



*rivm*

## Inhoudelijke samenhang gezondheids- bevorderende interventies

Centrum Gezond Leven

CGL rapportage 10-05

## **Inhoudelijke samenhang gezondheidsbevorderende interventies**

Manon Savelkoul (RIVM) eindredactie  
Bram Tuk (Pharos)  
Judith Kuiper (Stichting Consument en Veiligheid)  
Hester van Bommel (Pharos)  
CGL Werkplaats Gezonde School 2009

Contact:  
Manon Savelkoul  
RIVM Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen  
Manon.savelkoul@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de algemene opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan het RIVM Centrum Gezond Leven

### **RIVM Centrum Gezond Leven**

Het Centrum Gezond Leven (CGL) versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals, onder andere door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het CGL is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond). Dit rapport wees onder andere op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

## **Dankwoord**

Een woord van dank gaat uit naar alle mensen die een bijdrage leverden aan dit verkennend onderzoek. Allereerst dank ik de leden van de voormalige Werkplaats Gezonde School onder voorzitterschap van Vivian Bos, en de CGL-adviesraad voor het meedenken en adviseren op verschillende momenten in het traject. Bram Tuk, Judith Kuiper en Hester van Bommel dank ik voor de constructieve invulling die zij hebben gegeven aan het experiment om gemeenschappelijke (beïnvloedbare) determinanten voor (on)gezond gedrag in beeld te brengen en tot verder nadenken aan te zetten. Tot slot dank ik Manon Savelkoul voor het delen van haar theoretische inzichten en voor haar doorzettingskracht om deze verkenning naar een goed eind te krijgen.

Mariken Leurs  
Hoofd  
RIVM Centrum Gezond Leven

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Theoretische verkenning</b> Manon Savelkoul (RIVM)	<b>7</b>
2.1	Wat is inhoudelijke samenhang?	7
2.2	Mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang	7
2.2.1	Gemeenschappelijke determinanten	8
2.2.2	Levensloop	10
2.2.3	Integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid	11
2.3	Voorbeelden van gecombineerde toepassingen	15
2.3.1	Leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag	15
2.3.2	Growing Healthy	17
2.3.3	Het Child Development Project	18
2.3.4	Het Seattle Social Development Project	18
2.4	Conclusie en discussie	19
2.4.1	Conclusie	19
2.4.2	Discussie	19
<b>3</b>	<b>Pilot inventarisatie gemeenschappelijke determinanten</b> Bram Tuk (Pharos), Judith Kuiper (St. Consument en Veiligheid) en Hester van Bommel (Pharos)	<b>20</b>
3.1	Inleiding	20
3.2	Aanpak	20
3.3	Resultaten	21
3.4	Discussie	21
3.5	Hoe nu verder?	22
3.6	Conclusie en aanbevelingen	24
<b>4</b>	<b>Nawoord</b>	<b>25</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>26</b>
	<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>28</b>
	<b>Bijlage 1 Overzicht gemeenschappelijke determinanten</b>	<b>29</b>
	<b>Bijlage 2 Multiple Choice 4 U: onderzoek en effecten</b>	<b>31</b>
	<b>Bijlage 3 Scoreformulier inhoudelijke samenhang</b>	<b>33</b>
	<b>Bijlage 4 Resultaten pilot inventarisatie gemeenschappelijke determinanten</b>	<b>38</b>

# 1 Inleiding

Voor scholen bestaat een groot aanbod in gezondheidsbevorderende interventies. Aanbieders van deze interventies zijn landelijke thema-instituten, GGD'en en verschillende landelijke en regionale organisaties zoals gezondheidsfondsen, uitgeverijen en commerciële partijen. Al deze interventies hangen wat de inhoud betreft over het algemeen weinig samen.

'Inhoudelijk samenhangende interventies' betekent dat interventies op inhoudelijk niveau met elkaar in verbinding staan, bijvoorbeeld doordat zij zich in onderlinge afstemming op bepaalde determinanten of achtereenvolgende leeftijdsgroepen richten.

Scholen hebben een beperkte hoeveelheid tijd om aan het thema gezondheid te besteden. Meer inhoudelijke samenhang tussen interventies voor scholen zou - afhankelijk van de manier waarop dit gebeurt - het overweldigende aanbod kunnen verminderen. Een inhoudelijk geïntegreerd programma bijvoorbeeld, dat minder omvangrijk is maar minstens even effectief blijkt als verschillende losstaande interventies zoals deze nu worden aangeboden, zou voor scholen minder tijdsinvestering voor minimaal dezelfde effecten betekenen. Dat zou scholen een efficiëntere tijdsbesteding opleveren.

Naast scholen ervaren ook GGD'en het interventieaanbod als overdadig en weinig inzichtelijk. Een overzichtelijk en samenhangend programma zou voor de GGD als hulpmiddel kunnen dienen bij het ondersteunen van scholen in gezondheidsbevordering. Landelijke thema-instituten streven elk naar maximale aandacht voor, en een zo hoog mogelijke implementatie van effectieve gezondheidsbevordering in het onderwijs. Daarmee concurreren zij onderling om aandacht van GGD en scholen. Inhoudelijk meer samenhang tussen interventies kan tot vermindering van deze concurrentie leiden. Een door alle landelijke thema-instituten gedeeld aanbod in de vorm van een gemeenschappelijk programma kan gezondheid en het eigen thema namelijk een steviger plaats in het onderwijs bezorgen [1].

Het ministerie van VWS gaf het RIVM Centrum Gezond Leven de opdracht om meer samenhang te creëren in het interventieaanbod. Daarmee is in 2009 een begin gemaakt binnen het aanbod voor scholen in de Werkplaats Gezonde School.

Allereerst zijn mogelijkheden verkend voor het aanbrengen van meer samenhang op inhoudelijk niveau tussen interventies voor scholen. Deze verkenning vond plaats via bestudering van de literatuur, overleg met vertegenwoordigers van landelijke thema-instituten, overige deskundigen en internet. Vervolgens is een van de geïnventariseerde mogelijkheden nader uitgewerkt voor toepassing in de praktijk en hebben drie vertegenwoordigers van landelijke thema-instituten deze getest. Het doel van dit rapport is het verspreiden van deze in 2009 verzamelde informatie om daarmee een handreiking te bieden aan landelijke thema-instituten, andere interventie-ontwikkelaars, GGD'en, gemeenten en ZonMw voor verdere activiteiten.

## **Leeswijzer**

De resultaten van de verkenning van mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang tussen interventies voor scholen staan in paragraaf 2. Na een korte beschrijving van wat inhoudelijke samenhang binnen het kader van gezondheidsbevorderende interventies inhoudt (paragraaf 2.1), volgt een beschrijving van mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang in paragraaf 2.2. Ter illustratie staan in paragraaf 2.3 enkele voorbeelden van interventies die inhoudelijke samenhang op verschillende manieren bevorderen. De conclusie en discussiepunten op basis van het theoretische deel in de eerste drie paragrafen staan in paragraaf 2.4.

In hoofdstuk 3 staat een eerste verkennende toepassing van een van de mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang met de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Het nawoord in hoofdstuk 4 besluit deze rapportage.

## 2 Theoretische verkenning

Manon Savelkoul (RIVM)

### 2.1 Wat is inhoudelijke samenhang?

Toepassing van de omschrijving van samenhang in Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal op gezondheidsbevorderende interventies, leidt tot de volgende definitie van inhoudelijke samenhang:

- De wijze waarop de interventies een logisch geheel vormen.
- De wijze waarop verschillende interventies met elkaar in verband staan.

‘Weinig samenhang hebben’ betekent volgens Van Dale ‘zonder logische opeenvolging’.

Samenhang	
sa·men·hang	
de (m.); -en	
1	de omstandigheid dat of de mate waarin versch. zaken aaneenhangen
1 a	(natuurkunde) cohesie
1 b	(figuurlijk) het elkaar steunen, op elkaar rekenen
1 b	gebrek aan samenhang
1 b	innerlijke, maatschappelijke, sociale samenhang
2	(in 't bijzonder) de omstandigheid dat of de wijze waarop woorden of zinnen een logisch geheel vormen
2	iets uit de samenhang opmaken
2	weinig samenhang hebben ongeregeld, van de hak op de tak, zonder logische opeenvolging
3	de omstandigheid dat of de wijze waarop versch. zaken met elkaar in verband staan, onderling verband synoniem: connexiteit, connectie
Bron: Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal	

Inhoudelijke samenhang ontstaat door wat in de ene interventie aan bod komt te verbinden met inhoud uit andere interventies, zodat ze samen deel gaan uitmaken van één geheel. Om samenhang te creëren kan ook een logische opeenvolging binnen dit geheel nuttig zijn. De verschillende onderdelen kunnen daartoe in een bepaalde volgorde worden behandeld. Dit wordt bijvoorbeeld bereikt door wat bij de ene leeftijd aan bod komt inhoudelijk te laten voortbouwen en af te stemmen op interventies voor de andere leeftijdsgroepen.

### 2.2 Mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang

In deze paragraaf staat een beschrijving van geïnventariseerde mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang. Aan de orde komen achtereenvolgens ‘Gemeenschappelijke determinanten’ (2.2.1), ‘Levensloop’ (2.2.2) en ‘Integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid’ (2.2.3).



Misschien zijn er meer manieren voor bevordering van inhoudelijke samenhang die niet onder bovengenoemde mogelijkheden vallen; dit verslag beperkt zich tot de via (inter)nationale publicaties en rapportages over praktijkvoorbeelden tot nu toe gevonden informatie.

## **2.2.1 Gemeenschappelijke determinanten**

### **Gemeenschappelijke determinanten**

In diverse onderzoeken onder jongeren zijn verbanden gevonden tussen roken, alcoholgebruik, veilig vrijen en gezonde voeding [2]. Een mogelijke verklaring voor deze clustering van leefstijlen is dat er gemeenschappelijke determinanten zijn die meer gedragingen tegelijkertijd beïnvloeden. Interventies die zich richten op deze determinanten kunnen een gezonde leefstijl op verschillende gebieden tegelijk bevorderen. In Bijlage 1 staat een overzicht van determinanten die verschillende leefstijlen tegelijk lijken te beïnvloeden. Het is gebaseerd op een inventarisatie van resultaten uit verschillende onderzoeken in de vorm van reviews [2, 3]. Het ging bij die inventarisatie overigens niet alleen om determinanten van de leefstijlen (zelfgerapporteerd gedrag), maar ook om determinanten van de intentie tot die leefstijlen. In het overzicht staan alleen de via leefstijlinterventies mogelijk te veranderen gemeenschappelijke determinanten; determinanten als leeftijd, opgroeien bij twee ouders et cetera, zijn niet uit de onderzoeksresultaten overgenomen. De reden daarvoor is dat het overzicht een hulpmiddel moet zijn voor inhoudelijke integratie van verschillende leefstijlinterventies. Om dezelfde reden zijn alleen de determinanten overgenomen waarvan de invloed op meer dan één leefstijl in dezelfde richting werkt ('bevordert' (+) of 'vermindert' (-)).

Determinanten van zowel niet-roken, laag alcoholgebruik, veilig vrijen én gezonde voeding bij adolescenten zijn bijvoorbeeld [3]:

- de opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat (-);
- de ervaren subjectieve normen van 'peers': gezond gedrag is acceptabel onder leeftijdgenoten/vrienden (+);
- 'modeling' van gezond gedrag door 'peers' en ouders (leeftijdgenoten/vrienden en ouders vertonen het gezond gedrag) (+);
- eigen effectiviteit in nee zeggen (+).

De richting van het verband met gezond gedrag is voor alle bovenstaande determinanten gelijk voor niet-roken, laag alcoholgebruik, veilig vrijen en gezonde voeding (elke determinant is óf risicofactor (-) óf beschermende factor (+) voor alle gedragingen). Concreet werken gemeenschappelijke determinanten als volgt: bevordering van eigen effectiviteit in nee zeggen bijvoorbeeld kan bij adolescenten leiden tot niet-roken en laag alcoholgebruik en tegelijkertijd ook veilig vrijen en gezonde voeding stimuleren. Voor deze eigen effectiviteit en ook de andere bovengenoemde gemeenschappelijke determinanten met uitzondering van 'modeling', geldt echter dat zij 'gedragsspecifiek' zijn: zij kunnen alleen binnen de context van een specifiek gedrag geleerd worden [3]. Extra inspanningen (in de vorm van een 'transfergerichte benadering') zijn vervolgens nodig om ervoor te zorgen dat de determinanten ook voor andere gedragingen ingezet of juist uitgeschakeld worden. Een toepassing van deze transfergerichte benadering vindt plaats binnen het lespakket 'Multiple Choice 4 U' dat hieronder wordt beschreven.

### **Multiple Choice 4 U**

Toepassing van transfer vindt plaats binnen het lespakket 'Multiple Choice 4 U'. Dit bestaat uit 10 lessen van 50 minuten voor de eerste twee klassen van havo en vwo. Zoals hierboven aangegeven geldt voor een aantal gemeenschappelijke determinanten - de 'gedragsspecifieke' kennis, attitudes en vaardigheden (zie Bijlage 1) - dat scholieren deze het beste leren als ze gekoppeld worden aan een bepaald gedrag [3]. De lesstof is dan

betekenisvol voor leerlingen. ‘Multiple Choice 4 U’ besteedt aandacht aan deze determinanten met betrekking tot roken en veilig vrijen en heeft daarbovenop een transfergerichte benadering die erop gericht is om leerlingen te stimuleren de geleerde inzichten met betrekking tot die determinanten ook toe te passen op andere gedragsdomeinen (alcoholgebruik, gezonde voeding, veilig gedrag in het verkeer, sporten en bewegen, blowen et cetera). Deze transfergerichte benadering is een onderwijsmethode die leerlingen onder andere aanzet tot reflectie op het leerproces en het afwisselend contextualiseren, decontextualiseren en recontextualiseren van de lesstof. Dit contextualiseren, decontextualiseren en recontextualiseren betekent respectievelijk: in een bepaalde context aanbieden, veralgemeniseren en in een nieuwe context bezien en toepassen. De leerlingen krijgen bijvoorbeeld eerst opdrachten waarin lesstof over de determinanten op een bepaalde gedragscontext is toegepast (zoals de invloed van vrienden op het eigen rookgedrag). Vervolgens worden zij uitgenodigd om algemene principes in de lesstof te ontdekken en te benoemen (bijvoorbeeld hoe werkt sociale druk) en om ten slotte na te gaan of en hoe deze algemene principes ook op andere gedragingen (bijvoorbeeld veilig vrijen) kunnen worden toegepast.

Volgens de theorie leidt dit oefenen in meerdere contexten/gedragsdomeinen tot flexibel gebruik van kennis en vaardigheden en verhoogt dit de kans dat scholieren deze kennis en vaardigheden ook gebruiken in gedragsdomeinen die zij niet geoefend hebben [2, 3]. Als scholieren bijvoorbeeld leren sociale druk te weerstaan bij roken en veilig vrijen dan kunnen zij deze vaardigheid veralgemeniseren en vervolgens weer toepassen bij bijvoorbeeld alcoholgebruik.

‘Multiple Choice 4 U’ is in een quasi-experimentele effectevaluatie vergeleken met reguliere lessen over roken en veilig vrijen. De onderzoeksvraag was of het lespakket over roken en veilig vrijen waarin transferbevorderende principes zijn verwerkt (‘Multiple Choice 4 U’), niet alleen effect heeft op roken en veilig vrijen maar ook op de niet onderwezen gedragingen alcoholgebruik en voeding (fruit, ontbijt). Uit het onderzoek blijkt dat ‘Multiple Choice 4 U’ significant gunstige effecten heeft op het rookgedrag van de jongeren en op diverse determinanten van roken, maar nauwelijks op gedrag of determinanten met betrekking tot veilig vrijen. Het lespakket heeft daarnaast effect op determinanten en gedrag met betrekking tot alcoholgebruik en op determinanten van voedingsgedrag. Een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staat in Bijlage 2.

### **Niet-gedragsspecifieke determinanten**

Algemene, niet-gedragsspecifieke determinanten in de vorm van demografische, persoonlijkheids- of opvoedingsfactoren en algemene sociale of cognitieve vaardigheden blijken ook twee of meer van de gedragingen roken, alcoholgebruik, veilig vrijen en gezonde voeding te beïnvloeden (zie Bijlage 1). Voorbeelden van deze determinanten zijn het persoonlijkheidskenmerk eigenwaarde (hangt positief samen met niet-roken, laag alcoholgebruik en veilig vrijen), een interne beheersingsoriëntatie (interne locus of control; hangt positief samen met niet-roken en laag alcoholgebruik) en een betrokken en ondersteunende opvoedingsstijl (niet-roken, laag alcoholgebruik, veilig vrijen én gezonde voeding) [2]. Met interventies die deze determinanten beïnvloeden is het dus mogelijk meer dan één vorm van ongezond gedrag te verbeteren.

Meer onderzoek naar gemeenschappelijke determinanten wordt aanbevolen [2] en is in ontwikkeling.

## 2.2.2 Levensloop

### **Inhoudelijke voortgang**

Een mogelijkheid voor bevordering van inhoudelijke samenhang is om interventies in het ene leerjaar inhoudelijk af te stemmen op interventies uit het voorafgaande en het volgende leerjaar. Om continuïteit te waarborgen is consistentie tussen de opeenvolgende interventies belangrijk: de inhoud moet voortbouwen op de voorafgaande interventies en afgestemd zijn op de volgende interventies. Dit integreren van inhoud en het scheppen van continuïteit tussen de verschillende interventies kan men niet aan de scholieren zelf overlaten [4]. Interventies kunnen op deze manier ook optimaal afgestemd worden op de behoeften en het ontwikkelingsstadium van een bepaalde leeftijdsgroep. Daar wordt hierna verder op ingegaan.

### **Afstemming op leeftijd**

De aard en prevalentie van ziekten verschillen voor jongeren en ouderen. Dit vraagt om preventie en zorg die afgestemd zijn op (leeftijd)specifieke doelgroepen.

De levensloop krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Levensfasen staan centraal in het levensloopen denken [5]. Bij kinderen neemt vanaf ongeveer het achtste levensjaar de zelfstandigheid toe, evenals het vermogen om een eigen mening te vormen. Dat is echter nog niet voldoende om al verantwoorde beslissingen te nemen die invloed hebben op de gezondheid. Omdat leefstijlproblematiek als roken, drinken, hart- en vaatziekten, overgewicht en suikerziekte, (on)veiligheid en psychische problemen in onze samenleving de grootste bedreiging voor de gezondheid vormen, zijn voorlichting en advisering in de leeftijd van 10-20 jaar essentieel. In deze periode worden leefstijlgewoonten gevormd en verankerd. Na een periode van experimentergedrag in de pubertijd breekt met de adolescentie meestal een periode aan van enige stabiliteit. Behalve gezondheidsgedrag speelt in de pubertijd ook de ontwikkeling mee van de eigen identiteit, de seksuele geaardheid, de relatievorming en de ontluiking van en ervaring met seksualiteit [6].

### **Thema's en leeftijd**

Zoals ook uit het voorafgaande blijkt kan voor iedere leeftijdsgroep de benodigde aandacht voor bepaalde aspecten van gezondheidsbevorderend gedrag verschillen [1]. Relaties en seksualiteit vragen doorlopende aandacht, maar er is nadrukkelijk meer aandacht hiervoor gewenst in groep 7 en 8 van het basisonderwijs en in de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Die sterke aandacht loopt door in de bovenbouw. Voor voeding geldt een vergelijkbaar patroon met een sterke nadruk op groep 7 en 8, de leeftijd waarop kinderen grotere invloed krijgen op hun voedingsgedrag en de intellectuele rijpheid hebben om te denken over abstracties als voedingsstoffen. Een kwart van de meisjes van 13 tot 18 jaar lijnt wel eens extreem ongezond. Naast afslankproblemen moet er in de bovenbouw van vooral het vmbo, aandacht zijn voor ongezonde eetgewoonten en overgewicht. De aandacht voor roken, alcohol en drugs kan beginnen in de middenbouw van het basisonderwijs, uitgaande van vragen die kinderen op die leeftijd hebben bij confrontatie met roken, alcohol en/of drugs. De leeftijd van 10 tot en met 14 jaar is bij dit onderwerp cruciaal omdat dan het eerste experimentergedrag begint. Bovenbouwleerlingen bereiken een leeftijd waarop roken, alcohol en drugs gedoogd worden. Reflecteren op eventueel gebruik is vooral voor vmbo-leerlingen in de bovenbouw van belang, evenals aandacht voor partydrugs en de combinatie van alcohol en drugs. Veiligheid moet evenals seksualiteit en voeding in alle fasen aandacht krijgen. Het begint in de onderbouw van het basisonderwijs met veilig spelen. In de groepen 7 en 8 komt daar verkeersgedrag bij. Verkeer blijft een rol spelen in het voortgezet onderwijs, een leeftijd waarop jongeren zelfstandig grotere afstanden afleggen. Lichamelijke activiteit tot slot is in alle leeftijdsgroepen van belang en krijgt aandacht via het bewegingsonderwijs. Maar daarbuiten is ook aandacht nodig voor de relatie tussen gezondheid en bewegen, het kiezen van een sport en bewegen in het dagelijkse leven (buiten sporten).

Er zijn verschillende onderzoeken die tonen dat gezondheidsbevorderende programma's die vroeg in de ontwikkeling van een kind beginnen en zich vervolgens gedurende de daaropvolgende groepen afgestemd op de ontwikkelingsfase voortzetten, significante en langdurige effecten teweeg brengen. Schall zegt hierover: 'Random doses of health education, a semester here and there, make no more sense than random doses of penicillin' [7]. In Tabel 1 staat hoe Stichting Leerplanontwikkeling [1] deze leeftijdsspecifieke afstemming op de ontwikkelingsfase invult in de leerlijn die moet leiden tot de competentie 'Hanteren van een uitgebalanceerd voedingspatroon'.

#### **Een voorbeeld: 'Hallo Wereld'**

'Hallo Wereld' [8] is een voorbeeld van gezondheidsbevordering met een - weliswaar beknopte - inhoudelijke voortbouw naar leeftijd. 'Hallo Wereld' bestaat anno 2009 uit een voorlichtingsprogramma via e-mail en een gezondheids- en opvoedingsadvies via internet voor aanstaande ouders en voor jonge ouders met kinderen tot de leeftijd van een jaar. Ouders en aanstaande ouders die deelnemen ontvangen maandelijks via e-mail een interactieve gezondheidsquiz over gezonde leefstijl en -opvoeding. De vragen zijn afgestemd op de ontwikkeling van de zwangerschap en de ontwikkeling van het kind tot een jaar daarna. Belangstellenden kunnen ook op internet demo's bekijken zoals de demo 'zwanger' en de demo 'eerste levensjaar'.

De onderwerpen liggen in het verlengde van de beleidslijnen Jeugdgezondheidszorg (stimuleren borstvoeding en foliumzuur, preventie van wiegendood, stimuleren van inname van vitamine D, tegengaan van (passief) roken en alcoholgebruik en stimuleren van goede mondhygiëne) en de informatie is 'computer tailored' (de juiste informatie op het juiste moment).

### **2.2.3 Integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid**

Het toepassen van integraal gezondheidsbeleid en een integrale aanpak kan nuttig zijn voor bevordering van inhoudelijke samenhang tussen gezondheidsbevorderende interventies en -maatregelen. Om dit verder toe te lichten volgt hieronder een korte omschrijving van beide begrippen.

#### **Wat is integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid?**

De term 'integrale aanpak' wordt vaak gebruikt bij samenwerking binnen het volksgezondheidsdomein tussen actoren en sectoren als preventie, care, cure en ggz [9]. 'Integraal gezondheidsbeleid' is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen én buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, met als gemeenschappelijk doel het bevorderen of beschermen van de gezondheid [9]. Mogelijk relevante sectoren buiten de sector volksgezondheid zijn onderwijs, ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, media, financiën, sport en sociale zaken. De betreffende gezondheidsdeterminanten geven aan welke sectoren relevant zijn om te betrekken bij integraal gezondheidsbeleid. Door het voeren van integraal gezondheidsbeleid wordt gezondheid als gemeenschappelijke doelstelling in het beleid opgenomen. Het richt zich niet alleen op het individu maar ook op zijn omgeving. In de meest brede zin betekent dit dat bij integraal gezondheidsbeleid de belangrijkste sectoren binnen én buiten het gezondheidsdomein samenwerken aan gezondheidsbevordering en -bescherming.

**Tabel 1 Competentie: hanteren van een uitgebalanceerd voedingspatroon**

	<b><i>Kennis over:</i></b>	<b><i>Vaardig in:</i></b>	<b><i>Sociaal emotionele/ ethische ontwikkeling:</i></b>
<i>Havo/vwo bovenbouw</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consequenties van ongezonde voedingsgewoonten op korte en op lange termijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het afzetten van een eigen voedingspatroon tegen maatschappelijk aanvaarde regels</li> <li>• Het bereiden van voedsel</li> <li>• Het bedenken van alternatieven voor snoepen en snacks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen keuzes maken over voedingspatroon</li> <li>• Verleidingen beheersen</li> <li>• Plezier beleven aan koken voor anderen</li> </ul>
<i>Vmbo bovenbouw</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consequenties van ongezonde voedingsgewoonten op korte en op lange termijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het geven van een mening over eigen voedingspatroon en dat van anderen</li> <li>• Weerstand bieden</li> <li>• Het bereiden van voedsel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen keuzes maken over voedingspatroon</li> <li>• Verleidingen beheersen</li> </ul>
<i>Voortgezet onderwijs 1 - 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schijf van vijf</li> <li>• (Her)kennen dikmakers</li> <li>• Aanbevolen dagelijkse hoeveelheid</li> <li>• Voedselbederf en voedselveiligheid</li> <li>• Ziekten gerelateerd aan voeding</li> <li>• Eetproblemen als gevolg van het schoonheidsideaal</li> <li>• Ecologische en biologische producten</li> <li>• Intensieve veeteelt</li> <li>• Biotechnologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het samenstellen van een gezond menu</li> <li>• Letten op dikmakers</li> <li>• Het voldoende eten passend bij groeien in puberteit</li> <li>• Eenvoudige voedselbereiding</li> <li>• Hygiënisch werken</li> <li>• Het reflecteren op eigen gedrag t.a.v. van voeding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfbeeld door voeding, moet ik meer of minder eten</li> </ul>
<i>Primair onderwijs groep 7 - 8</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezonde voeding</li> <li>• Voedselbederf</li> <li>• Dikmakende voedingsmiddelen</li> <li>• Bouwstoffen, brandstoffen, beschermende stoffen</li> <li>• Verschillende vormen van voedselbewerking</li> <li>• De herkomst van voedingsmiddelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het analyseren van eigen voedingspatroon</li> <li>• Het analyseren van voedingsmiddelen</li> <li>• Het onderscheiden van natuurlijke en bewerkte voedingsmiddelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normen ten aanzien van gezonde voeding ontwikkelen</li> <li>• Gevoel voor kwaliteit ten opzichte van kwantiteit wat betreft gebruik van voeding</li> </ul>
<i>Primair onderwijs groep 4 - 6</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De relatie voeding, beweging en lichaamsgewicht</li> <li>• Het verschil tussen eten, snoepen en snacks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goede gebitsverzorging</li> <li>• Tafelmanieren</li> <li>• Het inschatten van hoeveelheden</li> <li>• Het besef over herkomst van voedingsmiddelen</li> <li>• Het bewust worden van reclameboodschappen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevoelig voor reclameboodschappen</li> <li>• Nieuwe voedingsmiddelen willen uitproberen</li> <li>• Plezier beleven aan samen eten met anderen</li> </ul>
<i>Primair onderwijs groep 1 - 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschillende voedingsmiddelen</li> <li>• Het verschil tussen eten en snoepen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het regelmatig eten</li> <li>• Het netjes eten</li> <li>• Het tanden poetsen onder begeleiding</li> <li>• Het herkennen van primaire smaken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis maken met andere smaken en voedingsmiddelen</li> </ul>

**Integrale aanpak/integraal gezondheidsbeleid en inhoudelijke samenhang**

Zoals al aan het begin van deze paragraaf staat kan het toepassen van integraal gezondheidsbeleid en een integrale aanpak nuttig zijn voor bevordering van inhoudelijke samenhang tussen gezondheidsbevorderende interventies en maatregelen. Het bereiken van inhoudelijke samenhang binnen het aanbod aan gezondheidsbevorderende interventies en maatregelen vereist namelijk een samenwerkingsbeleid van alle betrokken partijen. Dit zijn in de eerste plaats de actoren en sectoren binnen het volksgezondheidsdomein zoals landelijke thema-instituten, GGD'en, ggz, thuiszorg, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsfondsen. Voor een dergelijke samenwerking wordt zoals hierboven uiteengezet, de term 'integrale aanpak' gebruikt. Er is dan sprake van beleid met een integrale aanpak vanuit het domein volksgezondheid met als doel bevordering of bescherming van de gezondheid [9]. Echter, afstemming van de inhoud van het aanbod aan gezondheidsbevordering vergt niet alleen samenwerking binnen het volksgezondheidsdomein maar ook betrokkenheid van actoren en sectoren buiten het volksgezondheidsdomein. Dat gaat in de richting van integraal gezondheidsbeleid.

In Box 1 staat hoe integrale aanpak/integraal gezondheidsbeleid in het kader van meer inhoudelijke samenhang vorm kan krijgen.

**Box 1: Samenwerking met andere aanbieders: scholen, GGD, OBD, welzijnsorganisatie, jeugdzorg, ggz**

De meeste scholen vinden gezondheid belangrijk. Gezondheid komt aan bod in de vakken verzorging, biologie, lichamelijke opvoeding en maatschappijleer en ook in projectonderwijs. Daarnaast speelt gezondheid een rol in het werken aan een gezond en veilig schoolklimaat, in een verantwoord voedingsaanbod in kantines en automaten, in zorg en begeleiding van leerlingen en in preventief arbobeleid. Van oudsher besteden scholen met hun lesaanbod aandacht aan voeding, beweging en hygiëne. Schoolondersteunende organisaties zoals GGD en onderwijsbegeleidingsdienst (OBD) bieden verschillende projecten aan rond gezondheid en veiligheid. Schoolondersteunende organisaties zoals de onderwijsbegeleidingsdienst (OBD), GGD, welzijnsorganisatie, Bureau Jeugdzorg en instellingen voor verslavingszorg en/of geestelijke gezondheidszorg (ggz) begeleiden en ondersteunen scholen bij de bevordering van gezondheid. Naarmate deze organisaties hun activiteiten onderling meer afstemmen, zullen de effecten van de interventies op leerlingen en medewerkers groter zijn [10]. Gebruik van het Gezonde School Model (GSM) leidt tot meer samenhang tussen de verschillende activiteiten en maatregelen binnen een school en daarmee tot een hogere effectiviteit. Uitgangspunt van het GSM is dat gezondheidsbevordering niet beperkt blijft tot klassikaal onderwijs over gezondheid en gedrag maar ook de zorg voor medewerkers, vaardigheden die leerlingen tijdens lichamelijke opvoeding opdoen en het voedingsaanbod in de schoolkantine omvat [10].

**Voorwaarden integraal gezondheidsbeleid**

Voorwaarden voor het bereiken van integraal gezondheidsbeleid zijn dat de verschillende beleidssectoren elkaar goed kennen en geïnformeerd worden over gezondheid(s)determinanten) en de samenhang met hun beleid. Ook belangrijk voor de uitvoering is een gezamenlijke visie, een gemeenschappelijk doel en het bepalen van de mogelijke bijdrage van elke sector aan de bestrijding van het gezondheidsprobleem. Hulpmiddelen hierbij zijn structurele intersectorale netwerken en contacten. Een aanbeveling is om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven aan de hand van enkele centrale thema's of belangrijke gezondheidsproblemen [9]. Een voorbeeld staat in Box 2.

**Box 2: ‘De Veilige School’**

‘De Veilige School’ is een landelijke campagne voor het voortgezet onderwijs die bestaat uit drie pijlers: de zorg voor sociale binding en leren omgaan met elkaar, het planmatig en deskundig omgaan met calamiteiten en de zorg voor veilige voorzieningen in gebouw/omgeving [11]. Een aanpak waarin maatregelen gecombineerd worden vereist allereerst een goede afstemming tussen verschillende beleidssectoren op het terrein van volksgezondheid, welzijn, justitie en onderwijs. Daarbij dient steeds te worden nagegaan waar mogelijk overlap zit tussen het beleid van verschillende overheden of beleidssectoren, welke lacunes er zijn en of er beleidsmaatregelen zijn die elkaar tegenwerken of kunnen leiden tot onbedoelde negatieve effecten [12].

**Integrale aanpak, integraal gezondheidsbeleid en gezonde scholen**

Toegepast op gezondheidsbevordering binnen scholen is zowel gezondheidsbeleid met een integrale aanpak als integraal gezondheidsbeleid noodzakelijk voor bevordering van inhoudelijke samenhang. Integratie van alle mogelijkheden die scholen en andere maatschappelijke partijen bieden om de gezondheid van leerlingen te bevorderen, kan bovendien de effectiviteit en efficiency van gezondheidsbevordering verhogen [13, 14]. Wat integraal gezondheidsbeleid betreft levert de keuze voor gezondheid als gemeenschappelijk doel ook het onderwijs voordelen op. Er is namelijk een positieve invloed van gezondheid (bescherming tegen geweld, niet-roken en geen alcohol- en druggebruik, gezonde voeding, lichamelijke conditie) [15, 16] op leerprestaties en op vermindering van spijbelen en schooluitval (zie Box 3).

**Box 3: Gezondheid en schoolproblemen**

Scholieren die cannabis gebruiken, hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Dit verband is sterker naarmate de frequentie van gebruik stijgt [17]. De toekomst van schoolprogramma’s bestaat waarschijnlijk uit interventies van basisschool tot en met middelbare school die zich richten op verschillende vormen en opeenvolgende fasen van probleemgedrag. Dat wil zeggen: niet alleen het gebruik van drugs of andere middelen. Deze seriële aanpak is nog in de ontwerpfase en omvat niet alleen voorlichting en educatie maar ook identificatie van en begeleiding bij problemen, spijbelprojecten of naschoolse opvang. Er is enig bewijs dat die activiteiten middelengebruik voorkomen [18]. In de Verenigde Staten blijkt een interventie die drugsgebruik en schoolproblemen bij middelbare scholieren tegelijk aanpakt effectief te zijn [19]. De interventie is bedoeld voor leerlingen die met school stopten of leerlingen met een verhoogd risico daarop en richt zich op bevordering van sociale steun tussen leerlingen onderling en met leraren. Daarnaast zijn er vaardigheidstrainingen ter bevordering van eigenwaarde, het vermogen om beslissingen te nemen, persoonlijke controle en interpersoonlijke communicatie.

Overigens heeft de sector volksgezondheid ook weer belang bij goed onderwijs omdat onderwijs een determinant van gezondheid is [20, 21]. Daarnaast is ook de sfeer op school belangrijk voor gezondheidsbevordering van leerlingen. Uit een Schotse studie blijkt bijvoorbeeld dat gebruik van drugs, alcohol en sigaretten vaker voorkomt in scholen waar jongeren minder leraren kennen en de sfeer slechter is [22].

**Aansluiting bij onderwijs**

Voor de implementatie van een inhoudelijk samenhangend interventieaanbod is het belangrijk dat een interventie aansluit bij waar de school in een bepaald leerjaar mee bezig is. Mogelijkheden om dit te bereiken zijn integratie van gezondheidsbevordering in het onderwijssysteem en gezondheidsdoelen secundair stellen aan onderwijsdoelen. Verbinding van gezondheids- met onderwijsdoelen, zoals de ‘gute gesunde Schule’ in Duitsland waar gezondheidsbevordering verankerd is in de onderwijsverantwoordelijkheden van scholen [23], is een voorbeeld van hoe dit te bewerkstelligen. Voorbeelden uit de Verenigde Staten van

interventies die inhoudelijk zijn afgestemd met wat in het onderwijs aan bod komt zijn ‘Planet Health’ [24], het ‘Running and Reading Across America program’ en het ‘Move Across America program’ [25]. Planet Health richt zich op bevordering van beweging en gezonde voeding en is zo ontworpen dat deze doelen geïntegreerd zijn in bestaande taal-, reken-, wiskunde-, maatschappijleer- en gymnastieklessen. In zowel het ‘Running and Reading Across America program’ als het ‘Move Across America program’ verzamelen scholieren door wandelen of rennen kilometers die hen virtueel van de ene stad naar de andere brengen. Daarbij worden leermogelijkheden betrokken die de vakken Engels, wiskunde, aardrijkskunde, gezondheidskunde en lichamelijke opvoeding bieden. Een soortgelijke interventie is ook uitgevoerd in Nieuw Zeeland [25].

Een voorbeeld uit Nederland is het online lespakket ‘Weet Wat Je Eet’ van het Voedingscentrum [26] dat kan worden ingezet bij de lessen verzorging, biologie, lichamelijke opvoeding of bij vakoverstijgende projecten over eten. ‘Weet Wat Je Eet’ sluit aan bij verschillende kerndoelen uit de domeinen Mens en Natuur en Mens en Maatschappij. De leerlingen volgen de lessen zelfstandig via internet en zien meteen hun eigen resultaten en vorderingen. Er zijn lessen over gezond eten, veilig eten, voedselherkomst en duurzaamheid, over voedsel kopen, gezond kiezen in de schoolkantine, voedsel bereiden, gentechnologie en over borstvoeding. Ook ‘Smaaklessen’, een lesprogramma voor het basisonderwijs met vooral praktische lessen over voeding en voedsel, leent zich voor inpassing in de lessen biologie, natuuronderwijs en wereldoriëntatie. Tijdens een procesevaluatie geven leerkrachten en schoolleiders aan dat zij de Smaaklessen in de toekomst willen inbedden in het reguliere onderwijs en willen inpassen in bestaande vakken. Ze geven aan de lessen te willen combineren met biologie, natuur, rekenen en taal [27].

## 2.3 Voorbeelden van gecombineerde toepassingen

Verschillende programma’s combineren de in de vorige paragraaf besproken manieren voor bevordering van inhoudelijke samenhang. Een Nederlands voorbeeld zijn de door Stichting Leerplanontwikkeling (SLO) ontwikkelde ‘Leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag’ (zie paragraaf 2.3.1). Uit de Verenigde Staten illustreren programma’s als ‘Growing Healthy’ (2.3.2), het ‘Child Development Project’ (2.3.3) en het ‘Seattle Social Development Project’ (2.3.4) toepassingen van de verschillende in paragraaf 2.2 beschreven manieren.

### 2.3.1 Leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft Stichting Leerplanontwikkeling (SLO) in 2005 een aantal leerlijnen\* voor gezondheidsbevorderend gedrag uitgewerkt. Deze zijn in 2006 aangevuld. De opdracht was een verzoek van een aantal landelijke themainstituten naar aanleiding van de herziening van de kerndoelen voor primair en voortgezet onderwijs; door deze herziening waren gezondheidsthema’s niet langer nauwkeurig omschreven in de kerndoelen.

De volgende leerlijnen zijn door SLO ontwikkeld [1]:

1. Het maken van positieve keuzes ten aanzien van de eigen gezondheid
2. Respecteren en waarderen van eigen en andermans lichaam en identiteit
3. Signaleren en bespreekbaar maken van geestelijke gezondheid
4. Intieme relaties aangaan, onderhouden en beëindigen

---

\* Een leerlijn is een samenhangend geheel van leermomenten die in een vaststaande volgorde worden aangeboden



5. Verantwoord omgaan met seksualiteit
6. Hanteren van een uitgebalanceerd voedingspatroon
7. Verantwoord omgaan met genotmiddelen
8. Dagelijks voldoende lichamelijk actief zijn
9. Veilig handelen in verkeer, werk en vrije tijd

De leerlijnen zijn zo opgezet dat ze elk toewerken naar de competentie die in de titel staat. Alle competenties komen voort uit de thema's van de betrokken landelijke thema-instituten (seksualiteit, voeding, genotmiddelen, lichaamsbeweging en veilig handelen in het verkeer). Het doel van de eerste drie leerlijnen is toewerken naar competenties die volgens SLO en de betrokken landelijke thema-instituten voor alle thema's relevant zijn: het maken van positieve keuzes, respecteren en waarderen van lichaam en identiteit en onderscheid kunnen maken tussen niet lekker in je vel zitten en lichamelijke klachten hebben. Het gaat bij deze drie leerlijnen om inwisselbare, algemene competenties (de eerste competentie bijvoorbeeld: wie verantwoord kan omgaan met alcohol, weet ook waar de grenzen liggen bij veilig vrijen). De drie algemene competenties staan niet op zichzelf; er is een context nodig om ze aan te leren (zie ook paragraaf 2.2.1: Gemeenschappelijke determinanten). Deze context wordt gevormd door de onderwerpen uit de vijf GBI-thema's in leerlijn 4 tot en met 9. Dit betekent enerzijds dat elk van deze vijf leerlijnen een bijdrage levert aan het ontwikkelen van de algemene competenties, en anderzijds dat de algemene competenties nadrukkelijk een plaats moeten krijgen in de vijf onderwerpen.

Het uitgangspunt is dat jongeren aan het einde van hun leerplichtige leeftijd alle in de leerlijnen opgenomen competenties voldoende moeten bezitten. De leerlijnen omvatten de leeftijdsgroep van 4 tot 16 jaar en lopen door de verschillende onderwijstypen heen. Ze staan vanaf bladzijde 50 in het SLO-rapport [1] en zijn in te zien via [http://www.slo.nl/downloads/gezondheidsbev\\_gedrag.doc/](http://www.slo.nl/downloads/gezondheidsbev_gedrag.doc/). De uitwerking van elke leerlijn staat in een schema dat van beneden naar boven de leeftijdscategorieën 'groep 1-3', 'groep 4-6', 'groep 7-8' van het basisonderwijs en 'klas 1-2', 'bovenbouw vmbo' en 'bovenbouw havo/vwo' van het voortgezet onderwijs omvat. De schema's omschrijven elk de kennis, vaardigheden en sociaalemotionele ontwikkeling die per leeftijdscategorie nodig zijn om de competentie te bereiken (een voorbeeld hiervan voor de leerlijn 'Hanteren van een uitgebalanceerd voedingspatroon' staat in Tabel 1 paragraaf 2.2.2). Hierdoor ontstaat inzicht in mogelijkheden voor samenhang en integratie van bestaand materiaal (zoals lessen verzorging of biologie op school, interventies van landelijke thema-instituten) dat aan de benodigde kennis, vaardigheden en ontwikkeling kan bijdragen. Het doel van de leerlijnen is op deze wijze handvatten te bieden voor invulling van het curriculum in de klas door scholen, GGD'en, landelijke thema-instituten en schoolbegeleidingsdiensten. Er zijn inmiddels ervaringen opgedaan met het door scholen invullen van leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag. Het 'KOMPAS<sup>SLO</sup> Gezond gedrag' [28] is een instrument dat teams van docenten van primair en/of voortgezet onderwijs ondersteunt hierbij. Het instrument helpt bij het ordenen en afstemmen van thema's waardoor een globale leerlijn ontstaat. Verfijnen hiervan vindt plaats doordat het instrument zichtbaar maakt welk materiaal (vakken, onderwerpen of thema's) per periode een bijdrage kan leveren.

Met verschillende scholen zijn leerlijnen op deze wijze praktisch gemaakt door ordening van de onderwerpen en thema's en door vast te stellen wat door wie wordt aangeboden en het bijbehorende materiaal te selecteren (input landelijke thema-instituten en/of bestaande of nieuw te ontwikkelen lessen op school). Docenten hebben keuzes uit onderdelen van de uitgewerkte leerlijnen gemaakt en vervolgens ingevuld welk (les)materiaal zij kunnen inzetten om aan de kennis, vaardigheden en/of sociaalemotionele ontwikkeling te werken. De leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag verhogen inhoudelijke samenhang door het beïnvloeden van gemeenschappelijke determinanten (de overstijgende competenties in leerlijn 1, 2 en 3). Ook is er sprake van afstemming tussen de gezondheidsbevorderende

thema's\*, ontstaat inzicht in waar samenhang en integratie van (bestaand) materiaal mogelijk is en hoe andere niet aan gezondheid gerelateerde vakken een bijdrage kunnen leveren (bijvoorbeeld voor het vak Nederlands een folder over zelfverdediging schrijven, in combinatie met lichamelijke opvoeding) (zie Integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid in paragraaf 2.2.3). Bovendien worden mogelijke ervaringen en situaties voor buitenschools leren meegenomen door niet formele leermomenten nadrukkelijk te benutten. Tegelijkertijd ontstaat door de leerlijnen een logische opeenvolging: de onderdelen worden in een inhoudelijk voortbouwende en op de ontwikkeling afgestemde volgorde ('just in time learning') aan de verschillende leeftijdsgroepen van 4 tot 16 jaar aangeboden (zie verwijzing naar [1] in paragraaf 2.2.2).

SLO heeft geprobeerd een balans te vinden tussen eisen aan voorlichting en preventie enerzijds en mogelijkheden en beperkingen van het onderwijs anderzijds. Ook is er sprake van ordening naar doelgroep (schooltype).

### **2.3.2 Growing Healthy**

Internationaal is het 'Growing Healthy program' [29] een voorbeeld van een programma dat zich achtereenvolgens op groep 1 tot en met 8 van de basisschool richt. Het programma is daarbij afgestemd op de ontwikkelingsfasen van deze leeftijdsgroepen. Elke les bouwt inhoudelijk voort op de voorgaande (zie paragraaf 2.2.2 Levensloop). Voor elk groepsniveau zijn er 42 tot 53 lessen. Het basisprincipe is dat kinderen leren sociale druk tot ongezonde leefstijl te weerstaan. In dat kader werkt het programma aan kennis over gezondheid en hoe het lichaam werkt, interpersoonlijke en probleemoplossende vaardigheden, bewustwording van het belang van het benutten van kansen in je leven, aanzetten tot een coöperatieve leerstijl en ontwikkeling van persoonlijke effectiviteit, eigenwaarde, assertiviteit en het kritisch denkvermogen (zie gemeenschappelijke determinanten in paragraaf 2.2.1).

Gezondheidsthema's die aan bod komen zijn tandzorg, lichaamsbeweging, veiligheid, voeding, roken, alcohol- en drugsgebruik. Het 'Growing Healthy program' bevordert ook de betrokkenheid van ouders, onder andere door ze uit te nodigen om mee te doen met allerlei programma-activiteiten en een voorbeeld in gezond gedrag te zijn voor hun kinderen ('modeling': zie paragraaf 2.2.1 en Bijlage 1). Verschillende activiteiten en onderwijsmethoden overlappen met lessen als taal, rekenen, lichamelijke opvoeding, muziek en handenarbeid binnen het onderwijscurriculum. Integratie van 'Growing Healthy' binnen het onderwijs is daardoor soepel realiseerbaar. Dit is niet alleen gemakkelijker voor de scholen, het toont de kinderen ook hoe de verschillende onderwerpen met elkaar samenhangen en stelt ze in staat kennis in veel verschillende situaties op te doen, toe te passen en te gebruiken. Het programma is op brede schaal in de Verenigde Staten ingevoerd. De effecten op kennis, attitude en gedrag (vooral roken) blijken groter dan die van de gangbare losstaande interventies. Naast roken vermindert het programma ook drugsgebruik op latere leeftijd. Ook kennis over gezondheid en hoe deze in stand te houden zijn positieve effecten van 'Growing Healthy'. De ouders van deelnemende kinderen gaan zich bovendien gezonder gedragen, bijvoorbeeld op het gebied van roken [30, 31]. Schall benadrukt in haar artikel over Growing Healthy dat gezondheidsrisico's voor kinderen en adolescenten geen losstaande problemen zijn, maar een pakket van onderling samenhangende kwesties. Daarom houdt een effectieve reactie volgens haar rekening met al deze risicofactoren in hun onderlinge samenhang. Zij constateert de gewoonte om de risicofactoren los van elkaar te beïnvloeden, maar geeft aan dat dit ze nog niet tot afzonderlijke probleemgebieden maakt en pleit voor een geïntegreerde aanpak [7].

---

\* De leerlijnen zijn in overleg met Rutgers Nisso Groep, Soa Aids Nederland, Voedingscentrum, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), Trimbos-instituut, STIVORO, Consument en Veiligheid en Stichting Pandora ontwikkeld

### **2.3.3 Het Child Development Project**

Het 'Child Development Project' is een programma dat een basisschool gedurende drie jaar transformeert tot een omgeving met ondersteunende interpersoonlijke relaties en gedeelde doelstellingen, die voorziet in ontwikkelings- en sociaalculturele behoeften van scholieren (zie paragraaf 2.2.2 Levensloop) en de nadruk legt op persoonlijke verantwoordelijkheid, rekening houden met anderen, rechtvaardigheid en serieus omgaan met leren (zie Gemeenschappelijke determinanten in paragraaf 2.2.1).

Het programma omvat voor de hoogste groepen zowel klassikale als de gehele school omvattende activiteiten, en daarnaast worden ook de gezinnen van de deelnemende scholieren erbij betrokken (zie Gemeenschappelijke determinanten in paragraaf 2.2.1: modeling, betrokken en ondersteunende opvoeding). De verwachting is dat de scholieren zich door synergie tussen al deze activiteiten positief ontwikkelen en risicogedrag weerstaan bij confrontatie met stress [4].

Na invoering op twaalf scholen verspreid over de Verenigde Staten waarbij evenveel andere scholen binnen hetzelfde district als controlegroep dienden, bleek het 'Child Development Project' effectief voor het verminderen van alcohol- en drugsgebruik. Ook op probleemgedragingen als weglopen van huis, het stelen van auto's, betrokkenheid bij vechtpartijen en slachtofferschap van opzettelijke vernieling van eigendommen had het programma een positieve invloed. Daarnaast bleek het 'Child Development Project' de houding, motivatie en het gedrag van scholieren ten opzichte van leren maar ook ten opzichte van anderen te verbeteren. Roken nam ook af, maar dit effect was niet significant. De effecten traden alleen op in de vijf scholen met de hoogste implementatie van het programma [32].

### **2.3.4 Het Seattle Social Development Project**

Het 'Seattle Social Development Project' richt zich op bevordering van cognitieve en sociale vaardigheden van leerlingen vanaf het begin tot het eind van hun basisschooltijd (zie Gemeenschappelijke determinanten in paragraaf 2.2.1). Daarbij vindt afstemming plaats met de ontwikkelingsfase waarin zij zich bevinden (zie paragraaf 2.2.2 Levensloop). Kinderen leren op een constructieve manier hun problemen in relaties met leeftijdsgenoten op te lossen en sociale druk te weerstaan. Daarnaast ontvangen ouders een training in opvoeding die de emotionele band van hun kinderen met school en het gezin bevordert (thema's: omgaan met kinderen, ondersteuning bij goed presteren op school en stimuleren van kinderen om geen drugs te gaan gebruiken). Ook leraren worden opgeleid om met leerlingen om te gaan op een manier die de emotionele band van de kinderen met school bevordert [33]. Het project is ingebed in de normale activiteiten van de groepen gedurende elk schooljaar.

Effecten na invoering van het 'Seattle Social Development Project' in achttien scholen waarvan een deel als controlegroep diende, zijn zes jaar na afloop gemeten toen de deelnemers inmiddels 18 jaar waren. Hieruit bleek een sterkere band met school, verbetering in schoolprestaties, minder betrokkenheid bij wangedrag op school (spieken, spijbelen, uit de klas gestuurd), minder gewelddadig delinquent gedrag, vermindering van zwaar alcoholgebruik en minder seksueel risicogedrag [33]. Drie jaar later, op 21-jarige leeftijd, werden nog positieve effecten gevonden op het functioneren op school en in werk en daarnaast op de emotionele en mentale gezondheid. Ook minder crimineel gedrag (onder andere drugshandel) waren effecten na negen jaar [34].

## 2.4 Conclusie en discussie

### 2.4.1 Conclusie

In het voorafgaande staat een aantal mogelijkheden die landelijke thema-instituten, andere interventie-ontwikkelaars, universiteiten, GGD'en, ZonMw en gemeenten kunnen toepassen voor bevordering van inhoudelijke samenhang tussen gezondheidsbevorderende interventies. Gemeenschappelijke determinanten (paragraaf 2.2.1) biedt een mogelijkheid om bestaande interventies efficiënter aan te bieden door deze inhoudelijk te integreren. Levensloop (paragraaf 2.2.2) als uitgangspunt kan gehanteerd worden als principe om een logische openvolging tussen interventies te bereiken en ze daardoor onderling beter op elkaar af te stemmen. Door een integrale aanpak en integraal gezondheidsbeleid (paragraaf 2.2.3) kunnen alle betrokken partijen integratie en openvolging van hun activiteiten bereiken. Verschillen tussen deze in paragraaf 2.2 beschreven mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang hebben vooral betrekking op waar de nadruk ligt: inhoudelijke integratie (paragraaf 2.2.1), het bereiken van logische openvolging (paragraaf 2.2.2) of een mogelijke aanpak hiervoor (integraal, zie paragraaf 2.2.3). De leerlijnen gezondheidsbevorderend gedrag en de andere - internationale - voorbeelden zoals beschreven in paragraaf 2.3 ten slotte, geven illustraties van mogelijke toepassingen van combinaties van mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang.

### 2.4.2 Discussie

Naast de in de inleiding genoemde voordelen van een inhoudelijk samenhangend aanbod van gezondheidsinterventies voor scholen zijn ook mogelijke nadelen te signaleren. In de eerste plaats kan een geïntegreerd pakket minder keuzemogelijkheden voor scholen betekenen ten opzichte van de huidige situatie. Daarnaast is het aanbrenge van meer inhoudelijke samenhang, vooral als dit via gemeenschappelijke determinanten gebeurt (zie paragraaf 2.2.1), mogelijk strijdig met de door landelijke thema-instituten nagestreefde doelstelling van een zo hoog mogelijke implementatiegraad van de eigen interventies. Bovendien is de kwaliteit (onder andere de effectiviteit) en eventuele meerwaarde (efficiency) van een inhoudelijk meer geïntegreerd aanbod nog niet empirisch aangetoond.

De effectiviteit en andere kwaliteitsaspecten van het uiteindelijke aanbod moeten gewaarborgd zijn. Daarnaast is het van belang dat een inhoudelijk samenhangend pakket van interventies alle doelgroepen omvat. Ook moet rekening worden gehouden met implementeerbaarheid: een redelijke inzet van personeel op school en redelijke kosten voor de uitvoering, bijdrage aan wettelijk verplichte onderwijsdoelen en inpasbaar binnen de gangbare werkwijze op scholen.

## **3 Pilot inventarisatie gemeenschappelijke determinanten**

Bram Tuk (Pharos)  
Judith Kuiper (Stichting Consument en Veiligheid)  
Hester van Bommel (Pharos)

### **3.1 Inleiding**

Na inventarisatie van verschillende mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang in paragraaf 2 ontstaat de vraag hoe deze inzichten verder toe te passen. De beschrijving van een eerste toepassing in een verkennende pilot staat hieronder.

#### **Gemeenschappelijke determinanten inventariseren**

Het idee achter de pilot is dat aanpassingen binnen het bestaande aanbod nodig zijn om tot een inhoudelijk samenhangend programma van schoolinterventies te komen. Om deze mogelijke aanpassingen op te sporen is een deel van de huidige situatie in kaart gebracht. Daarbij lag de nadruk op het inventariseren van alle determinanten waaraan de interventies aandacht besteden. De bedoeling was om dit later op het gehele aanbod toe te passen. Dat zou een basis kunnen vormen voor het opsporen van mogelijkheden tot aanpassingen binnen het aanbod van interventies, zoals advies over welke dubbele onderdelen weggelaten kunnen worden bij het uitvoeren van verschillende interventies tegelijk of aanbevelingen voor landelijke thema-instituten over afstemming van bestaande interventies op huidige kennis over gemeenschappelijke determinanten (zie paragraaf 2.2.1 en Bijlage 1). Het doel van de pilot is om de toepassing te testen van het in kaart brengen van determinanten op basis van beschrijvingen van interventies en om te beoordelen of dit kan leiden tot aanbevelingen voor meer inhoudelijke samenhang in het interventieaanbod.

### **3.2 Aanpak**

De auteurs hebben uit de beschrijvingen van vijf ‘theoretisch goed onderbouwde’ schoolinterventies uit de interventieoverzichten van het Loket Gezond Leven.nl [38] de determinanten geïnventariseerd. Dit vond onafhankelijk van elkaar plaats aan de hand van het scoreformulier met toelichting dat in Bijlage 3 staat. Naast de gemeenschappelijke determinanten waarvan in het scoreformulier omschrijvingen zijn opgenomen, was er ook ruimte voor het inventariseren van de overige determinanten die binnen een interventie aan de orde komen.

Na het invullen hebben de beoordelaars hun scoreformulieren naast elkaar gelegd en zijn bij afwijkende inventarisaties in overleg tot een eindoordeel gekomen over het al dan niet aanwezig zijn van de betreffende determinant.

Het doel hiervan was inzicht in de determinanten waaraan interventies binnen het huidige interventieaanbod aandacht besteden. Als dit binnen het gehele aanbod zou gebeuren kan dit als basis dienen voor het opsporen van mogelijkheden voor bevordering van inhoudelijke samenhang en voor advisering hierover aan de betreffende landelijke thema-instituten, bijvoorbeeld over onderdelen die zij kunnen weglaten als er overlap is met andere interventies die ook worden uitgevoerd of over meer aandacht voor de gemeenschappelijke determinanten dan nu het geval is.

### 3.3 Resultaten

De pilot resulteerde in een overzicht waarin voor de vijf onderzochte interventies staat of - volgens de drie beoordelaars- in de interventiebeschrijving aangegeven wordt dat de betreffende determinanten onderdeel van de interventie zijn (zie Bijlage 4). Tijdens het scoren bleek al snel dat het niet in alle gevallen mogelijk was stukken tekst uit de interventiebeschrijving waarin de determinanten expliciet beschreven zijn te kopiëren. Soms waren meerdere stukken tekst aan te wijzen, maar het kwam ook voor dat een determinant niet expliciet in de tekst beschreven werd. Daar waar twijfel was bij één of meer beoordelaars is in onderling overleg besloten of het aannemelijk was dat de interventie wel of niet de betreffende determinant beoogt te beïnvloeden. Ook dit staat in de resultaten (zie Bijlage 4).

De tabel in Bijlage 4 geeft een eerste indruk van mogelijke resultaten van het inventariseren van gemeenschappelijke determinanten. Als alle interventies in de leerlijn in het overzicht worden opgenomen zou je kunnen opmaken waar overlap of lacunes zitten. Bijvoorbeeld dat weinig tot geen van de opgenomen interventies aandacht besteden aan ervaren subjectieve normen van broers en zussen en ‘peers’ of aan toezicht houdende ouders. Of dat geen van de interventies zich expliciet richt op de opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat of op de verwachtingen ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag (zie Bijlage 1).

### 3.4 Discussie

In de beschreven pilot is de aanpak van het in kaart brengen van gemeenschappelijke determinanten getest. De veronderstelling was dat beschrijvingen in de interventieoverzichten op Loketgezondleven.nl het mogelijk zouden maken om determinanten op te sporen. Door dit door drie beoordelaars te laten doen, kon ook inzichtelijk worden hoe het beoordelingsproces verliep (was er bijvoorbeeld eensluidendheid bij de beoordeling).

Het blijkt dat de gehanteerde aanpak kan leiden tot een overzicht van gemeenschappelijke determinanten en inzicht in overlap en lacunes. Maar er zijn wel kanttekeningen te plaatsen bij de volledigheid, betrouwbaarheid en validiteit van een op deze manier verkregen overzicht:

- De gehanteerde selectie van gemeenschappelijke determinanten is nog in ontwikkeling: het is niet volledig en het is gedeeltelijk gebaseerd op cross-sectionele onderzoeken. Bovendien gaat het om gemeenschappelijke determinanten van bepaalde leefstijlen (roken, alcohol, veilig vrijen en voeding); het is niet bekend of deze ook gelden voor de andere leefstijlen zoals bewegingsstimulering of sociaalemotionele ontwikkeling. Op basis van wat nu bekend is over gemeenschappelijke determinanten, is het dus nog niet mogelijk een volledig overzicht van relevante gemeenschappelijke determinanten te maken.
- De interventiebeschrijvingen zoals ze in de I-database van Loketgezondleven.nl waren opgenomen, bevatten onvoldoende informatie voor een onafhankelijke beoordelaar om betrouwbaar te kunnen aangeven of determinanten wel of niet aan bod komen. In de pilot kwam het frequent voor dat de scores van de drie beoordelaars pas na overleg overeen kwamen. Om recht te doen aan de interventies zou het beter zijn als de interventieontwikkelaars zelf het scoreformulier invullen, of als uitgebreidere documentatie van de interventies (bijvoorbeeld handleidingen) gebruikt wordt als basis voor het scoren van gemeenschappelijke determinanten.

Kortom, uit de pilot blijkt dat de gehanteerde aanpak niet tot een volledig en betrouwbaar overzicht van gemeenschappelijke determinanten leidt. Echter, de kwaliteit van het verkregen overzicht zou verbeterd kunnen worden met een andere aanpak en verdere uitwerking van de relevante determinanten. Omdat de lijst van gemeenschappelijke determinanten nog niet

volledig is, lijkt het ook nog voorbarig om deze nu al toe te passen op leerlijn om op basis daarvan uitspraken te doen over de mate van inhoudelijke samenhang.

Het is echter de vraag of een dergelijk overzicht van gemeenschappelijke determinanten een goede basis kan vormen voor adviezen over bijvoorbeeld het weglaten van onderdelen van interventies bij uitvoering van meerdere interventies of over afstemming van bestaande interventies op huidige kennis over gemeenschappelijke determinanten.

Enkele bedenkingen hierbij zijn:

- Dat interventies beogen bepaalde determinanten te beïnvloeden, biedt geen garantie dat die determinanten ook daadwerkelijk effectief beïnvloed worden. In dit stadium zijn veel van de interventies in de leerlijn beoordeeld op niveau ‘theoretisch goed onderbouwd’, en is de effectiviteit vaak nog niet aangetoond. Dit maakt het lastig verantwoorde aanbevelingen te formuleren over aanpassingen in bestaande interventies.
- Het is niet waarschijnlijk dat veranderingen in gedragspecifieke determinanten zonder extra inspanningen zullen leiden tot veranderingen in soortgelijke factoren met betrekking tot andere gedragingen. Uit onderzoek blijkt dat dit actief moet worden bevorderd door middel van transfergerichte aanpak [35].

Het bevorderen van inhoudelijke samenhang aan de hand van het overzicht van gemeenschappelijke determinanten vereist daarom veel inzicht in de manier waarop de bestaande interventies worden uitgevoerd, een grondige kennis van effectieve methoden voor beïnvloeding van determinanten en mogelijkheden voor transfer van effecten.

### 3.5 Hoe nu verder?

De beschreven pilot geeft aanleiding om ook andere manieren te verkennen om de huidige situatie in kaart te brengen. In deze paragraaf worden deze manieren en de verwachte resultaten kort uitgewerkt ter voorbereiding op vervolgvactiteiten ten behoeve van het vergroten van de inhoudelijke samenhang in het aanbod.

Uit de pilot bleek dat het inventariseren van gemeenschappelijke determinanten met de nodige aanpassingen van de aanpak wellicht haalbaar is, maar dat er nog veel onderzoek en expertise nodig zal zijn om op basis hiervan regie te kunnen voeren op inhoudelijke integratie van interventies. Dat roept de vraag op of het stimuleren van andere vormen van samenhang, ook vanuit het perspectief van de landelijke thema-instituten gemakkelijker te realiseren is. Een logische vervolgstap is verder te gaan met het in kaart brengen van andere relevante kenmerken van de interventies in het bestaande aanbod om inzicht te krijgen in mogelijkheden voor het bevorderen van samenhang. Uitgangspunt hierbij zijn de in hoofdstuk 2 beschreven theoretische mogelijkheden voor het bevorderen van samenhang: levensloop en integrale aanpak.

#### **Levensloop**

Logische opeenvolging van interventies kan gerealiseerd worden als de afzonderlijke interventies gericht zijn op specifieke leeftijdsfasen en aansluiten bij behoeften en ontwikkelingsstadia van specifieke leeftijdsgroepen. Uiteindelijk doel is dat interventies onderling op elkaar afgestemd worden zodat er een consistent aanbod komt waarin interventies voortbouwen op voorafgaande interventies en voorbereiden op de volgende interventies.

Door per thema in beeld te brengen op welke leeftijdsfase/schooljaren bestaande interventies zich richten of (in verband met kritische momenten in de ontwikkelingsfase) zouden moeten richten, kan bijvoorbeeld inzicht verkregen worden in:

- verdeling van het aanbod over leeftijdsfases/ schooljaren: dit zal naar verwachting erg scheef zijn, er zullen schooljaren zijn waarvoor weinig aanbod van interventies is, terwijl voor andere schooljaren, zoals bijvoorbeeld de hoogste klassen van het primair onderwijs, (te) veel aanbod is;
- ongelijke spreiding over schooltypes, basisonderwijs, voortgezet onderwijs (daarbinnen vmbo, havo enz.), middelbaar beroepsonderwijs, speciaal onderwijs;
- gezondheidsthema's waar weinig interventies voor ontwikkeld zijn.

Landelijke thema-instituten kunnen aan de hand van een dergelijk overzicht gestimuleerd worden tot het opvullen van witte plekken, of, als veel overlap zichtbaar wordt, ligt het voor de hand samenwerking te zoeken om interventies af te stemmen. Een dergelijk overzicht kan op termijn ook de discussie over inhoudelijke samenhang stimuleren. Voorbeelden van mogelijke discussiepunten zijn:

- Biedt het bestaan van meerdere interventies die zich binnen een bepaalde leeftijdscategorie op een specifiek gezondheidsprobleem richten, scholen en intermediairs de mogelijkheid om zelf een interventie te kiezen of is deze dubbeling ongewenst?
- Is het mogelijk om interventies die zich richten op dezelfde leeftijdsgroep en schooltype te combineren tot één interventie?
- Bieden bestaande interventies de mogelijkheid om verschoven te worden naar een andere leeftijdscategorie waar nog nauwelijks aanbod is, zodat er meer spreiding en opbouw ontstaat in de interventies? Welke aanpassingen zijn dan nodig?
- Is ongelijke spreiding over schooltypes een probleem? Het kan gewenst zijn omdat op sommige scholen er immers meer gezondheidsproblemen zijn dan op andere?

### **Integrale aanpak: educatie, beleid en omgeving**

Vergroten van samenhang door het bevorderen van integrale aanpak van gezondheidsbevordering op scholen is mogelijk als thema's en activiteiten van verschillende betrokken partijen op elkaar aansluiten en er gemeenschappelijke doelen zijn. Een eerste mogelijke uitwerking hiervan is te kijken naar een integrale aanpak op het niveau van scholen en aan te sluiten bij de Handleiding Gezonde School [39]. Daarin wordt aanbevolen per thema aandacht te besteden aan de drie peilers: beleid, educatie en omgeving. Ook het betrekken van zowel leerlingen, leerkrachten als ouders wordt gestimuleerd. Niet alleen kan hiermee samenhang gecreëerd worden, het is ook aangetoond dat een dergelijke integrale aanpak bijdraagt aan de effectiviteit van gezondheidsbevordering op scholen [36, 37].

Door per thema in beeld te brengen welke interventies zich richten op elk van de drie peilers en welke doelgroepen, ontstaat een overzicht van de mate waarin het beschikbare aanbod zich richt op de relevante peilers uit de Gezonde School, waar overlap is en waar lacunes zijn. De gedachte is dat op basis daarvan mogelijkheden voor het bevorderen van samenhang en effectiviteit kunnen worden opgespoord, zoals:

- het in elkaar schuiven van interventies die zich afzonderlijk richten op dezelfde peiler;
- het gericht stimuleren van samenwerking tussen verschillende betrokkenen op scholen, wat een effectievere aanpak en tijds winst kan opleveren voor een school;
- evenals bij het overzicht van de levensloop kunnen landelijke thema-instituten aan de hand van een dergelijk overzicht gestimuleerd worden tot het opvullen van witte plekken, of als veel overlap zichtbaar wordt samenwerking zoeken om interventies af te stemmen.



### 3.6 Conclusies en aanbevelingen op basis van de pilot

Samenhang aanbrengen tussen bestaande interventies is niet eenvoudig, maar wel noodzakelijk en wenselijk voor diverse partijen waaronder scholen, GGD'en en ook landelijke thema-instituten. Door te starten met het in kaart brengen van verschillende aspecten van de huidige situatie wordt niet alleen de mogelijkheid tot samenhang helder, ook de 'witte vlekken' in het aanbod worden zichtbaar. Zoals in dit verslag wordt beschreven blijkt inhoudelijke samenhang aanbrengen op basis van determinanten niet eenvoudig. Het is wellicht haalbaar, maar er zijn sterke twijfels over de mogelijkheden om op basis hiervan regie te kunnen voeren op inhoudelijke integratie van interventies. Om hiermee verder te kunnen is nog veel onderzoek en expertise nodig. Nieuwe mogelijkheden die nader onderzocht kunnen worden en waar kansen liggen zijn samenhang aanbrengen in leeftijdsfase. Nu worden (vermoedelijk) veel interventies aangeboden binnen dezelfde leeftijdscategorie, wat de vraag oproept welke van deze interventies zich leent om in een andere leeftijdsfase aangeboden te worden. Of kunnen juist interventies samengevoegd worden zodat er binnen een bepaalde leeftijdscategorie minder overlap ontstaat? Een andere optie voor samenhang is het integraal benaderen, waarbij de verschillende peilers van gezondheidsbevordering als uitgangspunt dienen.

Aan de hand van de ervaringen opgedaan met de pilot worden de volgende praktische aanbevelingen gedaan voor de aanpak bij het verder in kaart brengen van kenmerken van het huidige aanbod van interventies en het helder krijgen van een oplossingsrichting om tot meer samenhang te komen binnen de interventies:

1. Het lijkt wenselijk om als eerste een brainstormgroep samen te stellen om gezamenlijk op basis van deze gegevens een mogelijkheid tot samenhang te kiezen en hiermee aan de slag te gaan. Deze groep kan bestaan uit een aantal interventieontwikkelaars van verschillende landelijke thema-instituten, CGL en een aantal experts van TNO en SLO. Het gaat hierbij om grote lijnen (bijvoorbeeld of gekozen wordt voor levensloop, integrale aanpak of gemeenschappelijke determinanten) maar ook kleine kansen voor sneller effect: er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar welke interventies er binnenkort worden doorontwikkeld of welke eigenaars zijn gemotiveerd.
2. Advies bij alle mogelijke opties tot samenhang is: begin klein door middel van het richten op één of twee gezondheidsthema's en stel een adviesgroep samen als ruggesteun. Van hier uit kan men verdergaan en de benodigde leden die betrokken moeten worden benaderen. Door steeds klein te beginnen en dat proces goed te monitoren wordt ook duidelijk wat het kost aan tijd en inspanning. De opbrengst van zo'n pilot is dan ook de beschrijving van dat proces. Dat is nodig om daarna eventuele verdere uitrol van zo'n werkwijze mogelijk te maken.
3. Ontwikkel heldere en relevante indicatoren voor de gekozen aanpak en betrek hierbij experts. Wat zijn relevante kenmerken die goed te inventariseren zijn en die als basis kunnen dienen voor activiteiten voor bevorderen samenhang? Met experts bedoelen we deskundigen zoals mensen die zich op dit terrein bezig houden en werkzaam zijn bij RIVM, TNO, SLO enz.
4. Betrek de interventieontwikkelaars bij het in kaart brengen van kenmerken van de interventies en het toepassen van de indicatoren op het interventieaanbod. Deze ontwikkelaars beschikken over de juiste gegevens en uitgangspunten met betrekking tot hun interventie.

## 4 Nawoord

Dit rapport geeft de resultaten van de in 2009 ondernomen activiteiten om inhoudelijke samenhang tussen gezondheidsbevorderende interventies te verhogen.

Tijdens een bespreking hiervan op 14 april 2010 bracht de CGL-adviesraad het volgende naar voren:

- Het onderwerp is inhoudelijk vooral vanuit het schoolgezondheidsbeleid geanalyseerd. Het is wellicht raadzaam ook vanuit andere beleidsterreinen naar mogelijkheden voor samenhang te kijken.
- Het lijkt van belang om een inhoudelijke, gezamenlijke, duidelijke en bereikbare doelstelling die de context aangeeft hoe meer samenhang bereikt kan worden als startpunt te hanteren voor het creëren van meer samenhang.
- Het is raadzaam om ook ZonMw meer hierbij te betrekken, aangezien zij onder andere met het programma leefstijlcampagnes inhoudelijke samenhang in campagnes willen bevorderen.
- Er zou op lokaal niveau gezocht moeten worden naar een integraal samenhangend interventieaanbod waar de verschillende uitvoerders elkaar ook in kunnen vinden. Gemeenten krijgen steeds meer een regiefunctie en van CJG's wordt verwacht dat zij een rol spelen in de samenhang van de (ondersteuning) van scholen en wijken als het gaat om gezondheidsbevordering en preventie voor de jeugd. De GGD werkt richting scholen vanuit verschillende disciplines (onder andere JGZ en gezondheidsbevordering). Deze kunnen gaan bedienen met samenhangende interventies. De Handleiding Gezonde School is geschikt als kennisinstrument voor professionals, maar niet als overdrachtsmiddel richting scholen zelf. Gekeken kan worden of bijvoorbeeld het accountmanagementmodel ingezet kan worden ten behoeve van de implementatie.
- De vraagkant verdient meer aandacht, evenals de omgevingsfactoren. Wat betreft bestaande interventies dient beter geprobeerd te worden de samenhang te bevorderen.
- Een programmatische aanpak kan een manier zijn om meer inhoudelijke samenhang teweeg te brengen. Er bestaat nu geen programmatische aanpak in het interventieaanbod voor scholen. Dit moet ingebed worden in het curriculum van de scholen. Het is wenselijk dat planmatige gezondheidsbevordering structureel wordt opgenomen in het onderwijs. Een voorwaarde hiervoor is dat het ook buiten de onderwijssector voldoende ingebed wordt.

Daarnaast wordt opgemerkt dat de in dit rapport beschreven resultaten helpen om elkaar scherp te houden over de diverse facetten van samenhang. Op basis van de gevoerde discussie worden vijf dimensies van samenhang gesignaleerd: thema's, settings, levensloop, determinanten en (integraal) beleid. Geprobeerd moet worden deze dimensies te koppelen en ze niet afzonderlijk te bekijken. Dit rapport over de bevindingen in 2009 is daar een goede aanzet voor. Dit laat onverlet dat samenhang binnen één dimensie vaak nog een uitdaging aan zich is (denk bijvoorbeeld aan samenhang van interventies gericht op een thema als overgewicht).

Inhoudelijk meer samenhang aanbrengen tussen bestaande en nieuw te ontwikkelen interventies is niet eenvoudig, maar wel noodzakelijk en wenselijk voor diverse partijen waaronder scholen, GGD'en en ook landelijke thema-instituten. Het CGL blijft zich dan ook inzetten voor bevordering van inhoudelijke samenhang op programmatisch niveau via de Handleiding Gezonde School en de Handleiding Gezonde Gemeente. Beide handleidingen stimuleren programmatische samenhang binnen het bestaande aanbod. Daarnaast zal het CGL de voor onderzoeksbehoefte relevante inzichten die zij opdoet (zoals ook in dit rapport beschreven) ook in de toekomst actief onder de aandacht brengen van ZonMw.

## Literatuur

- [1] Bron J, Keijzer J, Van Lanschot Hubrecht V, Rodenboog M. Gezondheids bevorderend gedrag (PO/VO): Voorstel voor doorlopende leerlijnen. Enschede: Stichting Leerplanontwikkeling, 2006.
- [2] Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, Ten Dam G, Buijs GJ, Paulussen TGWM. Clustering of Health-Related Behaviors and Their Determinants: Possible Consequences for School Health Interventions. *Prevention Science* 2006;7:127-49.
- [3] Peters LWH, Wiefferink CH, Hoekstra F, Buijs GJ, ten Dam GTM, Paulussen TGWM. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research* 2009;24:198-223.
- [4] Elias MJ. The role of affect and social relationships in health behavior and school health curriculum and instruction. *J Sch Health* 1990;60:157-63.
- [5] Wagemakers A, Ubachs-Moust J, Christ C. Leeftijd, levensloop, gezondheid en zorg. In: *Tijd van leven tijd van zorgen: Essays over leeftijd, levensloop, gezondheid en zorg*. Wagemakers A, Ubachs-Moust J, Christ C (red). Utrecht: Expertisecentrum LEEFtijd, 2005, p. 6-17.
- [6] Eijck JAM van. Jeugdgezondheidszorg. In: *Tijd van leven tijd van zorgen: Essays over leeftijd, levensloop, gezondheid en zorg*. Wagemakers A, Ubachs-Moust J, Christ C (red). Utrecht: Expertisecentrum LEEFtijd, 2005, p. 81-7.
- [7] Schall E. School-based health education: What Works? *American Journal of Preventive Medicine* 1994;10:30-2.
- [8] [www.halloween.nl](http://www.halloween.nl).
- [9] Storm I, Zoest F van, Broeder L den. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM, 2007, rapportnr. 270851003.
- [10] Sniekers J, Buijs G, Leurs M. Op weg naar een gezonde school. Woerden: NIGZ, 2004.
- [11] Knaap LM van der, Nijssen LTJ, Bogaerts S. Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein. Den Haag: VWS/WODC, 2006.
- [12] Werkgroep IBO preventie. Gezond gedrag bevordert: Interdepartementaal beleidsonderzoek 2006-2007, nr 1. Den Haag, 2007.
- [13] Dhillon HS. School health education at the crossroads. *Hygie* 1992;11:39.
- [14] Deschesnes M, Martin C, Hill AJ. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promot Int* 2003;18:387-96.
- [15] Castelli, Hillman, Buck, Erwin. Physical fitness and academic achievement in third- and fifth-grade students. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2007; 29: 239-52.
- [16] Wolford CS, Cinelli B, James TC, Groff P. Bridging student health risk and academic achievement through comprehensive school health programs. *Journal of School Health* 1997;67:6-227.
- [17] Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid: Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008, rapportnr. 270232001.
- [18] Rigter H. Cannabis: Preventie en behandeling bij jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- [19] Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ, Garii Dicker B. Preventing Adolescent Drug Abuse and High School Dropout Through an Intensive School-Based Social Network Development Program. *American Journal of Health Promotion* 1994; 8:202-15.

- [20] Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red). Zorg voor gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006, rapportnr. 270061003.
- [21] Mirowsky J, Ross CE. Education, social status and health. Hawthorne, New York: Walter de Gruyter Inc., 2003
- [22] West P, Sweeting H, Leyland A. School effects on pupils' health behaviours: Evidence in support of the health promoting school. Research Papers in Education, 2004; 19.
- [23] Paulus P. Good, healthy schools: Improving school quality through health. Wuppertal / Gütersloh: BARMER Ersatzkasse / Bartelsmann Stiftung, 2008.
- [24] Franks A, Kelder SH, Dino GA, Horn KA, Gortmaker SL, Wiecha JL, Simoes EJ. School-based programs: Lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. Prev Chronic Dis 2007;4:A33.
- [25] Oliver M, Schofield G, McEvoy E. An integrated curriculum approach to increasing habitual physical activity in children: A feasibility study. J Sch Health 2006;76:74
- [26] [www.voedingscentrum.nl/nl/voedingscentrum/professionals/onderwijs/voortgezet-onderwijs/weet-wat-je-eet.aspx?highlight=weet+wat+je+eet](http://www.voedingscentrum.nl/nl/voedingscentrum/professionals/onderwijs/voortgezet-onderwijs/weet-wat-je-eet.aspx?highlight=weet+wat+je+eet)
- [27] Werkman AM, Zoelen van C. Smaaklessen beproefd: Een formatieve procesevaluatie. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland, 2008.
- [28] [www.slo.nl](http://www.slo.nl).
- [29] [www.nche.org/growinghealthy\\_gradespecific.htm](http://www.nche.org/growinghealthy_gradespecific.htm).
- [30] Connell DB, Turner RR, Mason EF. Summary and findings of the school health education evaluation: Health promotion effectiveness, implementation and costs. J School Health 1985;55:316-21.
- [31] [www.nche.org/growinghealthy\\_whosays.htm](http://www.nche.org/growinghealthy_whosays.htm).
- [32] Battistich V, Schaps E, Watson M, et al. Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. J Prim Prev 2000;21:75-99.
- [33] Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Arch Ped Adol Med 1999;153:226-34.
- [34] Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:25-31.
- [35] Perkins DN, Salomon G. Learning transfer. In: International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology. De Corte E, Weinert FE (red). Oxford: Pergamon, 1996, p. 483-7.
- [36] Stewart-Brown SL. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2006.
- [37] St.Leger L, Kolbe L, Lee A, McCall D, Young I. School health promotion: achievements, challenges and priorities. In: Global perspectives on health promotion effectiveness. McQueen DV, Jones CM (red.). New York: Springer Science & Business Media, 2007.
- [38] [www.Loketgezondleven.nl](http://www.Loketgezondleven.nl)
- [39] Handleiding Gezonde School: [www.loketgezondleven.nl/gezondeschool/handleiding](http://www.loketgezondleven.nl/gezondeschool/handleiding)

## Lijst van afkortingen

CGL	(RIVM) Centrum Gezond Leven
GB	Gezondheidsbevordering
GBI	Gezondheidsbevorderend Instituut
GGD	Gemeentelijke / Gemeenschappelijke / Gewestelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
GSM	Gezonde School Model
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
OBD	Onderwijsbegeleidingsdienst
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SLO	Stichting Leerplanontwikkeling
TNO	Toegepast Natuur en Wetenschappelijk Onderzoek
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs

## Bijlage 1 Overzicht gemeenschappelijke determinanten [3]

Determinant	Gedrag Niet-roken	Laag alcoholgebruik	Veilig vrijen	Gezonde voeding
<i>Bijna niet te veranderen</i>				
Cultuur, maatschappij, directe sociale omgeving, genetische eigenschappen				
- Psychische klachten als depressie en angst	-	-	-	-
<i>Veranderbaar</i>				
Kennis en waarden, sociale relaties, hoe je over jezelf denkt ('sense of self') en sociale competentie				
- 'Modeling' van het gezonde gedrag door 'peers' en ouders (leeftijdsgenoten/vrienden en ouders vertonen het gezonde gedrag)	+	+	+	+
- Ondersteunende, betrokken en toezicht houdende ouders	+	+	+	+
- Eigenwaarde	+	+	+	
- Interne locus of control	+	+		
<i>Veranderbaar</i>				
<i>maar door specifieke inhoud worden deze verondersteld te verschillen per gedrag (ze zijn gedragspecifiek)*</i>				
Attitudes, sociale normen en eigen effectiviteit				
- Positieve attitude ten opzichte van het gezonde gedrag (algemeen)	+	+	+	+
- Opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat (het ongezonde gedrag geeft onmiddellijke voldoening, bijv. ongezond eten smaakt beter)	-	-	-	-
- Sociale voordelen van het ongezonde gedrag	-	- [4]	-	

- Ervaren subjectieve normen van ‘peers’ ten opzichte van het gedrag	+	+	+	+
- Ervaren subjectieve normen van ouders ten opzichte van het gedrag	+	+		+
- Ervaren subjectieve normen van broers en zussen ten opzichte van het gedrag	+ [4]			+ [4]
- Algemene eigen effectiviteit in het gezonde gedrag (‘perceived behavioral control’)	+			+
- Eigen effectiviteit in nee zeggen tegen het ongezonde gedrag	+	+	+	+

[3] en [4] Gebaseerd op reviews 1995-2003 en empirische studies 2000-2003 (over voeding 1995-2003) met cross-sectionele (meeste van studies over voeding en veilig vrijen) en longitudinale (alle studies over roken en alcohol) designs, met gegevens uit West-Europa en VS van adolescenten 10-18 jaar.

\* Nieuwe kennis, attitudes of vaardigheden kunnen alleen aangeleerd worden binnen de context van specifiek gedrag (Brown JS, Collins A, Duguid P. Situated cognition and the culture of learning. Educational Researcher 1989;18:32-42). Extra inspanningen zijn vervolgens nodig om veranderingen in deze determinanten m.b.t. één specifiek gedrag te laten leiden tot veranderingen in soortgelijke factoren m.b.t. andere gedragingen (Perkins DN, Salomon G. Learning transfer. In: De Corte E, Weinert FE (ed). International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology. Oxford: Pergamon, 1996, 483-7.). Zie ook ‘Multiple Choice 4 U’ in 2.1.

\* Hoewel de ervaren subjectieve normen gedragsspecifiek zijn, verwijzen alle gedragsspecifieke normatieve opvattingen naar hetzelfde: voor adolescenten is het belangrijk dat een gedrag acceptabel is voor hun ‘peers’ en/of ouders, of het nu om voeding, seksualiteit, roken of alcohol gaat.

## Bijlage 2 Multiple Choice 4 U: onderzoek en effecten

Peters<sup>1,2</sup>, L.W.H., ten Dam<sup>1</sup>, G.T.M., Kocken<sup>2</sup>, P.L., Buijs<sup>3</sup>, G.J., Dusseldorp<sup>2</sup>, E., Paulussen<sup>2</sup>, T.G.W.M.

<sup>1</sup> Instituut voor de Lerarenopleiding, Universiteit van Amsterdam

<sup>2</sup> TNO Kwaliteit van Leven

<sup>3</sup> Gezondheidsinstituut NIGZ, Woerden

### Onderzoek

‘Multiple Choice 4 U’ is in een quasi-experimentele effectevaluatie vergeleken met reguliere lessen over roken en veilig vrijen. De onderzoeksvraag was of het lespakket over roken en veilig vrijen waarin transferbevorderende principes zijn verwerkt (Multiple Choice 4 U), niet alleen effect heeft op roken en veilig vrijen maar ook op de niet onderwezen gedragingen alcoholgebruik en voeding (fruit, ontbijt). Aan de experimentele conditie namen 568 leerlingen deel die het lespakket Multiple Choice 4 U volgden. In de controleconditie zaten 539 leerlingen die de op hun school gangbare lessen over roken en veilig vrijen volgden. De leerlingen vulden drie vragenlijsten in: voorafgaand aan de interventie, een maand na het einde van de interventie en gemiddeld vier maanden na het einde van de interventie. De respons op de eerste en tweede nameting was respectievelijk 87,9% en 67,0%. In beide condities dienden docenten tussen de voormeting en de eerste nameting geen lessen over alcohol of voeding te geven. Omdat sommige docenten toch aandacht aan alcohol of voeding gaven, werd in de analyses gecorrigeerd voor de lestijd die was besteed aan respectievelijk alcohol en voeding. De informatie over lestijd over voeding was op de eerste en tweede nameting beschikbaar voor de gehele experimentele groep en voor respectievelijk 89% en 87% van de controlegroep. Informatie over lestijd over alcohol was op de eerste en tweede nameting beschikbaar voor respectievelijk 92% en 90% van de experimentele groep en voor 81% en 76% van de controlegroep.

### Effecten

Uit het onderzoek bleek dat Multiple Choice 4 U significant gunstige effecten had op het rookgedrag van de jongeren (OR=3,36 (1,20-9,43),  $p < ,05$  op de eerste nameting en OR=2,26 (1,05-4,93),  $p < ,05$  op de tweede nameting) en op diverse determinanten van roken. Op gedrag of determinanten met betrekking tot veilig vrijen had Multiple Choice 4 U nauwelijks effect. In Tabel B1 is te zien dat het transfergerichte lespakket ook een gunstige invloed had op verschillende determinanten van alcoholgebruik en voedingsgedrag (fruit en ontbijt). Vanwege het grote aantal determinanten werd voor elk gedragsdomein (alcohol, fruit, ontbijt) ook een samengestelde determinantmaat berekend op basis van standaardcores van de afzonderlijke determinanten. Voor alle drie de domeinen werd op beide metingen een significant gunstig effect gevonden op deze samengestelde determinantmaat. Op de tweede nameting was er bovendien ook een gunstig gedragseffect op frequentie van alcoholgebruik en overmatig alcoholgebruik. Een transfergerichte benadering kan dus effecten realiseren op domeinen die niet expliciet in de interventie zijn onderwezen.



**Tabel B1: Effecten op de domeinen alcohol, fruit en ontbijt op nameting 1 en 2 (NM1, NM2)**

Variabele	Alcohol		Fruit		Ontbijt	
	NM 1 N=810	NM 2 N=604	NM 1 N=880	NM 2 N=678	NM 1 N=880	NM 2 N=685
Gedrag (frequentie gebruik)	,24	,23*	,00	,00	-,03	,05
Gedrag binge drinken	OR=1,42	OR=2,26*				
Determinanten samengesteld	,14***	,23*	,11**	,16**	,09*	,10*
Attitude	,06	,02	,03	,12*	,09*	,18*
Uitkomstverwachtingen	,13	,14	,18*	,07	-,03	,06*
Risicoverwachting	,00	,02	,06	-,03	,17*	,04
Geanticipeerde spijt	,11***	,14*	,07*	,09	,04	-,02
Sociale norm (ouders, vrienden)	,05	,14	-,04 -,10	,09 ,03	-,04 -,05	,03 ,03
Eigen effectiviteit	,11*	,16	,11	,19***	,08*	,14***
Intentie	,04	,23**	,00	,07	-,01	-,08

\*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001. Effectgrootte is aangegeven in Cohens d, tenzij anders vermeld

## **Bijlage 3 Scoreformulier inhoudelijke samenhang**

### **Instructie voor invullen deel I ‘Gemeenschappelijke determinanten’**

Wat is de vraag en waarom?

Er zijn aanwijzingen dat een aantal determinanten verschillende gedragingen tegelijkertijd beïnvloedt. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de interventie aandacht besteedt aan deze determinanten is de vraag om in onderstaande tabellen aan te geven of de daarin genoemde determinanten ook expliciet in de interventiebeschrijving staan.

Hoe kun je het aanpakken?

1. De meeste determinanten hebben betrekking op ‘het gezonde gedrag’ of ‘het ongezonde gedrag’. Het is daarom gemakkelijker om allereerst ‘het gezonde gedrag’ en/of ‘het ongezonde gedrag’ waarop de interventie zich richt te benoemen in de kolom(men) die helemaal links in de tabel staan.
2. Om te weten waar je naar moet zoeken in de beschrijving van de interventie kun je vervolgens eerst de omschrijving van elke determinant lezen (de omschrijving staan helemaal achteraan). Als een determinant in de beschrijving van de interventie staat, kopieer dan de tekst waarin de determinant genoemd wordt uit de beschrijving, plak hem vervolgens in de kolom onder de betreffende determinant in de tabel en zet het nummer van de bladzijde uit de interventiebeschrijving erbij.

**Tabel B2: Scoreformulier deel I 'Gemeenschappelijke determinanten'**

			Determinanten:					
Interventie	Gezond gedrag	Ongezond gedrag	Algemene eigen effectiviteit in het gezonde gedrag	Eigen effectiviteit in nee zeggen tegen het ongezonde gedrag	Eigen-waarde	Ervaren subjectieve normen van broers en zussen ten opzichte van het gezonde gedrag	Ervaren subjectieve normen van ouders ten opzichte van het gezonde gedrag	Ervaren subjectieve normen van 'peers' ten opzichte van het gezonde gedrag
1. Ik (r)ook niet								

**Tabel B3: Vervolg scoreformulier deel I 'Gemeenschappelijke determinanten'**

			Determinanten:			
Interventie	Gezond gedrag	Ongezond gedrag	Interne locus of control	'Modeling' van het gezonde gedrag door 'peers' en ouders	Ondersteunende, betrokken ouders	Toezicht houdende ouders

**Tabel B4: Vervolg scoreformulier deel I 'Gemeenschappelijke determinanten'**

			Determinanten:			
Interventie	Gezond gedrag	Ongezond gedrag	Opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat	Positieve attitude ten opzichte van het gezonde gedrag	Psychische klachten als depressie en angst	Verwachtingen ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag

**Instructie voor invullen  
deel II ‘Overige determinanten’**

Wat is de vraag en waarom?

TNO Kwaliteit van Leven is nog bezig met het verder in kaart brengen van clustering van (on)gezonde leefstijlen en de gemeenschappelijke determinanten daarvan. Het is dus nog heel sterk 'work in progress'. Om eventuele aanvullingen daaruit later toe te kunnen passen inventariseren we nu ook de determinanten uit de interventiebeschrijvingen die niet in de tabellen van deel I (gemeenschappelijke determinanten) te plaatsen zijn. De vraag luidt daarom om de niet in deel I hierboven ingevulde determinanten die in de interventie aan de orde komen in onderstaande tabellen te zetten.

Hoe kun je het aanpakken?

Kopieer de tekst van de overige determinanten uit de interventiebeschrijving. Het gaat hier om alle determinanten die je nog niet in de tabellen van deel I over gemeenschappelijke determinanten hebt ingevuld. Plak deze overige determinanten vervolgens in de tabel. Gebruik daarbij voor elke determinant een aparte kolom. Zet ook hier het nummer van de bladzijde waar de betreffende determinant in de interventiebeschrijving staat erbij.

**Tabel B5: Scoreformulier deel II ‘Overige determinanten’**

Interventie	Determinant	Determinant	Determinant	Determinant
1. Ik (r)ook niet				

## **Omschrijving determinanten**

### **Algemene eigen effectiviteit in het gezonde gedrag**

In algemene zin denken dat je in staat bent het gezonde gedrag te vertonen (dus niet in specifieke risicosituaties zoals niet roken tijdens examentijd, vakantie of een feestje, voldoende bewegen als het buiten regent etc.)

### **Eigen effectiviteit in nee zeggen tegen het ongezonde gedrag**

Inschatting van het eigen vermogen om nee te zeggen tegen iemand die een aanbod doet of sociale druk uitoefent om het ongezonde gedrag uit te voeren. In een interventie wordt deze determinant vaak behandeld d.m.v. een rollenspel (hoe zou/kun je reageren als iemand je bijvoorbeeld een sigaret aanbiedt?)

### **Eigenwaarde**

Eigenwaarde of zelfwaardering kenmerkt zich door een gevoel van zelfvertrouwen en competentie. Het gaat bij eigenwaarde om het gevoel hebben dat je de moeite waard bent. In een interventie kan het gaan om onderwerpen als: noem een paar eigenschappen of dingen aan jou die je leuk vindt, het bespreken dat iedereen anders is, dat iedereen weer andere kwaliteiten heeft en dat iedereen wel ergens goed in is.

### **Ervaren subjectieve normen van broers en zussen ten opzichte van het gezonde gedrag**

De mening van je broers en zussen over wat jij zelf moet doen met betrekking tot het gezonde gedrag (bijvoorbeeld: mijn zus vindt dat ik niet moet roken), maar het kan ook algemener (mijn zus vindt het goed als mensen niet roken).

### **Ervaren subjectieve normen van ouders ten opzichte van het gezonde gedrag**

De mening van je ouders over wat jij zelf moet doen met betrekking tot het gezonde gedrag (bv. mijn ouders vinden dat ik niet moet roken), maar het kan ook algemener (mijn ouders vinden het goed als mensen niet roken).

### **Ervaren subjectieve normen van 'peers' ten opzichte van het gezonde gedrag**

De mening van je vrienden, klas- en leeftijdsgenoten over wat jij zelf moet doen met betrekking tot het gezonde gedrag (bijvoorbeeld: mijn vrienden, klas- en leeftijdsgenoten vinden dat ik niet moet roken), maar het kan ook algemener (bijvoorbeeld: mijn vrienden, klas- en leeftijdsgenoten vinden het goed als mensen niet roken).

### **Interne locus of control**

Algemeen subjectief gevoel dat je zelf invloed hebt op situaties. Het gaat om een algemeen gevoel en niet zozeer om het gevoel in een specifieke situatie of ten opzichte van een bepaald gedrag. Het gaat hier om denken dat situaties ontstaan door je eigen toedoen versus het gevoel dat je geen invloed hebt (dit laatste is externe locus of control; je denkt dan dat situaties ontstaan door bijvoorbeeld het lot of toeval).

### **'Modeling' van het gezonde gedrag door 'peers' en ouders**

Vrienden/klasgenoten/leeftijdsgenoten en ouders vertonen het gezonde gedrag.

### **Ondersteunende, betrokken ouders**

Ouders die hun kinderen steun bieden en een warme band met hun kinderen hebben.

### **Toezichhoudende ouders**

Ouders die regels stellen, toezicht houden en controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om ouders die hun kinderen voorschrijven hoe laat ze thuis moeten zijn, ouders die weten waar hun kinderen zijn en met wie hun kinderen omgaan.

**Opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat**

Het ongezonde gedrag geeft onmiddellijke voldoening, bijvoorbeeld: roken ontspant, ongezond eten smaakt beter, met een condoom voel je minder, van alcohol krijg je een lekkere roes.

**Positieve attitude ten aanzien van het gezonde gedrag**

Dit betekent dat algemene uitkomstverwachtingen van bijvoorbeeld niet-roken, lage alcoholconsumptie, veilig vrijen of gezonde voeding positief zijn. Het gaat hier om verwachte voor- en nadelen, en die kunnen op van alles betrekking hebben, zoals onmiddellijke voldoening, sociale voordelen, gezondheid en kosten, zoals geld. Dit kan dus overlappen met de determinant 'opvatting dat het gezonde gedrag voldoening op korte termijn in de weg staat'(zie boven) en de determinant 'verwachtingen ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag' (zie hieronder).

**Psychische klachten als depressie en angst**

Het gaat bij deze determinant om psychische klachten als depressie, angst en ook andere psychische klachten op zichzelf, en ook in relatie tot ongezond gedrag.

**Verwachtingen ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag**

Verwachting ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag zijn bijvoorbeeld denken dat het ongezonde gedrag je gezelligheid oplevert, dat het volwassen, onafhankelijk en stoer overkomt, dat het afwijzing door vrienden voorkomt en dat het de omgang met anderen soepeler maakt.

## Bijlage 4 Resultaten pilot inventarisatie gemeenschappelijke determinanten

Tabel B6: Overzicht van gemeenschappelijke determinanten in vijf interventies uit de leerlijn

Algemeen		Determinanten													
Interventie	Gezond/ongezond gedrag	Algemene eigen effectiviteit in het gezonde gedrag	Eigen effectiviteit in nee zeggen tegen het ongezonde gedrag	Eigenwaarde	Ervaren subjectieve normen van broers en zussen ten opzichte van het gezonde gedrag	Ervaren subjectieve normen van ouders ten opzichte van het gezonde gedrag	Ervaren subjectieve normen van 'peers' ten opzichte van het gezonde gedrag	Interne locus of control	'Modeling' van het gezonde gedrag door 'peers' en ouders	Ondersteunende, betrokken ouders	Toezicht houdende ouders	Opvatting dat het gezonde gedrag voldoende is op korte termijn in de weg staat	Positieve attitude ten opzichte van het gezonde gedrag	Psychische klachten als depressie en angst	Verwachtingen ten aanzien van sociale voordelen van het ongezonde gedrag
<b>1. Ik (r)ook niet</b>	Roken	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
<b>2. Jump-in</b>	Bewegen	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja?	Nee	Ja?	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
<b>3. Actie Tegengif</b>	Roken	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
<b>4. Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)</b>	Sociaal emotionele ontwikkeling	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
<b>5. Girl's Talk</b>	Sexualiteit	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee

na overleg tussen de beoordelaars

Ja = de interventie richt zich op deze determinant

Nee = de interventie richt zich niet op deze determinant

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)