

rivm

Rapport 270382001/2010

M. van den Berg et al.

Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid

Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen
voor roken, alcohol, overgewicht en depressie

RIVM-rapport 270382001/2010

Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid

Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie

M. van den Berg
I. Bovendeur
S.A. Meijer
M. Savelkoul
H.H. Hamberg-van Reenen
S.L.N. Zwakhals
G.J. Kommer

Contact:
Matthijs van den Berg
centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
matthijs.van.den.berg@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), in het kader van project V/270382 'Leeflijnen'

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid

Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie

Een minderheid van de interventies uit de leeflijnen voor lokaal gezondheidsbeleid is effectief in het terugdringen van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht of depressie. Van de interventies die het meest aangeboden worden in de GGD-regio's is de effectiviteit vaak niet bekend. Voor enkele effectieve interventies zijn de theoretische effecten op bevolkingsniveau geschat. Op basis van wat bekend is over het huidige bereik van deze interventies, zijn de geschatte effecten klein. Als uitgegaan wordt van een maximaal haalbaar bereik zijn de effecten groter, maar de bijdrage aan het behalen van de beleidsdoelstellingen blijft gering.

Dit blijkt uit een onderzoek van het RIVM dat in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is uitgevoerd. Voor dit onderzoek zijn gegevens over effectiviteit van leeflijninterventies verzameld in de literatuur en is gebruikgemaakt van aanbod- en bereikcijfers van alle GGD-en in Nederland. In modelberekeningen is vervolgens voor een selectie van effectieve interventies geschat wat de effecten op bevolkingsniveau zouden kunnen zijn van het huidige en theoretisch maximale bereik. Deze schattingen, die door een aantal bronnen van onzekerheid als indicatief gezien moeten worden, zijn ten slotte vergeleken met de doelstellingen uit de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'.

Dat enkele afzonderlijke leefstijlinterventies naar schatting maar beperkt bijdragen aan het behalen van de beleidsdoelen is verklaarbaar. Het preventiebeleid is immers veel breder dan alleen lokale leefstijlinterventies. Een combinatie van maatregelen, waaronder ook wet- en regelgeving, accijnzen, en preventie in de zorg zal sterker bijdragen aan het behalen van de beleidsdoelen.

Trefwoorden: lokaal gezondheidsbeleid, leefstijlinterventies, effectiviteit, aanbod, bereik

Abstract

Effectiveness of preventive interventions in local health policy in the Netherlands

An overview based on lists of local health policy interventions on smoking, excessive alcohol consumption, overweight and depression

Only a minority of preventive interventions in Dutch local health policy is effective on the prevalence of smoking, excessive alcohol consumption, or overweight, or on the incidence of depression. Moreover, there is often a lack of information regarding the efficacy of those interventions that were most frequently offered. The theoretical effects of a number of interventions have been estimated at population level. The limited reach of the interventions estimated resulted in low estimates. Even taking maximum reach into account, each of the selected interventions could only partly contribute to policy aims for decreasing the prevalence of smoking, alcohol consumption, or overweight in the Dutch population.

The above outlines the results of a study conducted by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) by order of the Dutch Health Care Inspectorate (IGZ). For this study, a literature search was performed for data on how effective interventions are in the Dutch population. Data on local reach of preventive interventions were also used. Subsequently, the effects at population level for current reach and for theoretically maximum reach for a selection of effective interventions were estimated using a model.

It was expected that each of the selected interventions would only partly contribute to the policy aims for smoking, alcohol consumption, and overweight, because prevention includes more than local health policy alone. A combination of different interventions, including legislation and regulatory measures as well as preventive healthcare, would contribute much more to the policy aims

Key words: local health policy, lifestyle interventions, effectiveness, reach

Inhoud

Samenvatting		9
1	Inleiding	13
1.1	Beleidscontext	13
1.2	Leeflijnen	14
1.3	Onderzoeksvragen	15
1.4	Leeswijzer	15
2	Methode	17
2.1	Effectiviteit van interventies	17
2.2	Meest aangeboden interventies	19
2.3	Effecten van interventies op bevolkingsniveau	19
2.4	Beleidsdoelstellingen	20
3	Effectiviteit van interventies	21
3.1	Roken	21
3.2	Alcohol	24
3.3	Overgewicht	26
3.4	Depressie	27
3.5	Samenvatting	29
4	Meest aangeboden interventies	31
5	Effecten van interventies	37
5.1	Roken	38
5.2	Overmatig alcoholgebruik	44
5.3	Overgewicht	45
5.4	Depressie	46
5.5	Samenvatting	48
6	Beleidsdoelstellingen	49
7	Conclusies	51
7.1	Effectiviteit van interventies	51
7.2	Meest aangeboden interventies	52
7.3	Effecten van interventies	52
7.4	Beleidsdoelstellingen	54
Literatuur		55

Samenvatting

Het huidige preventiebeleid kent vijf speerpunten

In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (2006) heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vijf speerpunten voor preventiebeleid aangegeven: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Voor elk speerpunt werden concrete doelstellingen geformuleerd. Zo moest het percentage rokers in 2010 zijn teruggebracht naar 20%, moest het alcoholgebruik onder jongeren zijn teruggebracht naar het niveau van 1992 (70%), moest het percentage jeugdigen met overgewicht dalen (was 13% in het peiljaar 2005) en moesten meer mensen preventieve hulp krijgen tegen depressies (in 2005 werden ongeveer 4.000 personen bereikt).

Leeflijnen lokaal gezondheidsbeleid geven overzicht van preventieve interventies

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is bepaald dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg. Voor vier van de vijf speerpunten, roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en depressie, zijn 'Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid' ontwikkeld als ondersteuning bij de praktische invulling van het gemeentelijke beleid. Elke handleiding bevat een 'leeflijn': een overzicht van de beschikbare preventieve interventies gerangschikt naar leeftijd. Voor diabetes is geen lokale handleiding ontwikkeld. Diabetespreventie werd daarom niet meegenomen in dit rapport.

Rapport gaat over effectiviteit en effecten van leeflijninterventies

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid en rapporteert hierover, onder andere in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) van 2010. De IGZ onderzocht het aanbod en bereik van de leeflijninterventies in de GGD-regio's in 2007. Aan het RIVM is vervolgens gevraagd om middels literatuurstudie de effectiviteit van de leeflijninterventies in kaart te brengen en te bepalen hoe de effectieve interventies zich verhouden tot de meest aangeboden interventies. Verder vraagt de IGZ om de effecten op bevolkingsniveau van het huidige en maximale bereik van een aantal leeflijninterventies te schatten en te vergelijken met de doelstellingen uit de preventienota.

Een minderheid van de leeflijninterventies is effectief met voldoende bewijskracht

Voor elke leeflijn is in de literatuur gezocht naar effectevaluaties van de interventies. Er is gezocht naar interventies waarvoor met voldoende wetenschappelijke bewijskracht is vastgesteld dat deze een effect hebben op de risicofactor roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht of op de ziekte depressie. In totaal is voor 171 leeflijninterventies de effectiviteit in kaart gebracht. Voor 23 hiervan, ongeveer 13%, zijn in onderzoek met voldoende bewijskracht, effecten gevonden op de prevalentie van roken, overmatig alcoholgebruik of overgewicht of op de incidentie van depressie.

Van de meest aangeboden interventies is de effectiviteit vaak niet bekend

Op basis van het IGZ-onderzoek naar aanbod en bereik van de leeflijninterventies in 2007 is een ranglijst gemaakt van de 25 interventies die in de meeste GGD-regio's aangeboden worden. Van deze interventies is een overzicht gegeven van de bewijslast voor effectiviteit. Voor een groot deel van de 25 meest aangeboden interventies is onbekend wat het directe effect op roken, alcoholgebruik, overgewicht of depressie is. Voor 15 van de 25 meest

aangeboden leeflijninterventies geldt dat ze niet onderzocht zijn op effectiviteit of niet onderzocht zijn in een studie met voldoende bewijskracht. Er is één interventie waarvoor in Nederlands onderzoek met voldoende bewijskracht een direct effect op risicofactor of ziekte gevonden is ('De gezonde school en genotmiddelen') en twee waarvoor dit in buitenlands onderzoek gevonden is ('Pakje kans' en 'Grip op je dip').

Geselecteerde interventies leiden tot beperkte daling in risicofactor of ziekte

Van een selectie van de effectieve interventies is berekend wat de effecten op bevolkingsniveau zouden kunnen zijn van het huidige en maximale aanbod en bereik. Hiervoor zijn acht interventies geselecteerd die in een Nederlandse effectevaluatie zijn onderzocht met een voldoende lange follow-up. Het betreft vijf rookinterventies (H-MIS, V-MIS, 'Ik (r)ook niet', 'Smoke alert' en 'Advies op maat'), één alcoholinterventie ('De gezonde school en genotmiddelen'), één overgewichtinterventie ('Lekker fit'), en één depressie-interventie (zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'). De modelberekeningen laten zien dat op basis van het huidige aanbod en bereik het effect van deze interventies gering is, vooral door de onbekendheid van het werkelijke bereik van de interventies. Met het model is ook een schatting gemaakt van de situatie waarin alle GGD-regio's het hoogst gerapporteerde bereik hebben. Dan zijn de geschatte effecten een factor 7 tot 20 groter.

Geselecteerde interventies dragen beperkt bij aan het behalen beleidsdoelen

Wanneer de resultaten uit de modelberekeningen worden vergeleken met de beleidsdoelstellingen zoals deze in de preventienota zijn geformuleerd, lijken de geselecteerde preventieve leeflijninterventies elk afzonderlijk maar beperkt bij te dragen aan het behalen van de doelen. Vaak was het huidige bereik onbekend of onzeker. Als het bereik wel bekend was, was het vaak laag. Daardoor zijn de geschatte effecten op basis van het huidige bereik klein.

Literatuuronderzoek kent aantal beperkingen

De resultaten uit dit onderzoek kennen verschillende onzekerheden. In de interpretatie van de resultaten moet daar rekening mee gehouden worden. Voor dit rapport is gezocht naar interventies waarvoor met voldoende wetenschappelijke bewijskracht en met voldoende follow-up is vastgesteld dat deze bijdragen aan een effect op roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht of op de incidentie van depressie. Van de interventies die niet zijn geselecteerd is niet of met onvoldoende zekerheid vast te stellen of deze hieraan bijdragen. Dit wil echter niet zeggen dat deze interventies *niet* effectief zijn. Het is eenvoudigweg niet bekend is of ze effectief zijn in de Nederlandse situatie en hoe groot dat effect zou kunnen zijn. Ook zijn effecten op determinanten, zoals meer bewegen of een afname van depressieklachten, niet meegenomen in het literatuuronderzoek. Interventies die effectief zijn op het niveau van determinanten zouden mogelijk indirect een effect kunnen hebben op roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht of depressie-incidentie.

Ook de modelberekeningen kennen onzekerheden

De modeluitkomsten kennen een aantal bronnen van onzekerheid: de grootte van de doelgroep, de effectiviteit, het aanbod en het bereik van de interventies. In een aantal gevallen was de doelgroep van een interventie niet voldoende duidelijk omschreven. De exacte grootte van de doelgroep kon dan niet worden bepaald. In de berekeningen is de effectiviteit steeds gebaseerd op slechts één enkele effectstudie. Het aanbod en bereik van interventies werd niet voor alle GGD-regio's ingevuld en de ingevulde bereikcijfers waren vaak onvolledig en daardoor moeilijk te interpreteren. Het gemiddelde en maximale bereik

zijn daardoor erg afhankelijk van uitschieters in de opgaven. Al met al moeten de berekeningen als indicatief gezien worden.

Preventiebeleid is breder dan alleen lokale leeflijninterventies

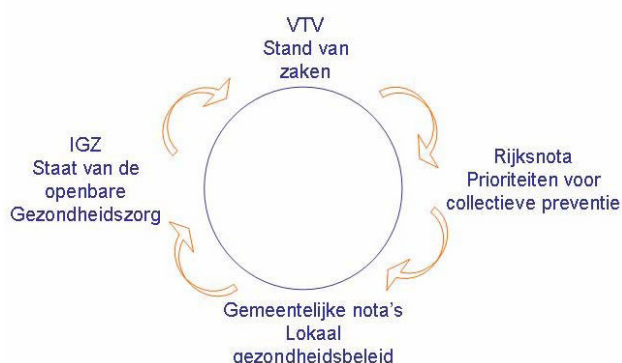
De vergelijking tussen de theoretisch te behalen effecten van de geselecteerde leeflijninterventies en de beleidsdoelstellingen kende ook beperkingen. Lokaal gezondheidsbeleid is immers slechts een onderdeel van het totale preventiebeleid dat gevoerd wordt om de doelstellingen te halen. Effecten van andere maatregelen, zoals wet- en regelgeving, accijnzen, campagnes, en preventie in de zorg – en van de combinatie van verschillende maatregelen – zijn buiten beschouwing gelaten. Bovendien is het lokale beleid breder dan alleen het aanbieden van leeflijninterventies. Er worden ook interventies aangeboden die niet op de leeflijnen staan, en de effectiviteit van die interventies is in dit onderzoek niet in kaart gebracht. Een combinatie van maatregelen zou sterker kunnen bijdragen aan het behalen van de beleidsdoelen dan de losse geselecteerde leeflijninterventies.

1 Inleiding

1.1 Beleidscontext

Preventiecyclus

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is vastgelegd dat de rijksoverheid elke vier jaar een nota met landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheidszorg vaststelt. In de Wpg is ook bepaald dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg en dat gemeenten op basis van de landelijke prioriteiten elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen. De landelijke nota en gemeentelijke nota's vormen samen met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM en de conclusies op basis van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de vierjaarlijkse preventiecyclus (Figuur 1.1). De nota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006) was het startpunt van de tweede preventiecyclus en de meeste gemeenten hebben een tweede nota gemeentelijk gezondheidsbeleid opgesteld. De inspectie houdt toezicht op de uitvoering en zal hier in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) van 2010 over rapporteren. Samen met de VTV 2010 vormt dit de input voor de nieuwe preventienota die eind 2010 zal verschijnen.



Figuur 1.1: Preventiecyclus (Bron: VWS, 2007)

Kiezen voor gezond leven

De preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006) is een voortzetting van het beleid zoals dat neergezet is in de preventienota 'Langer gezond leven' (VWS, 2003). Hoofdt thema is het bevorderen van een gezonde leefstijl, en de nota komt tot de vijf speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Voor elk speerpunt zijn concrete doelstellingen geformuleerd (zie Tabel 1.1). Deze doelstellingen zijn deels heel specifiek met een bepaald streefpercentage in 2010 (bijvoorbeeld: 'het aantal rokers naar 20% in 2010' of: 'het aantal probleemdrinkers naar 7,5% in 2010'), en deels wat minder specifiek (bijvoorbeeld: 'geen stijging aantal mensen met overgewicht' of: 'toename bereik depressiepreventie'). Uit onderzoek van de IGZ bleek dat effectieve preventieve interventies weinig gebruikt worden en dat er weinig samenhang is in het lokale gezondheidsbeleid (IGZ, 2005). De preventienota legt daarom de nadruk op regie en ondersteuning bij de uitvoering van het preventiebeleid door gemeenten. Eén van de

belangrijkste maatregelen hiervoor is de oprichting van het RIVM Centrum Gezond Leven met als taak het stroomlijnen van kennis en het ondersteunen van de gebruikers daarvan. Ook werd in de preventienota aangekondigd dat voor alle speerpunten lokale handleidingen ontwikkeld zouden worden.

Tabel 1.1: Doelstellingen preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (Bron: VWS, 2006)

<i>Speerpunt</i>	<i>Doelstelling preventienota</i>
Roken	in 2010 zijn er nog 20% rokers (was 28% in 2005)
Schadelijk alcoholgebruik	het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992 (was toen 70%) minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% in 2004 naar 7,5% in 2010
Overgewicht	het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005: 40%) het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005: 13%)
Depressie	meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (in 2005 werden ongeveer 4.000 personen bereikt)

1.2 Leeflijnen

Leeflijnen voor vier van de vijf preventiespeerpunten

Zoals aangegeven in de preventienota, zijn in opdracht van het ministerie van VWS 'handleidingen lokaal gezondheidsbeleid' ontwikkeld als ondersteuning bij de praktische invulling van het gemeentelijke beleid op deze speerpunten. In 2006 is de 'Handleiding tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid' uitgebracht (STIVORO, 2006). Daarna volgden in 2007 de handleidingen voor alcohol, overgewicht en depressie (Voedsel en Warenautoriteit, 2007; Voedingscentrum, 2007; Trimbos-instituut, 2007). Voor het speerpunt diabetes is geen handleiding ontwikkeld, en diabetespreventie wordt dan ook niet meegenomen in dit onderzoek. De vier handleidingen zijn opgebouwd volgens eenzelfde structuur met drie delen. Het eerste deel biedt gemeenten hulp bij het opnemen van een speerpunt in de lokale nota, met het tweede deel kan een actieprogramma worden opgesteld. Het derde deel, de leeflijn, biedt een overzicht van beschikbare preventieve interventies.

Leeflijnen bevatten tientallen preventieve maatregelen

De leeflijnen bestaan uit een lijst interventies en beleidsmaatregelen, gerangschikt naar leeftijd van de doelgroep. De leeflijnen voor roken, alcohol en depressie bestaan uit dertig tot veertig maatregelen; die voor overgewicht bestaat uit bijna 150 items. Voor elke interventie wordt steeds de doelstelling, de doelgroep, de intermediairs en de setting beschreven. De leeflijnen geven geen informatie over de kosten, effectiviteit of kosteneffectiviteit van de preventieve maatregelen.

Evaluatie van de handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid

In 2008 is de bruikbaarheid van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid onder gemeenteambtenaren en GGD- en GGZ-functionarissen onderzocht door het RIVM Centrum Gezond Leven (Van Dijk & Van Kesteren, 2009). Wat betreft de leeflijnen bleek uit het onderzoek dat er behoefte is aan informatie over effectiviteit en kosteneffectiviteit,

over implementatiekosten en financieringsmogelijkheden, over interventies gericht op groepen met een lage sociaaleconomische status en interventies gericht op de omgeving.

Nieuwe handleiding 'Gezonde gemeente'

Op basis van de evaluatie worden de bestaande handleidingen herzien. In het najaar van 2010 zal de handleiding 'Gezonde gemeente' als opvolger van de huidige handleidingen lokaal gezondheidsbeleid verschijnen. Om de samenhang tussen de verschillende gezondheidsthema's beter naar voren te laten komen, komt er één handleiding met een algemeen deel en themaspecifieke verdiepingen. De leeflijnen worden ook aangepast en gaan 'interventieoverzicht' heten. In deze interventieoverzichten zal meer aandacht zijn voor de effectiviteit van leefstijlinterventies (op basis van het beoordelingssysteem van de Erkenningscommissie Interventies, bestaande uit de RIVM Centrum Gezond Leven en Centrum Jeugdgezondheidszorg en het Nederlands Jeugdinstituut).

1.3 Onderzoeksvragen

De Staat van de Gezondheidszorg 2010 betreft het aandachtsgebied gezondheidsbevordering en in het bijzonder de werking van de preventiecyclus. De IGZ onderzocht onder andere welke interventies op het gebied van overgewicht, roken, alcohol en depressie uit de leeflijnen op gemeentelijk niveau worden aangeboden. Daarnaast heeft de IGZ aan het RIVM gevraagd om de effectiviteit van de leeflijninterventies in kaart te brengen en te bepalen hoe de effectieve interventies zich verhouden tot de meest aangeboden interventies. Verder vraagt de IGZ om de theoretische effecten op bevolkingsniveau van het huidige en van het maximale bereik van een aantal leeflijninterventies te schatten en te vergelijken met de preventiedoelen. De volgende onderzoeksvragen komen in dit rapport aan de orde:

1. *Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de effecten van de leeflijninterventies op rookgedrag, alcoholgebruik, overgewicht en depressie?*
2. *Hoe verhouden de effectieve interventies zich tot de meest aangeboden interventies voor elke leeflijn?*
3. *Wat zijn de theoretisch te verwachten effecten op bevolkingsniveau van het huidige en van het maximale bereik van enkele effectieve interventies uit de leeflijnen?*
4. *Hoe verhouden deze effecten zich tot de doelen die de regering in de preventienota heeft geformuleerd?*

1.4 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk waarin aanleiding en vraagstelling gepresenteerd zijn, volgt hoofdstuk 2 waarin het plan van aanpak en de onderzoeksmethoden beschreven worden. In hoofdstuk 3 wordt de effectiviteit van de leeflijninterventies beschreven (vraag 1). In hoofdstuk 4 worden effectiviteitsgegevens van de meest aangeboden interventies gepresenteerd (vraag 2). In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de modelberekeningen beschreven (vraag 3). In hoofdstuk 6 worden deze resultaten vergeleken met de beleidsdoelstellingen uit de preventienota van 2006 (vraag 4). Ten slotte worden in hoofdstuk 7 conclusies getrokken.

2 Methode

2.1 Effectiviteit van interventies

Vraag 1: Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de effecten van de leeflijninterventies op rookgedrag, overmatig alcoholgebruik, overgewicht en depressie?

Literatuurinventarisatie effectiviteit van leeflijninterventies

Voor elke leeflijn is in de literatuur gezocht naar effectevaluaties van de interventies. Bij de zoektocht naar effectevaluaties zijn verschillende routes bewandeld. Er is contact geweest met de gezondheid bevorderende instituten (GBI's) die de leeflijnen hebben opgesteld. Daarbij is gevraagd welke gegevens zijn gebruikt bij het opstellen van de leeflijnen en of er daarna nog nieuwe effectevaluaties zijn uitgekomen. Daarnaast is gebruikgemaakt van de informatie van die in het kader van beoordeling van enkele leeflijninterventies door de Erkenningscommissie Interventies verzameld is. Wanneer dit onvoldoende gegevens opleverde is verdere informatie verzameld via (auteurs) van overzichtsrapporten, via internet en via directe benadering van interventie-eigenaren. Als geen reactie werd ontvangen, werd ervan uitgegaan dat er voor de desbetreffende interventie geen effectevaluatie beschikbaar is. Daarnaast is ook in internationale databases naar effectevaluaties van vergelijkbare buitenlandse interventies gezocht. Effectevaluaties die na de zoekacties begin 2009 verschenen zijn, zijn niet meegenomen.

Indeling leeflijninterventies op basis van beschikbare effectiviteitinformatie

Vervolgens zijn de interventies ingedeeld op basis van de effectiviteitinformatie die gevonden is. Er is onderscheid gemaakt tussen: 1) interventies waarvoor een effect op risicofactor (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht) of ziekte (depressie) gevonden is, 2) interventies waarvoor geen effect op risicofactor of ziekte, maar wel een effect op een determinant van roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht of depressie gevonden is, 3) interventies waarvoor ook geen effect op een determinant gevonden werd, en 4) interventies waarvoor helemaal geen effectevaluatie met voldoende bewijskracht gevonden is. We nemen in dit rapport als uitgangspunt de effecten op het aantal mensen dat rookt, schadelijk alcohol gebruikt, overgewicht heeft, of depressief wordt. Een deel van de interventies heeft een doel dat betrekking heeft op een determinant van de risicofactor of ziekte (bijvoorbeeld: een interventie gericht op vermeerderen van de kennis over schadelijke effecten van roken). Zo'n interventie kan effectief zijn op het interventiedoel, maar het is niet bekend of deze interventie ook bijdraagt aan een effect op roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht of depressie. Het gaat in dit onderzoek niet om de effecten op de doelen van specifieke interventies, maar om de effecten op risicofactoren en ziekte. Dit rapport beperkt zich dus tot effecten op gezondheidsuitkomsten, terwijl de Erkenningscommissie Interventies van het RIVM Centrum Gezond Leven, het RIVM Centrum Jeugdgezondheidszorg en het Nederlands Jeugdinstituut interventies ook op effecten op determinanten van risicofactor of ziekte beoordeelt. Een interventie kan dan effectief beoordeeld worden wanneer aannemelijk wordt gemaakt dat het uiteindelijk leidt tot gedragsverandering (zie Tekstblok 1).

Indeling effectevaluaties naar niveau van bewijskracht

De gevonden effectevaluaties werden ingedeeld naar niveau van bewijskracht op basis van studiedesign: 1) Randomized ontrolled Trials (RCT's) hebben hoge bewijskracht, 2) quasi-experimenteel onderzoek (voor- en nameting bij interventie- en controlegroep, maar geen randomisatie) heeft matige bewijskracht en 3) observationeel onderzoek (voor- en nameting bij interventiegroep, maar geen controlegroep) en overige onderzoeksdesigns hebben lage bewijskracht. De categorieën hoog en matig werden samengevoegd tot 'voldoende bewijskracht' en de categorie laag werd 'onvoldoende bewijskracht' genoemd.

Selectie van interventies voor berekeningen in dit rapport

De mogelijkheid van de berekening van de te verwachten effecten wordt beperkt door de beschikbaarheid van kwantitatieve gegevens over de effecten van de interventies op roken, alcoholgebruik, overgewicht en depressie. Met andere woorden: slechts voor die interventies waarvoor een valide en betrouwbare effectschatting voor Nederland beschikbaar is, kan berekend worden wat het effect op bevolkingsniveau zou kunnen zijn van het huidige of van het maximale aanbod en bereik. Voor de berekeningen in dit rapport zijn dus alleen die interventies geselecteerd waarvoor een Nederlandse effectevaluatie met voldoende bewijskracht gevonden is en die een direct effect laten zien op het aantal mensen dat rookt, schadelijk alcoholgebruik heeft, overgewicht heeft, of depressief wordt.

Tekstblok 1: Erkenningscommissie Interventies van de RIVM Centra Gezond Leven en Jeugdgezondheidszorg en het Nederlands Jeugdinstituut

De criteria die in dit rapport zijn gebruikt om effectiviteit van interventies te beoordelen wijken in enkele opzichten af van de criteria die door de Erkenningscommissie Interventies worden gehanteerd. Deze commissie van het RIVM Centrum Gezond Leven, het Centrum Jeugdgezondheidszorg en het Nederlands Jeugdinstituut beoordeelt interventies uit de praktijk van preventie en gezondheidsbevordering. De commissie bestaat uit deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk en beoordeelt interventies op het gebied van: jeugd(gezondheids)zorg en -welzijn, psychosociale/pedagogische preventie, ontwikkelingsstimulering, educatie, preventie en gezondheidsbevordering. Het RIVM Centrum Gezond Leven en het Centrum Jeugdgezondheid coördineren de beoordeling van interventies voor preventie en gezondheidsbevordering. Naast de beoordeling door de Erkenningscommissie heeft het RIVM Centrum Gezond Leven nog een beoordeling van interventies door professionals uit de praktijk ingesteld. Interventies met een goede beschrijving, handleiding en procesevaluatie kunnen de vermelding 'goed beschreven' krijgen.

Er worden drie beoordelingscategorieën gehanteerd. 'Theoretisch goed onderbouwd': de interventie is naar het oordeel van de Erkenningscommissie voldoende beschreven en onderbouwd. Ze beoordeelt dit aan de hand van de (theoretische) onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en de uitvoering in de praktijk. 'Waarschijnlijk effectief': de effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie enigszins aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig: ten minste één Nederlandse studie met ten minste een quasi-experimenteel design, of ten minste drie studies met een observationeel design, waarvan twee studies van vergelijkbare interventies uit het buitenland mogen komen. 'Bewezen effectief': de effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie sterk aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een sterke bewijskracht nodig: ten minste twee Nederlandse of buitenlandse studies met ten minste een quasi-experimenteel design.

2.2 Meest aangeboden interventies

Vraag 2: Hoe verhouden de effectieve interventies zich tot de meest aangeboden interventies voor elke leeflijn?

Op basis van het onderzoek dat de IGZ onder alle GGD-en in Nederland uitgevoerd heeft, is in kaart gebracht wat de interventies zijn die in de meeste GGD-regio's aangeboden worden. In dat IGZ-onderzoek is het aanbod en bereik van de leeflijninterventies in 2007 in kaart gebracht. De resultaten van dit IGZ-onderzoek zijn beschreven in een rapportage van het RIVM Centrum Gezond Leven (De Hollander et al., 2009). Er is gebruikgemaakt van de resultaten in dat rapport en daarnaast zijn aanvullende analyses gedaan op het onderliggende databestand. Vervolgens is de top vijf van meest aangeboden interventies van elke leeflijn gekoppeld aan de effectgegevens uit vraag 1. Zo ontstaat een beeld van de bewijslast voor de effectiviteit van de leeflijninterventies met het grootste aanbod en bereik in Nederland.

2.3 Effecten van interventies op bevolkingsniveau

Vraag 3: Wat zijn de theoretisch te verwachten effecten op bevolkingsniveau van het huidige en maximale bereik van enkele effectieve interventies uit de leeflijnen?

Effectschattingen

De theoretisch te verwachten effecten op bevolkingsniveau zijn kwantitatief geschat. Hiertoe is een model ontwikkeld dat uitgaat van de doelgroepen van de verschillende interventies. Door de interventie ondergaat de doelgroep een verandering: het aantal rokers vermindert of het aantal kinderen met overgewicht vermindert. De mate van de verandering hangt af van de effectiviteit van de interventie enerzijds en van het bereik en aanbod in de verschillende GGD-regio's anderzijds. De effectiviteit van de interventies is in (quasi-) experimentele studies bepaald en in het model als parameter meegenomen. Wat betreft het regionale aanbod en bereik maakt het model gebruik van gegevens uit het IGZ-onderzoek.

Scenario's

Om het theoretisch te behalen effect van een interventie op bevolkingsniveau te bepalen vergelijken we situaties met en zonder interventie bij verschillend aanbod en bereik. Als referentie hanteren we een nul-situatie waarin er geen interventie is, de 'autonome situatie'. Deze is bepaald op basis van cijfers van de effectstudies. De huidige situatie is geschetst op basis van aanbod- en bereikgegevens uit het IGZ-onderzoek. Van deze gegevens zijn gemiddelde en maximum waardes bepaald waarmee situaties van een verbeterd aanbod en bereik zijn doorgerekend. Ten slotte is een 'ultieme' situatie geschetst waarin in alle regio's de gehele doelgroep wordt bereikt. De scenario's zijn als volgt gedefinieerd:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <i>0 -- Nul-scenario:</i> | Geen enkele GGD-regio voert de interventie uit. |
| <i>1 -- Huidige situatie:</i> | De bereikcijfers van het IGZ-onderzoek worden gehanteerd. Alleen GGD-regio's die een bereik hebben opgegeven worden doorgerekend, voor alle andere regio's is het bereik nul. |
| <i>2 -- Huidige situatie plus:</i> | De bereik- en aanbodcijfers van het IGZ-onderzoek worden gehanteerd. GGD-regio's die een bereik hebben |

- opgegeven worden doorgerekend, GGD-regio's die hebben opgegeven de interventie aan te bieden maar geen bereik hebben opgegeven krijgen een gemiddeld bereikcijfer. Voor alle andere regio's is het bereik nul. Het gemiddelde bereik is gebaseerd op de regio's die dat hebben opgegeven.
- 3 – *Gemiddelde situatie:* Alle GGD-regio's hebben een gemiddeld bereik.
- 4 – *Maximale situatie:* Alle GGD-regio's hebben een maximaal bereik. Dit maximum is ontleend aan de cijfers uit het IGZ-onderzoek en representeert de regio met het hoogste bereik voor die interventie.
- 5 -- *Ultieme situatie:* Hierbij veronderstellen we dat alle regio's de interventie uitvoeren, en dat in alle GGD-regio's de gehele doelgroep wordt bereikt.

Model

Het model is relatief eenvoudig van opzet en is per interventie gedefinieerd. Het vergelijkt veranderingen in doelgroepen met en zonder interventie. De doelgroep, of populatie, verschilt per interventie. Dit kan het aantal kinderen op de basisschool in de groepen 3 tot en met 8 zijn, maar ook het aantal rokers dat bij de huisarts komt. De doelgroep is daarmee een belangrijke variabele van het model. Het model heeft daarnaast drie belangrijke interventieafhankelijke parameters: de effectiviteit, het aanbod en het bereik. De effectiviteit van interventies is voor alle regio's gelijk verondersteld. We veronderstellen een regionaal afhankelijk aanbod en bereik. Door de interventie treedt een effect op en verandert de leefstijl of gezondheidstoestand van de populatie. Bijvoorbeeld: mensen kunnen stoppen met roken, of minder gaan drinken of een kleiner aantal mensen ontwikkelt een depressie. Bij elke interventie is er ook een natuurlijk effect waar we rekening mee houden, dit is de verandering die optreedt wanneer geen interventie wordt aangeboden. Zo kunnen rokers uit zichzelf stoppen met roken, los van een interventie. Interventies worden onafhankelijk van elkaar doorgerekend, er is geen sprake van een gecombineerd effect van interventies. Effecten zijn vaak gedefinieerd in relatie tot een bepaalde periode, bijvoorbeeld het aantal mensen dat na één jaar is gestopt met roken. Het model schat het effect na één periode, het is geen 'meerjaren' berekening die rekening houdt met andere effecten na een langere periode, zoals een langetermijnterugval in het aantal mensen dat is gestopt met roken.

2.4 Beleidsdoelstellingen

Vraag 4: Hoe verhouden de geschatte effecten zich tot de doelen die de regering in de preventienota heeft geformuleerd?

De modelschattingen van de mogelijke effecten van een interventie resulteren in een bepaalde afname van het aantal mensen dat rookt, drinkt, overgewicht heeft, of depressief wordt. Deze afnamepercentages worden afgezet tegen de doelen uit de preventienota. Zo wordt duidelijk in welke mate enkele effectieve leeflijninterventies bij zouden kunnen dragen in het behalen van de beleidsdoelen. De doelstelling voor depressie is niet kwantitatief, maar is slechts gericht op meer bereik van depressiepreventie. Deze vraag wordt daarom alleen beantwoord voor de speerpunten roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht.

3 Effectiviteit van interventies

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen weergegeven welke interventies op de leeflijnen staan, wat bekend is over de effectiviteit van die interventies, en welke interventies we geselecteerd hebben voor verdere berekening. Voor meer achtergrondinformatie over de interventies en de beschikbare bewijslast voor effectiviteit verwijzen we naar het RIVM-rapport '(Kosten)effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid; overzicht van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie' (Hamberg-van Reenen et al., 2010).

3.1 Roken

3.1.1 Leeflijn

De Leeflijn tabakspreventie, onderdeel van de handleiding 'Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid' (STIVORO, 2006), bestaat uit 35 interventies. Soms wordt dezelfde interventie bij meerdere leeftijdscategorieën genoemd. Deze worden in dit rapport maar één keer meegeteld als interventie. Daarnaast zijn twee adviezen op het gebied van organisatiemanagement niet meegenomen als interventie. Dit betekent dat bij het inventariseren van de effectiviteit van de interventies is uitgegaan van in totaal 27 interventies (zie Tabel 3.1). Het grootste gedeelte van de interventies is gericht op volwassenen (n=15). De aangeboden interventies bestaan voor een groot deel uit individuele voorlichting (n=12). Een aantal interventies wordt in de vorm van een lespakket aangeboden (n=5). De overige interventies worden uitgevoerd in de vorm van een campagne (n=2), een cursus (n=3), een afspraak om te stoppen met roken (n=3) of zelfhulpmateriaal (n=2).

Tabel 3.1: Interventies op de leeflijn Tabakspreventie

	Campagne	Lespakket	Cursus	Individuele voorlichting	Afspraak	Zelfhulp materiaal	Totaal
Kinderen/jongeren (<0-18 jaar)	1	5	-	3	3	-	12
Volwassenen	1	-	3	10	-	1	15
Totaal	2	5	3	13	3	1	27

3.1.2 Effectiviteit

Voor 13 interventies is wetenschappelijk bewijs met voldoende bewijskracht gevonden voor een effect op stoppen met roken, minder roken, niet beginnen met roken of het voorkomen van meerroken (zie Tabel 3.2). Het gaat om drie lespakketten gericht op kinderen ('Ik (r)ook niet', 'Gezonde school en genotmiddelen' en 'Smoke alert'), zeven interventies bestaande uit advies/ondersteuning gericht op stoppen met roken ('Advies op maat', 'Aftercare/stopmail', 'Telefonische coaching', 'Kortdurend stopadvies', 'H-MIS', 'Persoonlijke coaching' en 'Rookvrij kan ik de hele wereld aan'), één interventie voor zwangeren en hun ongeboren kinderen ('V-MIS'), één onderdeel van een campagne ('Startpakket voor stoppers') en één groepscursus ('Pakje kans'). Voor twee interventies werd een effect op een determinant van roken gevonden. Vier interventies bleken in

(quasi)experimenteel onderzoek niet (blijvend) effectief op rookgedrag of determinanten daarvan. Voor de overige acht interventies geldt dat deze niet onderzocht zijn of niet onderzocht zijn in een effectevaluatie met voldoende bewijskracht.

Tabel 3.2: Effectiviteit van interventies op de leeflijn Tabakspreventie¹

	Effect op rookgedrag ²	Effect op determinant ³	Niet effectief ⁴	Niet onderzocht ⁵	Totaal
Kinderen/jongeren	4	1	1	5	11
Volwassenen	9	1	3	3	16
Totaal	13	2	4	8	27

¹Alle interventies zijn hier (van links naar rechts) slechts eenmaal meegeteld. Bijvoorbeeld: wanneer een interventie zowel een effect op rookgedrag als op determinanten hiervan laat zien, is deze alleen bij rookgedrag meegerekend.

²Effect op stoppen met roken, minder roken, niet beginnen met roken of het voorkomen van meer roken gedurende ten minste zes maanden, o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

³Geen of onbekend effect op rookgedrag, wel effect op determinant(en) van roken, zoals meer kennis over roken of een hogere intentie om te stoppen met roken o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

⁴Uit onderzoek met voldoende bewijskracht blijkt dat er geen effect is op rookgedrag of op determinanten hiervan.

⁵Geen effectevaluatie gevonden, of geen effectevaluatie met voldoende bewijskracht gevonden

3.1.3 Selectie

Niet alle interventies met voldoende bewijskracht voor effectiviteit op rookgedrag zijn geschikt voor verdere berekening. Op basis van nadere analyse van de effectevaluaties van de dertien effectieve interventies worden acht interventies geëxcludeerd. Dit betreft: ‘De gezonde school en genotmiddelen’, omdat na follow-up weliswaar een klein effect op dagelijks roken werd gevonden, maar niet op de algemene rookprevalentie en ook niet op de rookhoeveelheid (Cuijpers et al., 2002). De interventie ‘Rookvrij kan ik de hele wereld aan’ is gericht op rokers die een depressie hebben gehad na een eerdere stoppoging. Deze doelgroep is te specifiek om in een berekening af te kunnen bakenen (Van der Meer et al., submitted). De resultaten van de digitale ondersteuningsmethode ‘Aftercare/stopmail’ zijn niet afkomstig van een officiële publicatie, maar van een samenvatting van een RCT in een presentatie (Willemsen et al., 2008). Ten slotte zijn vijf interventies gericht op advies/ondersteuning bij stoppen met roken, die in buitenlandse meta-analyses effectief bleken op rookgedrag, niet in Nederland geëvalueerd (Stead et al., 2006; Stead et al., 2008; Lancaster & Stead, 2005; Stead & Lancaster, 2005). Omdat er geen specifieke Nederlandse effectschattingen bekend zijn, zijn ook deze interventies niet geselecteerd voor verdere berekening. Dit betekent dat vijf rookinterventies zijn geselecteerd voor verdere berekening. Deze worden beschreven in Tabel 3.3.

Tabel 3.3: Geselecteerde interventies uit de leeflijn Tabakspreventie

Interventie	Beschrijving	Effectiviteit
'Ik (r)ook niet'	Lessenserie voor de hoogste groepen van het basisonderwijs, bestaande uit drie lessen voor groep 7 en drie lessen voor groep 8. De interventie heeft als doel het voorkomen dat jongeren beginnen met roken.	In een RCT krijgen leerlingen uit de interventiegroep de eerste drie lessen van het lesprogramma in groep 7 en de overige drie lessen het jaar erna in groep 8 (n=1.817). De controleleerlingen krijgen alleen de normale lessen (n=1.500). Na 1 jaar zijn leerlingen in de interventiegroep minder vaak begonnen met roken, vergeleken met de controlegroep. In de interventiegroep was het percentage rokers toegenomen van 2,5% naar 3,6% en in de controlegroep van 3,2% naar 6,5% (Crone et al., 2005; Spruijt, 2008).
'Smoke alert'	Leerlingen uit de bovenbouw van het voortgezet onderwijs leren een mening over roken vormen en uiten en ze leren vaardigheden om sigaretten te weigeren. Het doel van de interventie is leerlingen niet te laten beginnen met roken en rokende leerlingen te laten stoppen met roken.	De resultaten van een RCT onder leerlingen die de interventie via internet kregen (n=179) of via een brief (n=125) laten na 6 maanden stoppercentages van 26,8% en 19,2% zien. Het stoppercentage onder controleleerlingen (n=192) was 17,2%. De resultaten van de internetgroep verschilden significant vergeleken met de controlegroep (OR=1,77; 95% BI=1,07-2,91; p<0,026). Er is geen significant verschil gevonden tussen de briefgroep en de controlegroep (OR=1,15; 95% BI=0,64-2,05; p<0,649), of tussen de briefgroep en de internetgroep (OR=0,65; 95% BI=0,37-1,13; p<0,126) (Dijk & De Vries, in press).
'H-MIS'	Een korte ondersteunende interventie uitgevoerd door huisartsen en praktijkassistenten. De interventie bestaat uit 6 stappen, verdeeld over 2 á 3 consulten.	De resultaten van een RCT laten na 12 maanden een significant verschil in zelfgerapporteerde onthouding tussen de interventiegroep (n=269) (13,4% punt prevalentie) en de controlegroep (n=261) (7,3% punt prevalentie; p<0,05) zien. Hierbij kregen de patiënten uit de controlegroep de gebruikelijke zorg. Uit analyse van opeenvolgende onthouding (continu abtinent op 6 en 12 maanden follow-up) bleek dat voor 8,2% van de interventiegroep vergeleken met 3,1% van de controlegroep onthouding van meer dan 6 maanden geldt (p <0,001) (Pieterse et al., 2001).
'V-MIS'	De interventie bestaat uit een stappenplan voor verloskundigen om zwangere vrouwen te motiveren en te begeleiden bij het stoppen met roken.	Deze interventie is onderzocht met een RCT. De interventiegroep bestond uit rokende zwangeren die advies en informatie krijgen van verloskundigen volgens de V-MIS (n=141); de controlegroep bestond uit rokende zwangeren die stoppen-met-roken advies krijgen van verloskundigen die geen speciale training hebben gevolgd (n=177). Tijdens een meting zes weken na de bevalling gaf 38% uit de interventiegroep aan een stoppoging te hebben gedaan versus 23% uit de controlegroep. 7-daagse abtinentie werd gerapporteerd door 21% uit de interventiegroep en 12% uit de controlegroep. Wat betreft continue abtinentie gedurende de gehele follow-upperiode (van 6 weken na de interventie tot 6 weken na de bevalling) zijn de percentages 12% voor de zwangeren uit de interventiegroep vergeleken met 3% in de controlegroep (95% BI=1,16-33,61; p<0,033) (De Vries et al., 2006).
'Advies op Maat'	Via de computer gegenereerde voorlichting gericht op rokers die behoefte hebben aan informatie en advies over hun eigen rookgedrag en/of toekomstig stopgedrag. Zij vullen een vragenlijst in en ontvangen een persoonlijk stoppen-met-roken advies.	In een RCT kregen drie interventiegroepen verschillende vormen van Advies op Maat. De groep 'OC' kreeg alleen informatie over resultaten van stoppen (n=386), 'SE' kreeg alleen informatie over manieren om met sociale, emotionele en/of verslavende omstandigheden om te gaan (n=387) en 'BO' kreeg alle informatie (n=387). De controlegroep kreeg geen informatie (n=386). Wat betreft de 7-daagse abtinentie is er geen verschil gevonden tussen de verschillende doelgroepen en de controlegroep: in SE, BO en de controlegroep lag het percentage stoppers op 11%. Wat betreft continue abtinentie was er onder deelnemers uit de BO-groep een significant hoger percentage stoppers (4,8%) vergeleken met de controlegroep (1,6%; p<0,05). De OC- en de SE-groep toonden geen significante verschillen vergeleken met de controlegroep (Dijkstra et al., 1998).

3.2 Alcohol

3.2.1 Leeflijn

In 2007 is de handleiding 'Integraal alcoholbeleid' opgesteld door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), in samenwerking met het NIGZ, het Partnership Vroegsignalering Alcohol, de Stichting Alcoholpreventie en het Trimbos-instituut ((Voedsel en Warenautoriteit, 2007). De leeflijn biedt als onderdeel van de handleiding een overzicht van alle producten, programma's, of activiteiten (interventies) die beschikbaar zijn voor de preventie van schadelijk alcoholgebruik. De leeflijn geeft een brede weergave van verschillende typen interventies voor verschillende leeftijdsklassen waaruit GGD-en, scholen en werkgevers binnen gemeenten kunnen kiezen. De interventies op de leeflijn zijn onderverdeeld naar de vier pijlers voor lokaal gezondheidsbeleid (publiek draagvlak, regelgeving, handhaving en vroegsignalering) of een combinatie van pijlers. De leeflijn bestaat uit 40 interventies. Interventies die voor meerdere doelgroepen worden ingezet (n=4) zijn eenmaal meegeteld en onderdelen van dezelfde interventie zijn samengenomen. Tenslotte is een interventie die niet meer bestaat niet meegerekend. Daarmee zijn 34 alcoholinterventies op effectiviteit beoordeeld (zie Tabel 3.4). Van deze 34 interventies zijn er 25 gericht op kinderen en jongeren en negen op volwassenen. De interventies binnen de pijlers publiek draagvlak, regelgeving en handhaving zijn uitsluitend gericht op kinderen en jongeren. De interventies binnen de pijler vroegsignalering zijn voor alle leeftijdsgroepen, maar vooral voor volwassenen

Tabel 3.4: Interventies op de leeflijn Integraal alcoholbeleid

	Publiek draagvlak	Regelgeving	Handhaving	Vroegsignalering	Combinatie van pijlers	Totaal
Kinderen/jongeren (<0-25 jaar)	10	5	3	4	3	25
Volwassenen	-	-	-	9	-	9
Totaal	10	5	3	13	3	34

3.2.2 Effectiviteit

Voor zes interventies zijn studies met hoge of matige bewijskracht gevonden waaruit blijkt dat deze het alcoholgebruik verminderen (zie Tabel 3.5). Dit zijn de interventies: 'minimale interventiestrategie' voor zwangeren en hun ongeboren kinderen, de website 'watdrinkij.nl', het schoolprogramma 'Gezonde school en genotmiddelen', 'Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg', de website 'Drinktest.nl' en de Teleaccursus 'Minder drinken? Doe het zelf!'. Eén interventie is niet effectief in het verminderen van alcoholgebruik. Twee interventies hebben een positief effect op determinanten van alcoholgebruik. Van 25 interventies, ten slotte, is niet bekend of ze bijdragen aan het verminderen van het alcoholgebruik, omdat ze onderzocht zijn in een studie met lage bewijskracht, of omdat ze niet geëvalueerd zijn.

Tabel 3.5: Effectiviteit van interventies op de leeflijn Integraal alcoholbeleid¹

	Effect op alcoholgebruik ²	Effect op determinant ³	Niet effectief ⁴	Niet onderzocht ⁵	Totaal
Kinderen/jongeren	3	2	-	20	25
Volwassenen	3	-	1	5	9
Totaal	6	2	1	25	34

¹Alle interventies zijn hier (van links naar rechts) slechts eenmaal meegeteld. Bijvoorbeeld: wanneer een interventie zowel een effect op alcoholgebruik als op determinanten hiervan laat zien, is deze alleen bij alcoholgebruik meegerekend.

²Effect op alcoholconsumptie of schadelijk alcoholgebruik o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

³Geen of onbekend effect op alcoholgebruik, wel effect op determinant(en) o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

⁴Uit onderzoek met voldoende bewijskracht blijkt dat er geen effect is op alcoholgebruik of determinanten hiervan.

⁵Geen effectevaluatie gevonden, of geen effectevaluatie met voldoende bewijskracht gevonden

3.2.3 Selectie

Van de zes interventies kon er één geselecteerd worden voor verdere berekening (zie Tabel 3.6) en vielen er vijf af. Voor de ‘Minimale interventiestrategie voor zwangeren’ is geen Nederlands onderzoek, maar alleen een Amerikaanse RCT gevonden (O'Connor & Whaley, 2007). De ‘Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg’ zijn effectief in het reduceren van de alcoholconsumptie (Anderson et al., 2009), maar op basis hiervan is de vermindering van schadelijk of overmatig alcoholgebruik niet te kwantificeren. ‘Drinktest.nl’ is in Nederlands experimenteel onderzoek op effect onderzocht, maar liet alleen een effect op alcoholgebruik zien onder vrouwen (en geen effect onder mannen) (Boon et al., in press; Meijer et al., 2006). De internetinterventie ‘Minderdrinken.nl’ is een interactieve zelfhulpinterventie voor probleemdrinkers. In een Nederlandse RCT werd na een half jaar een significante reductie gemeten in het percentage overmatig alcoholgebruik; na een jaar was dit effect echter niet meer statistisch significant (Riper et al., 2007; Riper, 2008). De Teleaccursus ‘Minder drinken? Doe het zelf!’ is onderzocht in een Nederlandse RCT, maar het drinkgedrag was alleen direct na afloop van de cursus gemeten; er was geen follow-upmeting (Kramer et al., 2009). Het effect van de website ‘watdrinkjij.nl’ op alcoholgebruik is onderzocht in een Nederlandse RCT onder meer dan 300 jongeren van 15 tot 20 jaar (Roek & Spijkerman, 2009). De effecten liepen erg uiteen voor twee interventiegroepen en in groepen met verschillende opleiding. Deze effecten zijn te divers om de interventie te selecteren. Australisch onderzoek naar een vergelijkbare test liet overigens wel effecten op alcoholgebruik zien (Kypri et al., 2008). Dit betekent dat één alcoholinterventie is geselecteerd voor verdere berekening. Deze wordt beschreven in Tabel 3.6.

Tabel 3.6: Geselecteerde interventie uit de leeflijn Integraal alcoholbeleid

Interventie	Beschrijving	Effectiviteit
Gezonde school en genotmiddelen (DGS)	Dit preventieprogramma voor middelbare scholieren over alcohol, roken en drugs bestaat uit 4 onderdelen: voorlichtingslessen, het betrekken van ouders, het opstellen van een genotmiddelenreglement en het signaleren en begeleiden van leerlingen die (problematisch) middelen gebruiken.	In een quasi-experimentele studie naar de effecten op het alcoholgebruik van middelbare scholieren bleek na een jaar het gemiddeld aantal glazen alcohol per gelegenheid en per week minder hard toegenomen in de interventiegroep dan in de controlegroep. Het percentage drinkers is bij de interventiegroep ook minder hard toegenomen dan bij de controlegroep: van 27% naar 74% vs. van 32% naar 81% (Cuijpers et al., 2002).

3.3 Overgewicht

3.3.1 Leeflijn

In 2007 is de handleiding ‘Preventie van overgewicht’ opgesteld door het Voedingscentrum (Voedingscentrum, 2007). De leeflijn biedt als onderdeel van de handleiding een overzicht van alle producten, programma’s of activiteiten die op dit moment beschikbaar zijn voor de preventie van overgewicht. De leeflijn overgewicht bestaat uit bijna 150 items. Het literatuuronderzoek richt zich op concrete interventies. Omgevingsmaatregelen, beleidsmaatregelen en ondersteunend materiaal hebben wij in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Sommige interventies staan bij verschillende leeftijdsgroepen of bestaan uit verschillende bij elkaar horende onderdelen; deze zijn eenmaal meegeteld. Ten slotte is een drietal interventies buiten beschouwing gelaten, omdat hierover geen enkele informatie is te vinden. Daarmee zijn in dit rapport 70 overgewichtinterventies onderzocht op effectiviteit. In Tabel 3.7 staan de aantallen interventies weergegeven. De meeste interventies zijn gericht op kinderen en jongeren (n=47); dit zijn veelal lesprogramma’s die worden aangeboden op school (n=20). Verder worden veel campagnes (n=24) en cursussen (n=13) aangeboden.

Tabel 3.7: Interventies op de leeflijn Overgewicht

	Onderzoek, signalering, advisering	Cursus	Lesprogramma	Campagne	Overig	Totaal
Kinderen/jongeren (<0-19 jaar)	7	7	20	10	3	47
Volwassenen/ouderen	-	9	-	13	1	23
Totaal	7	16	20	23	4	70

3.3.2 Effectiviteit

Voor twee interventies is wetenschappelijk bewijs met voldoende bewijskracht dat ze een positief effect op gewicht hebben. Daarnaast zijn er negen interventies gevonden die een positief effect hebben op één van de pijlers van de energiebalans, namelijk meer bewegen of een verbeterd voedingspatroon. Voor twee interventies is vastgesteld dat zij niet bijdragen aan gewichtsvermindering. Vier interventies hebben een positief effect op een determinant van gewicht, bewegen of voeding. Het betreft hier bijvoorbeeld meer kennis over bewegen, voeding en gezondheid. Twee derde van de interventies, ten slotte, is niet geëvalueerd of alleen onderzocht met een studiedesign met lage bewijskracht.

Tabel 3.8: Effectiviteit van interventies op de leeflijn Overgewicht ¹

	Effect op gewicht ²	Effect op bewegen of voeding ³	Effect op determinant ⁴	Niet effectief ⁵	Niet onderzocht ⁶	Totaal
Kinderen/jongeren	2	3	4	-	37	47
Volwassenen/ouderen	-	6	-	2	15	23
Totaal	2	9	4	2	52	70

¹Alle interventies zijn hier (van links naar rechts) slechts eenmaal meegeteld. Bijvoorbeeld: wanneer een interventie zowel een effect op gewicht als op bewegen of voeding (of determinanten hiervan) laat zien, is deze alleen bij gewicht meegerekend

²Effect op gewicht, BMI of percentage mensen met overgewicht o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

³Effect op bewegen of voeding o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

⁴Geen of onbekend effect op gewicht, bewegen of voeding, wel effect op determinant(en) o.b.v. onderzoek met voldoende bewijskracht.

⁵Uit onderzoek met voldoende bewijskracht blijkt dat er geen effect is op gewicht, bewegen of voeding of determinanten hiervan.

⁶Geen effectevaluatie gevonden, of geen effectevaluatie met voldoende bewijskracht gevonden

3.3.3 Selectie

Van de twee interventies met een effect op overgewicht, kon er één geselecteerd worden voor verdere berekening: het lesprogramma ‘Lekker fit’ (zie Tabel 3.9). De groepscursus ‘Real fit’ voor jongeren met overgewicht was op basis van een Nederlands quasi-experimenteel onderzoek op korte termijn effectief (Mulken et al., in press), maar een observationele studie met langere follow-upmeting liet geen blijvende effecten zien (Slinger et al., in press). Daarom werd ‘Real fit’ niet geselecteerd voor de doorrekening. Overigens laat een internationaal overzichtartikel van leefstijlinterventies voor jongeren met overgewicht een jaar na de interventie wel significante effecten op gewicht zien (Oude Luttikhuis et al., 2009).

Tabel 3.9: Geselecteerde interventie uit de leeflijn Overgewicht

Interventie	Beschrijving	Effectiviteit
‘Lekker fit’	Het lesprogramma ‘Lekker fit’ voor basisschoolleerlingen bestaat uit theorielessen over voeding, beweging en het maken van gezonde keuzes en houdt 3 keer per week gym op school en buitenschoolse beweegactiviteiten in.	De interventie is onderzocht in een RCT onder basisschoolleerlingen, met een voormeting aan het begin van het schooljaar en een nameting aan het eind van het schooljaar. Deze interventie draagt niet bij aan gewichtsvermindering, maar wel aan een minder sterke groei in het percentage kinderen met overgewicht in de middenbouw van de basisschool (van 24,4 naar 25,7% respectievelijk van 24,4 naar 28,7%) (Meima et al., 2008).

3.4 Depressie

3.4.1 Leeflijn

De leeflijn ‘Depressiepreventie’ is in 2007 als onderdeel van de handleiding ‘Preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid’ door het Trimbos-instituut opgesteld (Trimbos-instituut, 2007). De leeflijn bevat interventies voor mensen zonder klachten of voor mensen met depressieklachten zonder dat sprake is een depressieve stoornis. Gemeenten kunnen uit het aanbod van beschikbare preventieve interventies op de leeflijn een ‘Basispakket depressiepreventie’ samenstellen. De leeflijn ‘Depressiepreventie’ bestaat uit 40 interventies. In Tabel 3.10 staan de interventies uitgesplitst naar leeftijdsgroep en

methode. Twaalf interventies zijn gericht op kinderen of jongeren en 28 interventies hebben volwassenen of ouderen als doelgroep. Het merendeel van de interventies op de leeflijn betreft cursussen (n=23), maar er staan onder andere ook lesprogramma's (n=3), beweegprogramma's (n=2), ontmoetingsbijeenkomsten (n=3) en huisbezoeken (n=2) op de lijst.

Tabel 3.10: Interventies op de leeflijn Depressiepreventie

	Lesprogramma	Cursus	Overig	Totaal
Kinderen/jongeren	3	7	2	12
Volwassenen/ouderen	-	16	12	28
Totaal	3	23	14	40

3.4.2 Effectiviteit

Tabel 3.11 geeft aan hoeveel interventies bijdragen aan een effect op het voorkomen van het ontstaan van een depressieve stoornis, een afname van depressieklachten of een effect op determinanten van depressie. Voor twee interventies zijn directe effecten op preventie van depressie gevonden. Het gaat om de groepscursus 'Grip op je dip' voor jongeren en de zelfhulp cursus 'In de put, uit de put' voor volwassenen. Beide interventies zijn gebaseerd op de Amerikaanse cursus 'Coping with depression'. Voor acht interventies werd wetenschappelijk bewijs gevonden dat de interventie bijdraagt aan een vermindering van depressieklachten. Het betreft voornamelijk cursussen voor mensen met klachten die nog geen depressieve stoornis hebben (geïndiceerde preventie). De verwachting is dat een afname van depressieklachten zal leiden tot preventie van depressieve stoornissen. Voor tien interventies werd een effect op een andere determinant van depressie aangetoond. Het gaat dan onder meer om effecten op hechting en interactie tussen moeder en kind, gedrag en attitude tussen ouders en kinderen, belasting bij mantelzorgers, een toename van welbevinden, minder eenzaamheid en het sluiten van vriendschappen. In hoeverre deze veranderingen bijdragen aan de preventie van depressie is niet bekend.

Tabel 3.11: Effectiviteit van interventies op de leeflijn Depressiepreventie¹

	Effect op depressie ²	Effect op klachten ³	Effect op determinant ⁴	Niet effectief ⁵	Niet onderzocht ⁶	Totaal
Kinderen/jongeren	1	2	3	-	6	12
Volwassenen/ouderen	1	6	7	2	12	28
Totaal	2	8	10	2	18	40

¹Alle interventies zijn hier (van links naar rechts) slechts eenmaal meegeteld. Bijvoorbeeld: wanneer interventie zowel een effect op depressie als op depressieklachten (of determinanten hiervan) laat zien, is deze alleen bij depressie meegerekend.

²Effect op incidentie van depressie.

³Geen effect op incidentie van depressie, wel effect op depressieklachten.

⁴Geen effect op incidentie van depressie of depressieklachten, wel effect op determinant(en) van depressie of depressieklachten, zoals een beter moeder-kindhechting.

⁵In onderzoek van hoge (meta-analyse, review of RCT) of matige (quasi-experimenteel onderzoek) kwaliteit vastgesteld dat er geen effect is op depressie, depressieklachten of determinanten hiervan.

⁶Niet onderzocht (of niet bekend of de interventie geëvalueerd is) of niet onderzocht in studies met voldoende bewijskracht

3.4.3 Selectie

Twee interventies laten een direct effect op depressie-incidentie zien. Alleen de zelfhulp cursus 'In de put, uit de put' kon geselecteerd worden voor verdere berekening (zie Tabel 3.12). De groepscursus 'Grip op je dip' is niet geselecteerd, omdat deze alleen in

Amerikaanse RCT's onderzocht is (Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001) en bovendien in één van de studies na follow-up niet meer effectief was in het voorkomen van depressieve stoornissen (Clarke et al., 2001).

Tabel 3.12: Geselecteerde interventie uit de leeflijn Depressiepreventie

Interventie	Beschrijving	Effectiviteit
Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'	De interventie wordt aangeboden als een schriftelijke zelfhulp cursus met beperkte telefonische of e-mail begeleiding door een preventiewerker. De cursus is gestructureerd rondom thema's als stemming, ontspannen, mogelijkheden verkennen en benutten, het doorbreken van negatieve denkpatronen, het verhogen van plezierige activiteiten en hulp vragen en krijgen. Het doel is het verminderen van het risico dat een depressieve stoornis ontstaat en het verminderen van aanwezige depressieklachten.	Een Nederlandse RCT laat een lager risico om depressief te worden zien in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Na een jaar is de incidentie bij de cursisten 12% en bij de mensen in de controlegroep 18%. Dit effect is statistisch significant, mits éénzijdig getoetst (Willemse et al., 2004).

3.5 Samenvatting

In totaal is voor 171 leeflijninterventies de effectiviteit in kaart gebracht. Voor 23 hiervan zijn in onderzoek met voldoende bewijskracht effecten gevonden op de prevalentie van roken, overmatig alcoholgebruik of overgewicht of op de incidentie van depressie. Van deze 23 interventies konden er acht geselecteerd worden voor verdere berekening van de mogelijke effecten op risicofactor of ziekte. Het betreft vijf rookinterventies (H-MIS, V-MIS, 'Ik (r)ook niet', 'Smoke alert' en 'Advies op maat'), één alcoholinterventie ('De gezonde school en genotmiddelen'), één overgewichtinterventie ('Lekker fit'), en één depressie-interventie (zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'). Voor deze interventies is in Nederlands experimenteel onderzoek met follow-up een effect gevonden op het aantal rokers, drinkers, mensen met overgewicht of op het aantal mensen dat een depressieve stoornis ontwikkelt.

4 Meest aangeboden interventies

In dit hoofdstuk beschrijven we de effectiviteit van interventies die in veel GGD-regio's aangeboden worden. In de tabellen 4.1 tot en met 4.4 wordt per leeflijn een overzicht gegeven van de effectiviteitsevidence voor de top vijf van meest aangeboden interventies. Het gaat daarbij om de interventies die in de meeste GGD-regio's aangeboden worden. De gegevens over het aanbod betreffen het jaar 2007 en komen uit het IGZ-onderzoek onder GGD-en (De Hollander et al., 2009). Sommige tabellen bestaan uit meer dan vijf interventies, omdat verschillende interventies door hetzelfde aantal GGD-en werd aangeboden (voor overgewicht en depressie geldt voor sommige interventies een 'gedeelde vijfde plaats'). In dit hoofdstuk worden in totaal 25 interventies beschreven.

Tabel 4.1: Effectiviteitsevidence van de top vijf meest aangeboden rookinterventies uit de leeflijn Tabakspreventie

Rangnummer	Interventie	Aanbod*	Effectiviteit
1	Gezonde School en genotmiddelen	30	In een Nederlands quasi-experimenteel onderzoek is de rookprevalentie op scholen die meedoen aan het programma vergeleken met scholen die niet meedoen, met een follow-up van drie jaar. Gedurende het onderzoek is het percentage rokende leerlingen in beide groepen toegenomen. Na 3 jaar rookt 31% van de kinderen op de interventiescholen vergeleken met 34% op de controlescholen. Dit verschil is niet statistisch significant (Cuijpers et al., 2002).
2	Actie tegengif	29	Een Nederlandse RCT onderzocht het effect van de actie. Direct na afloop zijn significant minder leerlingen in interventieclassen begonnen met roken: 10% vs. 14%. Een jaar na de interventie rookte 25% van de kinderen in de interventieclassen vergeleken met 29% in de controleclassen. Dit verschil is niet statistisch significant (Crone et al., 2003).
3	Groepstraining: 'Pakje kanssamen stoppen met roken'	25	Er is geen Nederlands effectonderzoek gevonden. Een meta-analyse van buitenlandse onderzoeken naar het effect van een groepscursus geeft aan dat na een half jaar twee keer meer rokers zijn gestopt ten opzichte van mensen die een stoppoging doen middels zelfhulp. Ten opzichte van mensen die een niet-ondersteunde stoppoging doen is dit ruim tweeënhalf keer zoveel. Een groepscursus is niet effectiever of minder effectief dan individuele begeleiding (Stead & Lancaster, 2005).
4	Voorlichtingsprogramma: 'Roken? Niet waar de kleine bij is'	23	Observationeel onderzoek laat zien dat er steeds minder gerookt wordt in het bijzijn van kinderen (STIVORO, 1999). In welke mate deze interventie daaraan bijgedragen heeft is niet te aan te geven. Een Amerikaanse RCT van een enigszins vergelijkbare interventie laat een afname zien van het nicotinegehalte binnenshuis, maar geen vermindering in de rookprevalentie (Emmons et al., 2001)
5	Rookvrije school	21	Het aantal scholen (basisonderwijs en voortgezet onderwijs) met een rookverbod in en om de school is de afgelopen jaren fors toegenomen (Spruijt et al., 2009). In hoeverre dit is toe te schrijven aan 'De rookvrije school' en in hoeverre dit effect heeft op het aantal rokende kinderen is niet bekend. Internationaal cross-sectioneel onderzoek laat zien dat op scholen met een strikt rookbeleid (waaronder een rookverbod in en om school) minder gerookt wordt (Moore et al., 2001).

*Aantal GGD-regio's waarin de interventie aangeboden werd in 2007

Tabel 4.2: Effectiviteitsevidence van de top vijf meest aangeboden alcoholinterventies uit de leeflijn Integraal alcoholbeleid

Rangnummer	Interventie	Aanbod*	Effectiviteit
1	Gezonde school en genotmiddelen	29	Uit een Nederlandse quasi-experimentele studie blijkt dat twee jaar na de interventie het aantal drinkers op de interventiescholen significant minder is gestegen dan op de controlescholen. Het aantal drinkers neemt in de controlegroep toe van 32% naar 81% en in de interventiegroep van 27% naar 74%. Het aantal wekelijkse drinkers neemt in de controlegroep toe van 13% naar 57% en in de interventiegroep van 12% naar 44%. (Cuijpers et al., 2002).
2	Campagne 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind' www.uwkinden.alcohol.nl	24	Observationeel onderzoek laat in twee verschillende steekproeven (2006 en 2007) zien dat minder ouders het acceptabel vinden dat een kind jonger dan 16 jaar een glas alcohol drinkt (42% vs. 25%), dat meer ouders vinden dat kinderen jonger dan 16 jaar helemaal geen alcohol mogen drinken (43% vs. 64%), dat meer ouders aangeven dat hun kind voor zijn 16de jaar zeker geen alcohol mag drinken (35% vs. 50%), en dat meer ouders het niet goed vinden als hun kind in het weekend alcohol drinkt (52% vs. 65%) (Verdurmen et al., 2008). In hoeverre deze effecten aan de campagne zijn toe te schrijven en in hoeverre de attitudeveranderingen bij de ouders effect hebben op de alcoholconsumptie door de kinderen, is niet bekend.
3	Instructie verantwoord alcohol schenken	22	Er zijn geen Nederlandse effectevaluaties gevonden. Verschillende buitenlandse observationele onderzoeken laten soms wel en soms geen effect op alcoholconsumptie zien. De kennis en houding van barpersoneel verbetert na een dergelijke training.
4	Methode 'peer education'	17	Twee Nederlandse quasi-experimentele onderzoeken laten wel verandering in het kennisniveau van horecabezoekende jongeren zien, maar nauwelijks veranderingen in attitude en intentie om alcoholgebruik te minderen (INTRAVAL, 2008; Planken & Boer, Submitted). Daadwerkelijk alcoholgebruik is niet gemeten. Buitenlands onderzoek naar het effect van een enigszins vergelijkbare interventie onder studenten liet geen effecten op alcoholconsumptie zien (Cimini et al., 2009).
5	Drankjewel	16	Er is geen effectevaluatie gevonden.

*Aantal GGD-regio's waarin de interventie aangeboden werd in 2007

Tabel 4.3: Effectiviteitsevidence van de top vijf meest aangeboden overgewichtinterventies uit de leeflijn Overgewicht

Rangnummer	Interventie	Aanbod*	Effectiviteit
1	Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg	30	Er zijn geen studies gevonden die het effect van adviseren en signaleren tijdens contactmomenten JGZ op overgewicht onderzocht hebben. In een buitenlands overzichtsartikel over monitoring van basisschoolkinderen in relatie tot overgewicht werden geen studies gevonden die effecten op gewicht hebben gemeten (Westwood et al., 2007).
2	BOS impuls	29	Er zijn geen effectevaluaties gevonden.
3	Lesprogramma: Schoolgruiten	27	Een Nederlands quasi-experimenteel onderzoek onder basisschoolleerlingen vond na twee jaar een relatieve verbetering van de fruitconsumptie van kinderen in de interventieclassen ten opzichte van de controleclassen van 0,1 a 0,2 stuks fruit per dag (Tak et al., 2009). Het effect op gewicht is niet gemeten.
4	Lesprogramma: Smaaklessen	26	Er is geen effectevaluatie gevonden.
5	Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (peiling melkvoeding)	25	TNO monitort het aantal moeders dat borstvoeding geeft en hoe lang. Het is niet bekend of die peiling bijdraagt aan het voorkomen van overgewicht bij zuigelingen of oudere kinderen. (Wel is er overtuigend bewijs dat borstvoeding bijdraagt aan het voorkomen van overgewicht (Van Rossum et al., 2005; Buchner et al., 2007)).
5	Campagne: Het nationaal schoolontbijt	25	Er is geen effectevaluatie gevonden.

*Aantal GGD-regio's waarin de interventie aangeboden werd in 2007

Tabel 4.4: Effectiviteitsevidence van de top vijf meest aangeboden depressie-interventies uit de leeflijn Depressiepreventie

Rangnummer	Interventie	Aanbod*	Effectiviteit depressiepreventie
1	Doe-praatgroep KOPP'	28	Er loopt een Nederlandse effectiviteitstudie (RCT), maar de resultaten zijn nog niet bekend.
2	Groepscursus 'KOPP-groep: Kinderen van ouders met psychische problemen'	25	Er is geen effectevaluatie gevonden.
3	Groepscursus: 'In de put, uit de put' tot 55 jaar	25	Een Nederlandse RCT laat op korte (1 maand) en lange (12 maanden) termijn een significante afname van depressieklachten zien. De cursus had geen preventief effect op het ontstaan van nieuwe depressieve episodes (incidentie: 25% vs. 27%) (Allart-van Dam et al., 2007).
4	Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie	24	Observationeel onderzoek onder 180 cursisten liet na een half jaar een afname zien in ervaren belasting en een toename in welbevinden. Voor ervaren sociale steun was geen significante afname te zien (Bransen & Van Mierlo, 2007). Het effect op depressie is niet bekend.
5	Moeder-baby-interventie	20	Een Nederlandse RCT laat zien dat de moeder-kindinteractie na 6 maanden verbeterd is ten opzichte van de controlegroep. De kinderen uit de interventiegroep waren ook veiliger gehecht. Het socialemotioneel functioneren van de kinderen in de interventiegroep ging op het merendeel van de domeinen niet vooruit, maar op het onderdeel socialemotionele competentie wel (Van Doesum et al., 2008). Onderzoek naar de effecten op langere termijn is onderweg.
5	Groepscursus 'Grip op je dip: Zelf je somberheid overwinnen'	20	In een Amerikaanse RCT was de incidentie van depressie of dystymie bij jongeren met depressieklachten na een jaar 15% in de interventiegroep, ten opzichte van 26% in de controlegroep (Clarke et al., 1995). Een tweede RCT onder dezelfde onderzoeksgroep laat vergelijkbare resultaten zien: na 12 maanden had 8% een depressieve stoornis ontwikkeld, ten opzichte van 25% in de controlegroep (Clarke et al., 2001). Na 24 maanden was het preventieve effect echter niet meer statistisch significant. Er was geen effect op depressieklachten waarneembaar.
5	Psycho-educatie voor familieleden van mensen met depressie	20	Er zijn geen onderzoeken naar het effect van deze specifieke cursus op het ontstaan van depressie bekend. Observationeel onderzoek naar het effect van een dergelijke ondersteuningscursus in het algemeen laat een afname van de ervaren belasting en van psychische klachten zien (Wansink & Toeter, 2005).
5	Psycho-educatie voor familieleden van mensen met borderline	20	Er zijn geen onderzoeken naar het effect van deze specifieke cursus op het ontstaan van depressie bekend. Observationeel onderzoek naar het effect van een dergelijke ondersteuningscursus in het algemeen laat een afname van de ervaren belasting en van psychische klachten zien (Wansink & Toeter, 2005).
5	Groepscursus: 'In de put, uit de put' vanaf 55 jaar	20	Een Nederlandse RCT vond na ruim een jaar een reductie in de risicostatus voor depressie bij de doelgroep (die de cursus hebben afgerond) vergeleken met de controlegroep (Haringsma et al., 2006). Er is geen effect op het ontstaan van depressie gemeten.

*Aantal GGD-regio's waarin de interventie aangeboden werd in 2007

Samenvatting

Uit de in dit hoofdstuk gepresenteerde tabellen blijkt dat het voor een groot deel van de 25 interventies die in de meeste GGD-regio's aangeboden worden, onbekend is wat het directe effect is op roken, alcoholgebruik, overgewicht of depressie. Voor 15 van de 25 meest aangeboden leeflijninterventies geldt dat ze niet onderzocht zijn op effectiviteit of niet onderzocht zijn in een studie met voldoende bewijskracht. Er is één interventie

waarvoor in Nederlands onderzoek met voldoende bewijskracht, een direct effect op risicofactor of ziekte gevonden is ('De gezonde school en genotmiddelen') en twee waarvoor dit in buitenlands onderzoek gevonden is ('Pakje kans' en 'Grip op je dip'). Vijf interventies laten in onderzoek alleen een indirect effect op een determinant zien. Twee interventies bleken niet effectief in het verlagen van de prevalentie van een risicofactor of de incidentie van ziekte.

5 Effecten van interventies

De effecten van interventies worden geschat aan de hand van een model. Het model berekent aan de hand van populatie-, doelgroep-, de aanbod- en bereikcijfers, hoeveel mensen van een doelgroep in een bepaalde regio worden bereikt. De effectiviteit van de interventie wijst vervolgens uit wat het behaalde totale effect in die regio is. Het model schat deze effecten van interventies op bevolkingsniveau: veranderingen in de (omvang van) doelgroepen. Door een optelling over alle regio's kunnen we het totale Nederlandse effect bepalen en vergelijken met de doelstelling van de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006).

Scenario's

Met het model wordt een aantal situaties, of *scenario's*, doorgerekend. In de scenario's worden verschillende maten van bereik doorgerekend, van een huidig bereik gebaseerd op de gegevens uit het IGZ-onderzoek, tot een maximaal te behalen bereik. Uitkomst van het model is het effect van een interventie. Vanuit het model gezien is een effect van een interventie een kwantitatieve verandering van de omvang van een doelgroep. Bijvoorbeeld: heeft een rookinterventie een verandering van het aantal rokers als gevolg en een voedingsinterventie een verandering van het aantal mensen met overgewicht? Het totale effect is afhankelijk van drie parameters en een variabele. De variabele is de doelgroep die bij de interventie hoort. De eerste parameter is de effectiviteit van een interventie, de tweede het aanbod en de derde het bereik. Het aanbod van een interventie geeft aan of deze in een regio wordt aangeboden of niet. Het bereik is het aantal mensen uit de doelgroep dat in de regio wordt bereikt. In de scenario's worden de tweede en derde parameter gevarieerd, effecten worden doorgerekend bij verschillend aanbod en bereik. De effectiviteit en de doelgroep zijn in de scenario's niet gevarieerd. In de scenario's varieert het aanbod en het bereik. Uitgaande van de huidige situatie, op basis van gegevens uit het IGZ-onderzoek, worden een groter aanbod en bereik doorgerekend, tot een ultieme situatie waarin in alle regio's de gehele doelgroep wordt bereikt.

Aantal regio's met aanbod en bereik

In het IGZ-onderzoek wordt eenmaal per interventie gevraagd of deze in de regio wordt aangeboden. Tabel 5.1 geeft hiervan een overzicht. Deze tabel geeft ook het aantal regio's weer dat een bereikcijfer heeft opgegeven. De vraagstelling voor het bereik was echter anders dan voor het aanbod. Voor het bereik zijn per interventie per regio vier antwoorden mogelijk. Er is twee maal een bereik gevraagd: voor de GGD en voor een 'overige organisatie'. Per organisatie is gevraagd naar het percentage van de doelgroep dat is bereikt en naar het aantal deelnemers. In de modelberekeningen houden we hiermee rekening en tellen de bereikcijfers van de verschillende aanbieders bij elkaar op.

Tabel 5.1: Aanbod en bereik van geselecteerde interventies naar regio

Interventie	Aanbod (aantal regio's)	Bereik (aantal regio's)
H-MIS	8	2
V-MIS	9	3
'Ik (r)ook niet'	19	5
'Smoke alert'	1	0
'Advies op maat'	9	4
'Gezonde school en genotmiddelen'	29	13
Schoolprogramma 'Lekker fit'	18	3
Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'	12	6

Doelgroepen

Basis voor de omvang van de doelgroepen voor de verschillende interventies is de regionale bevolkingsstatistiek van het jaar 2008. Er zijn aanvullende cijfers gebruikt om specifieke doelgroepen te bepalen. Bijvoorbeeld zijn statistieken van het onderwijs gebruikt om aantallen scholieren te schatten en cijfers uit epidemiologische studies om het aantal mensen met depressieklachten, het aantal rokers en probleemdrinkers te schatten. De bronnen die zijn gebruikt voor het bepalen van de doelgroepen worden per interventie beschreven.

5.1 Roken

5.1.1 Minimale interventiestrategie H-MIS en V-MIS

Doelgroepen

Doelgroep voor de H-MIS is het aantal rokers dat bij de huisarts komt. Dit aantal is in twee stappen bepaald. In de eerste stap berekenen we het aantal rokers in de bevolking, naar leeftijd- en geslacht op basis van het 'Continu onderzoek rookgewoonten' van TNS NIPO (Stivoro, 2008a). Het is niet bekend hoeveel van deze rokende mensen in een jaar bij de huisarts komen. Wel weten we dat over de periode 2004-2007 van de Nederlandse bevolking 72,8% minstens eenmaal per jaar contact heeft met de huisarts (Verheij et al., 2006). Dit percentage is in de tweede stap gehanteerd om het aantal rokers dat in een jaar bij de huisarts komt te schatten, dit zijn 2.628.422 mensen.

Doelgroep van V-MIS zijn rokende zwangere vrouwen. Ook dit aantal bepalen we in een aantal stappen. In een eerste stap wordt het aantal zwangere vrouwen geschat. Dit aantal veronderstellen we gelijk aan het aantal 0-jarigen, verdisconteerd met de fractie meerlingen. De verhouding van het aantal kinderen en het aantal zwangerschappen is 99,1%. Abortus provocatus en zwangerschappen die voor de 28e week zijn afgebroken, zijn niet meegeteld. Het totale aantal zwangere vrouwen wordt naar leeftijdsklassen verdeeld naar rato van het aantal vrouwen in de bevolking in de leeftijdsklassen 15-24-jarigen, 25-34-jarigen en 35-44-jarigen. In de tweede stap schatten we het aantal rokende zwangere vrouwen door de rookprevalenties uit de algemene bevolking op deze aantallen toe te passen (Stivoro, 2008a). We gaan ervan uit dat alle zwangere vrouwen in contact komen met de verloskundige, die de interventie aanbiedt. De doelgroep is dan 45.524 rokende zwangere vrouwen.

Effectiviteit, aanbod en bereik

Uit de effectstudie blijkt dat voor 8,2% van de interventiegroep vergeleken met 3,1% van de controlegroep onthouding van meer dan 6 maanden geldt (Pieterse et al., 2001). De vertaling voor het model is dat voor H-MIS in de nul-situatie 3,1% van de doelgroep stopt met roken en dat met interventie 8,2% van het aantal bereikte mensen uit de doelgroep stopt met roken. Voor V-MIS volgt uit de effectstudie dat wat betreft continue abstinentie gedurende de gehele follow-upperiode, van 6 weken na de interventie tot 6 weken na de bevalling, de percentages 12% voor zwangeren uit de interventiegroep vergeleken met 3% in de controlegroep zijn (De Vries et al., 2006). Vertaald naar het model geldt dat in de nul-situatie 3% van de doelgroep stopt met roken, met interventie stopt 12% van het aantal bereikte mensen uit de doelgroep met roken. Weliswaar verschillen de tijdshorizonten van de H-MIS en V-MIS effectstudies van elkaar; in het model houden we hier geen rekening mee. Het model berekent het aantal mensen dat stopt met roken; daarbij mogen interventies verschillende tijdshorizonten hebben.

In het IGZ-onderzoek hebben 8 regio's aangegeven dat deze de H-MIS aanbieden, 9 regio's bieden de V-MIS aan (Tabel 5.2). Twee regio's hebben een bereik voor hun H-MIS opgegeven, 3 regio's gaven een bereik voor de V-MIS. De opgegeven bereikcijfers varieerden sterk. Bij

H-MIS lag het opgegeven bereik rond 0,5%, bij V-MIS waren de opgaven tussen 5% en 100%. Deze bereikcijfers wijken sterk af van andere bronnen. Zo heeft de IGZ in in het kader van het project 'Bevordering systematische preventie in de zorg' geïnventariseerd dat 16% van de huisartsen de H-MIS interventie aanbiedt en dat 45% van de verloskundigen de V-MIS interventie aanbiedt. In een extra berekening zijn deze aanbodcijfers gehanteerd, waarbij er van wordt uitgegaan dat in de betreffende huisarts- en verloskundigenpraktijken de volledige doelgroep wordt bereikt.

Effecten

In de nul-situatie van het H-MIS model stoppen 81.481 mensen van de doelgroep met roken. Op basis van de opgegeven bereikcijfers wordt berekend dat 41 meer mensen stoppen met roken (Tabel 5.3), een verbetering van 0,1% ten opzichte van de nul-situatie. Deze uitkomst is relatief laag omdat slechts twee regio's hebben aangegeven deze interventie uit te voeren, met daarbij relatief lage bereikcijfers. Het effect van de interventie kan verviervoudigen als de zes regio's die aanbod hebben maar geen bereik, een gemiddeld bereik zouden hebben. Als alle regio's een gemiddeld bereik zouden hebben zou de opbrengst kunnen groeien tot 723 meer stoppende rokers. In het maximum-scenario zijn er 834 meer stoppende rokers. De grootste slag wordt gemaakt in het ultieme scenario: wanneer alle regio's de interventie uitvoeren en overal de gehele doelgroep wordt bereikt, zijn er ruim 134.000 meer stoppende rokers.

Voor V-MIS zijn er in de nul-situatie 1.366 zwangeren van de doelgroep die stoppen met roken. In de huidige situatie, op basis van de opgegeven bereikcijfers, zijn er 198 meer stoppende rokende zwangeren, een verschil van 14% (Tabel 5.4). Dit aantal kan toenemen tot bijna 4.100 in het ultieme scenario waarin alle regio's het maximumbereik zouden hebben en de gehele doelgroep wordt bereikt. Dat is een toename van 300% ten opzichte van de nul-situatie.

In de extra berekening die uitgaat van 16% bereik voor H-MIS, op basis van inventarisatie door de IGZ, stoppen 21.448 meer mensen met roken in vergelijking met de nul-situatie. Dit is ruim 26% meer stoppende rokers. Voor de V-MIS is volgens deze bron het bereik

45% en is er een effect dat er 1.844 meer zwangeren stoppen met roken, een toename van 135% ten opzichte van de nul-situatie.

Tabel 5.2: Aanbod en bereik van de minimale interventiestrategieën H-MIS en V-MIS (Bron: IGZ-onderzoek)

	H-MIS	V-MIS
Aantal regio's met aanbod	8	9
Aantal regio's met bereik	2	3
Opgegeven bereik	0,5% en 300	5%, 50% en 100%
Gemiddeld bereik	0,54%	52%
Maximum bereik	0,62%	100%

Tabel 5.3: Effecten in de scenario's van de minimale interventiestrategie H-MIS

	H-MIS	
Doelgroep: aantal rokers	2.628.422	
Nul-situatie: het aantal rokers dat stopt met roken	81.481	
<i>Scenario's: het extra aantal mensen uit de doelgroep dat stopt met roken</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	41	0,1
Huidige situatie plus	209	0,3
Gemiddelde situatie	723	1,9
Maximale situatie	834	1,0
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	134.049	164,5

Tabel 5.4: Effecten in de scenario's van de minimale interventiestrategie V-MIS

	V-MIS	
Doelgroep: aantal rokende zwangeren	45.524	
Nul-situatie: het aantal rokers dat stopt met roken	1.366	
<i>Scenario's: het extra aantal zwangeren uit de doelgroep dat stopt met roken</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	198	14,5
Huidige situatie plus	389	28,5
Gemiddelde situatie	2.123	155,4
Maximale situatie	4.097	300,0
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	4.097	300,0

5.1.2 Lespakket ik (r)ook niet

Doelgroep

Doelgroep van deze interventie is het aantal kinderen uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs. De interventie is zo opgezet dat het lesmateriaal aan kinderen van groep 7 wordt aangeboden en in het daaropvolgende jaar aan dezelfde kinderen, die dan in groep 8 zitten. Als doelgroep in ons model nemen we daarom het aantal kinderen in groep 7 van het basisonderwijs. Dit aantal is niet exact bekend, maar als we aannemen dat alle kinderen tussen 6 en 12 jaar basisonderwijs volgen, is het aantal kinderen van 10 jaar een redelijke benadering van de doelgroep. Het gaat dan om 200.161 kinderen. Omdat het effect van de interventie is gedefinieerd als een verminderde toename van het aantal rokers, berekenen we in het model ook het aantal rokende kinderen van 10 jaar oud. Volgens cijfers van de 'Roken jeugd monitor' van TNS-NIPO (Stivoro, 2008b) heeft 2% van de 10-jarige jongens

en 1% van de 10-jarige meisjes de afgelopen 4 weken wel eens gerookt. We hanteren deze cijfers en berekenen dat er dan 3.026 rokende kinderen zijn.

Effectiviteit, aanbod en bereik

Uit de effectstudie van deze interventie volgt dat in de controlegroep het percentage rokers toenam met 103% (van 3,2% naar 6,5%). In de onderzoeksgroep was dit aantal gegroeid met 44% (van 2,5% naar 3,6%) (Crone et al., 2005). In het model vertalen we deze cijfers als volgt. We gaan uit van de nulsituatie waarin een rookprevalentie van 2% onder 10-jarige jongens geldt en 1% onder de meisjes. Zonder interventie groeit dit aantal met 103%, met interventie met 44%. Deze effecten worden geschaald met het bereik dat in een regio geldt. Als bijvoorbeeld een regio 30% bereik heeft, wordt de groei van 44% toegepast op 30% van de rokende kinderen en een groei van 103% op de overige 70% van de rokende kinderen.

Er zijn 19 regio's die de interventie aanbieden, hiervan hebben 6 regio's een bereik opgegeven (Tabel 5.5). De bereikcijfers zijn zowel in percentages van de doelgroep uitgedrukt als in aantallen bereikte scholen. De antwoorden variëren van '1%' tot '16 scholen' en zijn ten behoeve van het model omgerekend naar aantallen kinderen. Hierbij is uitgegaan van een gemiddelde schoolgrootte van 220 leerlingen (OC&W, 2001). Vanuit de schoolgrootte is het aantal kinderen van 10 jaar bepaald volgens de leeftijdsverdeling van de regionale bevolking. Gemiddeld zijn er dan 28 kinderen van 10 jaar per school.

Effect

In de nul-situatie is het aantal rokende kinderen gegroeid van 3.026 naar 6.142 (Tabel 5.6). Op basis van de opgegeven aanbod en bereikcijfers neemt het aantal rokende kinderen in de huidige situatie met 9 minder toe. Dit aantal kan verviervoudigen wanneer regio's die de interventie aanbieden maar hun bereik niet kennen, een gemiddeld bereik zouden hebben. Als alle regio's in Nederland een gemiddeld bereik zouden hebben, zou het effect ongeveer 6 maal zo hoog zijn als in de huidige situatie. Een groot verschil treedt op wanneer het maximale bereik wordt voor alle regio's wordt verondersteld, het effect is dan 22 keer zo groot als in de huidige situatie. Als in alle regio's de gehele doelgroep zou worden bereikt, het ultieme scenario, is er een vermindering van 1.785 rokende kinderen wat een winst van bijna 30% betekent ten opzichte van de nul-situatie.,

Tabel 5.5: Aanbod en bereik van het lespakket 'Ik (r)ook niet' (Bron: IGZ-onderzoek)

	Lespakket 'Ik (r)ook niet'
Aantal regio's met aanbod	19
Aantal regio's met bereik	5
Opgegeven bereik ^{a)}	2 scholen, 5 scholen, 16 scholen, 330 deelnemers, 1% en 10%
Gemiddeld bereik	2,9%
Maximum bereik	11,0%

a): Een opgegeven bereik van 10% is in het model niet meegenomen omdat die teveel afweek van andere bereikcijfers

Tabel 5.6: Effecten in de scenario's van het lespakket 'Ik (r)ook niet'

Lespakket 'Ik (r)ook niet'		
Doelgroep: aantal 10-jarige kinderen	200.161	
waarvan aantal rokende kinderen	3.026	
Nul-situatie: groei van het aantal rokende kinderen in de doelgroep	3.116	
<i>Scenario's: vermindering van de groei van het aantal rokende kinderen</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	9	0,2
Huidige situatie plus	34	1,5
Gemiddelde situatie	52	0,8
Maximale situatie	197	3,2
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	1.785	29,1

5.1.3 Smoke alert

Doelgroep

Er zijn verschillende definities van de doelgroep van deze interventie. Volgens de leeflijntekst is de doelgroep 'beginnende rokers, rokers met accent op jongeren uit achterstandsgroepen'. Volgens de literatuur is de doelgroep het aantal leerlingen in de eerste twee groepen van het voortgezet onderwijs en is de interventie zo opgezet dat deze jongeren worden gevolgd in de schooljaren. De effecten worden vastgesteld na verloop van jaren. In de modellering hanteren we als doelgroep het aantal rokende jongeren van 15 tot en met 18 jaar. Op basis van de TNS-NIPO rookprevalentiecijfers gaat het hier om een doelgroep van 198.935 rokende jongeren.

Effectiviteit, aanbod en bereik

De effectiviteit van deze interventie is beschreven in de vorm van het aantal leerlingen dat stopt met roken. Zonder interventie stopt 17,2 % met roken, met interventie stopt 26,8% met roken (Dijk & de Vries, In press).

In de gegevens van het IGZ-onderzoek is er één regio die de interventie aanbiedt, er is daarbij geen bereik opgegeven (Tabel 5.7). Omdat geen bereikcijfers bekend zijn kan geen gemiddeld of maximaal bereik worden bepaald.

Effect

In de nul-situatie wordt geen interventie aangeboden en stoppen 34.217 jongeren met roken. In de ultieme situatie waarbij alle regio's de gehele doelgroep bereiken stoppen 19.098 meer jongeren met roken (Tabel 5.8) een winst van 56%. Andere scenario's kunnen niet worden doorgerekend wegens het ontbreken van regionale aanbod- en bereikcijfers.

Tabel 5.7: Aanbod en bereik van het lespakket 'Smoke alert' (Bron: IGZ-onderzoek)

Lespakket 'Ik (r)ook niet'	
Aantal regio's met aanbod	1
Aantal regio's met bereik	0
Opgegeven bereik	-
Gemiddeld bereik	--
Maximum bereik	--

Noot: - betekent geen opgave; -- betekent niet te bepalen vanwege ontbrekende opgaven.

Tabel 5.8: Effecten in de scenario's van het lespakket 'Ik (r)ook niet'

	Lespakket 'Smoke alert'	
Doelgroep: aantal rokende jongeren van 15 tot en met 18 jaar	198.935	
Nul-situatie: aantal van de doelgroep dat stopt met roken	34.217	
<i>Scenario's: het extra aantal jongeren uit de doelgroep dat stopt met roken</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	--	--
Huidige situatie plus	--	--
Gemiddelde situatie	--	--
Maximale situatie	--	--
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	19.098	55,8

Noot: -- betekent niet te bepalen vanwege ontbrekende opgaven.

5.1.4 Advies op maat

Doelgroep

Doelgroep voor deze interventie is het aantal volwassen rokers met een stopmotivatie. Dit aantal wordt in twee stappen bepaald. Uit de cijfers van TNS-NIPO bepalen we eerst het aantal rokers in de leeftijd van 18 jaar en ouder. Uit onderzoek van Stivoro is bekend dat 37% van de rokers een stopmotivatie heeft (binnen een jaar wil stoppen met roken) (STIVORO, 2008c). Er wordt aangenomen dat dit percentage voor alle volwassen rokers geldt. De doelgroep is dan 1.253.194 volwassen rokers met een stopmotivatie.

Effectiviteit, aanbod en bereik

De effectstudie wijst uit dat zonder interventie 1,6% van de doelgroep stopt met roken, met interventie stopt 4,8% met roken.

Er zijn 9 regio's die deze interventie aanbieden, hiervan hebben 4 regio's een bereik opgegeven (Tabel 5.9). De bereikcijfers zijn gevarieerd, deze verschillen van 0,5% tot 124 personen. Deze cijfers zijn omgerekend naar aantallen personen van waaruit het gemiddeld en maximum bereik zijn bepaald.

Effect

In de nul-situatie waarin de interventie niet wordt aangeboden stoppen 20.051 mensen met roken (Tabel 5.10). Dit aantal kan met 40.102 toenemen in de ultieme situatie waarin alle regio's de gehele doelgroep bereiken, een toename van 200%. Het huidige bereik resulteert in 13 meer stoppers, wanneer alle regio's een gemiddeld bereik hebben is de winst 104 meer stoppers (1% winst). In de maximale situatie zijn er 201 meer stoppers (1,0% verbetering).

Tabel 5.9: Aanbod en bereik van de interventie 'Advies op maat' (Bron: IGZ-onderzoek)

	Interventie 'Advies op maat'
Aantal regio's met aanbod	9
Aantal regio's met bereik	4
Opgegeven bereik	50, 124, 0,5% en 10%
Gemiddeld bereik	0,26%
Maximum bereik	0,50%

Tabel 5.10: Effecten in de scenario's van de interventie 'Advies op maat'

	Interventie 'Advies op maat'	
Doelgroep: aantal rokende volwassenen van 18 jaar en ouder met een stopmotivatie		1.253.194
Nul-situatie: aantal van de doelgroep dat stopt met roken		20.051
<i>Scenario's: het extra aantal mensen uit de doelgroep dat stopt met roken</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	13	0,1
Huidige situatie plus	36	0,2
Gemiddelde situatie	104	1,5
Maximale situatie	201	1,0
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	40.102	200,0

5.2 Overmatig alcoholgebruik

5.2.1 De gezonde school en genotmiddelen

Doelgroep

Doelgroep van deze interventie is het aantal kinderen in groep 7 en 8 van het basisonderwijs en de leerlingen van het voortgezet onderwijs. De opzet van de interventie is dat kinderen in groep 7 lesmateriaal aangeboden krijgen en in de daarop volgende jaren vervollessen krijgen. In het model kiezen we als doelgroep het aantal kinderen van 12 jaar. In totaal gaat het dan om 193.195 kinderen.

Effectiviteit, aanbod en bereik

Het aantal kinderen dat alcohol drinkt groeit met de leeftijd. Zonder interventie heeft na drie jaar follow-up 79% ooit alcohol gedronken; met interventie is dit 77%.

De interventie wordt aangeboden door 29 regio's, hiervan hebben 18 een bereikcijfer opgegeven (Tabel 5.11). De bereikcijfers verschillen sterk, van 600 leerlingen tot '98%'. Cijfers van het aantal scholen zijn omgerekend naar aantallen leerlingen, hierbij is een gemiddelde schoolgrootte van 1.427 leerlingen gehanteerd, (zie persbericht bij OC&W (2001)). In een aantal gevallen is een gemiddelde klasgrootte van 25 leerlingen gehanteerd om een aantal leerlingen te bepalen. Er is geen publicatie van de gemiddelde klasgrootte in het voortgezet onderwijs, het gemiddelde van 25 leerlingen is gebaseerd op informatie van fora op het internet. Tot slot is aantal 12-jarigen bepaald aan de hand van de leeftijdsverdeling in de regionale bevolking.

In een aantal gevallen zijn meerdere bereikcijfers opgegeven die betrekking kunnen hebben op zowel het aantal leerlingen als het aantal scholen. Bij de omrekening naar aantallen leerlingen komen soms onwaarschijnlijk hoge aantallen naar voren, in een aantal gevallen hogere aantallen dan de totale doelgroep in een regio. In de bepaling van de doelgroepen zijn onwaarschijnlijke uitkomsten genegeerd.

Effect

In de nul-situatie groeit het aantal kinderen dat alcohol drinkt tot 152.624 kinderen (Tabel 5.12). Ten opzichte van de nul-situatie is er in de huidige situatie een vermindering

van 0,6% van het aantal kinderen dat alcohol gebruikt (562 kinderen). Wanneer alle regio's een gemiddeld bereik hebben, stijgt deze opbrengst naar ruim 1,3% (1.239 kinderen). Als alle regio's een maximaal bereik zouden hebben kan deze opbrengst verder stijgen naar 3% (3.787 kinderen). Dit ligt dicht tegen de opbrengst in de ultieme situatie, vanwege de hoge opgave van 98% van een van de regio's.

Tabel 5.11: Aanbod en bereik van het lespakket 'De gezonde school en genotmiddelen' (Bron: IGZ-onderzoek)

Lespakket 'De gezonde school en genotmiddelen'	
Aantal regio's met aanbod	29
Aantal regio's met bereik	18
	5, 10, 20, 300, 600, 1.500, 2.228, 2.885, 5.000, 20.000 30%, 60%, 98%
Opgegeven bereik	5 scholen, 10 scholen, 13 scholen VO, 43 scholen, 12 uitleningen, 112 gastlessen
Gemiddeld bereik	33%
Maximum bereik	98%

Tabel 5.12: Effecten in de scenario's van het lespakket 'De gezonde school en genotmiddelen'

Lespakket 'De gezonde school en genotmiddelen'		
Doelgroep: aantal kinderen van 12 jaar	193.195	
Nul-situatie: aantal van de doelgroep dat alcohol drinkt	152.624	
<i>Scenario's: de vermindering van het aantal kinderen uit de doelgroep dat alcohol drinkt</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	562	0,4
Huidige situatie plus	1.188	1,8
Gemiddelde situatie	1.239	1,8
Maximale situatie	3.787	2,5
Uitme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	3.864	2,5

5.3 Overgewicht

5.3.1 Schoolprogramma 'Lekker fit'

Doelgroep

Doelgroep van deze interventie is het aantal leerlingen op de basisschool in de groepen 3, 4 en 5. In het model is dit aantal benaderd door het aantal 6-, 7- en 8-jarigen te hanteren. In totaal gaat het dan om 609.318 kinderen.

Effectiviteit, aanbod en bereik

Het aantal kinderen met overgewicht was in 2007 circa 13%, vertaald naar de doelgroep in dit model zijn er 79.211 kinderen met overgewicht. Uit de effectstudie volgt dat zonder de interventie dit aantal kinderen met overgewicht met 18,5% groeit, met het programma groeit het aantal kinderen met overgewicht met 4,5%.

Volgens de opgave van het IGZ-onderzoek zijn er 18 regio's die de interventie aanbieden. Hiervan hebben 3 een bereik opgegeven.

Effect

In de nul-situatie neemt het aantal kinderen in de doelgroep met 14.654 toe. Uitgaande van de opgegeven bereikcijfers neemt dit aantal in de huidige situatie minder snel toe, het verschil is 143 kinderen, een winst van 0,2% (zie Tabel 5.14) Wanneer alle regio's een gemiddeld bereik hebben neemt de groei af met 1,2% (1.095 kinderen), in het maximum scenario is dit 2,0%. In de ultieme situatie als de gehele doelgroep wordt bereikt, neemt de groei met 12% af.

Tabel 5.13: Aanbod en bereik van het schoolprogramma 'Lekker fit' (Bron: IGZ-onderzoek)

Schoolprogramma 'Lekker fit'	
Aantal regio's met aanbod	18
Aantal regio's met bereik	3
Opgegeven bereik	334, 1.500 en 6.000
Gemiddeld bereik	9,9%
Maximum bereik	17,0%

Tabel 5.14: Effecten in de scenario's van het schoolprogramma 'Lekker fit'

Schoolprogramma 'Lekker fit'		
Doelgroep: aantal kinderen van 6 tot en met 8 jaar	609.318	
Nul-situatie: aantal van de doelgroep met overgewicht	79.211	
Het aantal kinderen uit de doelgroep met overgewicht groeit met	14.654	
<i>Scenario's: de vermindering van het aantal kinderen uit de doelgroep dat alcohol drinkt</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	143	0
Huidige situatie plus	639	1
Gemiddelde situatie	1.095	1
Maximale situatie	1.880	2
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	11.090	12

5.4 Depressie

5.4.1 Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'

Doelgroep

Doelgroep is het aantal volwassenen tot 55 jaar met klachten van depressieve aard. Deze doelgroep is niet specifiek genoeg gedefinieerd om kwantitatief te kunnen bepalen, daarom benaderen we deze groep door het aantal volwassenen van 18-55 jaar dat last heeft van een subklinische depressie. Volgens cijfers uit het POLS-onderzoek van het CBS (CBS, 2009a) heeft 11% van de volwassenen mensen een subklinische depressie. In heel Nederland gaat het dan om 920.215 mensen.

Effectiviteit, aanbod en bereik

De literatuurstudie wijst uit dat 18% van de doelgroep ernstiger ziek wordt als zij geen interventie krijgen aangeboden. Met de zelfhulp cursus wordt 12% van de doelgroep ernstiger ziek.

Volgens het IGZ-onderzoek wordt de interventie aangeboden door 12 regio's waarvan 7 een bereikcijfer hebben opgegeven (Tabel 5.15). In verhouding met de grootte van de doelgroep zijn de bereikcijfers laag.

Effect

Vanwege lage bereikcijfers zijn de effecten van de scenario's ook klein. In de huidige situatie wordt van 10 mensen voorkomen dat ze meer ernstige depressieve klachten krijgen (Tabel 5.16). Relatief ten opzichte van de nul-situatie is de verbetering nihil. In het maximum scenario wordt van 201 meer mensen (0,1%) voorkomen dat die meer ernstige klachten krijgen. In de ultieme situatie kan dit percentage stijgen naar 33% (55.213 mensen).

Tabel 5.15: Aanbod en bereik van de zelfhulp cursus 'In de put, uit de put' (Bron: IGZ-onderzoek)

	Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'
Aantal regio's met aanbod	12
Aantal regio's met bereik	7
Opgegeven bereik ^{a)}	1, 8, 8, 9, 16, 125 en 3,5%
Gemiddeld bereik	0,10%
Maximum bereik	0,17%

a): Het bereik van 3,5% week zoveel af van de andere opgaven dat de opgave daarom niet is meegenomen in de modelberekeningen.

Tabel 5.16: Effecten in de scenario's van de zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'

	Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'	
Doelgroep: aantal mensen van 18 tot en met 55 jaar met sub-klinische depressie	920.215	
Nul-situatie: aantal van de doelgroep dat ernstiger depressief wordt	165.639	
<i>Scenario's: de vermindering van het aantal mensen dat ernstiger depressief wordt</i>		
	absoluut	relatief (%)
Huidige situatie	10	0
Huidige situatie plus	17	0
Gemiddelde situatie	47	0
Maximale situatie	201	0
Ultieme situatie: gehele doelgroep wordt bereikt	55.213	33

5.5 Samenvatting

Tabel 5.17: Overzicht van de resultaten

Interventie	Huidige situatie	Huidige situatie plus	Gemiddelde situatie	Maximale situatie	Ultieme situatie
Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put' Doelgroep: 920.215 volwassenen van 18 tot en met 55 jaar met een subklinische depressie. Het aantal mensen dat ernstiger depressief wordt is in de nul-situatie 165.639. In de scenario's neemt dit aantal af met (aantal personen)	10	17	47	201	55.213
V-MIS Doelgroep: 45.524 rokende zwangeren. Het aantal zwangeren dat stopt met roken is in de nul-situatie 1.366. In de scenario's neemt het aantal mensen dat stopt met roken toe met (aantal personen)	198	389	2.123	4.097	4.097
<i>V-MIS extra berekening op basis van IGZ-inventarisatie</i>	<i>1.844</i>				<i>4.097</i>
H-MIS Doelgroep: 2.628.422 rokers die bij de huisarts komen. Het aantal mensen dat stopt met roken is in de nul-situatie 81.481. In de scenario's neemt het aantal mensen dat stopt met roken toe met (aantal personen)	41	209	723	834	134.049
<i>H-MIS extra berekening op basis van IGZ-inventarisatie</i>	<i>21.448</i>				<i>134.049</i>
Lespakket 'Ik (r)ook niet' Doelgroep: 200.161 kinderen van 10 jaar oud, waarvan 3.026 kinderen in de afgelopen 4 weken heeft gerookt. Het aantal rokers groeit in de nulsituatie met 3.116 tot 6.142. In de scenario's neemt deze groei af met (aantal personen)	9	34	52	197	1.785
'Smoke alert' Doelgroep: 198.935 rokende jongeren van 15-18 jaar oud. Het aantal kinderen uit de doelgroep dat stopt met roken is in de nul-situatie 34.217. Dit aantal neemt in de scenario's toe met (aantal personen)	-	-	-	-	19.098
'Advies op maat' Doelgroep: 1.253.194 volwassen rokers (18+) met een stopmotivatie. Het aantal mensen dat stopt met roken is in de nul-situatie 20.051. Dit aantal neemt in de scenario's toe met (aantal personen)	13	36	104	201	40.102
'Gezonde school en genotmiddelen' Doelgroep: 193.195 kinderen van 12 jaar. Het aantal kinderen dat na drie jaar follow-up alcohol drinkt is in de nul-situatie 152.624. In de scenario's is de groei minder, met (aantal personen)	562	1.188	1.239	3.787	3.864
Schoolprogramma 'Lekker fit' Doelgroep: 609.318 kinderen in de groepen 3, 4 en 5 van basisschool, waarvan 79.211 overgewicht hebben. Het aantal kinderen met overgewicht groeit in de nul-situatie met 14.654. In de scenario's is de groei minder, met (aantal personen)	143	639	1.095	1.880	11.090

Noot: -- betekent niet te bepalen vanwege ontbrekende opgaven.

6 Beleidsdoelstellingen

In dit hoofdstuk worden de schattingen van de effecten op bevolkingsniveau met betrekking tot roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht vergeleken met de beleidsdoelen die voor deze drie speerpunten in de preventienota van 2006 gesteld zijn (zie Tabel 6.1). De doelstellingen voor roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht liggen op het niveau van risicofactoren. De doelstelling voor de preventie van depressie wijkt daarvan af. Voor depressie was de beleidsdoelstelling in ‘Kiezen voor gezond leven’: Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (VWS, 2006). Het gaat hier niet om een uitkomstmaat, zoals het aantal nieuwe gevallen van depressie, maar om deelname aan preventieve interventies. Depressie wordt daarom buiten beschouwing gelaten in dit hoofdstuk. Overigens is het aantal mensen dat deelneemt aan interventies ter preventie van depressie de afgelopen jaren fors toegenomen: tussen 2005 en 2007 is het bereik van geïndiceerde depressiepreventie verdubbeld van circa 4.000 naar ruim 8.000 (De Jonge & De Ruiters, 2009). Dat is circa 2% van de 350.000 mensen die jaarlijks een depressie ontwikkelen (Meijer et al., 2006).

Tabel 6.1: Doelstellingen preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’

<i>Speerpunt</i>	<i>Doelstelling preventienota</i>
Roken	Het percentage rokers terugbrengen van 28% in 2005 naar 20% in 2010
Schadelijk alcoholgebruik	Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992 Het percentage volwassen probleemdrinkers terugbrengen van 10,3 in 2004 naar 7,5 in 2010
Overgewicht	Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen ten opzichte van 2005 Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen ten opzichte van 2005

Roken

De beleidsdoelstelling in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ voor roken is dat de rookprevalentie moet dalen naar 20% in 2010 (VWS, 2006). In 2007 was het percentage rokers in Nederland 28%; in 2008 daalde dat naar 27% (Stivoro, 2010). Uitgaande van de huidige scenario's voor bereik van de doorgerekende rookinterventies zouden deze interventies hier gering aan bijgedragen hebben. Deze inschatting is met name bepaald door de onzekerheid in de opgegeven bereikcijfers. Dit heeft ook gevolgen voor de scenario's met gemiddeld en maximaal bereik. In die gevallen is het effect op het niveau van de totale bevolking circa 0,02 en 0,04 procentpunt. Pas wanneer alle regio's voor alle interventies de gehele doelgroep weten te bereiken is er een aanzienlijk resultaat te verwachten. In dit geval zou na een jaar de rookprevalentie met circa 1,4 procentpunten kunnen zijn gedaald. Op basis van de selectie van enkele leeflijninterventies lijken de effecten dus beperkt bij te kunnen dragen aan het behalen van de beleidsdoelstelling van 20% rokers.

Alcoholgebruik

Voor alcoholgebruik zijn aparte doelstellingen voor jongeren en volwassenen geformuleerd. De enige geselecteerde alcoholinterventie, ‘De gezonde school en genotmiddelen’, richt zich op jongeren. Hier kan dus alleen een vergelijking gemaakt

worden met de jongerendoelstelling: een daling van het alcoholgebruik van jongeren naar het niveau van 1992. In dat jaar was het aantal jongeren tussen de 12 en 18 dat ooit alcohol gebruikt heeft circa 70% (Monshouwer et al., 2008). In 2007 was deze lifetime-prevalentie van alcoholgebruik onder jongeren op het voortgezet onderwijs 79% (Monshouwer et al., 2008). In de situatie dat in alle regio's alle jongeren op het voortgezet onderwijs de interventie 'De gezonde school en genotmiddelen' aangeboden zouden krijgen, is geschat dat de lifetime-prevalentie voor alcoholgebruik bij deze jongeren zou kunnen dalen met 2 procentpunten (van 79% naar 77%). Op basis van de evidence en analyse in dit rapport zou deze leeflijninterventie het alcoholgebruik onder jongeren dus kunnen verminderen en zo beperkt bij kunnen dragen aan het behalen van het beleidsdoel om terug te gaan naar het alcoholconsumptieniveau onder jongeren van 1992.

Overgewicht

Ook voor overgewicht zijn aparte doelstellingen voor jongeren en volwassenen geformuleerd. De enige doorgerekende overgewicht interventie, 'Lekker fit', is een schoolprogramma, dus in dit hoofdstuk is alleen de doelstelling voor jongeren relevant: het percentage jongeren met overgewicht moet dalen ten opzichte van het jaar 2005. In de preventienota is niet precies omschreven welke leeftijdsgroepen onder de term 'jeugdigen' vallen en hoe hoog het ijkpercentage in het jaar 2005 is (VWS, 2006). Volgens de jeugdmonitor van CBS is het percentage jongeren met overgewicht de afgelopen jaren vrij constant (CBS, 2009b). Van de jongeren van 2 tot 25 jaar had in 2005 13% overgewicht. In 2007 was dit percentage nog steeds 13%; in 2008 steeg het naar 15%. De doorgerekende interventie zou in het scenario dat in alle regio's de gehele doelgroep wordt bereikt, kunnen resulteren in een verminderde stijging van ruim 11.000 kinderen met overgewicht in de middenbouw van het basisonderwijs. Dit komt overeen met een vermindering van de groei met 1,8 procentpunten in die doelgroep. De analyse geeft aan dat deze enkele overgewichtinterventie de groei van het percentage jongeren met overgewicht in de doelgroep waar de interventie zich op richt, zou kunnen afremmen. Omdat de interventie effectief was in een beperkte leeftijdsgroep (middenbouw basisonderwijs), zou dit maar een kleine beperking van de groei van het percentage overgewicht in de hele groep jongeren van 2 tot 25 jaar betekenen. Het beleidsdoel is echter een daling van het percentage jongeren met overgewicht. Het is op basis van de evidence en analyses in dit rapport niet te verwachten dat de interventie 'Lekker fit' bij zouden kunnen dragen aan een absolute daling van het percentage jongeren met overgewicht.

7 Conclusies

7.1 Effectiviteit van interventies

Beperkte beschikbaarheid van effectevaluaties met voldoende bewijskracht

Uit het literatuuronderzoek naar effectevaluaties van de interventies op de leeflijnen blijkt dat voor een beperkt deel van de interventies een effectonderzoek met voldoende bewijskracht beschikbaar is. Voor een deel van de leeflijninterventies zijn helemaal geen effectevaluaties gevonden. Verder zijn relatief veel effectevaluaties met een studiedesign met lage bewijskracht gevonden. Dit zijn bijvoorbeeld observationele studies met een voor- en nameting, maar zonder controlegroep. Het is bij een dergelijke studieopzet niet met zekerheid te zeggen of de gevonden effecten aan de interventie toe te schrijven zijn.

Niet altijd directe effecten op risicofactor of ziekte gemeten in gevonden studies

Slechts in een beperkt aantal van de gevonden effectevaluaties is een direct effect op de prevalentie van een risicofactor (roken, alcoholgebruik, overgewicht) of de incidentie van een ziekte (depressie) gemeten is. Vaak werden effecten op determinanten gemeten. Soms hebben deze determinanten een duidelijke relatie met het einddoel (zoals depressieklachten en depressieve stoornis, of beweeggedrag en overgewicht), maar soms is dit minder duidelijk (zoals kennis over schadelijke effecten en rookgedrag, of plezier in bewegen en overgewicht).

Voor ongeveer één op de zeven onderzochte interventies is voldoende bewijskracht voor effect

Uiteindelijk is voor ruim 170 leeflijninterventies de effectiviteit in kaart gebracht. Voor 23 hiervan zijn in onderzoek met voldoende bewijskracht effecten gevonden op de prevalentie van roken, schadelijk alcoholgebruik of overgewicht, of op de incidentie van depressie. Dit is ongeveer één op de zeven onderzochte interventies (13%). Dit betekent overigens niet dat het overige deel niet effectief is, maar dat het eenvoudigweg niet bekend is of ze effectief zijn en hoe groot dat effect zou kunnen zijn.

Slechts 5% van de interventies kon geselecteerd worden voor verdere berekening

Een deel van het beschikbare effectonderzoek betreft studies die in het buitenland uitgevoerd zijn naar interventies die enigszins vergelijkbaar zijn met een interventie op de leeflijn. Dergelijke studies werden niet geselecteerd voor verdere berekening, omdat er geen specifieke schatting voor de Nederlandse situatie bekend is. In dit onderzoek werden alleen die interventies geselecteerd voor verdere berekening waarvoor in Nederlands onderzoek met voldoende bewijskracht een effect gevonden is op aantallen mensen die roken, (overmatig) alcohol drinken, overgewicht hebben, of depressief worden. Dit was voor acht (5%) van de ruim 170 beoordeelde leeflijninterventies het geval. Het betreft vijf rookinterventies (H-MIS, V-MIS, 'Ik (r)ook niet', 'Smoke alert' en 'Advies op maat'), één alcoholinterventie ('De gezonde school en genotmiddelen'), één overgewichtinterventie ('Lekker fit') en één depressie-interventie (zelfhulp cursus 'In de put, uit de put').

7.2 Meest aangeboden interventies

Effectiviteit van veel van de meest aangeboden interventies niet duidelijk

Op basis van het IGZ-onderzoek naar aanbod en bereik van de leeflijninterventies onder alle GGD-en in Nederland is voor elke leeflijn is een top vijf van meest aangeboden interventies opgesteld. Dit resulteerde in een lijst van 25 meest aangeboden interventies. Van het merendeel van deze interventies is niet onderzocht (in onderzoek met voldoende bewijskracht) of de interventie effect heeft op de prevalentie van roken, schadelijk alcoholgebruik of overgewicht, of op de incidentie van depressie. Bij drie van de meest aangeboden interventies was dit wel het geval ('De gezonde school en genotmiddelen', 'Pakje kans' en 'Grip op je dip').

Prioriteiten voor onderzoek op basis van dit overzicht

De interventies die in veel GGD-regio's aangeboden worden, maar waarvoor nog weinig bewijslast voor effectiviteit is, dienen nader onderzocht te worden. Hiervoor zou gebruikgemaakt moeten worden van een studiedesign met voldoende bewijskracht en voldoende follow-up. Ook zou het goed zijn om niet alleen indirecte effecten op determinanten (die voor een specifieke interventie wel heel relevant kunnen zijn omdat de interventies zich daar eenvoudigweg op richt), maar ook directe effecten op gezondheidsuitkomsten (prevalentie van ongezond gedrag, incidentie van ziekte) mee te nemen in dergelijk effectonderzoek.

7.3 Effecten van interventies

Grote variatie van aanbod tussen GGD-regio's en tussen interventies

De spreiding van het interventieaanbod in GGD-regio's is groot. Uit het IGZ-onderzoek onder GGD-en blijkt dat er in 2007 regio's waren waar meer dan 100 leeflijninterventies aangeboden werden, maar ook regio's waar minder dan 50 interventies aangeboden werden (De Hollander et al., 2009). Uit onze aanvullende analyse blijkt dat er ook enorme variatie is tussen die interventies: voor elke leeflijn zijn er interventies die in één GGD-regio aangeboden worden en er zijn interventies die in alle GGD-regio's aangeboden worden.

Beperkte beschikbaarheid van gegevens over bereik doelgroep

Gemiddeld werd in 2007 in een GGD-regio circa een derde van alle leeflijninterventies aangeboden (Den Hollander et al., 2009). Het bereik in de doelgroep van die aangeboden interventies is vaak niet bekend bij de GGD-en. Gemiddeld vulden GGD-en voor ongeveer de helft van de aangeboden interventies een bereik in. De opgegevens bereikcijfers waren bovendien niet altijd helder omschreven wat de interpretatie van de cijfers bemoeilijkte.

Voor de acht geselecteerde interventies geldt hetzelfde

Voor de acht leeflijninterventies die in dit rapport geselecteerd zijn voor berekening van de theoretische effecten op bevolkingsniveau, geldt ook dat het aanbod enorm varieerde. Zo werd in 2007 bijvoorbeeld 'De gezonde school en genotmiddelen' in alle GGD-regio's aangeboden, terwijl 'Smoke alert' maar in één GGD-regio werd aangeboden. Van deze acht interventies blijkt het bereik vaak niet ingevuld of was een onduidelijk antwoord opgegeven: gemiddeld vulde twee derde van de GGD-en die deze interventies aanbieden géén bereik van de doelgroep in.

Het bereik van die interventies is gemiddeld laag maar loopt sterk uiteen

Het gemiddelde bereik van de acht geselecteerde interventies op basis van de GGD-en die dat ingevuld hebben, was circa 10% van de betreffende doelgroepen. Maar dit bereik loopt sterk uiteen tussen de interventies, van bijvoorbeeld gemiddeld een kwart van de doelgroep van 'De gezonde school en genotmiddelen' tot gemiddeld nog geen procent van de doelgroep van de zelfhulp cursus 'In de put, uit de put'. Ook binnen één interventie liep het bereik tussen de GGD-en sterk uiteen. Zo vulde bijvoorbeeld een GGD in dat 5% van de doelgroep met de V-MIS bereikt werd, terwijl een andere GGD een bereik van 100% voor dezelfde interventie aangaf. Verder werden soms onwaarschijnlijke bereikcijfers opgegeven. Zo had een regio voor vrijwel alle interventies hetzelfde bereikcijfer opgegeven. Dit roept vragen op over de betrouwbaarheid van de basisgegevens.

Geschatte effecten van het huidige bereik zijn minimaal

Uitgaande van de ingevulde cijfers voor het huidige bereik van de acht doorgerkende interventies, blijken de te verwachte effecten op aantallen mensen die roken, schadelijk alcoholgebruik hebben, overgewicht hebben, of depressief worden, zeer gering. Een belangrijke factor die hierbij een rol speelt, is dat het bereik van de interventies vaak onbekend of laag was. Daardoor blijven de effecten van de interventies op bevolkingsniveau klein. De schattingen op basis van het huidige bereik variëren van nul tot enkele honderden personen die effect ondervinden (bijvoorbeeld: stoppen met roken of niet depressief worden). Als alle aanbiedende GGD-regio's een gemiddeld bereik zouden hebben, dan stijgt dit aantal met een factor 2,5.

Grote verschillen tussen modelschattingen huidige en maximale effecten

Als regio's een maximaal bereik zouden hebben, gebaseerd op het hoogst opgegeven bereikcijfer, dan zou het effect kunnen toenemen een factor 7 tot 20. In het geval dat in alle regio's de gehele doelgroep wordt bereikt, kan het effect van de onderzochte interventies sterker toenemen, met maximaal een factor 300. Dit wordt in hoge mate bepaald door een aantal lage bereikcijfers bij de rookinterventies. De mogelijke extra opbrengst van de interventies wordt sterk bepaald door de aanbod- en bereikopgaves in het IGZ-onderzoek. Als veel regio's de interventie reeds aanbieden is de extra te behalen winst gering.

Er zijn veel onzekerheden in de modelschattingen

De modeluitkomsten kennen een aantal bronnen van onzekerheid. Deze onzekerheden zijn terug te voeren op de variabele van het model (de grootte van de doelgroep) en de drie belangrijke parameters (effectiviteit, bereik en aanbod). Wat betreft de doelgroepen van de interventies is er onzekerheid door verschillende definities. De precieze grootte van de doelgroep van een specifieke interventie was soms niet duidelijk omschreven. Het aanbod en bereik werden slechts door een deel van de GGD-en ingevuld. Op basis van het IGZ-onderzoek waren de ingevulde gegevens over het aanbod van de interventies wel duidelijk (wel of niet), maar het bereik was lastiger te bepalen vanwege verschillen en onduidelijkheden in opgaven door GGD-en. Slechts weinig GGD-en hebben het bereik van de doelgroep ingevuld en deze kleine aantallen bereikcijfers lopen ook nog eens sterk uiteen. Het gemiddelde en maximale bereik zijn daardoor erg afhankelijk van uitschieters in de opgaven. Dit brengt een grote mate van onzekerheid in de uitkomsten van de scenario's. Het bereik heeft vaak onderrapportage (zichtbaar als regio's wel aanbod maar geen bereik opgeven), maar soms was er ook overrapportage, als onrealistisch hoge bereikcijfers (bijvoorbeeld: 100% van de doelgroep) worden opgegeven. Wat betreft de effectiviteit, zijn de berekeningen steeds gebaseerd op één enkele effectstudie, met beperkte follow-upduur. Het zou kunnen dat een tweede effectstudie, of een langere follow-upduur tot een ander

effectgetal zou komen. Zo zijn bijvoorbeeld de effecten van ‘Lekker fit’ op Rotterdamse scholen geëvalueerd. De overgewichtprevalentie op die scholen is veel hoger dan het Nederlands gemiddelde (in 2007: 25% in Rotterdam vs. 13% in heel Nederland) (CBS jeugdmonitor; Meima et al., 2008). De vraag is dan gerechtvaardigd hoe representatief de effectschatting uit deze studie is voor de rest van Nederland. Al met al moeten de berekeningen dus als indicatief gezien worden. Ze geven niet meer dan een ordegrootte voor het te verwachten effect op bevolkingsniveau bij het huidige en maximale bereik.

7.4 Beleidsdoelstellingen

Selectie van leeflijninterventies draagt beperkt bij aan behalen beleidsdoelstellingen

Op basis van de modelberekeningen kan geconcludeerd worden dat de doorgerekende interventies naar schatting maar beperkt bijdragen aan het behalen van de beleidsdoelstellingen voor roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Dit ligt in de ordegrootte van reducties van tienden van procentpunten. Schattingen op basis van de de situatie dat in alle regio's de gehele doelgroep wordt bereikt komen tot iets grotere effecten op bevolkingsniveau. Hierbij zijn twee belangrijke beperkingen te noemen. Ten eerste, het gaat om een kleine selectie van effectieve interventies; de overige interventies kunnen ook effecten hebben, maar die zijn onbekend. Ten tweede, het preventiebeleid is breder dan alleen lokaal gezondheidsbeleid, en lokaal gezondheidsbeleid is breder dan alleen het aanbieden van leeflijninterventies.

Effectiviteit niet bekend is iets anders dan niet effectief

Het is ook niet reëel om te verwachten dat deze afzonderlijke interventies aanzienlijk zouden kunnen bijdragen aan het behalen van de beleidsdoelen. Het gaat immers maar om enkele interventies (met bovendien vaak een beperkt bereik). De effectiviteit van de *overige* leeflijninterventies is grotendeels onbekend, maar dat wil niet zeggen dat deze interventies niet effectief zijn. De leeflijnen zouden dus wel degelijk een grotere bijdrage kunnen leveren, maar er ontbreken gegevens om dit te kwantificeren. Bovendien worden er in de verschillende GGD-regio's ook leefstijlinterventies aangeboden die niet op één van de leeflijnen staan. Deze interventies zijn niet meegenomen in dit rapport, maar ze zouden natuurlijk wel aanzienlijke effecten kunnen hebben. Bovendien zijn niet alle items op de leeflijnen meegenomen in de inventarisatie (bijvoorbeeld: omgevingsaanpassingen of ondersteunend materiaal). Deze maatregelen zouden wel effectief kunnen zijn, maar zijn dus buiten beschouwing gebleven.

Preventiebeleid veel breder dan alleen lokale leeflijninterventies

Lokaal gezondheidsbeleid is slechts een onderdeel van het totale preventiebeleid dat gevoerd wordt om de doelstellingen te halen. Voor roken bijvoorbeeld wordt een combinatie van maatregelen op het gebied van wet- en regelgeving, accijnzen, campagnes, lokale maatregelen en stopondersteuning in de zorg uitgevoerd. Van met name prijsmaatregelen en maatregelen die de beschikbaarheid van bijvoorbeeld tabak of alcohol beperken, is bekend dat ze effectief zijn in het reduceren van ongezond gedrag. Deze effecten zijn nu volledig buiten beschouwing gelaten. Overigens geven modelberekeningen aan dat zo'n combinatie van rookmaatregelen (massamediale campagne, accijnsverhoging, en stopondersteuning) onder realistische bereikannahes het aantal rokers met slechts enkele procentpunten naar beneden kan brengen: van 28% in 2007 naar 25% (range: 21-26%) in 2010 (Vijgen et al., 2007).

Literatuur

- Allart-van Dam E, Hosman CM, Hoogduin CA, Schaap CP. Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *J Affect Disord*, 2007;97:219-28.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 2009;373:2234-46.
- Boon B, Risselada A, Huiberts A, Smit F. Reduced alcohol consumption in male adults due to a one time computer tailored advice: a randomized controlled trial. *Addiction*, In press.
- Bransen E, Van Mierlo F. Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Buchner FL, Hoekstra J, Van Rossum CTM. Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies : Model simulation. RIVM-rapport nr. 350040002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine. 2009a [www.statline.nl]
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek, Jeugdmonitor 2009b. [www.jeugdmonitor.cbs.nl]
- Cimini MD, Martens MP, Larimer ME, Kilmer JR, Neighbors C, Monserrat JM. Assessing the effectiveness of peer-facilitated interventions addressing high-risk drinking among judicially mandated college students. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 2009:57-66.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34:312-21.
- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seeley J. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 2001;58:1127-34.
- Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, van Leerdam FJ, Spruijt RD, Sing RA. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health*, 2003;57:675-80.
- Crone MR, Dijkstra NS, Frissen D, Paulussen TGWM. De effecten van Ik (r)ook niet. Een lesprogramma voor groep 7 en 8 van het basisonderwijs. Leiden: TNO, 2005.
- Cuijpers P, Jonkers R, de Weerd WI, de Jong JA. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction*, 2002;97:67-73.
- Dijk F, de Vries H. Development and evaluation of Smoke Alert; a computer tailored smoking cessation intervention for Dutch adolescents. Maastricht: Cardiovascular Research Institute, Maastricht University, In press.
- Dijk S van, Van Kesteren D. Evaluatie handleidingen lokaal gezondheidsbeleid. Bijlage bij het rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland'. Bilthoven: Centrum Gezond Leven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009.
- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Education Research*, 1998;13:207-14.
- Doesum KT van, Riksen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev*, 2008;79:547-61.
- Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics*, 2001;108:18-24.
- Hamberg-van Reenen HH, Bovendeur I, Meijer SA, Savelkoul M, Kuunders MNM, Van den Berg M. (Kosten)effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid. Overzicht van (kosten)effectiviteit van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid,

- Overgewicht en Depressiepreventie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
- Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr*, 2006;18:307-25.
- Hollander E de, Van Bakel M, Boer J, Hulsbosch S, Bogers R. Leefstijlinterventies in GGD-regio's: inventarisatie via GGD'en. Bilthoven: Centrum Gezond Leven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009.
- IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? . Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
- INTRAVAL. Alkoholkennis overgegeven. Evaluatie alcoholvoorlichting door peers in de Achterhoek en Renesse. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL, 2008.
- Jonge M de, Ruiters M. Aard en omvang GGZ- en VZ-preventie 2007; Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- Kramer J, Riper H, Lemmers L, Conijn B, van Straten A, Smit F. Television-supported self-help for problem drinkers: a randomized pragmatic trial. *Addict Behav*, 2009;34:451-7.
- Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*, 2008;168:530-6.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2005. p. Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
- Meer RM van der, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P, Schippers GM. Effectiveness of mood management therapy as an adjunct to a telephone counseling smoking cessation intervention for smokers with past major depression: a randomized controlled trial. In press.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapport nr. 270672001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
- Meima A, Joosten - van Zwanenburg E, Jansen W. Effectevaluatie van Lekker Fit! in Rotterdam. Een project voor basisscholieren ter bevordering van een gezonde leefstijl. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
- Monshouwer K, Verdurmen J, van Dorsselaer S, Smit E, Gorter S, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag 2007; Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Moore L, Roberts C, Tudor-Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control*, 2001;10:117-23.
- Mulkens S, Fleuren D, Nederkoorn C, Meijers J. RealFit: een succesvolle multidisciplinaire (CBT) groepsbehandeling voor jongeren met overgewicht. In press.
- O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health*, 2007;97:252-8.
- OC&W. Brief 'School op maat', bijlage bij het kamerstuk VO/TAB/2001/46135 van 21 november 2001 over de schoolgrootte. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2001.
- Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009:CD001872.
- Pieterse ME, Seydel ER, de Vries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 2001;32:182-90.
- Planken MJE, Boer H. The Dutch campsite campaign: using peer education to decrease binge drinking among Dutch adolescents during holidays. Submitted.

- Riper H. Curbing problem drinking in the digital galaxy (thesis). Amsterdam: Vrije Universiteit, 2008.
- Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 2007;103:218-27.
- Roek MAE, Spijkerman R. DRANK maakt meer kapot dan je lief is. Rapportage van het onderzoek naar (onderdelen van) de landelijke leefstijlcampagne 'alcohol' gericht op jongeren. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2009.
- Rossum CTM van, Buchner FL, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding - Review of the literature and model simulation. RIVM-rapport nr. 350040001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005.
- Slinger J, Van Breda E, Brouns J, Kuipers H. Effects of a 12 week practice based lifestyle program to counteract overweight in adolescents: an intervention study. In press.
- Spruijt R. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ik (r)ook niet'. Den Haag: STIVORO - Voor een rookvrije toekomst, 2008.
- Spruijt R, Willemsen MC, Crone MR. De rookvrije school; trends in rookbeleid en voorlichting op scholen tussen 1999 en 2006. *TSG*, 2009;87:69-73.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2005. p. Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2006. p. Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Stead LF, Bergson G, T. L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2008. p. Issue 2. Art. No.: CD00165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- STIVORO. Handleiding tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: STIVORO – voor een rookvrije toekomst, 2006.
- STIVORO. Continu onderzoek rookgewoonten, rookprevalentie 2008. Den Haag: STIVORO – voor een rookvrije toekomst, 2008a.
- STIVORO. Roken jeugd monitor, rookprevalenties 2008. Den Haag: STIVORO – voor een rookvrije toekomst, 2008b.
- STIVORO. Roken, de harde feiten: Volwassenen 2007. Den Haag: STIVORO – voor een rookvrije toekomst, 2008c.
- STIVORO. Trendpublicatie percentage rokers. Den Haag: STIVORO – voor een rookvrije toekomst, 2010.
- Tak NI, Te Velde SJ, Brug J. Long-term effects of the Dutch Schoolgruitem Project--promoting fruit and vegetable consumption among primary-school children. *Public Health Nutr*, 2009;12:1213-23.
- Trimbos-instituut. Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Verdurmen J, Smit E, van Dorsselaer SAFM, Monshouwer K, Schulten I. Ouders over alcohol-, roken- en drugspecifieke opvoeding 2007. Kerngegevens uit het peilstationonderzoek Ouders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Verheij RA, Schellevis FC, L. H, De Bakker DH. Hoe groot is het gebruik en waaruit bestaat het? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Huisartsenzorg 2006.
- Vijgen SMC, Gelder BMv, Baal PHMv, Zutphen Mv, Hoogenveen RT, Feenstra TL. Kosten en effecten van tabaksontmoediging. RIVM-rapport nr. 260601004. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.
- Voedingscentrum. Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum, 2007.

- Voedsel en Warenautoriteit. Handleiding lokaal alcoholbeleid: een integrale benadering. Den Haag: Voedsel en Warenautoriteit, 2007.
- Vries H de, Bakker M, Mullen PD, Breukelen van G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 2006;63:177-87.
- VWS. Preventienota 'Langer gezond leven'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.
- VWS. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
- Wansink H, Toeter A. Familieledengroepen 2001-2004. Den Haag: Parnassia, 2005.
- Westwood M, Fayter D, Hartley S, Rithalia A, Butler G, Glasziou P, Bland M, Nixon J, Stirk L, Rudolf M. Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. *Arch Dis Child*, 2007;92:416-22.
- Willemsen GR, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care; randomised trial. *Br J Psychiatry*, 2004;185:416-21.
- Willemsen MC, van Emst AJ, Wiebing MA. StopMail: Effectiveness of an Automated E-mail Relapse Prevention Intervention for Smoking Cessation. 10th. International Congress of Behavioral Medicine; 2008 August 27-30, 2008; Tokyo, 2008.



RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl