.

**Convenant Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)**

Dit convenant is een overeenkomst tot samenwerking tussen overheid, bedrijfsleven (onder andere Nederlandse Federatie Levensmiddelen Industrie) en maatschappelijke organisaties (onder andere het Voedingencentrum en het Nederlands Instituut Sport en Bewegen). Het is de opvolger van het eerdere Convenant Gezond Gewicht.

Het convenant heeft de volgende doelstellingen:

- Het huidige percentage jongeren met overgewicht te verlagen.

- Het vergroten van de bewustwording van en kennis over:
  - de gezondheidsrisico's van overgewicht en obesitas onder de Nederlandse bevolking
  - het bestaan van (effectieve) maatregelen die bijdragen aan de preventie en de aanpak van overgewicht en obesitas
- Het op de agenda houden van overgewicht en obesitas en maatregelen voor het terugdringen ervan.

Bron: [www.jongerenopgezondgewicht.nl](http://www.jongerenopgezondgewicht.nl) en [www.nji.nl](http://www.nji.nl).

**Secundaire preventie**

Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord, bijvoorbeeld door middel van screening. Secundaire preventie draagt bij aan het eerder behandelen van een ziekte, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt. De prognose wordt hiermee gunstig beïnvloed. De doelgroep bestaat uit mensen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben.

Vanuit de Wet op het bevolkingsonderzoek (zie subparagraaf 1.6.5) is een aantal criteria opgesteld waaraan een bevolkingsonderzoek moet voldoen.

De criteria zijn ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)):

- Het gaat om een belangrijk gezondheidsprobleem.
- Het bevolkingsonderzoek kan bijdragen aan het verminderen van het probleem.
- Er is voldoende bekend over het beloop van de aandoening.
- Er is een geschikt screeningsinstrument voorhanden.



- De test is voor de doelgroep aanvaardbaar.
- Er zijn adequate behandelingen beschikbaar.
- Het is duidelijk wie wel en wie niet zal worden doorverwezen.
- Het bevolkingsonderzoek is goed georganiseerd.
- De verhouding tussen nut en risico's is gunstig.

### Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

In 2012 waren er in Nederland 4.941 vrouwen met baarmoederhalskanker. In 2012 overleden 215 vrouwen eraan. Het is bekend dat baarmoederhalskanker een lang voorstadium heeft. Vanuit de eerste afwijkingen in de oppervlakte van het celweefsel duurt het tien à vijftien jaar voor het uiteindelijke ontstaan van kanker. De aandoening kan worden opgespoord door een uitstrijkje te laten maken. Deze test is

vrij makkelijk uit te voeren, bijvoorbeeld door de huisarts.

Bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker krijgen vrouwen tussen de 30 en 60 jaar zeven keer een uitnodiging. De uitnodiging wordt verstuurd via de huisarts of via de regionale screeningsorganisatie.

Bron: [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info).

Bij tertiaire preventie worden complicaties en verergering van de ziekte voorkomen. Tertiaire preventie vindt plaats nadat een diagnose is gesteld. Ook het bevorderen van zelfmanagement van patiënten valt hieronder.

**Tertiaire preventie**

**FIGUUR 1.10** Bloedsuikercontrole als onderdeel van zelfmanagement bij diabetes



Zelfmanagement bij een chronische aandoening als diabetes is belangrijk. Mensen houden hierdoor vertrouwen in hun eigen kracht. Zij brengen slechts een klein deel van de tijd door bij hulpverleners. Het grootste deel van de tijd moeten zij zelf hun weg zien te vinden in het omgaan met hun chronische aandoening. Zelfmanagement kan de kwaliteit van leven van chronisch zieken verbeteren en hun beroep op zorg verkleinen. Zelfmanagement

**Zelfmanagement**



stimuleren vraagt een andere rol van de hulpverlener, bijvoorbeeld meedenken met de cliënt en de voor- en nadelen van behandelopties bespreken en voorwaarden scheppen (Engels & Kistemaker, 2009).

### Doelgroepen

Deze indeling wordt onder andere door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gebruikt in een rapport over de verzekeraarbaarheid van preventie (CVZ, 2007).

Preventie richt zich niet alleen op zieken, maar ook op het gezonde deel van de samenleving (Van der Lucht & Polder, 2010):

**Universele preventie**

- Universele preventie: richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Bijvoorbeeld informatie van het Voedingscentrum over gezonde voeding.

**Selectieve preventie**

- Selectieve preventie: richt zich op risicogroepen in de bevolking. Bijvoorbeeld informatie aan jongeren over gehoorschade als gevolg van harde muziek.

**Geïndiceerde preventie**

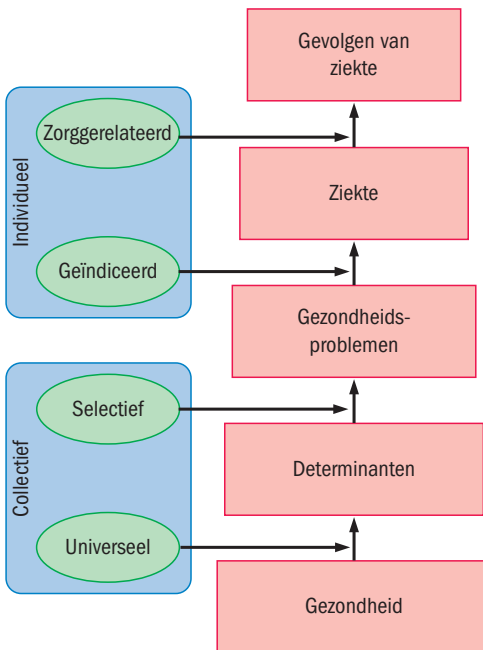
- Geïndiceerde preventie: richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Bijvoorbeeld een beweging voor mensen met ernstig overgewicht.

**Zorggerelateerde preventie**

- Zorggerelateerde preventie: richt zich op individuen met een ziekte of gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld leefstijladviezen aan hartpatiënten.

De relatie tussen deze verschillende vormen van preventie is weergegeven in figuur 1.11.

**FIGUUR 1.11** Doelenboom van preventie



Bron: Van den Berg & Schoenmaker (2010)

## Uitgaven aan preventie

Preventie is een breed terrein en financiering vindt plaats door veel partijen. Zo wordt de jeugdgezondheidszorg gefinancierd door de gemeenten. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit waakt over de voedselveiligheid en valt onder het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie. Maar campagnes over overgewicht en preventieprogramma's ter voorkoming van chronische ziekten worden betaald door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventieve activiteiten in het kader van verpleging en verzorging worden uit de premies van de Zorgverzekeringswet en (bepakt) uit de Wet langdurige zorg gefinancierd. Gebitscontrole valt eveneens onder de Zorgverzekeringswet. Verzekeraars financieren zo een deel van de preventieve zorg.

Grote posten bij gezondheidsbescherming zijn verkeersveiligheid (ministerie van Infrastructuur en Milieu) en arbeidsomstandigheden. Het bedrijfsleven neemt een fors deel hiervan voor zijn rekening in het kader van de arbozorg.

In 2012 ging €2,5 miljard van de totale zorguitgaven (3%) naar preventie (bijvoorbeeld vaccinaties, bevolkingsonderzoeken en preventieve tandartscontroles). De afgelopen jaren groeide het totaal aan zorguitgaven harder dan het preventiedeel. Zo ging in 2005 nog 3,7% van de zorguitgaven naar preventie. De uitgaven aan preventie zijn in 2011 en 2012 zelfs gedaald, vooral door een daling in preventieve tandartscontroles en arbozorg. Naast de preventie die binnen het zorgdomein valt, gaat ruim tien miljard naar gezondheidsbescherming. De uitgaven aan ziektepreventie (€2,5 miljard) en gezondheidsbevordering (€0,5 miljard) zijn veel lager. In totaal gaven we jaarlijks ongeveer €13 miljard uit aan preventie (volgens cijfers over 2007). Recentere schattingen van de totale uitgaven aan preventie in Nederland zijn niet beschikbaar ([www.eengezondernederland.nl](http://www.eengezondernederland.nl)).

Gezondheids-  
bescherming

## 1.6 Wettelijke voorschriften

Preventie is een breed begrip: een schoon milieu en goede arbeidsomstandigheden zijn net zo belangrijk voor de gezondheid van de bevolking als een campagne tegen overgewicht. Toch voert het te ver om in deze paragraaf alle wetgeving met betrekking tot preventie te behandelen. Aan bod komen die wetten die direct te maken hebben met het bevorderen van gezond gedrag en het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten. Van de verschillende wetten volgt een korte beschrijving en er wordt aangegeven wie de wet uitvoert.

Wetten

### 1.6.1 Wet publieke gezondheid (WPG)

De Wet publieke gezondheid is vooral gericht op het bevorderen van de algemene gezondheid en het voorkomen van ziekten bij risicogroepen (primaire preventie). Deze wet regelt een aantal zaken:

- De organisatie van de publieke gezondheidszorg. Dit houdt onder andere in het uitvoeren van preventieprogramma's en programma's voor gezondheidsbevordering, psychosociale hulp bij rampen en prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- Jeugdgezondheidszorg: vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma, geven van voorlichting.

- Ouderegezondheidszorg: vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, geven van voorlichting en advies, maatregelen tegen gezondheidsbedreigingen.
- Infectieziektebestrijding: bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, maar ook van de Q-koorts en de Mexicaanse griep.
- Quarantaine van personen die besmet zijn met een infectie die gevaar oplevert voor de volksgezondheid.

Daarnaast staat er in deze wet dat gemeenten elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid (zie paragraaf 1.7), een epidemiologische analyse moeten uitvoeren om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking.

Gemeentelijke  
nota gezond-  
heidsbeleid

### Wie voert de wet uit?

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van deze wet. In veel gevallen laten ze dat doen door de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Gemeenten zijn wettelijk verplicht een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

### 1.6.2 Jeugdwet

De Jeugdwet regelt de verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

Onder deze wet valt de gehele jeugdzorg ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)):

- (geïndiceerde) jeugdzorg
- gesloten jeugdzorg
- geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren
- zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking
- ggz in het kader van het jeugdstrafrecht
- jeugdbescherming en jeugdreclassering
- preventieve opvoedondersteuning van jeugdigen en ouders

FIGUUR 1.12 Dichtbij in de wijk



## Wie voert de wet uit?

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet.

### 1.6.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)

De Wet maatschappelijke ondersteuning stimuleert de participatie van alle burgers in de samenleving, maar richt zich, in tegenstelling tot de Wet publieke gezondheid, vooral op mensen die hulp nodig hebben:

- hulp bij het huishouden
- aanpassingen en hulpmiddelen
- vervoersvoorzieningen voor mensen die slecht ter been zijn
- ondersteuning aan vrijwilligers en mantelzorgers
- hulp bij het opvoeden van kinderen: signaleren van problemen, pedagogische hulp
- maaltijdverzorging
- maatschappelijke opvang, zoals blijf-van-mijn-lijfhuizen en daklozenopvang

Meestal loopt de aanvraag en informatievoorziening via het lokale WMO-loket.

## Wie voert de wet uit?

Gemeenten voeren de WMO uit. De manier waarop ze dat doen verschilt per gemeente. Onder invloed van bezuinigingen staat de uitvoering van de WMO onder druk.

Gemeenten

### 1.6.4 Zorgverzekeringswet (ZVW)

De Zorgverzekeringswet is vooral gericht op curatie (genezing), maar heeft raakvlakken met preventie. Deze wet richt zich vooral op tertiaire preventie, dus op mensen die al ziek zijn.

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht een basisverzekering te hebben. Deze verzekering dekt onder andere de volgende kosten:

- geneeskundige zorg
- mondzorg
- farmaceutische zorg
- hulpmiddelenzorg
- verpleging en verzorging
- kraamzorg

Preventie maakt maar beperkt onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekering gaat ervan uit dat voor de vergoeding van kosten er in principe sprake moet zijn van gezondheidsschade.

Zorgverzekering

## Wie voert de wet uit?

De ZVW wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars die contracten afsluiten en afspraken maken met zorgleveranciers zoals ziekenhuizen en andere zorgverleners.

### 1.6.5 Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO)

De Wet op het bevolkingsonderzoek regelt het bevolkingsonderzoek naar (levensbedreigende) ziekten. Als deze in een vroeg stadium worden opgespoord, is de kans op genezing groter. In een bevolkingsonderzoek worden risicogroepen gescreend op afwijkingen die kunnen wijzen op zo'n ziekte.

**Bevolkings-  
onderzoeken**

De volgende bevolkingsonderzoeken worden gedaan:

- bevolkingsonderzoek naar borstkanker
- bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker
- standaardbloedonderzoek bij zwangere vrouwen naar infectieziekten (onder andere hiv) en resusfactor
- screening op het syndroom van Down
- twintigwekenecho bij zwangere vrouwen
- neonatale screening (de hielprik)
- neonatale gehoorscreening
- opsporingsprogramma voor erfelijk verhoogd cholesterol
- jaarlijkse griepvaccinatie

**Wie voert de wet uit?**

Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM voert de regie over de bevolkingsonderzoeken. De uitvoering van deze programma's ligt bij een keten van samenwerkende organisaties. Voorbeelden van uitvoerende organisaties zijn: GGD's en integrale kankercentra.

## **1.7 Actueel politiek beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering en ziektepreventie**

De rijksoverheid bepaalt in hoofdlijnen het preventiebeleid in Nederland. Het beleid van de lokale overheden is daarvan grotendeels afgeleid. In deze paragraaf komt aan bod: de landelijke en lokale beleidscyclus, de visie van de overheid op preventie en de thema's waarop de overheid haar beleid richt.

### **1.7.1 Vaststelling van het landelijke en lokale preventiebeleid**

De landelijke overheid heeft vanuit de Grondwet (artikel 22) de taak om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor het formuleren van beleidsdoelen. De wijze waarop het preventiebeleid moet worden vastgesteld, is wettelijk bepaald in de Wet publieke gezondheid (WPG). Dit heet de preventiecyclus:

- Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) brengt elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning uit waarin het een beeld van de gezondheidstoestand in Nederland schetst.
- Aan de hand daarvan stelt de minister van VWS een landelijke nota gezondheidsbeleid vast, met de landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheidszorg.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de vormgeving van het gezondheidsbeleid en publiceert de Staat van de Gezondheidszorg. Zij geeft aan hoe effectief het beleid is en waar verbeteringen noodzakelijk zijn.

Ook gemeenten zijn volgens de Wet publieke gezondheid (WPG, artikel 13) verplicht elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Ze werken net als de landelijke overheid met een beleidscyclus:

- GGD's doen onderzoek naar de gezondheidstoestand van de inwoners en adviseren gemeenten bij het opstellen van beleid. Gemeenten zijn wettelijk verplicht advies te vragen aan de GGD (WPG, artikel 16).
- Op basis van de bevindingen van de GGD worden lokale prioriteiten gesteld.

**Preventiebeleid****Preventiecyclus****GGD**

- Daarnaast moeten de gemeenten de landelijke prioriteiten in acht nemen en vertalen naar hun lokaal beleid. De GGD's hebben hierbij een belangrijke ondersteunende rol.
- Lokaal beleid wordt verwoord in een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze nota wordt door de gemeenteraad vastgesteld.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoekt de werking van de WPG en de interactie tussen het landelijke en het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Gemeenten hebben de vrijheid om af te wijken van de landelijke prioriteiten als bepaalde gezondheidsproblemen meer of minder voorkomen in die betreffende gemeente. De beleidsvrijheid die de gemeente binnen de WPG heeft, verschilt per taak. Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de WPG weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de gezondheidsbevordering en de ouderengezondheidszorg is er meer gemeentelijke beleidsvrijheid.

### 1.7.2 Actueel landelijk en lokaal preventiebeleid

Het preventiebeleid van de overheid varieert in de tijd. Afhankelijk van de tijdgeest, de politieke kleur en de financiële middelen wordt het belang van preventie meer of minder onderkend. In het tweede decennium van de eentwintigste eeuw vindt de overheid preventie van groot belang, niet in de laatste plaats om de kosten voor de gezondheidszorg in de hand te kunnen houden. Deze kosten stijgen almaar doordat er steeds meer mogelijk is op medisch gebied en doordat er sprake is van een toenemende vergrijzing van de bevolking.

Maar tegelijkertijd is de overheid van mening dat de burger zelf verantwoordelijk is voor zijn gezondheid en het voorkomen van ziekten. Een grote rol voor de (verzorgings)staat – verzorgd van de wieg tot het graf – is niet meer aan de orde. In de gezondheidszorg is er een sterkere nadruk gekomen op eigen verantwoordelijkheid, meer particulier initiatief, marktwerking en resultaatgerichtheid. Dit zie je terug in het preventiebeleid.

#### Landelijk preventiebeleid

Gezondheid wordt niet langer alleen gezien als de afwezigheid van ziekte. Ieder mens heeft een eigen beeld van gezondheid en kwaliteit van leven is daarin een belangrijk aspect. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2014 ([www.eengezondnederland.nl](http://www.eengezondnederland.nl)) staat daarover:

'Het gaat immers om hoe wij zelf de kwaliteit van ons leven ervaren. We verbeteren zelf de kwaliteit van leven, samen met anderen in onze omgeving. Daarvoor hebben we onze eigen netwerken. Daar is desgewenst ondersteuning bij van professionals op allerlei gebied.'

De overheid gaat ook steeds meer die richting uit. Zij baseert haar beleid voor een deel op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Deze raad heeft in april 2010 een discussienota uitgebracht waarin wordt geadviseerd om de aandacht te verleggen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (van zz naar gg). De zz-aanpak past niet meer bij de zorgvrager van de komende tien jaar. Mensen willen gezond blijven en meedoen in de samenleving. Volgens de Raad vraagt dit om een ander aanbod en om meer eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Preventiebeleid

Raad voor de  
Volksgezondheid  
en Zorg

In december 2011 adviseerde de Raad om preventie een prominenter plaats te geven in het beleid. Betere leefgewoonten kunnen niet alleen de levensverwachting, maar ook het aantal gezonde jaren en het aantal jaren zonder beperking of chronische aandoeningen vergroten. De Raad vindt dat de publieke gezondheid nog te zwak is ontwikkeld als het om welvaartsziekten gaat en adviseert om landelijk en lokaal preventie van welvaartsziekten steviger aan te pakken. Gemeenten en verzekeraars moeten meer (gezaamenlijk) actie ondernemen. Bovendien moeten publieke gezondheid en curatieve zorg niet langer als aparte domeinen worden gezien.

### Gezondheid dichtbij

De minister is het niet altijd eens met de concrete oplossingen van de Raad maar onderschrijft de visie. Deze visie komt dan ook terug in de landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij* (september 2011):

- Burgers zijn eerst zelf aan zet. Zij moeten zorgen dat ze gezond blijven. Overheid en professionals kunnen niet overal een oplossing voor bieden. De overheid wil dat niet, maar er zijn ook niet voldoende financiële en personele middelen.
- Publiek-private samenwerking moet het burgers mogelijk maken gezonde keuzes te maken. Dit betekent dat het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en de zorg met elkaar moeten samenwerken en hun diensten zodanig moeten aanbieden dat het mensen stimuleert tot goede keuzes.
- Als mensen een beroep moeten doen op de overheid, dan is dat in eerste instantie bij de gemeente. Steeds meer taken van de rijksoverheid zijn of worden overgeheveld naar de lokale overheid. De gemeenten weten wat er speelt en kunnen aansluiten bij de behoeften van hun inwoners.
- De rijksoverheid is vooral verantwoordelijk voor die zaken die mensen niet zelf kunnen beïnvloeden of waarop andere partijen geen invloed hebben (milieu, voedselveiligheid, infectieziektebestrijding). Ze ziet het als haar taak om belemmeringen in wet- en regelgeving weg te nemen, partijen te stimuleren, verbindingen te leggen tussen partijen en te zorgen voor goede informatievoorziening. Ze wil dus vooral ondersteunend zijn voor burgers en partijen bij het nemen van hun eigen verantwoordelijkheid.

De visie wordt uitgewerkt in drie thema's en vijf speerpunten:

- Thema's: vertrouwen in gezondheidsbescherming, zorg en sport dichtbij in de buurt, zelf beslissen over leefstijl.
- Speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken, schadelijk alcoholgebruik.

#### *Vertrouwen in gezondheidsbescherming*

De overheid beschermt de burgers tegen risicofactoren voor hun gezondheid die ze zelf niet of moeilijk kunnen beïnvloeden. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het milieu, rampen en crisisbeheersing, infectieziektebestrijding, product- en voedselveiligheid. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor wet- en regelgeving, toezicht, controle en handhaving.

#### *Zorg en sport dichtbij in de buurt*

De gezondheidszorg moet zich niet alleen richten op het bestrijden van ongezondheid, maar ook op het bevorderen van gezondheid. Hiervoor zijn niet alleen goed toegankelijke voorzieningen in de buurt nodig, maar ook digitale voorzieningen. Zorg en preventie moeten op elkaar zijn afgestemd en er



moet een verbinding zijn tussen de publieke gezondheid en de basiszorg. Dit vraagt om samenwerking tussen verschillende partijen. Gemeenten worden aangespoord om voldoende mogelijkheden te creëren, zodat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt.

### *Zelf beslissen over leefstijl*

Mensen die voldoende bewegen, gezond eten, niet roken en matig alcohol drinken leven langer, doen minder beroep op de zorg en voelen zich gezonder. De overheid vindt dat mensen zelf hun keuzes moeten maken, maar de omgeving moet zodanig zijn dat het maken van de juiste keuzes vergemakkelijkt wordt en dat informatie beschikbaar is. Ook hier wil de overheid dat de verschillende partijen met elkaar samenwerken (publiek-private samenwerking). Het kabinet wil extra aandacht besteden aan de jeugd door bevordering van een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan.

### *Speerpunten*

De overheid wil zich in het bijzonder richten op bewegen. Ze geeft aan:

**Bewegen**

'Bewegen is goed voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid en hangt positief samen met de andere speerpunten. Ongezonde leefgewoonten komen namelijk vaak in combinatie voor: mensen die minder bewegen eten vaker ongezond, roken vaker en drinken vaker excessief alcohol. Bewegen leidt ook tot minder depressie en diabetes' (Landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*, 2011).

Eind 2015 heeft de minister van VWS aan de Kamer voorgelegd vast te willen houden aan eerder gestelde doelen.

'We gaan door met het ingezette beleid. Hiervoor bestaat breed draagvlak bij gemeenten en in het veld. De uitgangspunten die het kabinet heeft aangegeven in de vorige landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij* blijven van kracht. We houden vast aan de eerder gestelde doelen:

- De gezondheid van mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen door een integrale aanpak in de omgeving waarin mensen wonen, werken, leren en leven.
- Preventie een prominente plaats geven in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbescherming op peil houden en nieuwe bedreigingen het hoofd bieden.
- Stabiliseren of terugbrengen van gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden.'

(Kamerbrief over Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019, VWS)

### **Lokaal preventiebeleid**

Het lokale beleid is afgeleid van het landelijke beleid. In het lokale beleid keren daarom dezelfde thema's terug en leggen ook gemeenten de verantwoordelijkheid deels bij de burgers. Ze proberen problemen in samenhang aan te pakken. Gezondheid heeft te maken met zorg en welzijn, onderwijs, jeugd, sport, ruimtelijke ordening, milieu, werk en bijstand, en veiligheid. Gemeenten willen zo zorgen voor een gezonde gemeente. Landelijk worden ze daarbij ondersteund door programma's als de Gezonde school, de Gezonde wijk en Gezond werk.

**Zorg, welzijn,  
onderwijs**



Steeds meer taken worden overgeheveld van het rijk naar de gemeenten. Zo is een deel van zowel de ouderen- als de jeugdzorg overgeheveld naar de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO), waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. De WMO zorgt ervoor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zo veel mogelijk zelfstandig kan blijven wonen. Denk aan hulp bij het huishouden, aanpassingen in de woning en vervoersvoorzieningen. Volgens de WMO heeft een gemeente vijf functies in de zorg voor kinderen, jongeren en hun ouders: informatie en advies, signaleren van problemen, zorgen voor de juiste hulp, pedagogische hulp en coördinatie van zorg.

#### *Sociale wijkteams*

#### Wijkteams

Voor het uitvoeren van de functies die zijn genoemd bij het lokale preventiebeleid hebben de meeste gemeenten wijkteams in het leven geroepen. Er worden verschillende benamingen voor deze teams gehanteerd, bijvoorbeeld sociale wijkteams, buurtteams of multidisciplinaire samenwerkingsteams. Ook het samenwerkingsmodel kan per gemeente verschillen. Maar het centrale kenmerk is dat de wijkteams integraal werken, multidisciplinair zijn samengesteld en voldoende expertise hebben om de vragen te kunnen beantwoorden en de juiste ondersteuning te kunnen bieden. Soms is alle expertise in het team aanwezig, vaker wordt samengewerkt met specialisten buiten het team. Zo kunnen inwoners bij de wijkteams terecht voor:

- Ondersteuning van jeugdigen en gezinnen, denk aan hulp bij de opvoeding, bij gedragsproblemen en vragen over onderwijs. Als er gespecialiseerde hulp nodig is, regelt het wijkteam de toegang daartoe.
- Hulp aan jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking.
- Begeleiding en verzorging van jeugdige lichamelijk en zintuiglijke gehandicapten.

#### **Een voorbeeld van een sociaal wijkteam**

De gemeente De Fryske Marren heeft ervoor gekozen om de toegang tot zorg en ondersteuning te organiseren in sociale wijkteams, net als veel andere gemeenten. De wijkteams bestaan uit professionals van verschillende organisaties. Er is, naast vier sociale wijkteams Zorg & Participatie, één jeugdteam voor alle vragen op het gebied van kinderen en jeugd. Ook wordt het jeugdteam ingezet bij multiproblematiek.

In de jeugdteams wordt gewerkt met specialisten met een generalistische blik die de vraag oppakken waarvoor zij de expertise hebben. Wanneer zij niet voldoende kennis en vaardigheden hebben, kunnen ze iemand uit de regionale adviespool inschakelen. De gemeente De Fryske Marren heeft deze expertise met twee andere Friese gemeenten ingekocht.

Bron: [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

# Samenvatting

- 
- ▶ Gezondheid is een relatief begrip. Gezondheid heeft te maken met:
    - de afwezigheid van ziekte
    - de acceptatie van ziekte
    - het omgaan met ziekte
    - de ervaring van de persoon zelf
  
  - ▶ Definities van gezondheid:
    - gezondheid volgens de WHO
    - positieve gezondheid
  
  - ▶ Er kan op verschillende manieren tegen gezondheid worden aangekeken. Dit komt tot uiting in de diverse visies:
    - medisch-biologische visie
    - salutogenese en asset-based approach
    - psychologische gezondheidsvisie
    - sociologische gezondheidsvisie
    - humanistische gezondheidsvisie
    - holistische gezondheidsvisie
  
  - ▶ Er zijn vele oorzaken voor ziekten aan te geven. In dit hoofdstuk behandelen we:
    - erfelijke ziekten
    - aangeboren ziekten: van het centrale zenuwstelsel, van het hart- en vaatstelsel en het syndroom van Down
    - infectieziekten: kinderziekten, seksueel overdraagbare aandoeningen en ziekte van Pfeiffer
  
  - ▶ De gevolgen van ziekten kunnen groot zijn. Voor het individu zijn er lichamelijke, psychische en sociale gevolgen. Voor de maatschappij hebben ziekten invloed op de volksgezondheid en veroorzaken hoge kosten (uitval van werknemers, gezondheidszorg).
  
  - ▶ Een gezonde leefstijl bevordert de gezondheid. Leefstijlproblemen, zoals roken, drugsgebruik, alcoholgebruik en overgewicht, veroorzaken gezondheidsproblemen en veroorzaken hoge kosten.
  
  - ▶ Preventie richt zich niet alleen op zieken, maar ook op het gezonde deel van de samenleving.
  
  - ▶ Vormen van preventie:
    - ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming
    - primaire, secundaire, tertiaire preventie
    - universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

- ▶ Preventie is verankerd in een aantal wetten:
  - Wet publieke gezondheid
  - Jeugdwet
  - Wet maatschappelijke ondersteuning
  - Zorgverzekeringswet
  - Wet op het bevolkingsonderzoek

De overheid is er steeds meer van overtuigd dat het belangrijk is preventie in het overheidsbeleid op te nemen, maar vindt tegelijkertijd dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid. De overheid stimuleert zowel burgers als publiek-private partijen om aandacht voor gezondheid te hebben.

# Vragen en opdrachten

## Vragen

- 1.1** Welke ontwikkeling heeft er de laatste jaren plaatsgevonden in de kijk op gezondheid?
- 1.2** Als een neef en een nicht samen kinderen krijgen is de kans op een kind met een afwijking groter dan wanneer twee personen die geen familie zijn een kind krijgen. Waarom?
- 1.3** Wat is het belang van de DALY en QALY voor het inzicht in de volksgezondheid?
- 1.4** Wie bepaalt het preventiebeleid in een gemeente?
- 1.5** Geef een verklaring voor het feit dat mensen uit de lagere sociale klasse korter leven.

## Opdrachten

### *Interview*

- 1.6** **a** Bevraag een medestudent op zijn of haar gezondheid. Ga daarbij in op de leefstijlthema's die in dit hoofdstuk zijn besproken. Hoe is zijn of haar gezondheidssituatie op dit moment? En hoe zal die in de toekomst zijn, schat je in? Vergelijk de resultaten met die van jezelf en de uitkomsten uit de aangehaalde onderzoeken in paragraaf 1.4 en formuleer een conclusie.
- b** Interview twee verschillende volwassenen over hun gezondheid. Ga ook daarbij in op de leefstijlthema's die in dit hoofdstuk zijn besproken. Hoe is zijn of haar gezondheidssituatie op dit moment? En hoe zal die volgens hen in de toekomst zijn? Vergelijk de resultaten met de uitkomsten uit de aangehaalde onderzoeken in paragraaf 1.4 en formuleer een conclusie.

### *Test*

- 1.7** Op internet zijn er diverse gezondheidstests te vinden. Zoek verschillende sites en vul voor jezelf meerdere (minimaal drie) testen in. Wat is je conclusie?

### *Presenteer*

- 1.8** **a** In subparagraaf 1.2.3 worden een aantal geslachtsziekten genoemd (chlamydia, gonorrhoe, hepatitis B, syfilis, hiv/aids). Verdeel de ziekten over de groepsleden en ga van deze ziekten na wat de oorzaken, symptomen, wijze van diagnose stellen en preventieve maatregelen zijn. Presenteer de uitkomsten aan je groep.
- In paragraaf 1.6 worden verschillende bevolkingsonderzoeken genoemd. Verdeel de onderzoeken over de groepsleden. Ga van elk onderzoek na welke doelgroep hiervoor in aanmerking komt. Presenteer de uitkomsten aan je groep.

- c** In subparagraaf 1.5.2 worden diverse vormen van preventie genoemd. Geef bij elke vorm een concrete maatregel. Presenteer de uitkomsten aan je groep.
- d** Demonstreer de classificatiesystemen ICD en ICF. Benoem de verschillen en overeenkomsten en benoem een aantal toepassingsmogelijkheden.