

Tijd voor gezond gedrag

Tijd voor gezond gedrag

Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen

J. Jansen, A.J. Schuit, F. van der Lucht



Bohn
Stafleu
Van Loghum

rivm

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2002

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270555004
ISBN 90-313-3885.0
NUGI 741

VOORWOORD

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu hebben inmiddels een vaste plaats gekregen in de beleidscyclus van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De VTV's schetsen een beeld van de gezondheid in Nederland aan de hand van cijfers over gezondheid, ziekten en hun oorzaken. De VTV van 1997 liet zien dat nog veel potentiële gezondheidswinst valt te behalen door een gezonde leefstijl. Dit themarapport is een vervolg op VTV 1997 en gaat dieper in op de bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.

Het ministerie van VWS spant zich in - samen met diverse uitvoerende organisaties - om een gezond en sportief leven te stimuleren. Een gezonde leefstijl is primair de verantwoordelijkheid van de mensen zelf. De overheid heeft de taak om objectieve informatie te geven over gezond en ongezond gedrag en om de gezonde keuze door de burger mogelijk en makkelijk te maken. Het voorliggende rapport toont de mogelijkheden en knelpunten daarvoor bij specifieke groepen als jongeren, ouderen, allochtonen en groepen in achterstandsposities.

De benaderingswijzen zijn voor elke doelgroep in dit rapport anders, maar vertonen ook grote overeenkomsten. In alle gevallen gaat het om individuen die - al dan niet bewust - de uiteindelijke keuze maken om wel of niet gezond te leven. Het is essentieel dat voorlichting en interventies zoveel mogelijk aansluiten bij de beleving en de belangen van de doelgroepen.

Intensieve betrokkenheid van de doelgroepen en samenwerking tussen verschillende sectoren en disciplines is noodzakelijk om succesvolle interventies uit te kunnen voeren. Op die manier kan de omgeving ondersteunend zijn voor een gezonde leefstijl. Het rapport maakt duidelijk dat *voldoende tijd* en *continuïteit* van interventieprogramma's randvoorwaarden zijn voor het verkrijgen van goede resultaten.

Een belangrijke taak voor de overheid is te voorkomen dat mensen in achterstandsposities tussen wal en schip raken. Hieraan wordt tevens aandacht besteed in het themarapport *Gezondheid in de grote steden* en in het advies dat de commissie Albeda heeft uitgebracht over de vermindering van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). Ook op het gebied van gezond gedrag zijn extra inspanningen noodzakelijk voor achterstandsgroepen. Zij vertonen het vaakst ongezond gedrag en er is bovendien sprake van meervoudig risicogedrag. Het ministerie van VWS heeft verschillende beleidslijnen uitgezet gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden en is voornemens dit de komende jaren te intensiveren.

Het onderzoek is begeleid door een ambtelijke beleidsadviesgroep waarin meerdere directies vertegenwoordigd waren. Deze directies zullen er zorg voor dragen dat de uitkomsten van het rapport worden meegenomen en uitgedragen in het beleid. Dit vindt onder meer plaats door de aansturing van de landelijke preventie-instituten, de aansturing van de massamediale campagnes en binnen het programma Gezond Leven van

ZonMw, waar nadrukkelijk aandacht is voor het ontwikkelen van nieuwe concepten om mensen uit te dagen gezonder te leven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

A handwritten signature in black ink, reading "E. Borst-Eilers". The signature is written in a cursive style with a large initial "E" and a long horizontal stroke at the bottom.

Mw. Dr. E. Borst-Eilers

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

ABSTRACT 11

KERNBOODSCHAP 13

DEEL A TIJD VOOR GEZOND GEDRAG: EEN OVERZICHT 17

1. GEZOND GEDRAG ALS BELEIDSPROBLEEM 19
 - 1.1 Inleiding 19
 - 1.2 Vraagstelling 20
 - 1.3 Afbakening en werkwijze 21
 2. HOE GEZOND LEVEN DE SPECIFIEKE GROEPEN? 23
 - 2.1 Kengetallen rond leefstijl bij de specifieke groepen 25
 - 2.2 Determinanten van gedrag bij de specifieke groepen 25
 - 2.3 Conclusies ten aanzien van de leefstijlfactoren en de determinanten van gedrag bij specifieke groepen 27
 3. GEZOND GEDRAG IN BELEID EN PRAKTIJK 29
 - 3.1 Inleiding 29
 - 3.2 Beleid gericht op bevordering van gezond gedrag 29
 - 3.3 Succes- en faalfactoren van interventies 34
 - 3.4 Conclusies over het beleid en de interventies gericht op gezond gedrag 38
 4. GEZOND GEDRAG IN DE TOEKOMST 41
 - 4.1 Inleiding 41
 - 4.2 Sociaal-demografische en epidemiologische ontwikkelingen 41
 - 4.3 Maatschappelijke ontwikkelingen 44
 - 4.3.1 Overheid en gezond gedrag 44
 - 4.3.2 Bevorderen van gezond gedrag: ethisch verantwoord? 47
 - 4.3.3 Gezond gedrag heeft de toekomst 49
 - 4.4 Conclusies over de toekomst van gezond gedrag 49
 5. CONCLUSIES EN BESCHOUWINGEN 51
 - 5.1 Inleiding 51
 - 5.2 Leefstijlfactoren en determinanten van gedrag bij specifieke groepen 51
 - 5.3 Het beleid ter bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen en de effecten van interventies 53
 - 5.4 Heeft gezond gedrag nog toekomst? Verwachtingen en kansen voor de bevordering van gezond gedrag 55
- LITERATUUR 62

DEEL B ACHTERGRONDSTUDIES 65

1. INLEIDING 67
2. LEEFSTIJLFACTOREN EN DE DETERMINANTEN VAN GEDRAG 69
 - 2.1 Inleiding 69
 - 2.2 Risicogedrag van specifieke groepen 71
 - 2.3 Voorkomen van combinaties van risicogedrag 89
 - 2.4 Determinanten van gedrag 92
 - 2.4.1 Inleiding 92
 - 2.4.2 Centrale determinanten in theorieën en modellen van gedrag(sverandering) 93
 - 2.4.3 Determinanten van gedrag voor specifieke groepen 96
 - 2.4.4 Gezondheidsgedrag en determinanten van gedrag bij migranten 105
 - 2.5 Conclusies ten aanzien van leefstijlfactoren en determinanten van gedrag bij specifieke bevolkingsgroepen 110

LITERATUUR 114

3. BEVORDERING VAN GEZOND GEDRAG IN HET BELEID 119
 - 3.1 Tabaksgebruik onder jongeren: mogelijkheden en onmogelijkheden voor het beleid 119
 - 3.2 Alcohol- en drugsverslaving: determinanten en interventies 125
 - 3.3 Voeren scholen een gezondheidsbeleid? 134
 - 3.4 Bevordering van gezond gedrag op de werkplek 142
 - 3.5 Rotterdam en wijkgerichte gezondheidsbevordering: wijze lessen! 1476
 - 3.6 Conclusies 150

LITERATUUR 153

4. BEVORDERING VAN GEZOND GEDRAG IN DE PRAKTIJK 157
 - 4.1 GALM over Nederland: sportstimulering werkt! 157
 - 4.2 Preventie van valongevallen bij senioren (65+) door lokale projecten 163
 - 4.3 Een gewaarschuwd mens: seniorenvoorlichters geven het goede valveilige voorbeeld aan oudere wijkbewoners 166
 - 4.4 Lessen van Hartslag Limburg: samenwerking in de openbare gezondheidszorg moet gestructureerd en gemanaged worden 170
 - 4.5 Van koffiehuis tot salsaparty; migrantenvoorlichters bereiken hun doelgroep met Aids-boodschap 176
 - 4.6 “Dat wij er zijn is echt heel belangrijk”; voorlichting aan Turkse diabetes-patiënten 180
 - 4.7 Investeren in stoppen met roken = Verantwoord beleggen 184
 - 4.8 Vergiftigingsongevallen bij jonge kinderen: helpen preventieve maatregelen? 189
 - 4.9 Sport: Skate Safe!, een preventieprogramma voor kinderen 193
 - 4.10 Conclusies 196

LITERATUUR 198

5. EEN NIEUWE KIJK OP GEZOND GEDRAG 201

5.1 Gezond leven 201

5.1.1 Participatie 203

5.1.2 Publiek-private samenwerking 216

5.1.3 Facetbeleid 224

5.2 ICT in de voorlichting: GVO op maat 236

5.3 Modern voorkomen 245

5.4 Generation Next wordt Generation Search 249

5.5 Gezond, maar ook gelukkig? 253

5.6 Conclusies 256

LITERATUUR 258

BIJLAGEN 261

1 Samenstelling beleidsadviesgroep 261

2 Lijst van auteurs en peer-reviewers 262

3 Lijst van geïnterviewden ten behoeve van de toekomstverkenningen 264

4 Geraadpleegde deskundigen voor de reviews, zoals uitgevoerd door het NIGZ 265

5 Geïnterviewde deskundigen in het kader van het onderzoek van Kentron 266

6 Begrippenlijst 267

7 Afkortingen 268

8 Dankwoord 270

REGISTER 271

TIME FOR HEALTHY LIVING: HEALTH PROMOTION FOR SPECIFIC TARGET GROUPS

ABSTRACT

Lifestyle factors and determinants of behaviour in specific target groups

Youth, the elderly, migrants and those in the low socio-economic groups are important target groups for health promotion. Those in *low socio-economic* groups have, comparatively speaking, the most unfavourable profile when it comes to lifestyle. About 50% of the men in the lowest socio-economic groups are smokers (compared to 37% in the total population) and the percentage of men that drink excessively in this group is about 50% higher than in the highest socio-economic groups. Another considerable cause for concern is the persistent adverse level of risk factors among the *young*. Despite the attention that has been given to this group over the past years, the high levels of smoking, excessive drinking, physical inactivity and unsafe sex continue unabated. This is in contrast with developments in the *elderly*, where a favourable trend in health behaviour has been observed in the past ten years. *Migrants* display both favourable (nutrition, smoking, alcohol consumption) and unfavourable behaviour (sexual behavior, use of drugs), compared to the total population. There are substantial differences between ethnic groups.

Little is known about target-group specific determinants of behaviour. *Attitude, social environment* and *self-efficacy* seem to have an important impact on health behaviour. Other determinants of behaviour like the impact of cultural factors and habits have not yet been sufficiently investigated at the level of specific target groups in the Netherlands. More research is urgently needed to provide more guidance for promising interventions in specific target groups.

Health promotion policy

Various policy measures are supportive in health promotion. The importance of applying several measures simultaneously is being increasingly recognised. Measures, such as education and counselling, and legislation and intersectoral action, are not the same for each lifestyle factor and target group. *Intersectoral cooperation* is acknowledged as an important approach in health promotion. Although this approach, in which the healthcare sector looks beyond its own scope, is paid considerable lip service, real action in practice is virtually absent.

In health policy documents, the need for focusing on specific target groups, in particular, migrants and low socio-economic groups, is emphasised. However, there is a gap between proposed actions in health policy and actual local practice where interventions take place. Important reasons for the insufficient attention being paid to specific target groups are the lack of political support for health promotion at the local level, and insufficient funds and professional capacity.

Health promotion in practice

Tailor-made interventions have proven to increase the effectiveness of health promotion. An additional benefit of adapting health promotion activities to the needs of the target groups (or to individual needs) is the improved impact the intervention brings about in groups that are normally difficult to access, such as lower socio-economic groups.

School health promotion interventions can be effective in transmitting knowledge, developing skills, and supporting positive health choices. Effectiveness is greatest when programmes are comprehensive. The health sector must seek win-win opportunities for all parties. Results of *workplace* health promotion programmes are seen to have a positive effect on health awareness and behaviour. An important pre-requisite for success is *participation* of parties involved (including the target group).

Community-based health promotion, assuming that it is performed according to the endorsed 'guidelines': intersectoral, comprehensive, participatory and empowering, contributes to creating a society that is more conducive to behavioural change. So, in this respect, community-based health promotion works. The largest bottleneck for achieving success at the level of healthy behaviour is the lack of *time* and *continuity*. Once a process of (intersectoral) cooperation and participation is started, permanent guidance and interim adjustment are needed, along with commitment of the actors, to continue supporting the process. The lack of preconditions at the local level, in particular, financial means and professional capacity, leads to cutting down on evaluation of interventions and undesired skipping of the focus on specific target groups. Consequently, the body of evidence on effectiveness and efficiency of health promotion in the Netherlands is limited.

The future of health promotion

In the near future health promotion activities are expected to change. To cut across the unfavourable trends in risk behaviour in several specific target groups, changes in health promotion policy and practice are needed. On the basis of merely epidemiological trends, the expectation is that youth and low socio-economic groups will not adopt a healthier lifestyle in the near future. Health promotion can react to these developments, offering tailor-made services to specific target groups. There are numerous opportunities for pursuing this approach, such as building coalitions with private organisations, cultural services and interest groups. The authorities at central and local levels will have a coordinating and quality-assuring role. In cooperation with the different parties involved, authorities should be able to create an environment where people are capable of making healthy choices and empowered to take their own responsibility in *healthy* and *happy* living.

KERNBOODSCHAP

Het bevorderen van gezond gedrag kan een belangrijke bijdrage leveren aan de volksgezondheid. Bevolkingsgroepen met een naar verhouding ongezond gedrag of een hoge kwetsbaarheid op dit punt zijn jongeren, ouderen, allochtonen en personen met een lagere sociaal-economische status (SES).

Via preventieve acties wordt geprobeerd gezond gedrag te bevorderen. Aan-grijpingspunten voor interventies liggen zowel op het persoonlijke niveau (houding ten aanzien van het gedrag, mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te kunnen veranderen etc.) als in de omgeving.

Voor elk van de vier genoemde groepen is speciale aandacht nodig. Dit wordt - met name voor allochtonen en groepen met een lage SES - wel in het beleid teruggevonden, maar nog onvoldoende in de praktijk. Belangrijke redenen hiervoor zijn het bestaan van onvoldoende politiek draagvlak op lokaal niveau en onvoldoende beschikbaarheid van randvoorwaarden (financiën, personele capaciteit).

De praktijk van interventies leert ons dat de meest succesvolle leefstijlinter-venties (1) zijn toegesneden op een specifieke groep, (2) gebruik maken van een combinatie van een samenhangende set van activiteiten en maatregelen, (3) een participatie kennen van vele actoren en sectoren, inclusief de doel-groep, en (4) een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben. Sleutel-woorden zijn dus: preventie op maat, integraal gezondheidsbeleid, multisec-torale aanpak, en continuïteit.

Alleen wanneer deze inzichten optimaal worden benut zullen we mogelijk de ongunstige trends in leefstijl kunnen doorbreken. Dit geldt vooral voor het lokale gezondheidsbeleid, maar zal door landelijk beleid ondersteund moeten worden.

Ongezond leven blijft een belangrijk probleem bij specifieke groepen

In vergelijking met de andere voor dit themarapport bestudeerde specifieke groepen (jongeren, ouderen en allochtonen) vertonen de personen uit de *lage-re SES-groepen* het vaakst ongezond gedrag. Zo rookt bijna de helft van de mannen in de laagste SES-groepen (tegen 37% in de totale mannelijke bevol-king) en is het percentage mannen dat overmatig alcohol drinkt in deze groep ongeveer 14%, tegen 9% in de hogere SES-groep. De lagere SES-groepen ver-tonen ook het meest *gecombineerd* risicogedrag; vooral het gecombineerd voorkomen van roken, lichamelijke inactiviteit en een lage groente- en fruit-consumptie is veel hoger bij de personen met een lagere SES dan bij de perso-nen uit de hogere SES-groepen.

Bij de groep *jongeren* is het vóórkomen van risicogedrag onverminderd hoog, ondanks de aandacht die in de afgelopen jaren aan deze groep is besteed. Dit geldt onder andere voor het roken (44% van de 15- tot 19-jarigen), overmatig alcoholgebruik (39% dronk tijdens de laatste gelegenheid 5 of meer glazen

alcohol) en onveilig vrijen (6-9% van de scholieren vrijt onveilig). Wat gezond leven betreft is er goed nieuws bij de *ouderen*. Bij deze doelgroep is over het algemeen genomen het gedrag juist gezonder geworden in de afgelopen tien jaar. Met uitzondering van lichamelijke activiteit is het gedrag van ouderen gunstiger dan dat van de totale Nederlandse bevolking. Bij *allochtonen* zijn sommige leefstijlfactoren gunstiger (voeding, roken, alcoholgebruik) en andere weer ongunstiger (druggebruik, condoomgebruik) ten opzichte van mensen van autochtone afkomst. Daarbij bestaan grote verschillen tussen de diverse etnische groepen.

Het gezondheidsgedrag van specifieke groepen wordt onder andere bepaald door de persoonlijke houding ten aanzien van het gedrag, de mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te veranderen en de sociale omgeving. Er zijn echter nog tal van andere determinanten van gedrag en gedragsverandering op individueel en omgevingsniveau, zoals culturele factoren en gewoonten. Deze zijn nog onvoldoende onderzocht bij specifieke groepen in Nederland.

Het landelijk en lokaal beleid hebben verschillende prioriteiten

Er zijn diverse beleidsinstrumenten bruikbaar bij de bevordering van gezond gedrag: voorlichting, wet- en regelgeving, omgevingsgerichte interventies. In toenemende mate wordt ervoor gekozen om meerdere instrumenten tegelijkertijd in te zetten. Voor iedere leefstijlfactor en doelgroep is een specifieke 'interventiemix' nodig. Voor roken, veiligheid en alcoholgebruik wordt in beleid en praktijk redelijk goed gebruik gemaakt van de verschillende instrumenten die beschikbaar zijn.

Het gezondheidsbeleid besteedt - terecht - veel aandacht aan specifieke groepen. Deze specifieke aandacht wordt onvoldoende teruggevonden in de in de praktijk uitgevoerde interventies. De *lagere SES-groepen* en *allochtonen* zijn in de afgelopen jaren minder aan bod gekomen dan op basis van beleidsvoorname zou mogen worden verwacht. Een belangrijke reden voor deze discrepantie is dat het belang dat op *landelijk* niveau aan gezond gedrag wordt gehecht op *lokaal* niveau vaak onvoldoende wordt gedeeld. Op lokaal niveau wordt dikwijls prioriteit gegeven aan onderwerpen als leefbaarheid en welzijn (veiligheid, bestrijding overlast e.d.), waarvan het effect op kortere termijn door de burger wordt opgemerkt.

Het doorbreken van ongunstige trends in gezond gedrag vereist maatwerk en samenwerking

Op basis van de epidemiologische trends in leefstijlfactoren, voor zover die bekend zijn, valt niet te verwachten dat jongeren, mensen uit de lagere SES-groepen en allochtonen zich in de nabije toekomst gezonder zullen gaan gedragen dan momenteel het geval is. Alleen voor de doelgroep ouderen is de verwachting redelijk gunstig. Een investering in gezondheidsbevorderende

activiteiten lijkt opportuun. Er liggen tal van kansen om de doeltreffendheid van gedragsgerichte interventies te verbeteren. Uit de praktijkbevindingen blijkt dat het toesnijden van interventies op de *doelgroep* tot betere resultaten leidt. Naast de afstemming op de specifieke behoeften van de doelgroep is het creëren van een ondersteunende en (met name voor de doelgroep ouderen) stabiele *omgeving* van belang. *Individueel* maatwerk kan de doeltreffendheid nog verder verhogen en heeft als belangrijke meerwaarde dat het ook effectief is in de vaak moeilijk bereikbare lage SES-groep.

Interventies met een *community* benadering (wijk, school, werkplek) zijn in principe 'winstgevend', mits ze door middel van *participatie* (intensieve samenwerking tussen interventieontwikkelaars, uitvoerders, onderzoekers en doelgroep) tot stand komen. Werken volgens deze principes heeft consequenties voor de manier van denken en handelen van beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers. Interventiedoelen en uitkomstmaten moeten beter worden afgestemd, waarbij de gezondheidssector zich 'klantgericht' moet opstellen en genoeg moet nemen met het feit dat de doelen soms breder liggen dan alleen op het niveau van gezondheid.

Intersectorale samenwerking is zonder twijfel een van de belangrijkste succesfactoren voor doeltreffende interventies. Dergelijke samenwerking vereist een vaste lokale structuur met voldoende managementcapaciteit zodat er niet bij elk project opnieuw aanzienlijke investeringen in tijd en geld nodig zijn om een beginsituatie te verkrijgen waarbinnen gedragsverandering (bij doelgroep en intermediairs) mogelijk is. Door samenwerking met diverse partijen zoals de commerciële sector, belangengroepen, culturele voorzieningen, de lokale overheid en natuurlijk de betrokkenen zelf kan gewerkt worden aan het attractief maken van gezond leven in de vorm van interventies die op de behoeften van de doelgroep zijn afgestemd. Naast een belangrijke rol voor de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen nieuwe media het maatwerk ondersteunen, evenals strategieën uit de marketing. Enerzijds om de doelgroepen beter te leren kennen en anderzijds om producten beter onder de aandacht van de doelgroep te brengen en de burger te 'verleiden' tot gezond gedrag.

Integraal gezondheidsbeleid moet brede aanpak en continuïteit waarborgen

De doeltreffendheid van bevordering van gezond gedrag is het hoogst bij een samenhangend pakket van *planmatig* uitgevoerde interventies. Dit vereist een brede aanpak, binnen het beleid *integraal gezondheidsbeleid* genoemd. Tot nu toe is integraal gezondheidsbeleid, waarbij over de schutting van het eigen terrein moet worden gekeken, nog nauwelijks tot stand gekomen.

Het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg biedt kansen voor de aansturing en uitvoering van *integraal gezondheidsbeleid*, met name op lokaal niveau. Hier zijn de lijnen tussen de verschillende beleidssectoren korter en is

samenwerking makkelijker te realiseren. Op lokaal niveau blijkt dat door gebrek aan financiële middelen en personele capaciteit bij projecten vaak wordt bezuinigd op het ontwikkel- en evaluatietraject en relatief weinig aandacht wordt besteed aan specifieke groepen. Dit heeft tot gevolg dat in Nederland slechts weinig kennis is opgebouwd over doeltreffendheid en doelmatigheid van gedragsgerichte interventies bij deze groepen. Het Fonds Openbare Gezondheidszorg, dat in het kader van het Nationaal Contract initiatieven op het gebied van gezondheidsbevordering ondersteunt, kan weliswaar stimulansen geven, maar ontbeert (door het tijdelijke karakter) het noodzakelijke structurele kader voor het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid.

De (lokale) overheid moet tijd en continuïteit waarborgen

Gezondheidsbevordering zal zich naar verwachting verder ontwikkelen tot preventie op maat, waarbij voor iedere doelgroep een passende interventie voor handen is. De rol van de overheid zal belangrijk blijven. De nadruk zal meer komen te liggen op een coördinerende rol en op het bewaken van de helderheid en betrouwbaarheid van de enorme hoeveelheid informatie die op de burger afkomt. Tegelijkertijd zal de burger in toenemende mate verantwoordelijk worden gesteld voor zijn eigen gezondheid. Hierin schuilt een gevaar voor de situatie in de meer kwetsbare doelgroepen. Juist omdat de oorzaak van ongezond gedrag niet louter ligt bij een individuele keuze voor dat gedrag maar veel meer bij de randvoorwaarden voor dat gedrag.

De (lokale) overheid zal zich daarom met name op de randvoorwaarden voor gezond gedrag moeten richten. "Making the healthy choice the easy choice" vereist een integraal beleid dat veranderingen in de sociale, fysieke en economische omgeving aanbrengt zodat het voor de burger makkelijker en aantrekkelijker wordt om zich gezond te gedragen. Voor de onderbouwing van beleid is het noodzakelijk dat er voldoende middelen beschikbaar komen voor de monitoring van leefstijlfactoren en determinanten van gedrag bij specifieke groepen, en voor het ontwikkelen van preventieprogramma's die (mede) zijn gericht op specifieke groepen.

Het bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen vereist *tijd* en *continuïteit*. De (lokale) overheid kan een aanjaagfunctie vervullen bij samenwerkingsverbanden met private en maatschappelijke sectoren. Te denken valt aan samenwerkingsverbanden die erop gericht zijn mensen de faciliteiten te bieden om gezond te leven. Een eenmaal op gang gebracht proces van samenwerking tussen diverse actoren (sectoren) vergt voortdurende begeleiding, tussentijdse bijsturing en (waar nodig) bijstelling van doelen, en draagvlak onder de actoren (met name ook van de financierende partij) om het proces te blijven ondersteunen. Alleen op die manier worden op termijn concrete resultaten bereikt op het niveau van leefstijlfactoren.

DEEL A

Tijd voor gezond gedrag: een overzicht

1 GEZOND GEDRAG ALS BELEIDSPROBLEEM

1.1 Inleiding

In VTV-1997 is geconcludeerd dat er nog aanzienlijke gezondheidswinst valt te behalen door interventies op leefstijlfactoren en dat preventie in zijn huidige vorm (te) veel kansen laat liggen. Met name de ongunstige ontwikkelingen in leefstijlfactoren in bepaalde bevolkingsgroepen roepen de vraag op: ‘Welke beleidsstrategieën zijn nodig om gezond gedrag doeltreffender te bevorderen?’ In de interne VWS-notitie ‘Versterking Public Health-beleid’ wordt mede op basis van VTV-1997 gesteld dat “Een gezonde en veilige leefstijl gericht op BRAVO (meer **b**ewegen, niet **r**oken, minder **a**lcohol, gezondere **v**oeding, veilig **v**rijen, **v**eiligheid en voldoende **o**ntspanning) een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het leven, met name bij kwetsbare groepen zoals jongeren, ouderen, chronisch zieken en mensen met een lage sociaal-economische status. Het probleem zit vooral in het verschil tussen weten en doen. Uitgangspunt zou moeten zijn dat het voor een ieder aantrekkelijk is om gezond(er) te leven, dat mensen er persoonlijk (een korte termijn) voordeel bij hebben (win-win situatie)”.

Gezond gedrag bevorderen (“health promotion”) gaat verder dan alleen gezondheidsvoorlichting. Gezond gedrag is niet alleen een ‘zaak’ van het individu, dat door meer kennis en betere vaardigheden zijn gezondheidsgerelateerde gedrag aanpast. Het vereist ook veranderingen in de sociale, fysieke en economische omgeving van dat individu die het makkelijker maken zich gezond te gedragen. “Making the healthy choice the easy choice” is een veelgebezigde kreet binnen de gezondheidsbevordering, waarmee wordt verwezen naar het belang van deze omgevingsfactoren.

In dit VTV themarapport leggen we een verbinding tussen de gegevens over leefstijlfactoren bij specifieke bevolkingsgroepen en de beschikbare kennis over gedragsbeïnvloeding uit een sociaal-wetenschappelijke invalshoek. De kennis die in de praktijk van preventie aanwezig is over succes- en faalfactoren moet handvatten bieden bij het opstellen van nieuw beleid. Natuurlijk is gekeken naar nieuwe ontwikkelingen, zoals het nieuwe ZON-programma *Gezond Leven*, dat eind 2000 van start is gegaan. Het begrip ‘gezond leven’ heeft daarin een brede strekking en kent toegevoegde aspecten als geluk, leefbaarheid en kwaliteit van leven.

Voor dit themarapport staan de volgende doelgroepen centraal: jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. De criteria die ten grondslag lagen voor de keuze van deze doelgroepen zijn weergegeven in *tabel 1.1*.

Tabel 1.1: Selectiecriteria voor de keuze van doelgroepen.

Doelgroep	Selectie criterium
Jongeren	Per definitie zijn jongeren een belangrijke doelgroep als het erom gaat gezondheidsproblemen op oudere leeftijd te voorkómen. Het rookgedrag van nu vinden we onder meer terug in de longkankercijfers over 20 jaar. Bij jongeren zien we (VTV-1997) dat een aantal belangrijke leefstijlfactoren zich in ongunstige zin ontwikkelt, wat het belang van selectie van deze groep voor de uitwerking van dit thema onderstreept.
Ouderen	De omvang van de groep 65+ers zal in de komende decennia aanzienlijk sneller toenemen dan die van de algemene bevolking, zoals beschreven in VTV-1997. Uit onderzoek (zie rapportages van het Focal Point Preventie Chronisch Ziekten) is gebleken dat ook bij deze groep nog aanzienlijke gezondheidswinst is te behalen door interventies op leefstijlfactoren, en dat deze winst zeker niet alleen ligt op het terrein van tertiaire preventie (interventies die het beloop van ziekten beïnvloeden).
Personen met een lage sociaal-economische status	Personen uit de lagere sociaal-economische groepen hebben, net als bijvoorbeeld arbeidsongeschikten, werklozen, alleenwonenden, ongetrouwden, sommige groepen allochtonen en dak- en thuislozen, een slechtere gezondheidstoestand dan gemiddeld. In overleg met het ministerie van VWS is besloten de aandacht met name te richten op de personen met een lage SES. Voor deze groep is er sprake van een achterstand in het <i>bereik van de doelgroep</i> bij preventie-activiteiten, resulterend in een lagere doeltreffendheid. Daarnaast blijkt er een duidelijke SES-gradiënt te bestaan voor veel leefgewoonten: lager opgeleiden scoren ongunstiger dan hoger opgeleiden met betrekking tot roken, overmatig alcoholgebruik (bij mannen), consumptie van groenten en fruit en lichaamsbeweging (in de vrije tijd).
Allochtonen	Deze groep zal in omvang relatief veel sneller groeien dan de algemene bevolking. Niveaus van een aantal leefstijlfactoren (roken, lichamelijke activiteit, alcohol- en druggebruik, tandverzorging) zijn bij sommige groepen allochtonen ongunstiger, terwijl het bereik van deze groepen door middel van preventie-activiteiten juist vaak minder is dan in de totale bevolking. Overigens dient opgemerkt dat het steeds moeilijker wordt om de groep allochtonen als één groep te benoemen, gezien de multiculturele samenstelling.

1.2 Vraagstelling

De volgende vragen zijn uitgewerkt in het themarapport:

- Wat zijn de belangrijkste leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid en wat zijn de ontwikkelingen hierin binnen de vier specifieke bevolkingsgroepen? Wat is er momenteel bekend over de achterliggende oorzaken voor bepaald (risico)gedrag (*determinanten van gedrag*)?
- Welk beleid wordt momenteel gevoerd om gezond gedrag bij de specifieke doelgroepen te bevorderen? Wat zijn de effecten van de in de praktijk uitgevoerde interventies en wat zijn de knelpunten voor de doeltreffendheid?
- Wat kan er daadwerkelijk worden gedaan om via leefstijlbeïnvloeding de gezondheidstoestand van specifieke groepen te verbeteren. Welke obstakels moeten worden weggenomen? Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst als het gaat om het beleid ter bevordering van gezond gedrag?

Een belangrijk doel van het rapport is om de verschillende actoren, en met name de overheid, handvatten te geven de doeltreffendheid van gedragsgerichte preventie te ver-

beteren. Daarbij wordt waar mogelijk onderscheid gemaakt naar de vier doelgroepen. De resultaten van dit themarapport zijn bedoeld om ondersteuning te bieden op verschillende fronten, maar met name in de continue beleidsontwikkeling en –evaluatie waarvoor het departement, de lagere overheden en allerlei maatschappelijke organisaties gezamenlijk verantwoordelijk zijn. Zo zijn de resultaten bruikbaar bij het opstellen van de nieuwe nota ‘Public Health’ van het ministerie van VWS, die voor 2002 staat gepland. Daarnaast zullen de uitkomsten gemeenten en andere partijen ondersteunen bij de inbedding van gezond gedrag in het *Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg*. De resultaten kunnen ook als input dienen voor tussentijdse evaluaties van het stimuleringsprogramma *Gezond Leven*. Dit programma loopt in elk geval tot en met 2004 en er zijn tussentijdse evaluatie- en bijsturingmomenten voorzien.

1.3 Afbakening en werkwijze

Dit rapport bestaat uit twee delen. Het voorliggende *deel A* geeft de samenvatting van de belangrijkste bevindingen, terwijl in *deel B* de achtergrondstudies zijn opgenomen die de basis vormen van deze bevindingen.

In *hoofdstuk 2* van *deel A* zijn de belangrijkste bevindingen weergegeven van een uitgebreide beschrijving van het vóórkomen van leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid bij een aantal specifieke groepen: jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal economische status en een aantal allochtone groepen (zie ook *deel B, paragraaf 2.2* en *2.3*). De volgende leefstijlfactoren staan daarin centraal:

- Roken;
- Ongezonde voeding;
- Lichamelijke inactiviteit;
- Overmatig alcoholgebruik;
- Druggebruik;
- Onveilig vrijen;
- Onveilig gedrag in relatie tot privé-, sport- en verkeersongevallen.

De keuze voor deze gedragingen is gebaseerd op de prioriteiten van het ministerie van VWS, de eerdergenoemde BRAVO factoren. Deze factoren staan sterk in de belangstelling van het beleid omdat beïnvloeding van deze determinanten substantiële gezondheidswinst kan opleveren. Een tweede overweging bij de keuze was dat het risicogedrag vaker voorkomt bij tenminste één van de (hier behandelde) specifieke groepen dan in de algemene Nederlandse bevolking (bijvoorbeeld druggebruik bij jongeren en jong volwassenen) en/of bijdraagt aan de gezondheidsverschillen in Nederland. De O van BRAVO, die staat voor ontspanning, was dermate moeilijk te operationaliseren dat we hem niet hebben behandeld in dit rapport.

Per leefstijlfactor is voor de verschillende doelgroepen de huidige situatie en de trends over de afgelopen 10 jaar beschreven, voor zover bekend. Daarbij is steeds een vergelijking gemaakt met de totale Nederlandse bevolking.

Na de beschrijving van de huidige situatie en trends in risicogedrag is het een volgende stap in de richting van doeltreffende interventies om te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. In het tweede deel van *hoofdstuk 2* van *deel A* wordt ingegaan op de huidige kennis rond de (doelgroepspecifieke) *determinanten van gedrag*. Ten behoeve van dit rapport is voor vijf leefstijlfactoren aangegeven welke determinanten van gedrag op basis van Nederlands onderzoek worden genoemd en welke bewijslast er is voor de relatie tussen de determinanten en gedrag(sverandering) op basis van in *Nederland* uitgevoerd interventie-onderzoek (zie *deel B, paragraaf 2.4*).

De volgende stap is om te kijken naar beleid en praktijk. In *hoofdstuk 3* van *deel A* wordt beschreven welk beleid wordt gevoerd dat is gericht op de bevordering van gezond gedrag bij specifieke doelgroepen, en welke interventies daaruit voortvloeien.

Voor het opstellen van de beleidsanalyse is gebruik gemaakt van een zogenaamde beleidsreconstructie en -typering. Dit is een omvattende analyse van de voornemens, uitvoering en effecten van beleid waarbij vooral gebruik wordt gemaakt van secundaire bronnen en aanvullende gesprekken, bedoeld om op systematische wijze zicht te krijgen op de aard van het gevoerde beleid en de effecten ervan.

Voor dit themarapport was het niet mogelijk om een volledig overzicht te geven van alle interventies op het terrein van leefstijl in Nederland. Er is gekozen voor een andere benadering: De effecten van gedragsgerichte interventies en de knelpunten ten aanzien van de doeltreffendheid van interventies in de praktijk zijn beschreven aan de hand van verschillende achtergrondstudies, die zijn opgenomen in *deel B, hoofdstuk 3, 4 en 5* van dit rapport (zie *bijlage 2* voor de lijst met auteurs en peerreviewers). De voorbeelden zijn dusdanig gekozen dat een zo breed mogelijke set van interventies wordt geschetst, en zijn dus per definitie ongelijksoortig van aard: massamediale campagnes worden beschreven naast individuerichte interventies (preventie op maat); specifiek op leefstijlfactoren gerichte interventies staan naast reviews die ingaan op het belang van intersectoraal beleid.

In *hoofdstuk 4* van *deel A* schetsen we een beeld van ontwikkelingen die in de toekomst van invloed zullen of kunnen zijn op het gedrag van specifieke groepen in Nederland en het beleid dat zich ten doel stelt gezond gedrag te bevorderen. Naast sociaal-demografische en epidemiologische ontwikkelingen is er aandacht voor maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij wordt een aantal *mogelijke* toekomstbeelden beschreven, voor een deel afkomstig uit interviews die met een aantal *visionairen* zijn gevoerd, alsmede met enkele *vertegenwoordigers* van doelgroepen (zie *bijlage 3*).

Hoofdstuk 5 sluit *deel A* af met een aantal conclusies en een beschouwing van de hiaten in de kennis. Tevens worden toekomstverwachtingen en verbeterpunten voor het beleid gegeven.

2 HOE GEZOND LEVEN DE SPECIFIEKE GROEPEN?

2.1 Kengetallen rond leefstijl bij de specifieke groepen

We presenteren hier de kengetallen voor een aantal leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid (roken, voeding, lichamelijke activiteit, alcoholgebruik, druggebruik, seksueel gedrag en veiligheid) van de specifieke groepen jongeren, ouderen, personen met een lage sociaal-economische status (SES) en enkele allochtone groepen. In *deel B, paragraaf 2.2* beschrijven we de kengetallen uitgebreid. Per leefstijlfactor is de huidige situatie en de trend over de afgelopen 10 jaar beschreven voor de verschillende doelgroepen, voor zover bekend. Daarbij is steeds een vergelijking gemaakt met de totale Nederlandse bevolking. In *tabel 2.1* is een aantal bevindingen samengevat.

Tabel 2.1 heeft een *vergelijkend* karakter. Als de huidige situatie ten aanzien van een leefstijlfactor als *gunstiger* wordt beoordeeld in vergelijking met de algemene bevolking, kan er nog steeds sprake zijn van een ongewenst hoog niveau van risicodrag. Dit geldt bijvoorbeeld voor het rookgedrag onder de jongeren van 10-19 jaar, dat weliswaar met 27% (in 2000) onder dat van de totale bevolking ligt, maar desondanks een verontrustend hoog percentage is, met name als het wordt uitgesplitst naar 10-14 jarigen (10% rokers) en 15-19 jarigen (44% rokers).

In vergelijking met de andere voor dit themarapport bestudeerde specifieke doelgroepen vertoont de *lage SES-groep* het vaakst ongezond gedrag. Trendgegevens voor de lagere SES-groepen zijn alleen aanwezig voor roken en alcoholgebruik. Terwijl in de totale bevolking het percentage rokers in de afgelopen tien jaar gelijk bleef of iets daalde, is met name in de tweede helft van de jaren negentig sprake van een toename in de prevalentie van roken bij vrouwen in de lagere SES-groepen. Dit heeft geresulteerd in een toename van de sociaal-economische verschillen in rookgedrag bij vrouwen. Het vóórkomen van problematisch alcoholgebruik ligt in de lage SES-groep hoger dan in de hogere SES-groepen, maar is in de afgelopen 10 jaar nauwelijks veranderd. Door een stijging in de hogere SES-groepen zijn de sociaal-economische verschillen kleiner geworden.

Het huidige gedrag van de doelgroep *jongeren* is in een aantal gevallen iets gunstiger (lichamelijke inactiviteit, vetconsumptie) en in andere gevallen ongunstiger (druggebruik, rookgedrag bij de 15-19 jarigen) dan in de algemene bevolking. In de ongunstige trend in leefstijlfactoren in de afgelopen 10 jaar, die al gesignaleerd werd in VTV-1997, is vooralsnog geen verandering opgetreden. Wel laten de cijfers voor roken en druggebruik de laatste vijf jaar een vrij stabiel beeld zien – zij het op een (te) hoog niveau.

Tabel 2.1: Huidige risicogedrag specifieke groepen (in vergelijking met de totale bevolking) en de trend in dit gedrag in het afgelopen decennium.

Paragraaf in deel B	Jongeren	Ouderen	Lage SES	Allochtonen
Roken				
2.2.1 Huidig	Iets gunstiger	Gunstiger	Veel ongunstiger	Gunstiger ^a
2.2.2 Trend	Ongunstig	Geen verandering	Mannen: gunstig, Vrouwen: ongunstig	Onbekend
Lage groente en fruit consumptie				
2.2.3 Huidig	Iets ongunstiger	Gunstiger	Ongunstiger	Gunstiger
2.2.4 Trend	Ongunstig	Gunstig	Onbekend	Onbekend
Hoge (verzadigd) vetinneming				
2.2.3 Huidig	Iets gunstiger	Gunstiger	Ongunstiger	Gunstiger
2.2.4 Trend	Gunstig	Gunstig	Onbekend	Onbekend
Lichamelijke inactiviteit				
2.2.5 Huidig	Gunstiger	Ongunstiger	Ongunstiger	Ongunstiger
2.2.6 Trend	Geen verandering	Gunstig	Geen verandering	Ongunstig^b
Overmatig alcoholgebruik				
2.2.7 Huidig	Iets gunstiger	Gunstiger	Gelijk	Gunstiger
2.2.8 Trend	Erg ongunstig	Geen verandering	Ongunstig	Onbekend
Druggebruik				
2.2.9 Huidig	Veel ongunstiger		Onbekend	Onbekend
2.2.10 Trend	Ongunstig		Onbekend	Onbekend
Onveilig vrijen				
2.2.11 Huidig	Ongunstiger		Ongunstiger	Ongunstiger
2.2.12 Trend	Ongunstig		Onbekend	Onbekend
Ongevallen				
2.2.13 Huidig	Ongunstiger	Ongunstiger	Ongunstiger	Ongunstiger
2.2.14 Trend	Afhankelijk van type ongeval	Ongunstig	Ongunstiger (ernstig letsel)	Onbekend

a) Verschildt per etnische groep (soms juist ongunstiger dan de totale bevolking).

b) Gebaseerd op gegevens over sportdeelname.

De trends bij de doelgroep *ouderen* laten een ander beeld zien. Over het algemeen is het gedrag in deze doelgroep juist gezonder geworden in de afgelopen 10 jaar. Met uitzondering van lichamelijke activiteit en het risicogedrag in relatie tot (privé)ongevallen is het gedrag van ouderen gunstiger dan dat van de totale Nederlandse bevolking.

Informatie over risicogedrag van de doelgroep *allochtonen* is summier beschikbaar. Uit de beschikbare informatie blijkt dat het gedrag voor sommige leefstijlfactoren gunstiger (voeding, roken, alcoholgebruik) en voor andere weer ongunstiger (condoomgebruik) afsteekt ten opzichte van mensen van autochtone afkomst. Daarbij bestaan er grote verschillen tussen verschillende etnische groeperingen. Er is geen inzicht in hoe het gedrag van allochtone groepen zich ontwikkelt, omdat er nauwelijks trendgegevens worden verzameld.

Het vóórkomen van combinaties van risicofactoren

Vanuit een beperkt aantal gegevensbronnen is het mogelijk om te kijken welke risicogedragingen gecombineerd voorkomen. Uit het MORGEN-project van het RIVM blijkt dat de combinatie van twee risicogedragingen bij lager opgeleiden vaker voorkomt dan bij hoog opgeleiden. Zo is het percentage personen dat rookt en inactief is bijna twee maal zo groot bij de laagst opgeleiden als bij de hoogst opgeleiden.

In het algemeen geldt dat het percentage mensen met meervoudig risicogedrag hoger is bij de lager opgeleiden dan bij de hoger opgeleiden. Vooral het gecombineerd voorkomen van roken, inactiviteit en een lage groenten en fruitconsumptie is veel hoger bij de lager opgeleiden dan in de algemene bevolking. Uit gegevens van het CBS (POLS) naar combinaties van risicogedragingen bleek dat ouderen, mannen en de lagere SES-groepen het ongunstigst scoorden.

2.2 Determinanten van gedrag bij de specifieke groepen

Op basis van de beschikbare gegevens hebben we geconstateerd dat er bij de specifieke groepen voor verschillende leefstijlfactoren ongunstige ontwikkelingen optreden. De volgende stap in de richting van doeltreffende interventies is het begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen en wat ervoor nodig is gedrag te veranderen. Er bestaan diverse modellen en theorieën die als doel hebben (gezondheids-)gedrag of verandering daarin te verklaren.

Er is op basis van in Nederland uitgevoerd onderzoek maar heel weinig informatie over de determinanten van voeding, roken, alcohol, seksueel gedrag en lichamelijke inactiviteit bij specifieke groepen. De informatie die er is beperkt zich tot een selecte groep determinanten van gedrag. Hierdoor is het niet mogelijk inzicht te krijgen in de (kwantitatieve) bijdrage van de determinanten van gedrag, zoals die naar voren komen uit theorieën over gedrag en gedragsverandering. Alleen voor roken en alcoholconsumptie

Tabel 2.2: Determinanten van gedrag in de totale bevolking en bij specifieke groepen.

Leefstijlfactor	Bevindingen over determinanten van gedrag ^a
Roken	Eigen effectiviteit, attitudes en uitkomstverwachtingen zijn belangrijke determinanten in de algemene bevolking, en ook bij <i>jongeren</i> . In de <i>lage SES-groepen</i> zijn attitudes van belang bij het stoppen met roken, evenals bekrachtiging (met name financiële beloning).
Voeding	Attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit zijn belangrijke determinanten. Misconceptie blijkt vaak aan de orde: onvoldoende kennis van het eigen voedselconsumptiepatroon. Determinanten bij specifieke groepen niet onderzocht.
Lichamelijk activiteit	Attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit zijn van belang. Dit geldt zowel voor personen in de hogere als in de <i>lagere SES-groepen</i> . Persoonlijkheid en copingstijl verklaren deels de sociaal economische verschillen
Alcoholgebruik	Attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit zijn belangrijke determinanten. Stoppen met drinken is vooral gerelateerd aan een positieve inschatting van de eigen effectiviteit. Bij <i>jongeren</i> is alcoholgebruik gerelateerd aan affectieve factoren, gewoonten, en omgevingsfactoren. Voor <i>allochtone jongeren</i> zijn naast omgevingsfactoren ook negatieve uitkomstverwachtingen determinanten van alcoholgebruik. Verschillen tussen hoge en <i>lage SES-groepen</i> worden deels verklaard door materiële omstandigheden en sociale steun.
Veilig vrijen	Gerelateerd aan attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit. Bij <i>jongeren</i> hangt het feitelijk condoomgebruik vooral samen met gewoonten. Personen in de <i>lagere SES-groepen</i> hebben vaker negatieve attitudes en uitkomstverwachtingen en negatieve intenties ten aanzien van condoomgebruik dan personen uit de hogere SES-groepen.

a) Zie voor verklaring van de termen *deel B, paragraaf 2.4* en *bijlage 6*.

onder jongeren is een aantal determinanten onderzocht. Op basis van de beperkte beschikbare informatie kunnen we slechts voorzichtig concluderen dat determinanten van gedrag verschillen per doelgroep en per leefstijlfactor. *Tabel 2.2* geeft een kort overzicht van de onderzoeken in algemene termen. Voor de specifieke operationaliserings verwijzen we naar *deel B, paragraaf 2.4*.

Uit de tabel blijkt dat de persoonlijke houding ten aanzien van het gedrag, de sociale omgeving en de mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te veranderen belangrijke determinanten van gedrag zijn. Echter, andere determinanten (zoals de invloed van culturele factoren en gewoonten) zijn zelden onderzocht in Nederland. Welke determinant het meest belangrijk is kunnen we uit het huidige onderzoek dan ook niet afleiden. Op basis van de (inter)nationale literatuur is weliswaar aannemelijk te maken dat determinanten van gedrag verschillen voor verschillende doelgroepen. Zo verschillen de overwegingen die bij jongeren spelen om bepaald gedrag te vertonen van die bij ouderen, en spelen er bij allochtonen bepaalde culturele factoren een belangrijke rol. Echter, de empirische bewijslast is op dit moment nog onvoldoende.

2.3 Conclusies ten aanzien van de leefstijlfactoren en de determinanten van gedrag bij specifieke groepen

Het lijkt gerechtvaardigd om – ondanks de beperkt beschikbare gegevens – te concluderen dat van de in themarapport bestudeerde specifieke doelgroepen de *lage SES-groep* de meeste aandacht verdient. Zowel het vóórkomen van specifieke risicofactoren als het vóórkomen van meerdere risicofactoren tegelijkertijd is het hoogste in deze groep.

Echter, ook de *jongeren* zijn de volle aandacht van het beleid waard omdat de ontwikkelingen in leefstijl in deze doelgroep de laatste tien jaar ongunstig waren en de prevalenties van risicofactoren aanhoudend op een hoog niveau blijven.

Het is niet goed mogelijk om een goed overzicht te krijgen van de leefstijl van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. Vooral voor *allochtonen* en mensen uit de *lagere SES-groepen* ontbreken (trend)gegevens. Leefstijlgegevens worden in de verschillende registraties op een niet uniforme manier verzameld en gerapporteerd. Dat maakt de gegevens over leefstijl onderling moeilijk vergelijkbaar.

Attitudes (de houding ten aanzien van het gedrag), de sociale omgeving en de mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te veranderen blijken bij de specifieke groepen belangrijke determinanten van gedrag op basis van de beschikbare gegevens uit Nederlandse studies. Doelgroepspecifieke informatie, afkomstig uit in Nederland uitgevoerd onderzoek, over andere determinanten van gedrag is nog grotendeels afwezig.

Er komt een groeiende hoeveelheid gegevens over determinanten van gedrag beschikbaar, afkomstig uit internationale (interventie)studies, maar bij dergelijk onderzoek is de context van groot belang. Daarbij kunnen we denken aan de sociale, de politieke, de economische en de culturele context. De contexten kunnen verschillen per land en daarom zijn bevindingen uit buitenlands onderzoek vaak niet te extrapoleren naar de Nederlandse situatie.

Welke determinanten van gedrag bij specifieke doelgroepen het meest belangrijk zijn kan op basis van de hier beschreven informatie niet worden afgeleid. Daardoor is nu ook niet vast te stellen op welke determinanten bij welke groepen het meest succesvol kan worden geïntervenieerd.

3 GEZOND GEDRAG IN BELEID EN PRAKTIJK

3.1 Inleiding

In *hoofdstuk 2* hebben we beschreven hoe gezond of ongezond de verschillende doelgroepen leven, en welke determinanten van gedrag mogelijkheden bieden voor interventies. Maar welke beleidsinstrumenten worden er ingezet ter bevordering van een gezonde leefstijl bij specifieke doelgroepen en welke interventies worden uitgevoerd in de praktijk? De belangrijkste bevindingen van de voor dit themarapport uitgevoerde beleidsanalyse geven we in *paragraaf 3.2*. De effecten van gedragsgerichte interventies en de knelpunten ten aanzien van de doeltreffendheid van interventies in de praktijk worden samengevat in *paragraaf 3.3*. Daarbij maken we gebruik gemaakt van de bevindingen, die naar voren komen uit een aantal achtergrondstudies (zie *deel B, hoofdstuk 3, 4 en 5*).

3.2 Beleid gericht op de bevordering van gezond gedrag

Het voorgenomen gezondheidsbeleid komt jaarlijks aan de orde in de *Zorgnota*. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren diverse beleidsnota's verschenen op het terrein van leefstijlfactoren, zoals *Veilig thuis* (preventie van ongevallen in de privé-sfeer; VWS, 1997), *Nederland goed gevoed?* (VWS, 1998), de *Alcoholnota* (VWS, 2000a) en de nota *Sport, bewegen en gezondheid* (VWS, 2001a).

In de beleidsagenda 2001 van het ministerie van VWS zijn de hoofdlijnen van het gezondheidsbeleid aangegeven voor de nabije toekomst. Voor het eerst sinds jaren zijn daarin enkele streefcijfers genoemd, allen op het terrein van leefstijl en gedrag (zie *tabel 3.1*). Helaas zijn de streefcijfers niet uitgesplitst naar de voor dit themarapport relevante doelgroepen.

De streefcijfers zijn ambitieus. Een afname van het aantal rokers van 34% naar 28% in 4 jaar zou betekenen dat, op een totaal van ruim vier miljoen rokers in Nederland, het aantal rokers met circa een half miljoen moet afnemen. Als het percentage probleemdrinkers¹ in Nederland van 9% in 2000 zou dalen naar maximaal 8% in 2004 komt dit neer op een vermindering van het aantal probleemdrinkers met 120.000. In de beleidsagenda voor 2002 wordt voortgebouwd op de in 2001 gepresenteerde streefcijfers (VWS,

¹ Probleemdrinker: sprake van een combinatie van alcoholgerelateerde problematiek (lichamelijk, sociaal of psychisch) en excessief drinken. Op grond van recent onderzoek wordt geschat dat circa 9% van de bevolking van 16 jaar en ouder (ruim 1,1 miljoen personen) probleemdrinker is (mannen: ca. 15%; vrouwen: ca. 3%).

Tabel 3.1: Streefcijfers op het terrein van gezond gedrag (Bron: VWS, 2000b).

	Stand van zaken (2000)	Streefcijfer (jaar)
Roken	34%	28% (2004)
Voldoende bewegen	30%	40% (2004)
Consumptie verzadigd vet (en%)	14%	12% (2002)
Probleemdrinkers	9%	8% (2004)
Veilig vrijen	73%	77% (2002)
Ongevallen (aantal)	1,1 mln	1,1 mln (2002)

2001b). Daarin wordt met name ingegaan op de verdere concretisering en uitvoering van beleidsvoornemens op het terrein van tabak, alcohol en lichamelijke activiteit. In de nota *Sport, bewegen en gezondheid* (VWS, 2001a) is het streefcijfer voor bewegen nader geconcretiseerd, waarbij rekening wordt gehouden met de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (voor volwassenen: minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen op tenminste vijf dagen van de week). Naast de bevordering van *normactiviteit* en het tegengaan van bewegingsarmoede is er ook een kwantitatieve doelstelling voor kennisvermeerdering bij de burgers en voor de verbetering van de bereikbaarheid van sport-, recreatie- en groenvoorzieningen.

Om het beleid te beschrijven hebben we aangesloten bij een veelgebruikte indeling van beleid van Van der Doelen (1993). Hij onderscheidt zes beleidsinstrumenten, onderverdeeld in twee categorieën: *stimulerend* en *repressief* (zie tabel 3.2). Stimulerende beleidsinstrumenten kunnen worden ingezet om gezondheidsbevorderende of beschermende factoren te stimuleren. Repressieve instrumenten dienen om gezondheids-schadende of bedreigende factoren te voorkomen of terug te dringen.

Het in kaart brengen van het beleid door middel van een *beleidsreconstructie* en *-typering* is voor dit rapport uitgevoerd voor roken, bewegen, voeding, alcohol- en druggebruik. Voor veiligheid en seksueel gedrag zijn geen uitgebreide beleidsanalyses uitgevoerd. De beleidsanalyses hebben we uitgebreid beschreven in separate rapportages. Tabel 3.3 geeft een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit deze achtergrond-rapporten. De analyses van het beleid en de aansluiting van de interventies op het beleid maken een aantal zaken duidelijk, die we hierna kort bespreken:

Tabel 3.2: Indeling van beleidsinstrumenten (Van der Doelen, 1993).

	Stimulerend	Repressief
Communicatief	Voorlichting	Propaganda
Economisch	Subsidie	Heffing
Juridisch	Overeenkomst	Gebod, verbod

Tabel 3.3: Belangrijkste uitkomsten van beleidsanalyses op bewegen, roken, alcoholconsumptie, voedingsconsumptie en druggebruik.

Leefstijlfactor	Karakterisering van het beleid	Ontwikkelingen in het beleid	Aansluiting beleid op interventies in de praktijk	Effecten van interventies
Bewegen	<ul style="list-style-type: none"> Voornamelijk inzet communicatieve beleidsinstrumenten (voortlichting). Gericht op totale bevolking en specifiek op jongeren en ouderen. 	<ul style="list-style-type: none"> Sinds 1974 is gezondheid als belangrijk positief gevolg van sport erkend. Groeiende, maar nog steeds relatief geringe aandacht voor beleid gericht op omgevingsfactoren (bereikbaarheid sportvoorzieningen, inrichting woonomgeving etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> De in het beleid gestelde doelen zijn in circa de helft van de gevallen terug te vinden in de vorm van interventies. Er zijn nauwelijks interventies gericht op lage SES-groepen en allochtonen. 	<ul style="list-style-type: none"> Betrekkelijk weinig effecten bekend op niveau van bewegen en fitheid, (wel bij ouderen, zie <i>deel B, paragraaf 4.1</i>). Bij jongeren voornamelijk effecten op attitude.
Roken	<ul style="list-style-type: none"> Diverse beleidsinstrumenten gebruikt, maar terughoudendheid wat betreft juridische instrumenten. Nieuwe Tabakswet is met name gericht op beïnvloeding van beschikbaarheid van rookwaar. 	<ul style="list-style-type: none"> In het verleden vooral gericht op 'de roker'; het laatste decennium steeds meer aandacht voor de groep jongeren, en nog recentier: psychiatrische patiënten, mensen met een lage SES en 'intermediaire' doelgroepen (horeca-ondernemers). Verschuiving van voornamelijk communicatief naar meer aandacht voor economische instrumenten en (sinds Tabakswet 1990) ook juridische elementen. 	<ul style="list-style-type: none"> Roken krijgt ruime aandacht in leefstijlinterventies; nieuwe methoden ontwikkeld: advies op maat; Minimale Interventie Strategie (MIS). Interventies gericht op jongeren en op volwassenen. Nauwelijks specifieke activiteiten gericht op lage SES-groepen. 	<ul style="list-style-type: none"> Effecten op gedrag zijn beperkt. Met name het economisch instrument (accijnsverhoging) lijkt kansrijk, mits de verhoging fors is, en Europees wordt doorgevoerd. Effectiviteit van 'ontbreikbaar' maken van rookwaar staat ter discussie.
Alcoholconsumptie	<ul style="list-style-type: none"> Meersporenbeleid, waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende beleidsinstrumenten. Juridische maatregelen beschreven in Drank- en Horecawet. 	<ul style="list-style-type: none"> Vanaf eind jaren zeventig zijn er bij regionale instellingen voor ambulante verslavingszorg preventieafdelingen gereëerd, die zich met voorlichting gingen bezighouden (aan met name intermediairs). Vanaf 1986 zijn deze afdelingen zich ook gaan bezighouden met voorlichting aan het algemene publiek. Eind 2000 aanscherping van de Drank- en Horecawet die de beschikbaarheid verder aan banden legt. 	<ul style="list-style-type: none"> Ambitieuze kwantitatieve doelstelling wordt niet gevolgd door intensivering van de ondersteuning van communicatieve beleidsactiviteiten. Bij de veelal impopulaire maatregelen moet voortdurend een evenwicht gevonden worden tussen gezondheidsbelang en draagvlak in de samenleving. 	<ul style="list-style-type: none"> Bereik van Alcohol Voortlichtingsplan is groot. Interventies via school zijn in principe effectief, mits ondersteund door omgevingsgerichte activiteiten. Wet- en regelgeving (en handhaving daarvan) heeft belangrijk preventief effect op alcohol in het verkeer.

Tabel 3.3: *vervolg*

Leefstijlfactor	Karakterisering van het beleid	Ontwikkelingen in het beleid	Aansluiting beleid op interventies in de praktijk	Effecten van interventies
Voeding	<ul style="list-style-type: none"> • Beleid is met name gericht op de algemene bevolking, maar ook op jongeren, ouderen, lage SES en allochtonen. • Voornamelijk gebruik gemaakt van het communicatieve instrument (voorlichting). • Hieronder valt ook de kennisoverdracht via het onderwijs en de informatie-overdracht via verpakkingen en etiketten. • Beleid meestal gericht op 'persoonsgebonden' factoren en minder vaak op 'omgevingsgebonden' factoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanaf 1983 wordt in de beleidsnota's het belang van een gezonde voeding duidelijk onderstreept. • Doelen en doelstellingen in toenemende mate concreet geformuleerd. • Vanaf 1994 naast terugdringen van vetconsumptie ook doelstelling geformuleerd met betrekking tot verhoging groente- en fruitconsumptie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Overheidsbeleid geeft aan zich te willen richten op jongeren, ouderen, lage SES en allochtonen. Interventies echter voornamelijk gericht op algemene bevolking. • Langzame tendens richting doelgroepspecifieke activiteiten. • Interventies slechts beperkt gericht op omgevingsfactoren (uitzondering vormt de Stuurgroep Goede Voeding: samenwerking met de voedingsindustrie). 	<ul style="list-style-type: none"> • De effecten van de grote massamediale campagnes op gedrag zijn gering; <i>misconceptions</i> zijn op een aantal punten zelfs toegenomen. • Wel gunstige effecten van samenwerking met de industrie.
Drugebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Primair gericht op vermindering van vraag, daarnaast op vermindering van aanbod. • Weinig economische instrumenten gebruikt in verband met illegaliteit van handel. • Handhaving juridische maatregelen overtreft de communicatieve maatregelen wat betreft middelen en inspanningen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tot 1996 terughoudendheid t.a.v. grootschalige voorlichtingscampagnes (vrees voor experimenteelgedrag). Sindsdien veel aandacht voor de benadering van de primaire doelgroep (<i>jongeren</i>) via scholen en andere settings. • Toegenomen aandacht voor ondersteunende activiteiten (monitoring, informatievoorziening). • Toegenomen aandacht voor legalisering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een belangrijk deel van het totale budget voor drugspreventie wordt gebruikt voor interventies, gericht op het verminderen van de vraag naar drugs. Dit sluit dus aan op het primaire doel van het overheidsbeleid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting heeft positief bijgedragen aan vergroten van de kennis over drugs en druggebruik, het veranderen van de houding ten opzichte van drugs en het aanleren van vaardigheden. • Weinig bewijs dat de activiteiten uiteindelijk effect hebben op de gebruikscijfers (wel op 'veiligheid van gebruik').

Gezond gedrag vereist een breed instrumentarium

Er zijn diverse beleidsinstrumenten van belang bij de bevordering van gezond gedrag. In toenemende mate wordt er ook naar gestreefd om meer instrumenten tegelijkertijd in te zetten, ook omdat de doeltreffendheid van een combinatie van verschillende instrumenten is aangetoond. Het in te zetten ‘instrumentarium’ is niet voor iedere leefstijlfactor en specifieke doelgroep gelijk.

Alleen voor roken, veiligheid en alcoholgebruik worden de verschillende beschikbare instrumenten redelijk benut, al zijn er op het niveau van de *ondersteuning* van gedragsverandering nog tal van mogelijkheden die te weinig worden gebruikt. Het belang van een *meersporenbeleid* lijkt breed te worden erkend en is in dit rapport geïllustreerd aan de hand van de review over *tabaksgebruik onder jongeren* (zie *deel B, paragraaf 3.1*).

Aandacht voor specifieke groepen vaak niet doorvertaald

In het beleid van het ministerie van VWS wordt het belang aangegeven van aandacht voor specifieke doelgroepen. Deze specifieke aandacht wordt onvoldoende teruggevonden in specifieke interventies. Met name de lagere SES-groepen en allochtonen zijn in de afgelopen jaren minder intensief benaderd dan we zouden mogen verwachten. Met name voor die leefstijlfactoren die bij deze specifieke groepen op een ongunstiger niveau liggen dan in de algemene bevolking (voor de lage SES-groepen zijn dat bijna alle BRAVO-factoren). Uitzonderingen op deze bevinding zijn de op allochtonen gerichte interventies door middel van voorlichting in de eigen taal en cultuur (VETC; zie *deel B, paragraaf 4.5 en 4.6*).

Matige aansluiting tussen overheidsbeleid en de (lokale) praktijk van leefstijlinterventies

Uit de beleidsanalyse komt naar voren dat de leefstijlinterventies die in de praktijk worden uitgevoerd slechts matig aansluiten op het overheidsbeleid. Voor een deel kan dit worden toegeschreven aan het feit dat (tot voor kort) kwantitatieve beleidsdoelen voor leefstijlfactoren ontbraken. Maar wat belangrijker lijkt: de prioriteiten die landelijke en lokale overheden stellen voor gezondheidsbevordering zijn vaak niet met elkaar in overeenstemming. Er bestaat een spanning tussen enerzijds het belang dat op landelijk niveau aan gezond gedrag wordt gehecht en anderzijds de prioriteit die op lokaal niveau vaak wordt gegeven aan onderwerpen als *leefbaarheid* en *welzijn*. Deze spanning, vaak het gevolg van politieke keuzes, vormt een knelpunt dat door tal van casussen wordt geïllustreerd (zie onder andere *deel B, paragraaf 3.5*).

Intersectoraal beleid nog vrij onzichtbaar

Bepaalde vormen van beleid komen slechts moeizaam tot stand. Dit geldt met name voor het intersectorale beleid, het beleid waarbij over de schutting van het eigen terrein moet worden gekeken. Het schoolgezondheidsbeleid, dat er vooral op gericht is gezond gedrag onder *jongeren* te bevorderen, is een sprekend voorbeeld van intersectoraal beleid (zie *deel B, paragraaf 3.3*).

Evaluatie van interventies blijft een probleem

Interventies in de praktijk evalueren komt vaak in het gedrang door onvoldoende financiële middelen en de daarmee vaak samenhangende krappe tijdsplanning. Met de komst van de ZonMw preventieprogramma's is weliswaar een stap in de goede richting gezet, maar het merendeel van de preventieactiviteiten wordt nog steeds onvoldoende of niet geëvalueerd. Dit was ook één van de conclusies uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van het toezicht op de naleving van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Volgens die wet is de gemeente verplicht bij te dragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting. De kwaliteit van voorlichtingsprogramma's bleek voor verbetering vatbaar. Vaak ontbreekt bij de start van een interventie voldoende inzicht in de achtergronden van gedrag en de behoeften en wensen van de doelgroep. Kleinschaligheid en versnippering van aandachtsgebieden verkleinen de mogelijkheden voor grondige analyse en effectevaluatie. Geconcludeerd werd dat gezondheidsvoorlichting een duidelijker aansturing behoeft vanuit de directies van de GGD en dat er behoefte is aan een meer centrale coördinatie van preventieprogramma's waarin GGD'en kunnen participeren (IGZ, 2000).

In een analyse van massamediale leefstijlcampagnes, uitgevoerd in opdracht van ZON (2001), werd onder andere geconcludeerd dat het niet altijd duidelijk is welke doelstellingen met deze leefstijlcampagnes nagestreefd worden. Dit maakt het moeilijk uitspraken te doen over de doeltreffendheid van de campagnes. Campagnes zoals *Nederland in beweging* en de *Vrij veilig* campagne blijken een belangrijke functie te vervullen bij het bewerkstelligen van agendasetting en kennisvermeerdering, en ter versterking van lokale en regionale activiteiten. Er zijn, ook internationaal, onvoldoende studies beschikbaar met een voldoende sterk design om iets duidelijk te kunnen zeggen over de doeltreffendheid van de campagnes op gedrag en gezondheid (ZON, 2001). Dit heeft veel te maken met de (financiële) randvoorwaarden voor de campagnes. Projecten waarin een langere termijn planning wordt voorgesteld, worden vaak slechts ten dele gefinancierd.

3.3 Succes- en faalfactoren van interventies

In de vorige paragraaf is met name gekeken naar het gevoerde beleid, en de aansluiting tussen beleid en de in de praktijk uitgevoerde interventies. In *deel B* van dit rapport hebben we in de *hoofdstukken 3, 4 en 5* casussen en korte reviews opgenomen die een overzicht geven van wat de gedragsgerichte preventieactiviteiten te bieden hebben. *Tabel 3.4* geeft een samenvatting van belangrijke succes- en faalfactoren die per specifieke doelgroep uit de genoemde achtergrondstudies naar voren komen. Een aantal succes- en faalfactoren is niet direct toewijsbaar aan een specifieke doelgroep, en is onder het kopje *algemeen* geplaatst.

Uit *tabel 3.4* komt een aantal bevindingen naar voren, die soms doelgroepspecifiek, soms doelgroepoverstijgend zijn. Deze worden hierna benoemd:

Tabel 3.4: Samenvatting van belangrijke succes- en faalfactoren van de voor dit rapport beschreven interventies, gericht op gezond gedrag bij specifieke groepen.

Doelgroep	Succes- en faalfactoren	Vindplaats in deel B
Jongeren	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Combinatie</i> van interventies is nodig voor doeltreffendheid (voorlichting in combinatie met bijvoorbeeld reclameverbod of regelgeving voor productveiligheid). * Sector onderwijs en sector gezondheid hebben verschillende <i>agenda's</i> zodat implementatie van werkzame interventies onvoldoende tot stand komt. * Een belangrijke stimulus tot continuïteit in een schoolgezondheidsbeleid op het terrein van gezond gedrag is concrete <i>feedback</i> over de resultaten op de deelnemende scholen. * Schoolgerichte interventies op middelengebruik hebben groter effect als de interventie zich niet beperkt tot één middel, zich niet beperkt tot kennisoverdracht, en gebruik maakt van leefrijdgenoten of '<i>peers</i>'. * Structurele inbedding van interventies gericht op veiligheid vereist dat naast draagvlak en intersectorale samenwerking voldoende <i>financiën en capaciteit</i> beschikbaar zijn. * Interventies waar naast persoonlijke voorlichting de doelgroep <i>actief</i> in veiligheidsprojecten betrokken wordt zijn succesvol (doelgroep ondervindt het belang van veilig gedrag aan den lijve). Ze zijn echter ook arbeidsintensief, dus kostbaar. 	<p><i>par. 3.1; 4.8</i></p> <p><i>par. 3.2</i></p> <p><i>par. 3.2</i></p> <p><i>par. 3.5</i></p> <p><i>par. 4.8</i></p> <p><i>par. 4.9</i></p>
Ouderen	<ul style="list-style-type: none"> * Aansluiten op de determinanten van bewegen (<i>steun</i> uit de omgeving, de mate waarin een persoon <i>zich in staat acht</i> het gedrag te veranderen en <i>ervaren</i> fitheid), <i>continuïteit</i> en de <i>deskundigheid</i> van begeleiders bepalen het succes van bewegingsprogramma's. * Succesfactoren voor lokale veiligheidsprojecten zijn een <i>planmatige en gefaseerde aanpak</i> met heldere <i>doelen</i> voor alle participanten, structurele <i>inbedding</i> in het lokale beleid en regelmatige <i>terugkoppeling</i> van voortgang en resultaten. * De <i>structuur</i> rond gezondheidsbevordering (versnipperd, verkokerd: zorg, welzijn, preventie) bemoeilijkt de inbedding en samenwerking. De soms lage <i>organisatiegraad</i> van de groep ouderen geeft weinig mogelijkheden om aan te sluiten bij bestaande netwerken. 	<p><i>par. 4.1</i></p> <p><i>par. 4.2; 4.3</i></p> <p><i>par. 4.2; 4.3</i></p>

Tabel 3.4: *vervolg*

Doelgroep	Succes- en faalfactoren	Vindplaats in deel B
Lage SES-groepen	<ul style="list-style-type: none"> * De wijkgerichte aanpak is een methode om personen met een lage SES te bereiken, maar het op de agenda krijgen van 'gezond gedrag' mislukt vaak omdat onvoldoende tijd beschikbaar is voor het creëren van draagvlak bij politici, participerende organisaties en de bewoners. * In community-projecten gericht op lage SES-groepen zijn management, draagvlak, lokale context en externe factoren voorwaarden voor succes. <i>Draagvlak</i> creëren is het best haalbaar, de <i>managementcapaciteit</i> (nodig om samenwerking in stand te houden) is vaak een beperkende factor. 	<p><i>par. 3.4</i></p> <p><i>par. 4.4</i></p>
Allochtonen	<ul style="list-style-type: none"> * Bij voorlichtingsprogramma's in eigen taal en cultuur hangt het succes van de interventie af de mate waarin erin wordt geslaagd de <i>uitvoeringsvorm</i> en de <i>inhoud</i> van de boodschap <i>af te stemmen</i> op de specifieke subgroep (bijvoorbeeld Aids-voorlichting in Turkse koffiehuizen). * Een belangrijk (intermediair) resultaat bij het inzetten van voorlichtsters in de eigen taal in de eerstelijnsgezondheidszorg is de verbeterde <i>communicatie</i> tussen patiënt en (huis)arts. Er is over en weer meer begrip, en dat bevordert de doeltreffendheid van interventies. * Bij het gebruik van migrantenvoorlichters is de <i>aansluiting</i> tussen de voorlichter en de doelgroep bepalend voor het resultaat. Zo bleek een vrouwelijke voorlichtster minder resultaat te boeken bij Turkse mannen dan bij Turkse vrouwen. 	<p><i>par. 4.5</i></p> <p><i>par. 4.6</i></p> <p><i>par. 4.6</i></p>
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> * Programma's gericht op gezondheidsbevordering op de werkplek zijn succesvol als een <i>integrale</i> benadering wordt gevolgd (dus niet voor iedere leefstijlfactor een aparte activiteit) en als er een <i>balans</i> bestaat tussen veranderingen in de omgeving en veranderingen in individueel gedrag. * Door in massamediale campagnes (zoals de stoppen-met-rokencampagnes) rekening te houden met de mediakoude en met de inhoud van de campagne kunnen ook lagere SES-groepen goed bereikt worden. De doeltreffendheid van campagnes neemt toe als er tegelijkertijd met de media-aandacht adequate <i>ondersteuningsmiddelen</i> beschikbaar zijn (informatielijnen, cursussen, individuele voorlichting op maat, farmacologische ondersteuning). * Het Advies-op-maat kan zo goed mogelijk afgestemd worden op persoonlijke kenmerken van de voor te lichten persoon en verhoogd daarmee de kans op succes. Het <i>automatiseren</i> van de voorlichtingsboodschap maakt preventie op maat goedkoper. De individuele benadering slaat goed aan bij de groepen met een lagere opleiding. 	<p><i>par. 3.3</i></p> <p><i>par. 4.7</i></p> <p><i>par. 5.2</i></p>

Boodschap op maat werkt

In de praktijk van de gedragsgerichte gezondheidsbevordering zijn veelbelovende ontwikkelingen zichtbaar. Steeds meer wordt gebruik gemaakt van technieken en principes die deels met name geschikt zijn voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld voorlichters eigen taal en cultuur). Voor een ander deel zijn deze technieken en principes – zoals preventie op maat en publiek-private samenwerking – ook bruikbaar of toepasbaar voor diverse doelgroepen. Centraal in deze methodieken staat het *maatwerk*. Met interventies die op de doelgroep zijn toegesneden worden goede resultaten geboekt, mits er een *klimaat* en *randvoorwaarden* zijn die gedragsveranderingen mogelijk maken.

Iedere doelgroep heeft zijn eigen ‘wensen’, als het gaat om gedragsgerichte interventies. Zo is het met name voor de doelgroep *ouderen* van belang dat er een stabiele omgeving wordt gecreëerd om voor hen de stap naar gedragsverandering en –behoud mogelijk te maken. De doelgroep *allochtonen* wordt het best bereikt in de eigen taal, door vertegenwoordigers van de eigen cultuur (VETC). *Jongeren* vereisen een benadering die het best aansluit bij de eigen, dynamische, dus zeer snel veranderende leefwereld, en die hen voldoende keuzevrijheid geeft.

Door de keuze van de meest geschikte media en door rekening te houden met de inhoud van de boodschap zijn ook de *lagere SES-groepen* goed te bereiken. Het is gebleken dat *preventie op maat* ook goed aanslaat in deze doelgroep.

Participatie is van belang tijdens het hele proces

Participatie van de doelgroep en relevante actoren tijdens alle fasen van een interventieproject is een belangrijke succesfactor voor doeltreffendheid. Het bewerkstelligen van participatie in het gehele proces kost tijd, met name in de voorbereidingsfase, en is arbeidsintensief. Het is echter essentieel voor het behouden van draagvlak in de doelgroep en bij intermediairs. Daarnaast kan het bijdragen aan *empowerment* van de doelgroep, wat als een belangrijke intermediair effect wordt beschouwd richting gezond gedrag.

‘*Laat zien wat werkt!*’ Regelmatige terugkoppeling van voortgang en resultaten van het project bevordert het draagvlak. Dit vereist een goede monitoring van (*intermediaire*) effecten van interventies.

Gezond gedrag vraagt om een cocktail van interventies

Voor elk van de doelgroepen die in dit rapport worden besproken geldt dat een *samenhangende* set van interventies het meest doeltreffend is bij de bevordering van gezond gedrag. Naast structurele (wet- en regelgevende) maatregelen heeft gezondheidsvoorlichting daarin een belangrijke plek. Verandering van gedrag vergt langdurige inspanningen, waarbij ook de omgevingsfactoren moeten worden beïnvloed die van belang zijn voor gedragsverandering en –behoud. De betrokkenheid van de doelgroep moet door een gevarieerd aanbod van activiteiten worden gewaarborgd. Daarbij moeten de mogelijkheden voor publiek-private samenwerking beter worden benut.

Met intersectorale samenwerking staat preventie sterker

Intersectorale samenwerking is een van de belangrijkste succesfactoren voor doel-

treffende interventies. Het creëert nieuwe mogelijkheden om de boodschap onder de aandacht van de doelgroepen te brengen, maar minstens zo belangrijk is de mogelijkheid die intersectorale samenwerking biedt om de omgevingsfactoren te beïnvloeden die van belang zijn voor gedragsverandering en –behoud.

Als een vaste lokale structuur met voldoende managementcapaciteit voor samenwerking ontbreekt zijn er bij elk project opnieuw aanzienlijk investeringen in tijd en geld nodig om een beginsituatie te verkrijgen waarbinnen gedragsverandering mogelijk is bij doelgroep en intermediairs. De gemeente kan een aanjaagfunctie vervullen bij samenwerkingsverbanden tussen overheid, private en maatschappelijke sectoren. We denken dan aan samenwerkingsverbanden die erop gericht zijn mensen de faciliteiten te bieden om gezond te leven.

3.4 Conclusies over het beleid en de interventies gericht op gezond gedrag

De analyse van het beleid en van de interventies gericht op gezond gedrag in de praktijk laat een aantal conclusies toe, maar roept tegelijkertijd tal van nieuwe vragen en discussiepunten op. Een aantal opmerkingen is op zijn plaats. Bij de beschrijving van het *beleid* bleek het erg moeilijk om een goed beeld te krijgen van het beleid van belangrijke actoren in het veld buiten de centrale overheid. Om het overheidsbeleid te beschrijven is namelijk een aantal belangrijke hulpbronnen beschikbaar (zoals *Opmaat*, waarin alle officiële publicaties van het Koninkrijk der Nederlanden zijn opgenomen). Dit soort bronnen ontbreekt voor andere actoren.

We hebben geen volledig beeld geschetst van alle gedragsgerichte *interventies* die in Nederland plaatsvinden. Dat was ook niet de bedoeling van dit rapport. De uitgewerkte praktijkvoorbeelden waren bedoeld om een beschrijving te geven van de diverse methodieken en principes die binnen de gezondheidsbevordering worden gebruikt. Uit de succes- en faalfactoren kunnen beleidsmakers *handvatten* destilleren, die bruikbaar zijn bij het voorbereiden van nieuw beleid. Door de aanpak die we gekozen hebben zijn er voor de interventies twee typen *bevindingen* te onderscheiden:

- *Wetenschappelijke* bevindingen, afkomstig uit evaluatieonderzoek dat is uitgevoerd in Nederland of in het buitenland;
- Bevindingen, gebaseerd op *praktijkervaringen* binnen verschillende projecten in Nederland, die ook tijdens discussies in breder verband als belangrijke bevindingen werden aangemerkt.

Beide typen bevindingen zijn belangrijk voor beleidsvorming. Ze kunnen een onderbouwing geven van keuzes voor specifieke interventiestrategieën en tevens verbeterpunten voor het beleid aangeven.

Uit de beleidsanalyse komt naar voren dat de aansluiting van de uitgevoerde leefstijlinterventies op het overheidsbeleid matig is. Het uit elkaar lopen van prioriteiten op het terrein van gezondheid tussen landelijke en lokale overheden lijkt daarvoor een belang-

rijke reden. Dit is zonder twijfel één van de belangrijkste uitdagingen voor de spelers in het veld van gedragsgerichte preventie: Hoe krijg je ‘leefstijl’ op de agenda? En dan niet alleen op de agenda van de doelgroep, maar zeker ook op de agenda van de (lokale) politiek en van *intermediairs*.

Het *facetbeleid* is tot nu toe hoofdzakelijk gericht geweest op *bescherming* van de volksgezondheid tegen gezondheidsbedreigingen (Van der Lucht & Verkleij, 2001). Facetbeleid en *intersectorale samenwerking* bieden echter zeker ook kansen voor *gezondheidsbevordering*. Veel van de gesignaleerde problemen ten aanzien van gezond gedrag hangen onderling samen en er is een groot aantal beleidssectoren aan te merken die mogelijkheden hebben om deze determinanten te beïnvloeden. Volksgezondheid kan meehelpen om maatschappelijke problemen in andere sectoren op te lossen, en omgekeerd kunnen andere beleidssectoren helpen om gezondheidsproblemen op te lossen. De volksgezondheidssector zou zich ‘klantgericht’ moeten opstellen richting intermediairs en doelgroep, dat wil zeggen aansturen op win-win situaties voor alle partijen. Wederzijdse win-win situaties liggen bijvoorbeeld rond het terugdringen van werkloosheid, armoedebestrijding en de verkleining van uitval uit het onderwijs (RVZ, 2000).

In de (lokale) praktijk van gedragsgerichte interventies is vaak sprake van een gebrek aan randvoorwaarden, met name aan financiële middelen en personele capaciteit. Hierdoor wordt bij projecten vaak bezuinigd op het ontwikkel- en evaluatietraject, en wordt er relatief weinig aandacht besteed aan specifieke doelgroepen. Slechts een verwaarloosbaar deel van de landelijk en lokaal uitgevoerde interventies wordt geëvalueerd. Dit heeft tot gevolg dat in Nederland betrekkelijk weinig kennis is opgebouwd over doeltreffendheid en doelmatigheid van gedragsgerichte interventies.

Uit de wel geëvalueerde interventies komt naar voren dat als gedragsgerichte interventies zoveel mogelijk op de doelgroep worden toegesneden, dit tot aangetoond goede resultaten leidt. *Individueel maatwerk* verhoogt de doeltreffendheid van interventies en heeft als belangrijke meerwaarde dat het ook effectief is in de moeilijk bereikbare *lage SES-groep*. Naast de afstemming op de individuele behoeften is met name voor de doelgroep *ouderen* het creëren van een stabiele omgeving van belang.

Zowel uit de literatuur als uit de bevindingen in de praktijk blijkt dat gedragsgerichte interventies via de scholen en de werkplek in principe winstgevend zijn. De doeltreffendheid van programma’s is gebaat bij een *samenhangende* set van interventies, die zich op zowel het individu als de omgeving richten. Interventies via school en werkplek zouden veel meer door middel van *participatie* (intensieve samenwerking tussen interventieontwikkelaars, uitvoerders, onderzoekers en doelgroep) tot stand moeten komen. Dan kunnen de interventiedoelen en uitkomstmaten optimaal worden afgestemd en kan worden voorkomen dat onrealistische, en dus onhaalbare, doelen worden gesteld.

Bij interventies met een community- of wijkgerichte benadering nemen *participatie* en *empowerment* een centrale plaats in. Werken volgens deze principes vereist een hoge mate van flexibiliteit bij de uitvoering en heeft consequenties voor de manier van den-

ken en handelen van beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers (Keijsers & Vaandrager, 2000). Het ontwikkelen van participatie en empowerment is een zaak van *lange adem*. Om doeltreffend te zijn, moet participatie ingebed zijn in een brede, integrale benadering van gezondheid. In een overzichtsstudie in het kader van het VTV themarapport *Gezondheid in de grote steden* zijn 890 projecten bestudeerd (Witte, 2001), waaronder ook een groot aantal dat gebruik maakte van de wijkgerichte benadering. Gezond gedrag projecten en gezonde omgeving projecten lijken vaak strikt gescheiden. Blijkbaar is het besef dat gezond gedrag en een gezonde omgeving sterk samenhangt nog geen 'common sense'. Zo is gebleken dat de wijk waarin men woont de kansen beïnvloedt die men heeft om een gezond leven te leiden. In een omgeving waarin de ongezonde leefwijzen de overhand hebben, is het veel moeilijker om als individu wél gezond gedrag te vertonen (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Het grootste knelpunt om concrete uitkomsten op het niveau van leefstijlfactoren te bereiken met de *community*-benadering, is het gebrek aan *tijd* en *continuïteit*. Dit geldt echter ook voor projecten die de doelgroep op een andere wijze benaderen (bijvoorbeeld via school of werkplek). Een eenmaal op gang gebracht proces van participatie met de doelgroep en samenwerking met diverse actoren (sectoren) vergt voortdurende begeleiding, tussentijdse bijsturing en (waar nodig) ook bijstelling van doelen. Het vraagt bovendien om een breed structureel draagvlak onder de actoren, met name van de politiek en de financierende partij.

4 GEZOND GEDRAG IN DE TOEKOMST

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van ontwikkelingen die in de toekomst van invloed zullen of kunnen zijn op gezond gedrag van specifieke groepen in Nederland. En we gaan in op het beleid dat zich ten doel stelt dat gezonde gedrag te bevorderen. In *paragraaf 4.2* geven we een aantal sociaal-demografische en epidemiologische ontwikkelingen weer, dat inzicht geeft in de omvang van de doelgroepen die in dit rapport worden beschreven en in mogelijke ontwikkelingen in leefstijlfactoren. In *paragraaf 4.3* gaan we in op maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij een aantal *mogelijke* toekomstbeelden wordt beschreven. Die toekomstbeelden zijn voor een deel afkomstig uit de interviews (zie *hoofdstuk 1* en *bijlage 3*).

4.2 Sociaal-demografische en epidemiologische ontwikkelingen

In het Sociaal en cultureel rapport 2000 (SCP, 2000) wordt gesteld dat Nederland er in EU-verband uitspringt door zijn bevolkingsdichtheid en zijn bevolkingsgroei. Deze bevolkingsgroei bedroeg in de jaren negentig 6,4%. De relatief sterke groei wordt veroorzaakt door de combinatie van een nog steeds hoog geboortecijfer en een matig hoge immigratie. Het hoge geboortecijfer berust op de leeftijdsopbouw van onze bevolking, met relatief veel vrouwen in de vruchtbare leeftijd. De hoge immigratie wordt in de jaren negentig in West- en Noord-Europa vooral bepaald door asielmigranten. De EU kreeg in relatie tot haar bevolkingsomvang tweemaal zo veel asiolverzoeken te verwerken als de Verenigde Staten; Nederland kreeg er op zijn beurt weer tweemaal zo veel als de hele EU. De EU als geheel vertoont, ondanks de immigratie, een bijna stabiele bevolking. Op de lange termijn wordt voor de landen van de EU een *afname* van de omvang van de bevolking verwacht als er geen compensatie optreedt door immigratie.

In de VTV-1997 is op basis van prognoses van het CBS geschat dat in de periode 1995 tot 2015 de totale bevolking van Nederland met 8% zal groeien. Een aantal bevolkingsgroepen zal echter veel sterker groeien. Zo wordt geschat dat het aantal *allochtonen* met 85% zal groeien, en het aantal *65-plussers* met 43%. Van de in dit rapport behandelde specifieke groepen vormt de groep met een lage opleiding een uitzondering. Deze zal dalen met 33%. De onzekerheidsmarges rondom deze schattingen zijn ruim, met name rondom het aantal allochtonen (Mackenbach & Verkleij, 1997).

Jongeren en jong volwassenen (tot 25 jaar) vormen samen 30% van de bevolking in Nederland. Ongeveer één generatie eerder (rond 1970) maakten zij nog bijna de helft van de bevolking uit. De daling van het aandeel 0- tot 25 jarigen die zich tussen 1970 en 2000 voordeed, zal zich volgens het CBS niet in dezelfde mate voortzetten. Zowel in 2025 als in 2050 zal (volgens de middenvariant van de bevolkingsprognose) 29% van

de bevolking jonger dan 25 jaar zijn (CBS, 2001). Onder de bevolking tot 25 jaar is het aandeel allochtonen een stuk hoger dan onder de bevolking als geheel, namelijk één op de vijf. Twee derde van hen behoort tot de niet-westerse allochtonen.

De *vergrijzing* is zowel bij mannen als vrouwen overduidelijk. De leeftijdsgroepen boven de 39 jaar nemen alle in omvang toe tussen 1996 en 2015, met name de groep 55-tot 70-jarigen, die van circa 20 naar 28% stijgt. De leeftijdsgroep van 25 tot 40 jaar, die in 1996 meer dan een derde deel uitmaakt van alle 25- tot 84-jarigen, vormt in 2015 nog maar een kwart van deze groep (Joung et al., 2001).

In de komende 15 jaar zal het opleidingsniveau in Nederland sterk verbeteren. De verbetering doet zich voor bij mannen, maar in nog sterkere mate bij vrouwen. Deze ontwikkeling is met name sterk in de oudere leeftijdsgroepen. In 1996 had 54% van de 70-74 jarigen alleen basisonderwijs, in 2015 zal dat percentage 23% bedragen (Joung et al., 2001). In de periode tussen 1996 en 2001 is het percentage huishoudens met een laag inkomen met bijna een derde verminderd (van 16% naar 11%) (SCP, 2001a). Of deze daling zich in de komende jaren zal voortzetten is moeilijk te voorspellen.

Twee derde van de bevolkingsgroei in de komende tien jaar in Nederland komt voor rekening van de groei van het aantal niet-westerse allochtonen (zie *tabel 4.1*). De bevolking van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst zal tussen 2000 en 2010 toenemen van circa 1 miljoen naar bijna 1,3 miljoen, een stijging met zo'n 30% (tegen circa 3% voor de totale bevolking). Voor de bevolking afkomstig uit 'overige niet-westerse' landen is de verwachte toename in dezelfde periode beduidend hoger (boven de 60%). Het percentage 65-plussers in deze groep is laag (momenteel zo'n 2%), zodat er een remmend effect optreedt op de vergrijzing (Alders, 2001). Dat neemt niet weg dat het absolute aantal allochtone ouderen in 2010 al aanzienlijk zal zijn, circa 400.000.

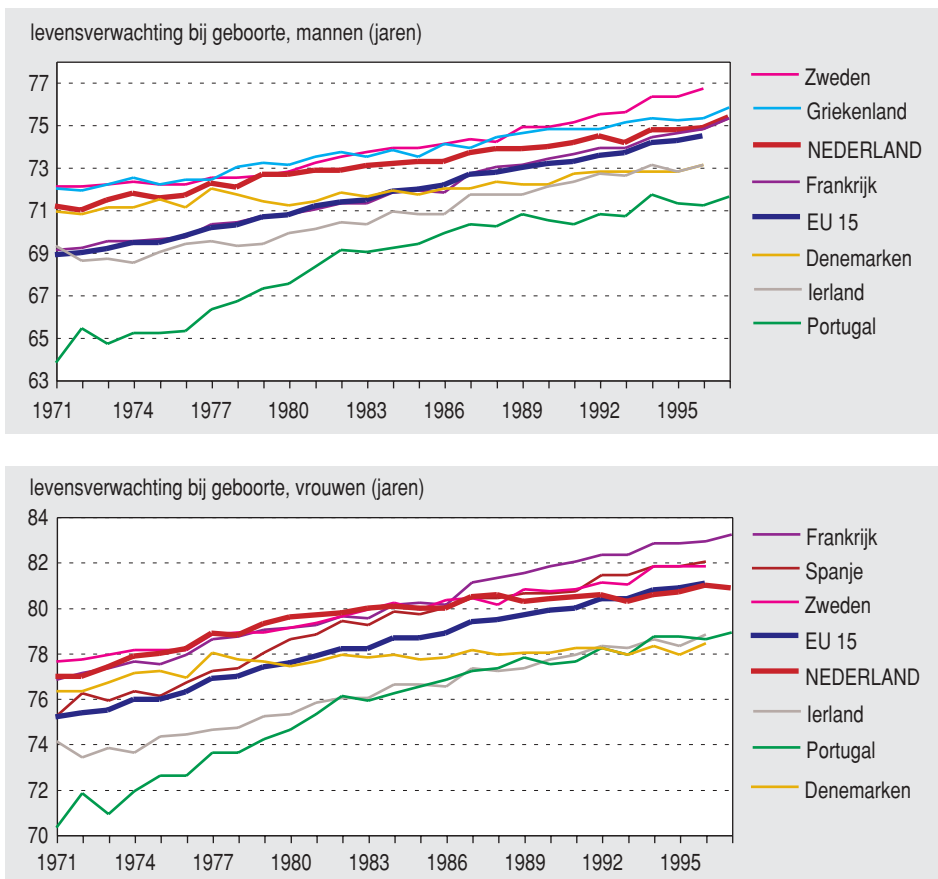
Op grond van de vergrijzing van de bevolking wordt tot 2015 een aanzienlijke toename van de prevalentie van gezondheidsproblemen verwacht. Deze toename wordt enigszins

Tabel 4.1: Prognose van het aantal niet-westerse allochtonen in Nederland (x 1.000)(Bron: Alders, 2001).

Land van herkomst	2000	2010	Toename in %
Turkije	309	381	23
Marokko	262	359	37
Suriname	303	344	14
Nederlandse Antillen en Aruba	107	176	64
Afrika	151	263	74
Azië	226	425	88
Latijns-Amerika	51	86	69
1e generatie	900	1.200	30
2e generatie	500	800	60
Totaal	1.400	2.000	43

versterkt door de verwachte veranderingen in de samenstelling van de bevolking naar burgerlijke staat (afname van het aantal gehuwde personen) en naar etnische achtergrond. Doordat het opleidingsniveau van de bevolking naar verwachting toeneemt, zou het leeftijdseffect bij mannen ten dele en bij vrouwen grotendeels of zelfs geheel teniet gedaan worden (Joung et al., 2001).

Verkenningen op het niveau van leefstijlfactoren zijn er vaak op gebaseerd dat epidemiologische trends uit het verleden worden doorgetrokken, waarbij rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen. Een betrouwbaarder toekomstverkenning is een complexe zaak, en vergt een nauwkeurige analyse van sociaal-culturele en economische factoren die van invloed kunnen zijn op de leefstijl van de bevolking (zie paragraaf 4.2). Zo bleek uit een internationale vergelijking van volksgezondheid en zorg dat de stijging van de levensverwachting in Nederland stagneert in vergelijking met omliggende landen (zie figuur 4.1). Dit geldt vooral voor vrouwen, die de laatste 15 jaar van vrijwel een koppositie in de EU tot in de middenmoot zijn afgezakt. Hiermee treedt Nederland in het voetspoor van Denemarken. Daar stagneerde de groei van de



Figuur 4.1: Levensverwachting voor mannen en vrouwen bij de geboorte in een selectie van landen (Bron: Health for All database, 2000).

levensverwachting al eind jaren tachtig. De analyse wees op roken als oorzakelijke factor, maar duidde daarnaast een complex van factoren aan die samenhangen met een toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt en de adoptie van een meer ‘mannelijke’ leefstijl in het algemeen. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het traditionele verschil in levensverwachting van mannen en vrouwen steeds kleiner wordt (Van der Wilk et al., 2001).

Als we de epidemiologische trends in leefstijlfactoren, zoals samengevat in *hoofdstuk 2* (voor uitgebreide beschrijving zie *deel B, hoofdstuk 2*) doortrekken, zijn er met name voor de doelgroep *jongeren* verontrustende toekomstverwachtingen. Die gelden in feite voor alle onderzochte leefstijlfactoren, met uitzondering van de inneming van verzadigd vet. Voor de doelgroep *ouderen* zijn de verwachtingen redelijk gunstig wat betreft lichamelijk inactiviteit en voeding. Voor de groepen met een *lagere sociaal-economische status* zijn nauwelijks toekomstverwachtingen te geven, omdat trendgegevens ontbreken. Alleen voor roken en overmatig alcoholgebruik zijn er toekomstverwachtingen mogelijk. Voor overmatig alcoholgebruik zijn deze ongunstig voor mannen. Gezien de trends in roken bij vrouwen in de lagere SES-groepen is ook daar de verwachting voor de toekomst minder gunstig. Er ontbreken eveneens voldoende epidemiologische trendgegevens om toekomstverwachtingen te geven voor *allochtonen*.

4.3 Maatschappelijke ontwikkelingen

Sociaal-culturele en economische ontwikkelingen kunnen in de komende jaren een belangrijke rol spelen bij het richting geven aan gezondheidsbevorderende activiteiten. De afgelopen tien jaar heeft Nederland een voorspoedige economische ontwikkeling doorgemaakt. In de eerste helft van 2001 nam de economische groei echter sterk af, en het CPB verwacht dat deze afname langer duurt dan eerder werd vermoed. Na de terroristische aanslagen in de VS op 11 september 2001 zijn de verwachtingen voor de komende jaren onzeker, en zijn de prognoses naar beneden bijgesteld (CPB, 2001).

De sociaal-culturele ontwikkelingen worden tweejaarlijks uitgebreid beschreven in het Sociaal-cultureel rapport van het SCP. In dit hoofdstuk gaan we in op twee relevante issues, die in relatie staan tot gedragsbeïnvloeding van (subgroepen van) de bevolking:

- In *paragraaf 4.3.1* bespreken we de rol die de landelijke en lokale overheden in de toekomst (mogelijk gaan) spelen bij de bevordering van gezond gedrag;
- In *paragraaf 4.3.2* stellen we de ethische conflicten aan de orde, die spelen rond de beïnvloeding door de overheid van het gedrag van haar burgers.

4.3.1 Overheid en gezond gedrag

Voor het thema gezond gedrag en de rol die de (rijks)overheid daarin speelt, is het interessant om even te kijken naar de *Verkenningen* op een vijftal beleidsterreinen, die in augustus 2001 door de minister-president naar de Kamer zijn gestuurd.

Tekstbox 4.1: Bedreven en gedreven. Een heroriëntatie op de rol van de Rijksoverheid in de samenleving (SCP, 2001b)

Een van de belangrijkste elementen bij de bezinning op de verhouding tussen overheid en samenleving is de uitgesproken wens van de burger naar een effectieve en efficiënte overheid, maar tegelijkertijd ook een overheid die hem persoonlijk zo min mogelijk in de weg staat. Een bescheiden en toch bedrijvige en bedreven overheid. In de tweede plaats gaat het om de mogelijkheden om stijl en functioneren van het openbaar bestuur beter in overeenstemming te brengen met de beleidsbehoeften zoals die op de verschillende terreinen van verantwoordelijkheid van de overheid gevoeld worden.

De overheid is een partij tussen andere partijen die de maakbaarheid van de samenleving in het vaandel hebben. De overheid is wel een bijzondere partij, omdat zij op een aantal terreinen een in wetgeving vastgelegd monopolie van maakbaarheid heeft, bijvoorbeeld waar het de handhaving van rust en orde betreft. De overheid heeft in veel andere situaties bovendien een bijzondere rol bin-

nen de samenleving om geregeld op te treden in het algemeen belang. Dat betekent dat de overheid ook gelegitimeerd is de samenleving als 'makelbaar' te zien, dat wil zeggen, politieke keuzes om te zetten in het *richting* en *ruimte* geven aan maatschappelijke partners, bijvoorbeeld waar het de verzorging van het onderwijs of het bieden van zorg betreft.

In de meeste gevallen zal de overheid niet meer zelf optreden als de uitvoerder van beleid, maar een grote mate van vrijheid laten aan partijen in het veld, die zich actief richten op het waarnemen van de belangen van individuele burgers en de gemeenschap als geheel.

Niettemin zal de overheid gehouden zijn de *richting* van de beleidsontwikkelingen aan te geven en *rekenschap* te vragen aan de partijen in het veld. Waar dat op grond van de behaalde *resultaten* nodig lijkt, zal de overheid de *ruimte* van de partijen kunnen beperken en nieuwe keuzes kunnen maken.

Tekstbox 4.2: Zorg met toekomst. Een verkenning in de zorg (VWS, 2001d)

De welvaarts groei in de afgelopen decennia heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het proces van toenemende individualisering in onze samenleving. Het SCP beschrijft individualisering als het nog altijd voortgaande proces van verminderende afhankelijkheid van het individu en van toenemende keuzevrijheid bij de inrichting van het eigen leven. Dankzij de toegenomen welvaart zijn burgers ook beter in staat deze keuzevrijheid in te vullen. Individualisering en welvaart scheppen ook ruimte voor een grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers in de gezondheidszorg. Dit kan zowel de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid betreffen als een financiële verantwoordelijkheid.

De welvaartsontwikkeling heeft zowel positieve als negatieve effecten op het gezond gedrag (meer geld voor gevarieerde voeding en een veiliger auto, maar ook meer geld voor sigaretten, drank, meer risicovolle sporten). De mondige burger wil ruimte voor eigen keuzes en wil op basis van adequate informatie goede keuzes maken. Het betreft hier echter zeer uiteenlopende, complexe keuzes.

De trend van individualisering impliceert dat de burger de overheid noch de kerk of enig andere gezagsdrager aanvaardt als 'moraalridder'. De burger bepaalt zelf wat hij goed vindt voor zichzelf en voor zijn kinderen (zolang zij hun ouders als gezagsdragers accepteren). Hoewel de over-

heid zich met een beleid gericht op 'verleiding en ontmoediging' ("*making the healthy choice the easy choice*") niet nadrukkelijk met normen en waarden presenteert, ligt er wel degelijk een paternalistische overweging aan ten grondslag. Een dergelijk beleid zal in sommige gevallen op weinig weerstand stuiten (sporten op de werkplek, geen sigarettenverkoop aan de jonge jeugd), in andere gevallen kan dat moeilijker liggen (snelheidsbegrenzers, minder decibellen in het café, supplementen aan voedingsmiddelen). Daarnaast stuit het ook op andere grenzen. De industriële belangen van tabaksfabrikanten, bierbrouwers, horeca en voedingsmiddelenbedrijven bij de bestaande, deels ongezoneerde situaties, zijn groot. Naast het 'verleiden en ontmoedigen' kan ook met dwang en drang worden geprobeerd een gedragsverandering tot stand te brengen. Hiermee is - uitgezonderd in een klein deel van de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg - weinig ervaring. Dwang en drang is in de zorg maatschappelijk nauwelijks aanvaard.

De medisch technologische ontwikkelingen maken het in toenemende mate mogelijk om de consequenties van minder gezonde leefgewoonten, zoals een verhoogd cholesterolgehalte of verhoogde bloeddruk door roken of overgewicht, 'chemisch' te compenseren. Zodoende zullen in de toekomst de uitgaven in de gezondheidszorg nog sterker verbonden kunnen raken met de con-

sequenties van minder gezonde leefgewoonten. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot een maatschappelijk oordeel van 'eigen schuld, dikke bult'. Dat geldt voor de gezondheidsconsequenties van

minder gezonde levensgewoonten, maar mogelijk ook voor bepaalde minder gunstige sociaal economische kenmerken (zoals werkloosheid e.d.).

De verkenningen, zoals opgesteld door het SCP (zie *tekstbox 4.1*) en VWS (zie *tekstbox 4.2*) sluiten in belangrijke mate aan op de uitkomsten van interviews die in het kader van de toekomstverkenning van dit themarapport zijn gehouden (zie *hoofdstuk 1* en *bijlage 3*). De belangrijkste opmerkingen over de rol van de overheid zijn weergegeven in *tabel 4.2*.

Tabel 4.2: Opmerkingen uit de interviews over de rol van de overheid bij de bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.

Opmerkingen^a

- De rol van de overheid is momenteel groot, en zal ook in de nabije toekomst nog aanzienlijk zijn. De zelfsturende burger is nog ver weg. De overheid moet omschakelen van 'betuttelaar' in 'voorwaardenschepper'. Voorwaarde scheppen is richting burger een 'onzichtbare' activiteit, dus Postbus 51 blijft belangrijk als een zichtbare activiteit, met een duidelijke functie, namelijk het wegwijzen waar de burger zijn informatie en dergelijke vandaan kan halen. Massamediale communicatie 'schetst' de mogelijkheden en heeft een 'verleidende' taak (G. Geursen).
- Veel van de *allochtonen* in Nederland zijn zeer geïnteresseerd in gezondheid, en hebben sterke behoefte aan een duidelijke, heldere, en vooral eenduidige boodschap. Daar zou de overheid (huisarts) een belangrijke rol in kunnen spelen (A. Bhola).
- Gezondheid speelt in grote mate bij de *ouderen*. Er is een grote behoefte aan betrouwbare voorlichting over gezond gedrag. De rol van de overheid daarin is duidelijk. Men zit niet te wachten op algemene boodschappen, maar op *voorlichting op maat* (A. Scheepens).
- De overheid wordt meer als *bevoogdend* ervaren naarmate de burger meer waarde hecht aan vrijheid en autonomie. Tegelijkertijd probeert de burger zich 'in te dekken' (verzekeren) tegen de mogelijke consequenties van risicogedrag. De acceptatie van opgedrongen preventie neemt af, maar de burger accepteert wel 'aanbiedingen' (burger in de rol van 'klant'). De overheid zal anders in de samenleving komen te staan, en krijgt krachtiger actoren om zich heen, bijvoorbeeld de verzekeraars (H. Saan).
- Een goede gezondheid was en is nog steeds een van de belangrijkste 'wensen' in Nederland. Ten aanzien van de gezond gedrag boodschap is wel de vraag of de overheid daar *zelf* een actieve rol in moet spelen, of dat moet overlaten aan 'het veld'. Dat gebeurt nu al in belangrijke mate, maar de voor het grote publiek beeldvormende Postbus-51-spots hebben wel duidelijk het stempel 'Informatie van de Rijksoverheid' (P. Schnabel).
- De *zorgzame overheid* ('*vadertje staat*'), die betrokkenheid toont bij de gezondheid van zijn burgers wordt door veel *allochtonen* op prijs gesteld. De aversie tegen Postbus-51-spots valt binnen deze doelgroep wel mee. De autoriteit van politici, artsen en 'rolmodellen' (mits het gerespecteerde figuren betreft) is in de Marokkaanse gemeenschap nog vrij groot (S. El Kandoussi).
- Stop met Postbus 51! Het werkt - op de manier zoals het nu gebeurt - eerder averechts dan ondersteunend. De drammerige, door sommigen als manipulerend ervaren boodschappen zijn truttig en paternalistisch (W. de Haes).
- Er is eigenlijk maar één mogelijk element van 'goed leven' dat voortdurend onder de aandacht wordt gebracht, namelijk de waarde van *gezondheid*. Dit versterkt het beeld dat het goede leven in de eerste plaats een gezond leven is. De overheid moet mensen in staat te stellen om *zelf* te kiezen voor een 'goed leven'. Door de toegenomen kennis over risicofactoren, genetica etc. is *empowerment* van de burger noodzakelijk. Dit om onderscheid te leren maken welke informatie over gezondheidsrisico's meer of minder belangrijk is, op basis van wat je meer of minder waardevol in het leven vindt (M. Verweij).

^a In *bijlage 3* staat een lijst van geïnterviewde personen, alsmede de achtergrond.

De interviews, en ook de verkenningen van SCP en VWS maken duidelijk dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de overheid als het erom gaat te waken over de betrouwbaarheid, helderheid en eenduidigheid van boodschappen over gezond gedrag (*informatiemanagement*). Op landelijk en lokaal niveau zal de overheid - zo is de verwachting - de massamedia blijven benutten om mensen de weg te wijzen binnen de gezondheidszorg en om mensen te *verleiden* gebruik te maken van de beschikbare diensten. De schijnbare tegenstrijdigheid in de opvattingen over de Postbus 51-spots maakt duidelijk dat iedere doelgroep zijn eigen wijze van benadering vergt. Opvallend is dat met name de doelgroepen *ouderen* en *allochtonen* (zowel jongeren als ouderen) de overheid nog steeds een aanzienlijke autoriteit toedichten.

Naast een waakfunctie (*rekenschap*) wordt van de overheid verwacht dat ze door samen te werken met andere actoren in het veld, de voorwaarden (*ruimte*) schept voor maatschappelijke ontwikkelingen waarin de burger beter in staat wordt gesteld om *bewust* te kiezen voor een bepaalde leefstijl. De mondige burger zal in toenemende mate als *klant* worden benaderd, en de bevoogdende ‘berichten van de Rijksoverheid’ zullen plaats maken voor boodschappen die minder op de *massa* zijn gericht, maar die *preventie op maat* beogen voor de individuele burger.

Deze schaalverkleining moet ook door de overige actoren (zoals de verzekeraars) worden ondersteund om tot een volwaardig aanbod van gezondheidsbevorderende activiteiten te komen. Het nieuwe paradigma voor de samenleving is een burger die steeds meer zijn omgeving naar ‘eigen wens’ in wil delen. Men wil bijvoorbeeld de koelkast naar eigen wens indelen en vullen, en de nieuwe auto opbouwen uit de voor de persoon meest gewenste modules. Het valt te verwachten dat in de nabije toekomst ook gezondheidszorg, en dus ook preventie, meer ‘op maat’ moet worden aangeboden. Dat kan alleen als de burger goed geïnformeerd is en wanneer de beschikbare preventieve diensten voor iedereen toegankelijk zijn.

4.3.2 Bevorderen gezond gedrag: ethisch verantwoord?

Bij bevordering van gezond gedrag spelen twee doelen door elkaar. Allereerst het doel ‘Gezond leven’, maar daarnaast ook de doelstelling om mensen in staat te stellen keuzes te maken. Al lijken deze doelen in eerste oogopslag in elkaars verlengde te liggen, er is wel degelijk een spanning tussen, met name als bij het eerste doel methoden worden gebruikt die erop zijn gericht om het gedrag van de bevolking te *beïnvloeden*. Dit staat haaks op de vrijheid van keuze, zoals die in de tweede doelstelling wordt nagestreefd.

Door het wegvallen van referentiepunten van vroeger, zoals kerk en gezin/familie, is er nog maar weinig publieke discussie over wat nu waardevol is in het leven. Mensen moeten *actief* op zoek naar hun levenswaarden en doelen. Een probleem (in ethisch opzicht) is dat *gezondheid* een van de weinige waarden is die publiekelijk sterk wordt benadrukt door de overheid, door deskundigen enzovoort. Andere elementen die naast gezondheid de waarden in het leven bepalen (zoals vrijheid, geluk, solidariteit) krijgen minder expliciete publieke aandacht, wat het maken van afgewogen keuzes kan bemoeilijken.

De bevolking krijgt een immense hoeveelheid informatie over zich uitgestort. Deze informatie moeten de mensen kunnen schiften; *informatiemanagement* is van groot belang. De overheid zou moeten bewaken dat het totale pakket aan informatie redelijk ‘afgewogen’ is, en de burger ondersteunt bij het maken van keuzen. Dit betekent dat de overheid wel degelijk *gekleurde* boodschappen de wereld in mag sturen, zolang ze bedoeld zijn om een zeker tegenwicht te bieden aan *gekleurde* informatie die vanuit andere hoeken (bijvoorbeeld vanuit de commercie) op de samenleving wordt losgelaten. Het moet echter te allen tijde duidelijk zijn dat die boodschappen gekleurd zijn en het doel hebben om mensen in staat te stellen afgewogen keuzes te maken (Verweij, 1999).

Door de voortschrijdende kennis over (determinanten van) gezondheid komt het individu voor steeds meer keuzes te staan. De interactie tussen leefstijl en de genetische aanleg om bepaalde ziekten te krijgen levert individuele keuzes op, die steeds complexer worden. Zo is er het probleem van het ‘wel of niet willen weten’: soms kunnen mensen om een ‘goed leven’ te hebben beter niet alle risico’s kennen die zij gedurende hun leven lopen op bepaalde ziekten. Met behulp van de kennis en aangeleerde vaardigheden - dat zijn de mogelijkheden om met behulp van de kennis die ze hebben *doelen* te stellen in hun leven - moeten de mensen het gevoel krijgen dat ze meer greep krijgen op hun leven (autonomie). Dit vergt ondersteuning, gericht op *empowerment*. Dit gevoel van autonomie is een doel, en niet louter een middel om tot gezond gedrag te komen.

Informatie zou zich met name moeten richten op de ‘achterstandsgroepen’ (*lagere SES-groepen, allochtonen*), gezien de achterstand in kennis en vaardigheden die deze groepen vaak hebben opgelopen. Daarbij moet worden gewaakt voor ‘overkill’ aan informatie, want dat levert een averechts effect op, namelijk nog meer onzekerheid.

Naast kennis overbrengen moet er ook op worden ingezet *kritische reflectie* aan te leren, en bij elk programma moet nagedacht worden over de vraag of de informatie die wordt overgedragen ook bijdraagt aan de ‘doelen’ in het kader van *goed leven*, zoals die een rol spelen in de doelgroep (Verweij & Van den Hoven, 2001).

Een belangrijke vraag die ons - zo is de verwachting - in toenemende mate gaat bezighouden is: “Is gezond leven ook goed leven?” Je zou de vraag ook andersom kunnen stellen: “Is goed leven ook gezond?”. Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden, en valt ook niet direct binnen de vraagstelling van dit themarapport. Hij verwoordt echter wel de kritiek die er vanuit verschillende hoeken wordt geuit, namelijk dat in de discussies over gezond gedrag te weinig aandacht is voor het belang van ‘goed leven’, en dat geluk niet valt af te meten aan de mate waarin iemand zijn leven op een *risicoarme* manier invult.

Gezondheid is een begrip dat afhankelijk is van de persoonlijke beleving van iemand, diens fysieke conditie en de ruimte die er in de fysieke en sociale omgeving is om gezond te leven en zich gezond te voelen. Gezondheidsbeleving heeft veel te maken met begrippen als welbevinden en geluk. Mensen voelen zich op hun best als ze hun dagelijks leven als uitdaging beleven om er al hun capaciteiten en talenten op in te zetten (zie *deel B, paragraaf 5.5*).

Bij de brede definitie van gezondheid stelt *gezondheidsbevordering* zich ten doel dat mensen in onze samenleving zich kunnen ontplooien en ten volle kunnen profiteren en genieten van de kwaliteit van hun leven waaraan ze zelf in belangrijke mate een invulling hebben kunnen geven. Mensen en groepen die rapporteren dat ze zich goed voelen of gelukkig zijn, genieten ook meer gezonde levensjaren (zie *deel B, paragraaf 5.5*). Gelukkige mensen kunnen en zullen vaker kiezen voor een gezonde leefstijl, niet uit angst maar als kans.

4.3.3 Gezond gedrag heeft de toekomst

In de interviews die in het kader van dit themarapport zijn gevoerd, zijn nog verschillende andere toekomstbeelden naar voren gekomen over hoe je gezond gedrag kunt bevorderen. In *tabel 4.3* hebben we deze kort samengevat.

Preventie zal in de toekomst meer op maat aangeboden worden. Het aanbieden van *preventie op maat* behoeft een brede aanpak. De gezondheidssector kan dat niet alleen. In de toekomst zal daarom meer samengewerkt gaan worden met andere sectoren. Daarbij gaat het om de commerciële sector, private organisaties, belangengroepen, culturele voorzieningen (*info-tainment*), de lokale overheid, enzovoort. Gezamenlijk kan dan gewerkt worden aan het aan het verkopen van ‘het gezond leven’ in de vorm van individueel maatwerk. Nieuwe media kunnen daarin ondersteunen, evenals strategieën uit de marketing. Enerzijds om de doelgroepen beter te leren kennen en anderzijds om producten beter onder de doelgroep te kunnen verspreiden.

4.4 Conclusies over de toekomst van gezond gedrag

Op basis van de huidige epidemiologische trends in leefstijlfactoren, voor zover die bekend zijn, valt niet te verwachten dat er op de korte termijn een gunstige ontwikkeling in het risicogedrag van jongeren, personen in de *lagere SES-groepen* en *allochtonen* zal optreden. Toch is er een aantal ontwikkelingen te verwachten binnen de gezondheidsbevordering die mogelijk voor een kentering kunnen zorgen. Het steeds meer *op maat* aanbieden van preventie kan een belangrijke nieuwe impuls geven aan gezondheidsbevordering. De burger wil in toenemende mate zelf kunnen kiezen welke *produkten* hij gaat gebruiken uit het brede aanbod. Het bewaken van het aanbod, en het creëren van optimale randvoorwaarden blijft een overheidstaak, die het echter alleen in samenwerking met de relevante actoren kan uitvoeren. Partners voor samenwerking lijken er voldoende, en door het gebruik van nieuwe (andere) media kan het bereik van zogenaamd ‘moeilijk bereikbare’ doelgroepen worden verbeterd.

Tabel 4.3: Opmerkingen uit de interviews ten aanzien van toekomstverwachtingen over de bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.

Opmerkingen^a

- De grootste bedreiging voor de toekomst van bevordering van gezond gedrag is het *ongeduld* bij VWS en ZonMw. Men hanteert vaak de verkeerde normen, en heeft daarmee ook verkeerde verwachtingen. Dit geeft teleurstellingen over het ontbreken van de ‘magic bullet’. ‘Tijd’ (het gebrek eraan) is dus de belangrijkste bedreiging. Wie geen tijd heeft, is snel teleurgesteld in health promotion. Politici hebben geen tijd, onderzoekers hebben zeer beperkte tijd, en dat zijn nou net belangrijke partners voor de mensen in het veld van gezondheidsbevordering (H. Saan).
- Gezondheidsbevordering wordt deel van andere gehelen: samenwerken met andere sectoren die gedeelde belangen hebben. Dit vereist creatief denken over de samenwerkingsverbanden, met duidelijke begrenzing tot waar je wilt gaan. Door samen te gaan met partners, kun je creatieve koppelingen (*belevingsweldens*) maken, die aanspreken bij specifieke doelgroepen (vergelijk het voor jongeren aansprekende “Nike-town”). Gezond leven kun je *marketen*, en producten zouden meer “prefab” moeten zijn, afgestemd op de wensen van de klant. Vergelijk bijvoorbeeld de ‘historische’ krop sla met de nu veel populairdere voorverpakte “mixed salads” (G.Geursen).
- Coalities met private organisaties hebben de toekomst. Het bereiken van belangrijke doelgroepen via bijvoorbeeld vrouwenbladen of de Allerhande biedt absoluut mogelijkheden om mensen te informeren over bijvoorbeeld gezonde voeding. Samenwerking met supermarktketens is een unieke kans: vaak vooruitstrevende bedrijven, met een sterke marktpositie, en een groot bereik. Op de samenwerking met de commercie wordt vaak ten onrechte erg calvinistisch gereageerd (P. Schnabel).
- Health promotion zal meer gebruik gaan maken van de commercie (PPS). Reclame weet toch maar weer steeds rages te ontketenen (bijvoorbeeld het flesje Spa in de rugzak van de *jongeren*), en springt voortdurend dynamisch in op nieuwe hypes, die al dan niet door hen zelf in het leven zijn geroepen. Gezondheidsbevordering moet kijken welke ontwikkelingen in het straatje te pas komen, en dan met de markt in zee gaan, net zoals de overheid dat op zoveel andere ‘gezondheidszorgterreinen’ ook propageert (marktwerking) (W. de Haes).
- Het aansluiten bij ‘hypes’ zal een gunstig effect hebben op het aantrekkelijk maken van gezond-gedragboodschappen, met name bij de doelgroepen jongeren en alloctonen (S. El Kandoussi).
- Gezien de gunstige resultaten van praktijkinterventies zal het besef groeien dat je bepaalde groepen, met name *ouderen*, het best bereikt door activiteiten zo veel mogelijk op het lokale ‘dicht bij huis’ niveau uit te voeren. Door gebruik te maken van de bestaande *infrastructuur* kun je de doelgroepen gericht bereiken. Zo valt te denken aan samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld de Stichting Welzijn voor Ouderen, regionale ouderenbonden of regionale consumenten en patiëntenplatforms (A. Scheepens).
- Samenwerking zal steeds complexer worden, de mogelijkheden voor eenvoudige 1-2-tjes met een andere sector zijn uitgeput. In achterstandswijken blijft met name de sociale dienst een belangrijke partner voor intersectorale actie: armoede en (on-)gezondheid zijn nauw verweven. Mensen komen niet toe aan denken over gezondheid en gezond leven als ze primair worden beziggehouden met denken over ‘rondkomen’ (W. de Haes).
- Dankzij de *globalisering*, ook op het vlak van gezondheidsbevordering, zullen we beter kunnen afkijken van het buitenland. Veel valt te leren van de Australische benadering. Zij besteden meer tijd aan het ‘managen’ van health promotion. Een belangrijk onderdeel daarbij is ‘capacity building’, het optimaliseren van interventiemogelijkheden. Tevens maakt men meer werk van het confronteren van professionals met de uitkomsten van VTV-achtige exercities, waardoor de relevantie voor de praktijk wordt verhoogd (H. Saan).
- De mogelijkheden van de *nieuwe media* zullen steeds beter worden benut. Een aardig voorbeeld wordt momenteel uitgewerkt door de AVRO, die met de opbouw van zogenaamde ‘communities’ (voor onder andere kunst, sociale veiligheid, klassieke muziek en *gezondheid*) een link maakt tussen televisieprogramma’s, het internet (www.gezondheidsplein.nl) en diverse voorlichtingsactiviteiten (P. Schnabel).
- Kans voor de toekomst: Het ‘mischen’ van gezondheid met culturele activiteiten, bijvoorbeeld in de vorm van theaterprogramma’s die tevens gezondheidsaspecten belichten wordt binnen de alloctone gemeenschap al enige tijd enthousiast ontvangen. De opkomst is hoog, en het levert nieuwe initiatieven op. Hopelijk gaan de ‘autoctonen’ beseffen dat gezondheid en plezier heel goed samengaan, en dat cultuur en entertainment een *bindende factor* kan zijn voor het overbrengen van kennis en vaardigheden (A. Bhola).

a Voor lijst van geïnterviewde personen en achtergrond, zie *bijlage 3*.

5 CONCLUSIES EN BESCHOUWINGEN

5.1 Inleiding

In dit themarapport stonden vier bevolkingsgroepen centraal: jongeren, ouderen, allochtonen en personen met een lage sociaal-economische status (SES). De volgende vragen hebben als basis gediend van het rapport:

1. Wat zijn de belangrijkste leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid en wat zijn de ontwikkelingen hierin binnen de vier specifieke bevolkingsgroepen? Wat is er momenteel bekend over de achterliggende oorzaken van bepaald (risico)gedrag (*determinanten van gedrag*)?
2. Welk beleid wordt momenteel gevoerd ter bevordering van gezond gedrag bij de specifieke doelgroepen. Wat zijn de effecten van de in de praktijk uitgevoerde interventies, en wat zijn knelpunten voor de doeltreffendheid?
3. Wat kan er daadwerkelijk worden gedaan om via leefstijlbeïnvloeding de gezondheidstoestand van specifieke groepen te verbeteren. Welke obstakels moeten worden weggenomen? Wat zijn de verwachtingen als het gaat om het toekomstig beleid ter bevordering van gezond gedrag?

Deze vragen beantwoorden we achtereenvolgens in *paragraaf 5.2, 5.3 en 5.4*.

5.2 Leefstijlfactoren en determinanten van gedrag bij specifieke groepen

Het belang van risicogedrag voor de volksgezondheid wordt bepaald door het aantal mensen dat het gedrag vertoont, maar ook door het (relatieve) risico dat mensen lopen om een ziekte of aandoening te krijgen als gevolg van het risicogedrag. Zo gaat *roken* gepaard met een sterk verhoogd risico op longkanker, hart- en vaatziekten (hartinfarct en beroerte) en astma en COPD. Het feit dat roken nog steeds veel voorkomt in Nederland en bovendien wijd verspreid is over de verschillende doelgroepen (met name onder *jongeren* en de personen in de *lagere SES-groepen*), maakt dat deze leefstijlfactor een hoge prioriteit verdient, en krijgt, in het gezondheidsbeleid. Maar naast roken zijn ook de andere zogenaamde BRAVO-factoren (**b**ewegen, **r**oken, **a**lcoholconsumptie, **v**oeding, **v**rijen, **v**eiligheid en **o**ntspanning) verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de ziektelast in Nederland (Schram et al., 2001) en ze vragen dan ook om een actief preventiebeleid.

Leefstijlfactoren

In vergelijking met de andere specifieke bevolkingsgroepen die voor dit rapport onder de loep zijn genomen (jongeren, ouderen en allochtonen) vertoont de *lage SES-groep* het vaakst ongezond gedrag. Ook het gecombineerd voorkomen van risicogedrag is hoger bij de personen uit de lagere SES-groepen in vergelijking met andere bevolkings-

groepen. Vooral ten aanzien van het gecombineerd voorkomen van roken, lichamelijke inactiviteit en een lage groente- en fruitconsumptie is er een duidelijk sociaal-economisch verschil. Voor de vrouwen in de lage SES-groep is er daarnaast een ongunstige trend in de prevalentie van roken, resulterend in een toename van het sociaal-economische verschil in rookgedrag.

Het huidige gedrag van de *jongeren* is op een aantal punten iets gunstiger (lichamelijke inactiviteit, vetconsumptie) en op een aantal punten duidelijk ongunstiger (alcohol- en druggebruik en rookgedrag bij 16 - 19 jarigen) dan dat van de totale bevolking. In de ongunstige ontwikkelingen in bijna alle leefstijlfactoren in de afgelopen tien jaar - die al werd gesignaleerd in VTV-1997 - is vooralsnog nauwelijks verandering opgetreden.

Dit staat in tegenstelling tot de *ouderen*, bij wie over het algemeen het gedrag juist gezonder is geworden in de afgelopen tien jaar. Met uitzondering van lichamelijke activiteit en het risicogedrag in relatie tot (met name privé-)ongevallen is het gedrag van ouderen gunstiger dan dat van de totale Nederlandse bevolking.

Informatie over risicogedrag van *allochtonen* is summier beschikbaar. Uit de beschikbare informatie blijkt dat het gedrag voor sommige gedragsfactoren gunstiger (voeding, roken, alcoholgebruik) en voor andere weer ongunstiger (condoomgebruik, druggebruik) afsteekt bij mensen van autochtone afkomst, waarbij er grote verschillen bestaan tussen verschillende etnische groeperingen. Er is geen inzicht in ontwikkelingen in het gedrag van allochtone groepen omdat er nauwelijks trendgegevens worden verzameld.

Van eerdergenoemde BRAVO-factoren is in dit rapport *Ontspanning* niet meegenomen, vanwege de moeilijkheden om deze factor te operationaliseren en om doelgroepspecifieke gegevens te verkrijgen. Dat neemt niet weg dat deze factor van belang is. Zo blijkt uit CBS cijfers (POLs) dat 3 op de 10 werknemers regelmatig onder hoge tijdsdruk werkt, een cijfer dat in de tweede helft van de jaren negentig sterk toenam, en zich sinds 1998 stabiliseert (Otten & Houtman, 2001).

Determinanten van gedrag

Wat bepaalt nu het (on)gezonde gedrag? Uit onderzoek blijkt dat zowel persoonlijke factoren als omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen. *Attitudes* (de houding ten aanzien van het gedrag), de *sociale omgeving* en de mate waarin een persoon *zich in staat acht* het gedrag te veranderen blijken bij de specifieke groepen belangrijke determinanten van gedrag op basis van de beschikbare gegevens uit Nederlandse studies. Andere determinanten van gedrag (zoals de invloed van culturele factoren, gewoonten) zijn echter zelden onderzocht voor de specifieke groepen in Nederland. Op basis van de beperkte beschikbare informatie kan slechts voorzichtig worden geconcludeerd dat de determinanten van gedrag verschillen per doelgroep en per leefstijlfactor.

Beperkingen van de gegevens

Het is niet goed mogelijk om een compleet overzicht te krijgen van de leefstijl van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. Vooral voor *allochtonen* en mensen uit de

lagere SES-groepen ontbreken (trend)gegevens. De niet uniforme manier van verzamelen en rapporteren van leefstijlgegevens bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens. De groep *allochtonen* of migranten is een zeer heterogene groep. In dit rapport zijn voornamelijk gegevens gepresenteerd van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Er zijn aanzienlijke verschillen in leefstijl tussen deze groepen. Deze groepen vormen bovendien slechts een deel (circa 40%) van de totale groep allochtonen. Als gevolg hiervan is het onderzoek naar het gezondheidsgedrag van allochtonen en de hieraan ten grondslag liggende determinanten gecompliceerd. Onderzoek op dit terrein wordt ook belemmerd door de privacy-wetgeving, die het navragen van gegevens over etniciteit bemoeilijkt.

Er is sprake van een overlap tussen de in dit rapport besproken specifieke groepen, met name geldt dat voor de *allochtonen* en personen met een *lage SES*. Het aantal mensen met een lagere SES is bij de meeste allochtone bevolkingsgroepen hoger dan onder de autochtone Nederlanders. Zo heeft circa 70% van de Turken en Marokkanen een opleiding op maximaal LBO/MAVO niveau. In de praktijk blijkt het moeilijk om allochtone groepen te betrekken bij algemeen bevolkingsonderzoek. Het is aannemelijk dat de gegevens, die in dit rapport zijn gerapporteerd over de lagere SES-groepen, maar ook over jongeren en ouderen, maar voor een klein deel betrekking hebben op allochtone groepen.

Het gebrek aan Nederlandse gegevens over *determinanten van gedrag* bij specifieke groepen maakt dat het niet mogelijk is vast te stellen op welke determinanten bij welke groepen het meest succesvol kan worden geïntervenieerd.

5.3 Het beleid ter bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen en de effecten van interventies

Uit de analyse van het beleid en de praktijk van gedragsgerichte interventies komt naar voren dat diverse beleidsinstrumenten ingezet kunnen worden bij de bevordering van gezond gedrag. Met name voor roken, veiligheid en alcoholgebruik worden de verschillende beschikbare instrumenten redelijk benut, al zijn er op het niveau van de *ondersteuning* van gedragsverandering nog tal van mogelijkheden die te weinig worden gebruikt. Het belang van een *meersporenbeleid*, dat wil zeggen het tegelijkertijd inzetten van meerdere beleidsinstrumenten (voorlichting, wet- en regelgeving, omgevingsgerichte interventies) wordt algemeen erkend.

De in de praktijk uitgevoerde interventies sluiten wat aandacht voor leefstijl en specifieke groepen betreft maar matig aan op het overheidsbeleid. Twee belangrijke redenen daarvoor zijn:

- 1 Tot voor kort ontbraken duidelijke (landelijke) kwantitatieve beleidsdoelen ten aanzien van leefstijlfactoren;

2 Landelijke en lokale overheden stellen uiteenlopende prioriteiten op het terrein van gezondheid.

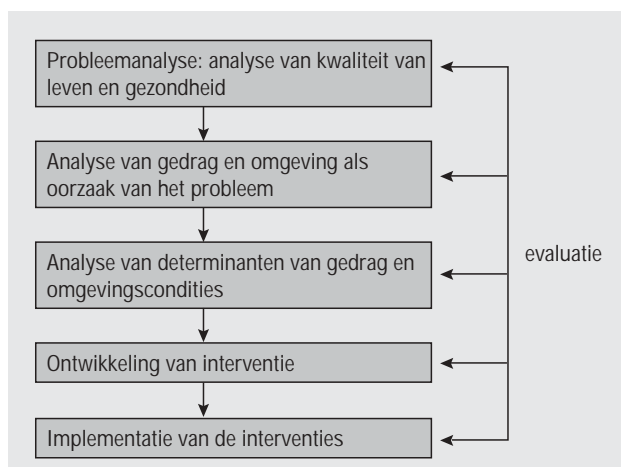
Met name het laatste punt is een in de praktijk veelgenoemd knelpunt, en is zonder twijfel één van de belangrijkste uitdagingen voor de spelers in het veld van gedragsgerichte preventie: hoe krijg je 'leefstijl' op de agenda? En dan niet alleen op de agenda van de doelgroep, maar allereerst ook op de agenda van de (lokale) politiek en van *intermediairs*.

Een belangrijk knelpunt in de praktijk is dat er door gebrek aan randvoorwaarden op lokaal niveau, met name aan financiële middelen en personele capaciteit, bij gedragsgerichte interventies vaak wordt bezuinigd op het ontwikkel- en evaluatietraject en onvoldoende aandacht wordt besteed aan specifieke doelgroepen. Slechts een verwaarloosbaar deel van de landelijk en lokaal uitgevoerde interventies wordt naar behoren geëvalueerd. Dit heeft tot gevolg dat in Nederland betrekkelijk weinig kennis is opgebouwd over doeltreffendheid en doelmatigheid van gedragsgerichte interventies. Onder invloed van ZonMw komt daar enige verandering in, maar die is - uiteraard - beperkt tot de door ZonMw gefinancierde projecten.

In 2001 is een lang verwacht rapport van de WHO uitgebracht over *evaluatie in gezondheidsbevordering*. Daarin wordt richting beleidsmakers sterk gepleit voor het beschikbaar stellen van voldoende financiële middelen om gedegen evaluaties van gezondheidsbevorderende activiteiten mogelijk te maken (WHO, 2001). Daarnaast benadrukt het rapport het belang van het evalueren van gezondheidsbevorderende activiteiten op zowel proces- als uitkomstmaten en de noodzaak voor training van betrokkenen in het adequaat uitvoeren van evaluaties.

De community intervention trial (CIT), lange tijd gezien als de enige juiste opzet voor evaluatie van community interventies op leefstijl, gaat uit van een groot aantal afzonderlijke 'gemeenschapseenheden', die at random zijn verdeeld over een interventie- en controlegroep. De CIT is primair gericht op uitkomstvariabelen. Om inzicht te verkrijgen in procesvariabelen moet additionele informatie worden verzameld (Mackenbach, 1998). De CIT heeft echter meer nadelen. De methode vereist dat doelen en methoden van de interventie van tevoren omschreven worden. Deze doelen en methoden worden in een ideale 'community-based' interventie juist samen met de doelgroep bepaald, en liggen dus niet van tevoren al vast. Daarnaast is het dikwijls niet haalbaar gebleken de *controlegroep* daadwerkelijk 'af te schermen' van activiteiten die waren bedoeld voor de *interventiegroep*, zodat een 'verdunning' van het effect optrad (Jansen, 1999).

Een gedegen evaluatie is een essentieel onderdeel van een *planmatige aanpak* van gedragsgerichte preventie (zie *figuur 5.1*). Voor het achterwege blijven van evaluaties worden, naast de ontbrekende randvoorwaarden, nog andere redenen genoemd: het gebrek aan kennis en begeleiding en ondersteuning vanuit professionele organisaties, het geringe belang dat soms door uitvoerders en/of opdrachtgever aan een *planmatige aanpak* wordt gehecht, de onvoldoende looptijd van een project (deels ten gevolge van onvoldoende financiële middelen) en de onvoldoende samenwerking tussen lokale en landelijke organisaties (Van Veldhuizen, 1999).



Figuur 5.1: Fasering van gezondheidsbevordering via de planmatige aanpak (Bron: Brug et al., 2000).

5.4 Heeft gezond gedrag nog toekomst? Verwachtingen en kansen voor de bevordering van gezond gedrag

Beleid vraagt om kengetallen en aangrijpingspunten

Op basis van de huidige epidemiologische trends in leefstijlfactoren, voor zover die bekend zijn, valt niet te verwachten dat op korte termijn een gunstige ontwikkeling in het risicogedrag van *jongeren*, personen in de *lagere SES-groepen* en *allochtonen* zal optreden. Daarvoor zal een intensivering van het beleid nodig zijn. Voor een goede onderbouwing van het beleid is er dringend behoefte aan samenwerking tussen de diverse ‘monitorings’ initiatieven op het terrein van leefstijl, zodat de verzamelde informatie meer gestandaardiseerd wordt en eventueel in een later stadium wordt samengevoegd. Hierbij zou extra aandacht besteed moeten worden aan het verkrijgen van een representatieve populatie wat betreft leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status. Bovendien zou een periodieke registratie van leefstijlfactoren gewenst zijn, bijvoorbeeld om de 5 jaar. Dit biedt tevens de mogelijkheid om lokale of nationale interventiecampagnes te evalueren. Het scheppen van randvoorwaarden voor een goede monitoring van doelgroepspecifieke leefstijlfactoren en determinanten van gedrag zou een belangrijke stap zijn in de richting van doeltreffende gedragsgerichte preventie.

Er is meer onderzoek nodig naar de *determinanten van gedrag* in de algemene bevolking en met name bij specifieke doelgroepen. Informatie over deze determinanten levert aangrijpingspunten voor interventies. Er komen steeds meer gegevens over determinanten van gedrag vanuit internationale (interventie)studies. Echter, zowel bij onderzoek naar determinanten van gedrag als bij interventies is de sociale, politieke, economische en culturele context van belang. Omdat die contexten per land kunnen verschillen zijn

bevindingen uit buitenlands onderzoek vaak niet te extrapoleren naar de *Nederlandse* situatie. Ook de mate waarin determinanten van gedrag te *beïnvloeden* zijn is nog onvoldoende duidelijk (ZON, 2001).

Het zou een vanzelfsprekende stap in de ontwikkeling van een interventie moeten zijn dat een gedegen onderzoek wordt uitgevoerd naar de determinanten van gedrag van de doelgroep waarop de interventie is gericht. Dit sluit aan op de reeds genoemde *planmatige aanpak* van gezondheidsbevordering (Brug et al., 2000; zie *figuur 5.1*). Echter, in de praktijk ontbreken vaak de financiële en personele mogelijkheden om dit type onderzoek uit te voeren.

Er valt veel te leren van de successen en ‘missers’ van anderen

De evaluatie van gezondheidsbevordering is een complexe onderneming. Het nagaan van de causale weg tussen een interventie, gericht op (subgroepen binnen de) bevolking en de daaruit voortvloeiende lange termijneffecten op gezondheid en maatschappij kost veel moeite en het is onrealistisch om daar veel van te verwachten (Nutbeam, 1999). Het is belangrijk om voor de toekomst haalbare evaluatieontwerpen te ontwikkelen waarin verschillende onderzoeksmethoden, zowel *kwalitatief* als *kwantitatief*, worden gecombineerd. Een evaluatie moet op maat zijn gesneden voor de activiteiten en omstandigheden van een individueel project. Er bestaat geen enkele methode die voor alle projecten voldoet (Nutbeam, 1999). Minstens zo belangrijk als de evaluatie-*methode* zijn de *vragen* die tijdens de evaluatie moeten worden beantwoord (Kreuter et al., 2000). Welke doelen moeten na afloop van een interventie zijn bereikt? Wanneer mogen we van een succes spreken? Deze vragen moeten aan het begin van een project worden gesteld. Vandaar dat in *figuur 5.1* de evaluatiefase niet alleen verwijst naar het eind van een interventie, maar naar alle fasen in het planningsproces. Tevens is het aan te bevelen om kosten-effectiviteits-analyses een prominentere plaats te geven dan tot op heden gebeurt (ZON, 2001).

Informatie over de doeltreffendheid en doelmatigheid van interventies moeten beter toegankelijk worden gemaakt voor het veld en beleidsmakers. Uit een samenwerkingsverband van het NIGZ, het Trimbos-instituut, GGD-Nederland, GGZ-Nederland, het NIZW, de VNG, ZonMw en het RIVM is in 2001 het Quality of Interventions (QUI)-project voortgekomen. Dit project stelt zich ten doel om de *passieve* databases die in de afgelopen jaren zijn opgebouwd met gegevens over preventieve interventies beter op elkaar af te stemmen en *actiever* te gebruiken. Hierdoor wordt niet alleen een beter overzicht verkregen van wat er in Nederland gebeurt op het terrein van gezondheidsbevordering, het geeft ook inzicht in succes- en faalfactoren voor de doeltreffendheid van interventies.

Gezondheidsbevordering wordt maatwerk op lokaal niveau

De internationale literatuur maakt duidelijk dat we geen *blauwdruk* mogen verwachten voor ‘de optimale interventie’ voor het bevorderen van gezond gedrag. Dat is de belangrijkste conclusie uit een gezaghebbend rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM, 2001). Net zoals er ook binnen de *zorg* nauwelijks gegevens voorhanden

zijn over de doeltreffendheid van specifieke interventies, is dat ook binnen de gezondheidsbevordering zeer moeilijk aan te geven. Nog moeilijker zelfs, want binnen de zorg is vaak nog sprake van een standaarddosering van een medicijn of een voorgeschreven wijze van uitvoering van een behandeling. Binnen de bevordering van gezond gedrag moet de *cocktail* van interventies zo goed mogelijk worden afgestemd op de context van de ontvangende doelgroep, en is er dus bijna per definitie geen interventie die lijkt op een andere.

Preventie op maat is het credo voor de bevordering van gezond gedrag in de komende tijd. In toenemende mate is daarbij ook sprake van *individueel maatwerk* waarbij de voorlichting zo goed mogelijk is afgestemd op persoonlijke kenmerken en behoeften. Maatwerk betekent ook de juiste mix van interventies voor een specifieke doelgroep. Het *lokale* gezondheidsbeleid wordt de laatste jaren sterk naar voren geschoven als de ‘setting’ waar gezondheidsbevordering een structurele plaats moet krijgen. Een belangrijke vraag in dit kader is: Hoe ‘slijt’ je een boodschap over gezond gedrag bij lage sociaal-economische groepen en bij allochtonen? Hoe complex een dergelijke vraag is, wordt geïllustreerd in *tekstbox 5.1*.

Tekstbox 5.1: De multiculturele achterstandswijk (Bron: De Haes & Vaandrager, 2001).

Het leven in de multiculturele achterstandswijken is ingewikkeld. Wie zijn kinderen volgens eigen normen, waarden en gebruiken wil opvoeden, ervaart grote moeilijkheden. Spanningen tussen ouderen en kinderen zijn het gevolg. De oudere autochtone bewoners hebben de buurt om zich heen zien veranderen. Bij gebrek aan financiële mogelijkheden zijn zij niet weggetrokken. Nu voelen ze zich vreemden in hun oude omgeving. Op de scholen komen kinderen met tientallen culturele achtergronden bij elkaar. Een taal-achterstand van twee jaar bij het begin van groep één is niet ongewoon. Het is een haast onmogelijk-

ke taak voor onderwijzers om deze leerlingen basisvaardigheden van bijvoorbeeld taal en rekenen bij te brengen. Hulp en steun van de ouders is vaak afwezig, mede omdat die ouders zelf analfabeet zijn. De huizen in het gebied zijn vaak oud, uitgeleefd, en met gebreken (vochtig, tochtig). In het geval van nieuwbouw zijn de huizen vaak klein en uit goedkope materialen vervaardigd. Pleintjes zijn schaars en straten staan vol geparkeerde auto's. Speelruimte voor kinderen is er haast niet. Ouders kunnen niet of moeilijk enige greep op hun kinderen houden.

Uit de verschillende projecten in het kader van sociale vernieuwing, het grotestedenbeleid en het programma SEGV II is het besef gegroeid dat het niet werkt als je een oplossing van bovenaf bedenkt en die vervolgens in de wijk ‘dropt’. Het is nodig dat de bewoners er zelf actief bij betrokken worden om de problematiek en de mogelijke oplossingen te formuleren (*participatie*). Wie spreekt met bewoners uit de lagere sociaal-economische groepen zal merken dat voor hen vele problemen spelen. Het staat relatief laag op hun lijstje van ‘eerst aan te pakken problemen’ welke rol hun eigen leefstijl speelt om een goede gezondheid te houden of te krijgen.

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde definitie van de *community benadering*. Zij kenmerkt zich door een breed perspectief en de contextafhankelijkheid en is daardoor niet voorspelbaar en vereist flexibiliteit (De Haes & Vaandrager, 2001). Het gaat erom een doorgaand proces te faciliteren, waarbij een fysieke en sociale omgeving wordt gecreëerd die individuen de mogelijkheid geeft meer greep te krijgen op hun omgeving

en daarmee ook op hun eigen gezondheid (*empowerment*). De mogelijkheden voor gedragsverandering moeten voortkomen uit de ideeën en ambities van de doelgroep, waarbij de ‘deskundige’ zich primair opstelt als klankbord en als raadgever die tips geeft om een eenmaal uitgevoerde gedragsverandering ook vol te kunnen houden (De Goeij & Van Kasteren, 2001). Professionals moeten *in* de leefomgeving stappen om te ervaren wat in de gemeenschap leeft, wat wensen en behoeften zijn en welke kwaliteiten nodig zijn om dat te realiseren. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande netwerken en infrastructuur om de duurzaamheid van het proces te verhogen (Van Assema, 1993).

Wanneer de *community* wordt gedefinieerd als een (achterstands)wijk, bijvoorbeeld om specifieke programma’s te richten op de groepen met een *lage SES*, mogen we concluderen dat een project voornamelijk kans van slagen heeft als het in een *brede context* is ingebed (De Haes & Vaandrager, 2001). Dit wordt onder andere duidelijk uit de diverse projecten die zijn uitgevoerd in het kader van het programma SEGV II.

Een brede context betekent dat er allereerst aandacht moet zijn voor de woon- en leefomgeving, en dat ongezonde aspecten (zoals de bewoners die ervaren) structureel worden weggewerkt. Dit vergt meestal een *intersectorale* benadering. De brede context houdt ook het besef in dat de mensen in de doelgroep niet geneigd zijn hun gedrag te veranderen als bij de doelgroep niet het idee leeft dat hun eigen gedrag iets wezenlijks kan veranderen in hun leven. Het onderwerp *gedrag* moet dus eerst op de agenda komen, zowel van bewoners van de wijk als van betrokken instanties. Sleutelfiguren moeten hiervoor worden ingezet, uiteenlopend van medewerkers van buurthuizen, schrijvers in de buurtkrant, tot de huisarts, tandarts en wijkverpleegkundige (De Goeij & Van Kasteren, 2001). Het is van groot belang dat deze sleutelfiguren het vertrouwen genieten van de uiteenlopende (etnische) groepen in de wijk.

Naast de *wijkgerichte* benadering blijkt zowel uit de literatuur als uit de bevindingen in de praktijk dat gedragsgerichte interventies binnen de context van de *school* en de *werkplek* - mits op de juiste wijze uitgevoerd - ‘winstgevend’ zijn. Ook hier geldt het belang van de *integrale* aanpak, bijvoorbeeld: roken, alcohol en drugs niet afzonderlijk benaderen, maar in een gezamenlijk pakket. Interventies moeten tot stand komen door middel van *participatie*: intensieve samenwerking tussen interventieontwikkelaars, uitvoerders, onderzoekers en doelgroep en ondersteuning vanuit het management. Dan kunnen realistischer interventiedoelen worden gesteld en uitkomstmaten daarop worden afgestemd.

Dat binnen een *community* (gemeente, wijk, sociaal netwerk, bedrijf) diverse doelgroepen hun plaats vinden, betekent dat het aanbod van preventieactiviteiten divers moet zijn om voldoende ‘attractief’ te zijn voor de relevante groepen. ‘Moeilijk bereikbaar’ is een betrekkelijk begrip, meestal beredeneerd vanuit de professional (Dogan et al., 1999). Veel voor professionals moeilijk bereikbare groepen zijn goed te bereiken voor familieleden, collega’s, vrienden, *peers & opinion leaders*, het buurthuis, de moskee en de culturele vereniging. In de afgelopen tien jaar is veel ervaring opgedaan met voorlichting in eigen taal en cultuur (VETC) aan *allochtonen*. De ervaringen wijzen op gun-

stige effecten op het terrein van kennisoverdracht en - binnen de eerstelijnsgezondheidszorg - een verbeterde communicatie tussen arts en allochtone patiënt (Fidancan & Van Mechelen, 2000). Deze wordt met name in de grote steden vaak als problematisch beschouwd (Gerits et al., 2001).

Planmatige interventies of chaos?

Met de huidige stand van de kennis over hoe je resultaat behaalt in een complexe omgeving, is het achterhaald om te streven naar een *planbare* interventie, waar iedere stap binnen het preventieproces nauwkeurig vastgelegd is wat betreft volgorde en tijdsbeslag. Dat stellen de Haes & Vaandrager (2001) in hun bijdrage aan de slotdiscussie van de programmacommissie SEGV II. Ze zien meer in een *chaos theorie*, waar men slechts een proces start, waarin gaandeweg wordt vastgesteld welke onderdelen van het proces versterking dan wel bijsturing behoeven op basis van tussentijdse metingen, observaties en interventies.

Het streven naar een benadering volgens een dergelijke chaos-theorie lijkt op het eerste gezicht in tegenspraak met de principes van de planmatige gezondheidsvoorlichting, zoals die uitgebreid zijn beschreven door Brug et al. (2000). In het planmatige model voor gezondheidsvoorlichting zijn de volgende fasen onderscheiden (zie *figuur 5.1*):

1. Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid;
2. Analyse van gedrag en omgeving;
3. Analyse van de determinanten;
4. Ontwikkeling van de interventie;
5. Implementatie van de interventie;
6. Evaluatie.

Nadere beschouwing leert echter dat de stappen van de planmatige gezondheidsvoorlichting ook binnen de genoemde *chaos-theorie* essentiële onderdelen van het proces zijn. Zonder een *probleemanalyse* (Wat en hoe groot is het probleem, en hoe ervaart de doelgroep het probleem?), een analyse van de *oorzaken* van het probleem en de rol die *gedrag* daarin speelt (bezien in een brede context) en inzicht in de *achtergronden van het gedrag* heeft het weinig zin om aan een proces van interventies te beginnen.

En het is ook vanzelfsprekend dat je er bij de opzet van een interventie rekening mee houdt dat onderdelen van het programma mogelijk ook in andere situaties kunnen worden ingezet (*implementatie*). Daarnaast moet het programma gedurende het gehele traject worden gemonitord en geëvalueerd op proces en effecten om te weten te komen of de van te voren gestelde of tijdens het proces bijgestelde doelen zijn bereikt. Het moet immers wel duidelijk worden of de 'chaos' uiteindelijk tot een doeltreffender gezondheidsbevordering leidt.

Een integraal gezondheidsbeleid

In het beleid gericht op het bevorderen van gezond gedrag is een *balans* nodig tussen enerzijds de maatregelen die gericht zijn op veranderingen in de omgeving en anderzijds interventies op individueel gedrag. De burger krijgt waar het gezondheid aangaat een immense hoeveelheid informatie over zich uitgestort. De overheid moet bewaken dat het totale pakket aan informatie redelijk 'afgewogen' is, en de burger ondersteunt bij

het maken van keuzen. De burger wil in toenemende mate zelf kunnen kiezen welke *producten* hij gaat gebruiken uit het brede aanbod. Dat het aanbod steeds breder wordt, mag onder andere duidelijk worden uit het feit dat er steeds meer *geneesmiddelen* beschikbaar komen die een ongezonde leefstijl (deels) compenseren (Timmerman & Van den Berg Jeths, 2001). Voorbeelden zijn de bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen en de middelen die een lage botmassa tegengaan dan wel herstellen. Daarnaast zijn er middelen die ondersteuning bieden bij het stoppen met roken en middelen die worden gebruikt bij de behandeling van alcohol- en drugsverslaving.

Om de omgeving zodanig te veranderen dat ‘de gezonde keuze de makkelijke keuze’ wordt, is intersectoraal beleid nodig oftewel *integraal gezondheidsbeleid* (voorheen vaak facetbeleid genoemd). Het bewaken van het aanbod, en het creëren van optimale randvoorwaarden blijft een overheidstaak, die het echter alleen in samenwerking met de relevante actoren kan uitvoeren. Partners voor samenwerking lijken in voldoende mate aanwezig, en door het gebruik van nieuwe (andere) media kan het bereik van zogenaamd ‘moeilijk bereikbare’ doelgroepen worden verbeterd.

De minister van VWS stelt in haar standpunt op het RVZ-advies ‘Gezond zonder Zorg’ (VWS, 2001c) dat het gemeentelijk niveau, zeker na het totstandkomen van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, veel kansen biedt voor de aansturing en uitvoering van integraal gezondheidsbeleid. De lijnen tussen de verschillende beleidssectoren zijn korter en samenwerking is goed te realiseren. Het blijft evenwel de vraag of de verplichting voor gemeenten om periodiek een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen voldoende voedingsbodem geeft voor het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid. Het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg kan op dit terrein wel stimulansen geven, maar ontbeert (door het tijdelijke karakter) het voor dit type ontwikkelingen noodzakelijke structurele kader.

De minister wil vermijden dat het ministerie van VWS een ‘waakhondfunctie’ krijgt bij het ten uitvoer brengen van integraal gezondheidsbeleid. Het beleid moet voortkomen uit samenwerking en koppeling van belangen met sectoren buiten de gezondheidszorg. Wel moet er een bredere toepassing komen van de *gezondheidseffectscreening*, zo stelt de minister. Het is opvallend dat in het standpunt op het RVZ-advies het integraal gezondheidsbeleid niet tot de kerntaken van het ministerie van VWS wordt gerekend. Daarmee bestaat het gevaar dat geen van de partijen het initiatief zal nemen op het terrein van sectoroverstijgend beleid.

Een belangrijk deel van de allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status woont in de grote steden. In het VTV-rapport *Gezondheid in de grote steden* wordt gesteld dat de gezondheidsproblematiek rondom deze bevolkingsgroepen een lokale aanpak vergt en dat het *grotestedenbeleid* veel kansen biedt omdat daar de *integrale* aanpak van de complexe achterstandsproblemen centraal staat (Van der Lucht & Verkleij, 2001). In het grotestedenbeleid wordt samengewerkt door verschillende sectoren die relevant zijn voor de volksgezondheid, onder andere de ministeries van OCenW, SZW en VROM. Op dit moment is het verbeteren van gezondheid echter nog geen

expliciet onderdeel van het grotestedenbeleid. In het VTV-rapport wordt het verbeteren van de leefomstandigheden, bevorderen van gezond gedrag en verbeteren van de zorg in de achterstandswijken als belangrijke aandachtspunten aangemerkt voor het beleid dat is gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand van bewoners in achterstandswijken.

Tijd voor gezond gedrag

Het beleid en de praktijk gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen en in de algemene bevolking vereist *tijd* en *continuïteit*. Een eenmaal op gang gebracht proces van samenwerking tussen diverse actoren (sectoren) vergt voortdurende begeleiding, tussentijdse bijsturing en (waar nodig) bijstelling van doelen, en betrokkenheid van de actoren (met name ook van de financierende partij) om het proces te blijven ondersteunen. Alleen op die manier worden op termijn concrete eindpunten bereikt die overeenstemmen met de beleidsdoelen, die zijn vastgelegd in de beleidsnota's van VWS. Ook in het ZON-rapport *Leefstijlcampagnes in Nederland* (ZON, 2001) wordt aangedrongen op meer ruimte voor lange termijn projecten (minimaal 5 jaar) als het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daardoor kan voldoende aandacht worden besteed aan de voorbereidingsfase (het bewerkstelligen van participatie), het vaststellen van realistische tussentijdse doelstellingen en het uitvoeren van proces- en effectonderzoek van een aanvaardbare kwaliteit, zodat door terugkoppeling van voortgang en resultaten het draagvlak behouden blijft.

Het bevorderen van gezond gedrag is kansrijk, dat maken de diverse voorbeelden uit dit rapport duidelijk. Om uiteindelijk succes te boeken op het terrein van de *eindpunten* gedrag en gezondheid op de langere termijn is een aantal breed geaccepteerde voorwaarden aan te wijzen: *participatie*, *empowerment* en mogelijkheden scheppen (in de *omgeving*) om gedrag daadwerkelijk (blijvend) te kunnen veranderen. Om de noodzakelijke *integrale* (intersectorale) aanpak te realiseren en voor het leveren van *maatwerk*, zodat de betrokkenheid van de doelgroep wordt gewaarborgd, is *tijd* een cruciale factor. En een bekend 'mythisch' persoon heeft het ons lang geleden al voorgehouden: *Tijd is geld!*

LITERATUUR

- Alders M. Allochtonenprognose 2000-2050: over 10 jaar 2 miljoen allochtonen. Mndstat bevolking 2001/03: 17-22.
- Assema PT van. The development, implementation and evaluation of a community health project. Academische proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1993.
- Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens RM, Molen HT van der. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum & Comp., 2000.
- CBS. Jeugd 2001. Cijfers en feiten. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001.
- CPB. CPB Report 2001, nummer 4. Den Haag: Centraal Planbureau, 2001.
- Doelen FCJ van der. De gereedheidskist van de overheid: een inventarisatie. In: Bressers J, Jong P de, Klok PJ, Korsten A (red.). Beleidsinstrumenten bestuurskundig beschouwd. Assen: Van Gorcum, 1993: p. 21.
- Dogan G, Dijke A van, Terpstra L. Blaming the system, not the victim. Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Ned T Jeugdzorg 1999; (5): 26-33.
- Fidancan G, Mechelen P van. De allochtone zorgconsulent. Eindrapportage van de eerste fase van het gelijknamige project. Utrecht: Forum, 2000.
- Gerits YC, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken. Tijdschr Gezondheidswetensch 2001; 79: 16-20.
- Goeij H de, Kasteren J van. Van peen, preek en zweep naar werkende weg: gezondheidsbevordering is soms meer gebaat bij de gezonde chaos aanpak. In: Stronks K, Hulshof J. De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Van Gorcum, 2001; pp. 166-179.
- Haes WFM de, Vaandrager L. Bevorderen van gezond gedrag bij lage sociaal-economische groepen: wat werkt en wat niet? In: Stronks K, Hulshof J. De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Van Gorcum, 2001; pp. 145-165.
- IGZ. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij GGD's. Rapport van een inspectieonderzoek. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000.
- IOM. Health and behavior. The interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 2001.
- Jansen J. Community based prevention. The key to success? Final paper MPH program. Utrecht: Netherlands School of Public Health, 1999.
- Joung IMA, Kunst AE, Imhoff E van, Mackenbach JP. Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid. Effecten op gezondheid en gebruik gezondheidsvoorzieningen 1996-2015. Tijdschr Gezondheidsw 2001; 79: 21-31.
- Keijsers JFEM, Vaandrager L (red.). Gezond Leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag: ZON, 2000.
- Kreuter MW, Lezin NA, Young LA. Evaluating community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. Health Promotion Practice 2000; 1: 49-63.
- Lucht F van der, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Mackenbach JP. Beyond RCT. CIT! Tijdschr Gezondheidswet 1998; 76: 279-281.
- Nutbeam D. Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. Tijdschr Gezondheidswet 1999; 77: 15-23.
- Otten F, Houtman I. Werkdruk stabiliseert. CBS index 2001, 9: 2-3.
- RVZ. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2000.
- Schram D, Maas IAM, Poos MJJC, Jansen J. De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland. Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2001; 79: 211-216.
- SCP. Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000.
- SCP. Armoedemonitor 2001. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001a.
- SCP. Bedreven en gedreven. Een heroriëntatie op de rol van de Rijksoverheid in de samenleving. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001b.
- Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 2001.
- Veldhuizen H van. Samen effectiever. Haalbaarheidsstudie naar de bijdrage van lokale interventies aan de volksgezondheid. Analyse van de stand van zaken op basis van gesprekken en literatuur. Utrecht: GGD Nederland, 1999.
- Verweij M. Preventie is niet vanzelfsprekend goed. Tijdschr Gezondheidsvoorlichting 1999; 16: 6-8.
- Verweij M, Hoven M van den. Gezond leven of goed leven? Tijdschr Gezondheidsw 2001; 79: 272-273.

- VWS. Veilig thuis. Preventie van ongevallen in de privé-sfeer. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25825. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997.
- VWS. Nederland: goed gevoed. Nota gezondheid en voeding. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26229. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.
- VWS. Alcoholnota. Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003). Den Haag: Ministerie van VWS, 2000a.
- VWS. Beleidsagenda 2001. Speerpunten van VWS. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000b.
- VWS. Sport, bewegen en gezondheid. Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001a.
- VWS. Beleidsagenda 2002. Speerpunten van VWS. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001b.
- VWS. Reactie op RVZ-advies 'Gezond zonder zorg'. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001c.
- VWS. Zorg met toekomst. Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001d.
- WHO. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. European series, no. 92. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
- Wilk EA van der, Achterberg PW, Kramers PGN. Lange leve Nederland. Een analyse van trends in de Nederlandse levensverwachting in een Europese context. Bilthoven: RIVM, rapportno. 271558002, 2001.
- Witte K. Gezondheidsbevordering in de grote steden. Een inventarisatie van projecten. Bilthoven, Wageningen: RIVM, Wageningen Universiteit en Researchcentrum, 2001.
- ZON. Leefstijlcampagnes in Nederland. Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland, 2001.

DEEL B

Achtergrondstudies

1 INLEIDING

In *deel A* van dit rapport heeft u in grote lijnen de bevindingen kunnen lezen ten aanzien van de voor dit themarapport gestelde onderzoeksvragen. Deze bevindingen zijn grotendeels afkomstig uit de bijdragen die vanuit diverse expertise-groepen in Nederland zijn geleverd aan dit rapport. Deze bijdragen, in de vorm van fact-sheets en korte reviews, leveren als het ware de evidence- en practice-based onderbouwing voor de conclusies en kernboodschappen, zoals verwoord in *deel A*.

Iedere bijdrage is ter commentaar voorgelegd aan één of meerdere referenten uit de wetenschap of de praktijk. In *bijlage 2* vindt u een lijst van auteurs en referenten die hebben bijgedragen aan dit deel van het rapport.

In *hoofdstuk 2* van dit deel is een overzicht gegeven van de huidige situatie en trends in de belangrijkste leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid bij de specifieke groepen jongeren, ouderen, personen uit de lagere sociaal-economische groepen en allochtonen. Daarnaast is ingegaan op de huidige kennis rond de (doelgroepspecifieke) *determinanten van gedrag*.

De achtergrondstudies in *hoofdstuk 3* geven een beschrijving van de mogelijkheden en onmogelijkheden van diverse beleidsmaatregelen, gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen. Tevens wordt ingegaan op een aantal verschillende ‘*settings*’ waar vanuit gedragsgerichte preventieve activiteiten vaak plaatsvinden: de school, de werkplek en de wijk.

In *hoofdstuk 4* is een overzicht gegeven van wat de gedragsgerichte preventie-activiteiten te bieden hebben. Het overzicht is niet volledig, maar geeft inzicht in de succes- en faalfactoren van interventies in de praktijk, gericht op de bevordering van gezond gedrag.

In het afsluitende *hoofdstuk 5* kunt u informatie verkrijgen over een aantal nieuwe ontwikkelingen in de strategieën en methoden voor en visies op het bevorderen van gezond gedrag. Daarbij wordt onder andere ingegaan op het *Gezond Leven* programma van ZON-MW.

2 LEEFSTIJLFACTOREN EN DE DETERMINANTEN VAN GEDRAG

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft de *probleemanalyse* voor dit rapport weer. Het heeft een hoge informatiedichtheid en moet vooral worden gezien als een naslagwerk. In *paragraaf 2.2* worden de kengetallen gepresenteerd voor een aantal leefstijlgerelateerde determinanten van gezondheid bij specifieke groepen. Tevens wordt de ontwikkeling hierin in het afgelopen decennium, voor zover bekend, beschreven. De leefstijlfactoren, ofwel risicogedragingen die in dit hoofdstuk centraal worden gesteld, zijn:

- roken
- ongezonde voeding
- lichamelijke inactiviteit
- overmatig alcoholgebruik
- druggebruik
- onveilig vrijen
- onveilig gedrag in relatie tot privé-, sport- en verkeersongevallen.

De keuze voor deze gedragingen komt allereerst voort uit de voorkeur voor de zogenaamde BRAVO factoren bij het ministerie van VWS (meer bewegen, niet roken, minder alcohol, gezondere voeding, veilig vrijen, veiligheid en voldoende ontspanning). Deze factoren staan sterk in de belangstelling van het beleid omdat beïnvloeding van deze determinanten substantiële gezondheidswinst kan opleveren. Een belangrijke overweging bij de keuze was tevens dat het risicogedrag vaker voorkomt bij tenminste één van de specifieke groepen die in dit rapport centraal staan dan in de algemene Nederlandse bevolking (zoals druggebruik bij jongeren en jongvolwassenen) en/of mede verantwoordelijk is voor de gezondheidsachterstand in met name de bevolkingsgroepen met een lagere sociaal-economische status (SES).

Per leefstijlfactor wordt de huidige situatie en de trend over de afgelopen 10 jaar voor de verschillende doelgroepen, indien bekend, beschreven. Daarbij is steeds een vergelijking gemaakt met de cijfers in de totale Nederlandse bevolking. Op deze manier geeft dit hoofdstuk inzicht in de huidige problematiek, maar ook van gunstige en ongunstige ontwikkelingen hierin.

Bij een combinatie van risicogedragingen is de kans op ziekte vaak meer verhoogd dan op grond van de afzonderlijke gedragingen zou worden verwacht. In *paragraaf 2.3* wordt aandacht besteed aan het tegelijkertijd voorkomen van een aantal risicogedragingen. Vanwege de beperkte beschikbaarheid van gegevens is er alleen over het gecombineerd voorkomen van roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en lage groenten/fruitconsumptie gerapporteerd. Daarbij is alleen onderscheid gemaakt in categorieën van opleiding, omdat er gegevens ontbraken van jongeren, ouderen en allochtonen.

Nadat in kaart is gebracht wat de feiten rond risicogedrag bij specifieke groepen zijn, is het een volgende stap in de richting van het ontwikkelen van doeltreffende interventies om te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Daarom wordt in *paragraaf 2.4* aandacht besteed aan de zogenaamde *determinanten* van gedrag, met aandacht voor de specifieke groepen. Er bestaan verschillende theoretische modellen die gedrag verklaren en de belangrijkste elementen hieruit worden op een rij gezet. Voor vijf belangrijke leefstijlfactoren is aangegeven welke determinanten van gedrag(sverandering) uit *Nederlands* onderzoek naar voren komen. Tevens is beschreven wat de bewijslast is voor de relatie tussen deze determinanten en gedrag(sverandering) op basis van in *Nederland* uitgevoerd interventie-onderzoek. Internationale studies naar determinanten en internationale interventiestudies zijn op verschillende deeltereinen wel voorhanden maar zijn hier niet opgenomen. Zowel bij onderzoek naar determinanten als bij interventies is de (sociale, politieke, economische, culturele etc.) context van groot belang. Bevindingen uit buitenlands onderzoek zijn daarom vaak niet te extrapoleren naar de Nederlandse situatie.

De groep *allochtonen* bestaat in feite uit diverse subgroepen. Vanwege deze diversiteit is aan deze specifieke doelgroep, naast de algemene beschrijving van het risicogedrag (in *paragraaf 2.2*), in *paragraaf 2.4.4* extra aandacht besteed aan het risicogedrag en determinanten van gedrag van migranten.

Voor de gepresenteerde gegevens is gebruik gemaakt van landelijke periodieke rapportages van het CBS, SCP, TNO, RIVM, Trimbos-instituut, Defacto (voorheen Stivoro) en Nemesis. De gegevens over ongevallen zijn verstrekt door Consument en Veiligheid. Voor het hoofdstuk over combinaties van risicofactoren zijn analyses gedaan op databestanden van het RIVM.

Informatie over determinanten van gedrag is verkregen via een literatuursearch in elektronische bestanden (Pubmed, PsycLit, Cochrane, GLIN en Picarta). Daarnaast is de sneeuwbalstrategie toegepast op het ZON-rapport Gezond Leven en de overige artikelen/rapporten die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen. Een criterium voor opname van de gegevens was dat deze enerzijds voldoende representatief moesten zijn voor de specifieke groep en anderzijds recent zijn verzameld. Hierdoor is niet alle beschikbare literatuur opgenomen. Gegevens over allochtonen zijn voornamelijk afkomstig uit een aantal lokale studies.

2.2 Risicogedrag van specifieke groepen

AJ Schuit

Mensen met een lage sociaal-economische status hebben het meest ongunstige risicoprofiel in vergelijking met jongeren, ouderen en allochtonen. Daarnaast zijn de ongunstige trends bij jongeren een reden voor ongerustheid. De ouderen laten daarentegen een gunstig beeld zien; over het algemeen genomen is het gedrag in deze groep gezonder geworden in de afgelopen tien jaar. De groep allochtonen is een zeer heterogene groep. De cijfers laten een wisselend beeld zien, zowel tussen allochtonen als tussen de verschillende leefstijlfactoren.

ROKEN

2.2.1 Huidige rookgedrag

Uit *tabel 2.2.1* blijkt dat binnen de groep jongeren *meisjes* ongeveer even veel roken als *jongens*. *Oudere* mannen roken meer dan oudere vrouwen, maar minder dan de groep volwassenen. Mensen met een lage opleiding (*SES*) roken aanzienlijk meer dan mensen met een hoge opleiding. Dit wordt bevestigd door cijfers van het RIVM-MORGEN project (20-59 jaar) (% rokers in 1997: lager onderwijs: mannen 49%, vrouwen 41%, hbo/wo:

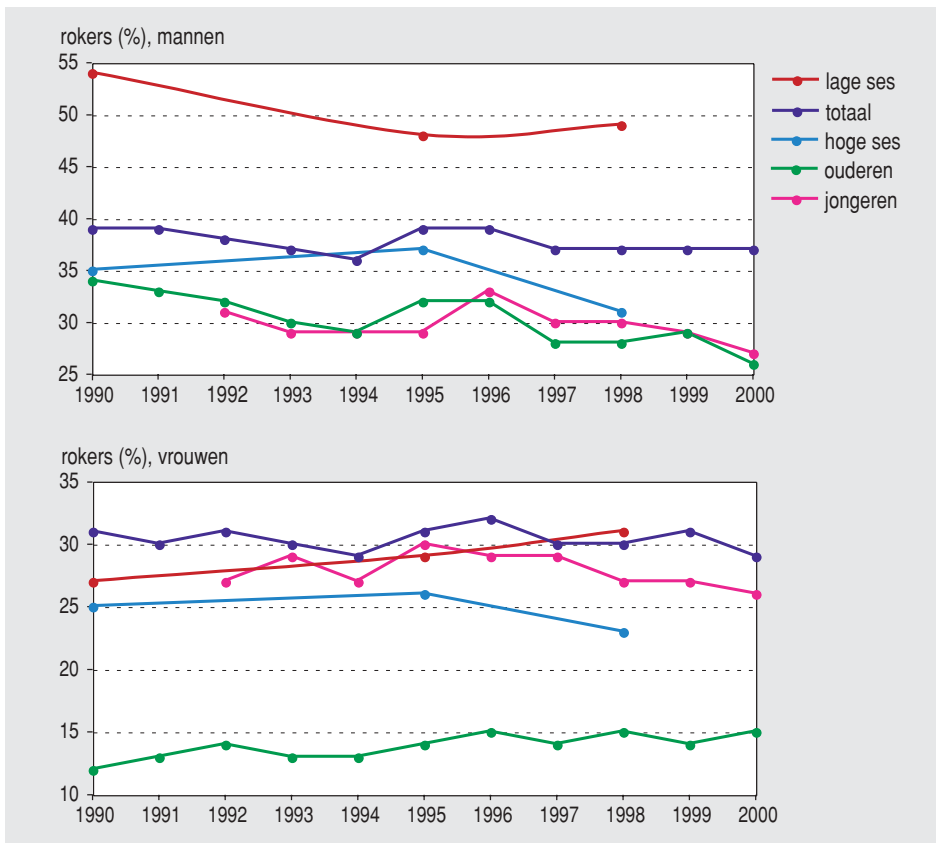
Tabel 2.2.1: Percentage rokers per doelgroep en in de totale bevolking.

Groep	Definitie	Mannen	Vrouwen	Bron
Jongeren	Regelmatig rokers			Stivoro, 2000
10-14 jaar		10	10	
15-19 jaar		46	42	
Ouderen	Rokers			Stivoro, 2000
65+ jaar		26	15	
SES	Rokers			CBS, 1998
lager onderwijs		49	31	
mavo/lbo		45	34	
havo/mbo		37	33	
hbo/universiteit		31	23	
Allochtonen (16-64 jr)	Rokers			Reijneveld, 1998
Turken			49	
Marokkanen			14	
Surinamers			31	
Antillianen			32	
Autochtonen			45	
Totale bevolking	Rokers	37	29	Stivoro, 2000

mannen 26%, vrouwen 30%). Uit onderzoek bij *allochtonen* uit Amsterdam blijkt dat Turkse inwoners meer roken dan de autochtone bevolking. Marokkanen roken het minst. Dit lage percentage wordt vooral veroorzaakt door het lage percentage rokende vrouwen (zie ook *paragraaf 2.4.4*).

2.2.2 Trend in rookgedrag

Het percentage rokende *jongeren* is in de afgelopen jaren gestagneerd (zie *figuur 2.2.1*). Het percentage rokende mannen boven de 65 jaar (*ouderen*) is sterk gedaald sinds 1970 (1970: 74%; 2000: 26%). Bij de oudere vrouwen is het percentage rokers laag gebleven. Uit gegevens van het CBS blijkt dat het aandeel zware rokers (minstens 20 sigaretten per dag) binnen de groep rokers is afgenomen (van 33% in 1990 tot 24% in 1998). Het percentage rokers is zowel bij mannen met een lage als een hoge opleiding (*SES*) de afgelopen tien jaar afgenomen. Bij vrouwen met een lage opleiding is het percentage rokers in de afgelopen 10 jaar vrijwel gelijk gebleven. Doordat het rookgedrag bij vrouwen met een hoge opleiding is gedaald, zijn de sociaal-economische verschillen met name in de tweede helft van de jaren negentig toegenomen (Konings-Dalstra et al., 2000).



Figuur 2.2.1: Trend in percentage rokers in de periode 1990-2000 (Bron: Stivoro en CBS).

VOEDING

2.2.3 Huidige voedingsgedrag

In *tabel 2.2.2* wordt per specifieke groep voor een aantal voedingsmiddelen en -stoffen de consumptie beschreven. De vetinneming van *jongeren* (10-19 jaar) is vergelijkbaar met die van de totale bevolking. Slechts 6% van de jongeren voldoet aan de richtlijn voor verzadigd vet. De consumptie van groenten en fruit is bij *jongeren* aanzienlijk lager dan de consumptie van de totale bevolking. Vijf procent van de kinderen op de basisschool en 13% van de jongeren op het voortgezet onderwijs slaan hun ontbijt over (Brugman, 1998). Het overslaan van het ontbijt komt vaker voor bij oudere kinderen (13-15 jr), kinderen van wie de vader laaggeschoold is, kinderen in eenoudergezinnen, kinderen uit de grote steden en allochtone kinderen (Brugman, 1998). De groep 12-19 jarigen krijgt 30-35% van haar energie binnen uit tussendoortjes zoals candybars, koek en frisdrank (TNO-PG, 1995).

De consumptie van totaal vet is bij *ouderen* (65+ jaar) vergelijkbaar met die in de totale bevolking (zie *tabel 2.2.2*). De fruitconsumptie van ouderen is hoger dan de rest van de bevolking. Door de veelal verminderde energiebehoefte (geassocieerd met een lagere lichamelijke activiteit) is de inname van voedsel en voedingsstoffen van ouderen veelal lager. Dit stelt hoge eisen aan de samenstelling van de voeding van ouderen.

Personen met een lage opleiding eten gemiddeld meer vet dan personen met een hoge opleiding (Hulshof et al., 1997). Ze eten meer vleeswaren, snacks en patat frites buiten

Tabel 2.2.2: Voedingsinneming per doelgroep in 1998 (Bron: Voedselconsumptiepeiling).

Groep	Jongeren (10-19 jr)	Ouderen (65+ jr)	SES ^a				Allochtoon ^b				Totale bevol- king	Aan- beve- ling
			ZL	L	M	H	TV	MV	TK	MK		
Voedingsmiddel/nutriënt												
Totaal vet (en% ^c)												
mannen	35	37	39	37	36	37			33	34	36	30-35
vrouwen	35	37	38	38	36	37	33	33	33	35	36	
Verzadigd vet (en% ^c)												
mannen	14	15	15	14	14	14			12	12	14	< 10
vrouwen	14	15	16	15	14	15	12	10	12	10	14	
Groenten (gram/dag)												
mannen	100	167	141	126	146	159			96	78	125	150-200
vrouwen	87	160	141	119	144	154	237	160	104	71	121	
Fruit (gram/dag)												
mannen	84	126	82	101	102	117			85	83	99	200
vrouwen	87	156	132	102	124	130	131	86	82	100	111	

a) ZL= zeer laag, L=laag, M = middel, H=hoog (opleiding).

b) TV= Turkse volwassenen, TK= Turkse kinderen, MV= Marokkaanse volwassenen, MK= Marokkaanse kinderen.

c) en%= percentage van de totale energie-inneming.

de maaltijd dan personen uit de hogere SES-klassen (Van Leer et al., 1995). Ook is uit eerder onderzoek gebleken dat kinderen van ouders met lage opleiding minder vaak groenten en fruit eten dan kinderen van ouders met een hoge opleiding (Brugman et al., 1995a). Dit sociaal-economische verschil in consumptie van groenten en fruit wordt bevestigd door onderzoek van Hulshof et al. (1997), maar is afwezig bij hen met een *zeer* lage opleiding.

De inneming van vetten door *allochtone* kinderen (van 7 tot 9 jaar) en moeders voldoet beter aan de Richtlijnen Goede Voeding dan de inneming door autochtonen. Zo is de bijdrage van verzadigd vet aan de totale energie-inneming voor Marokkaanse meisjes en moeders conform de aanbevolen 10 energieprocenten. Daarentegen is voor allochtonen de gemiddelde voorziening van micronutriënten (vitaminen, mineralen en sporenelementen) ongunstiger dan voor de Nederlandse kinderen en moeders (niet in tabel weergegeven) (Brussaard et al., 1999). Zo is bijvoorbeeld de dagelijkse calcium-inneming bij allochtone kinderen met ongeveer 600 mg beduidend lager dan de inneming van autochtone kinderen (ongeveer 900 mg, aanbevolen 600-800 mg).

2.2.4 Trend in voedingsgedrag

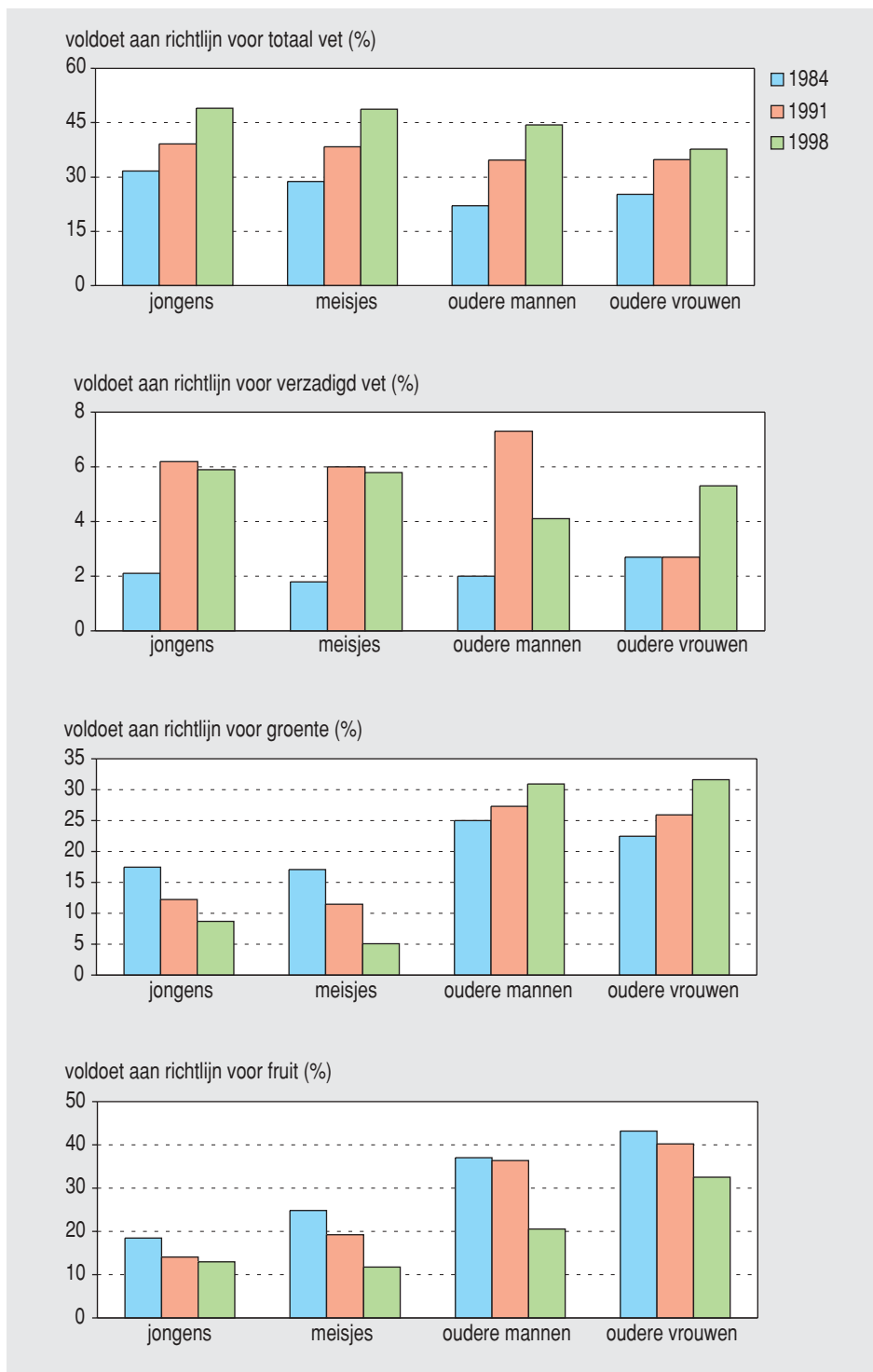
Figuur 2.2.2 beschrijft de trend van het percentage personen dat voldoet aan de richtlijn voor goede voeding. Er is een gunstige trend bij *jongeren*, zowel jongens als meisjes, wat betreft de totale vetconsumptie. De inneming van verzadigd vet is afgenomen in de periode 1984-1991, maar daarna weer enigszins gestegen. De groenten en fruitconsumptie van jongeren laat een sterk ongunstige trend zien (vooral voor de meisjes). Echter, wanneer ook vruchtensappen worden meegenomen in de berekening van het percentage personen dat voldoet aan de richtlijn voor fruitinneming is de situatie minder ongunstig. Bij jongens is er zelfs een verbetering van 27% tot 32% en bij meisjes blijft de situatie ongeveer gelijk (41% tot 39%).

Bij *ouderen* is een gunstige trend aanwezig met betrekking tot de inneming van totaal en verzadigd vet. In tegenstelling tot de rest van de bevolking is er bij ouderen ook een gunstige ontwikkeling in de groentenconsumptie. De consumptie van fruit is vooral tussen 1991 en 1998 sterk afgenomen. Deze daling blijft bestaan als de inneming van vruchtensappen wordt meegenomen in de berekening. Er zijn geen trendgegevens over voedingsgedrag beschikbaar voor *SES*-groepen en *allochtonen*.

LICHAMELIJKE INACTIVITEIT

2.2.5 Huidige lichamelijke inactiviteit

In *tabel 2.2.3* wordt het percentage lichamenlijk inactieve personen per specifieke groep weergegeven. Het percentage inactieve personen is lager onder *jongeren* dan onder de



Figuur 2.2.2: Trend in het percentage jongeren (10-19 jaar) en ouderen (65+ jaar) dat voldoet aan de Richtlijn goede voeding (Bron: voedselconsumptiepeiling).

Tabel 2.2.3: Lichamelijke inactiviteit naar doelgroep en in de totale bevolking.

Groep	Definitie	Prevalentie (%)	Bron
Jongeren	Geen lichaamsbeweging in vrije tijd		CBS-GE, 1996 ^a
16-19 jaar		26	
20-24 jaar		44	
Ouderen	Geen lichaamsbeweging in vrije tijd		CBS-GE, 1996 ^a
65-69 jaar		40	
70-74 jaar		52	
75+ jaar		71	
SES	Geen lichaamsbeweging in vrije tijd		CBS-GE, 1996 ^a
lager onderwijs		57	
lbo/mavo		37	
mbo/havo/vwo		30	
hbo/wo		20	
Allochtonen	Doet aan sport	52	SCP-AVO, 1999
	Doet wekelijks aan sport	24	(De Haan & Breedveld,
Autochtonen	Doet aan sport	66	2000)
	Doet wekelijks aan sport	34	
Totale bevolking	Geen lichaamsbeweging in vrije tijd		
16+ jaar		35	CBS-GE, 1996 ^a

a) Omwille van de onderlinge vergelijkbaarheid is in deze tabel gekozen voor gegevens van de CBS-Gezondheidsenquête (Reep-van den Bergh & Hildebrandt, 1999). De gegevens zijn niet uitgesplitst naar geslacht en onderschatten de lichamelijke activiteit omdat alleen de activiteiten in de *vrije tijd* zijn meegeteld en niet de activiteiten tijdens *werk* en/of *school*.

rest van de bevolking. De lichamelijke activiteit neemt echter drastisch af na het 20e levensjaar (CBS-GE). Uit het tijdsbestedingonderzoek van SCP uit 1996 bleek dat jongeren per week ongeveer 45 uur besteden aan vrijetijdsactiviteiten. Aan TV kijken, radio en audio besteden jongeren de meeste tijd, vooral jongens tot 18 jaar (40%). De meeste jongeren doen aan sport (80% van de jongeren tot 18 jaar beoefent 1 of meer sporten), maar boven de 18 neemt de belangstelling hiervoor af in het voordeel van uitgaan en sociale contacten. Een derde van de bevolking van 25 jaar en ouder doet niet meer aan sport.

Het percentage personen dat aangeeft geen enkele vorm van lichamelijke activiteit te verrichten neemt sterk toe na het 65e levensjaar (zie tabel 2.2.3). *Ouderen* besteden minder tijd aan wandelen, fietsen, sport en klussen dan de gemiddelde bevolking.

Volgens de gegevens van het CBS komt inactiviteit veel vaker voor bij mensen met een lagere schoolopleiding dan mensen met een hoge opleiding (HBO/WO). Dit *SES*-verschil is ook in eerder onderzoek aangetoond (Schuit et al., 1999). Uit onderzoek van TNO bleek echter dat het percentage mensen dat aan de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' voldoet hoger is bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden (Hildebrandt et al., 1999).

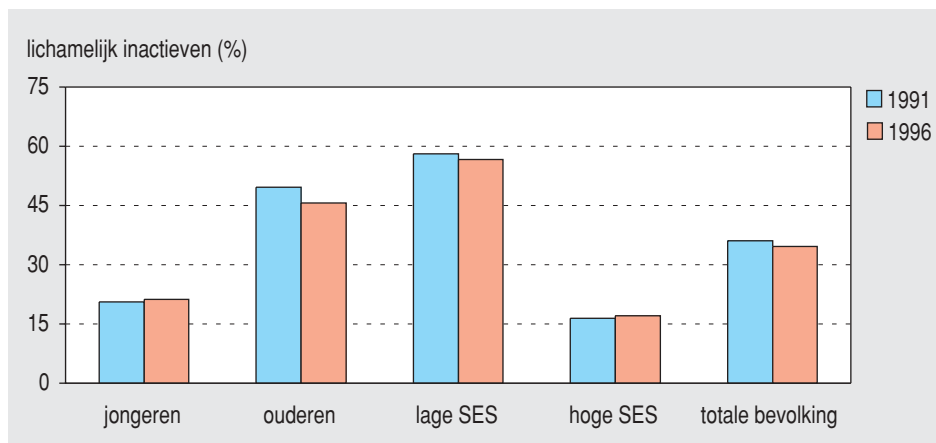
Voor de groep *allochtonen* is alleen informatie beschikbaar over de sportdeelname. Het percentage personen dat (wekelijks) aan sport doet is lager bij allochtonen dan bij autochtonen (De Haan & Breedveld, 2000). Ook Lagendijk en van der Gugten (1996) rapporteerden een lagere sportdeelname van allochtonen ten opzichte van autochtonen.

Er zijn tevens verschillen tussen minderheden: zo lijken Marokkanen het minst aan sport te doen gevolgd door Turken en dan door Surinamers/Antillianen. Sportdeelname neemt bij allochtonen sterk af met de leeftijd, het sterkst rond de leeftijd van huwelijk en gezinsvorming. Er is een groot verschil in het sportgedrag tussen mannen en vrouwen. Als islamitische meisjes al aan sport doen, stoppen zij doorgaans bij het ingaan van de puberteit. Bij Surinaamse/Antilliaanse vrouwen gelden dergelijke religieus- of cultureel gebaseerde beperkingen niet, maar een relatief groot deel woont zelfstandig met kinderen, waardoor sportmogelijkheden beperkt zijn.

Bevolkingsgroepen die langer in Nederland gevestigd zijn, zijn meer geneigd de Nederlandse cultuur over te nemen. Dit zou kunnen verklaren dat eerste generatie allochtonen minder vaak wekelijks sporten (26%) dan de tweede generatie (36%) (Rijpma & Roques, 2000). Tot slot zijn allochtone jongeren minder vaak lid van een sportvereniging dan autochtone jongeren (OCW, 2000)

2.2.6 Trend in lichamelijke inactiviteit

Het percentage inactieve *jongeren* is in de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Het percentage inactieve *ouderen* is in de afgelopen jaren enigszins afgenomen (zie *figuur 2.2.3*). Op basis van CBS-gegevens zijn geen duidelijke veranderingen waargenomen in het voorkomen van (in)activiteit bij de verschillende *SES* groepen. Trendgegevens van het RIVM (Schuit et al., 1999) geven een indicatie dat het percentage mannen (middelbare leeftijd) dat onvoldoende actief is toeneemt bij de lager opgeleiden (1994: 47%, 1997: 58%). Dit beeld van een ongunstiger trend bij laag opgeleiden wordt bevestigd door gegevens van het GLOBE-onderzoek (Droomers et al., 2000).



Figuur 2.2.3: Trend in lichamelijke inactiviteit^a bij jongeren (16,17-jarigen), ouderen (55+ jaar) en naar opleidingsgraad^b (Bron: CBS-Gezondheidsenquête).

a) inactiviteit = geen lichaamsbeweging in de vrije tijd.

b) hoge SES = HBO/WO; lage SES = basisonderwijs.

Uit het meest recente tijdsbestedingsonderzoek van het SCP komt naar voren dat de hoeveelheid vrije tijd sinds 1995 sterk is teruggelopen (met circa 5%) in alle leeftijdsklassen. Dit is met name ten koste gegaan van de tijd die wordt besteed aan sport en bewegen (Breedveld & Van den Broek, 2001). Het verschil tussen mannen en vrouwen in sportdeelname is sterk afgenomen; wel blijven mannen meer tijd besteden aan sport dan vrouwen.

Bestaande verschillen in sportactiviteiten en lidmaatschap sportvereniging tussen *allochtonen* en autochtonen zijn in de periode 1995 en 1999 vergroot. Het percentage allochtonen met een lidmaatschap van een sportvereniging was in 1995 51,7 en in 1999 43,1 (SCP-AVO; De Haan & Breedveld, 2000).

ALCOHOLGEBRUIK

2.2.7 Huidig alcoholgebruik

Tabel 2.2.4 geeft het alcoholgebruik (matig en overmatig) per specifieke groep weer. Tot de leeftijd van 16-17 jaar stijgt het aantal leerlingen dat recentelijk tenminste eenmaal

Tabel 2.2.4: Alcoholgebruik naar doelgroep en in de totale bevolking.

Groep	Definitie	Prevalentie (%)		Bron
		mannen	vrouwen	
Jongeren	In de afgelopen 4 weken			Peilstations, 1999 (De Zwart et al., 2000)
BO ^a	alcohol gedronken	15	9	
VO ^a (12-18 jaar)		59	50	
Ouderen				CBS-POLS, 1997
70-79 jaar	1-3 glazen/dag	36	15	
	3 of meer glazen/dag	7	1	
80+ jaar	1-3 glazen/dag	36	13	
	3 of meer glazen/dag	4	0	
SES ^b	3 of meer glazen/dag			
laag		14	1	CBS-POLS, 1997
midden		14	2	
hoog		9	4	
Allochtonen	In de afgelopen 4 weken			MCA communicatie, 2000
Turken 15-29 jaar	alcohol gedronken	40	8	
30+		30	7	
Marok 15-29 jaar		19	3	
30+		3	0	
Sur/Ant 15-29 jaar		64	49	
30+		61	38	
Totale bevolking	1-3 glazen/dag	38	21	CBS-POLS, 1997
	3 of meer glazen/dag	14	2	

a) BO=basisonderwijs, VO=voortgezet onderwijs.

b) Laag=lagere school, lbo, mulo/mavo; Middel=mbo, havo, hbs, vwo; Hoog=hbo, universiteit.

Tabel 2.2.5: Alcoholgebruik in de afgelopen 4 weken bij jongeren in 1999 (Bron: Peilstations, 1999; De Zwart et al., 2000).

	Prevalentie (%)	
	jongens	meisjes
Basisonderwijs	15	9
12-13 jaar	33	23
14-15 jaar	64	59
16-17 jaar	83	75
18+ jaar	78	71
Voortgezet onderwijs (totaal)	59	50

alcohol heeft gedronken sterk, met name tussen de leeftijdscategorieën 12-13 en 14-15 jaar (De Zwart et al., 2000) (zie tabel 2.2.5). Excessief alcoholgebruik komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes en vaker bij de oudere jeugd. De laatste keer werd door 61% van de middelbare scholieren een tot vier glazen gedronken, 22% dronk vijf tot acht glazen en de overige 17% dronk meer dan acht glazen. Bier is de meest populaire drank onder de jongens (70% heeft dit bij de laatste gelegenheid gedronken), terwijl de meisjes liever sterke drank drinken (mix drankjes) (De Zwart et al., 2000).

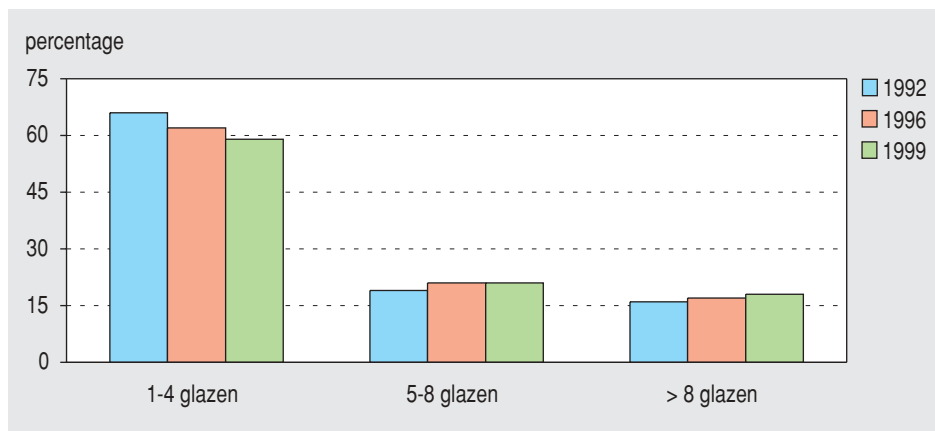
Tot de leeftijd van 40 jaar komt overmatig alcoholgebruik iets meer voor bij de lager opgeleiden, terwijl boven die leeftijd vooral mannen met een hoge opleiding veel drinken (*SES*). Overmatig alcoholgebruik neemt bij vrouwen toe met de leeftijd en is het hoogst bij de hoogst opgeleide vrouwen.

Gegevens over overmatig alcoholgebruik bij *allochtonen* zijn schaars. Wel is bekend dat het alcoholgebruik lager is dan in de algemene bevolking. Binnen de groep allochtonen drinken Surinamers en Antillianen het vaakst alcohol, gevolgd door Turkse mannen en tenslotte Marokkaanse mannen. Het alcoholgebruik van oudere Marokkaanse mannen en Marokkaanse en Turkse vrouwen is vrijwel verwaarloosbaar. Ook in het onderzoek van Reijneveld (1998) bij mannen en vrouwen in Amsterdam had 52% van de Antillianen, 44% van de Surinamers, 26% van de Turken en 8% van de Marokkanen in de afgelopen week alcohol gebruikt, ten opzichte van 78% van de autochtone bevolking.

2.2.8 Trend in alcoholgebruik

Het percentage *jongeren* (12-18 jaar) dat in de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken is sterk toegenomen in tussen 1992 en 1996. De belangrijkste toename vond plaats onder de jongeren t/m 15 jaar.

In de periode 1992-1999 is er een lichte stijging in het percentage jongeren dat zegt vijf of meer glazen te hebben gedronken tijdens de laatste gelegenheid (zie *figuur 2.2.4*). Dit bedroeg in 1992, 1996 en 1999 respectievelijk 35, 38 en 39% (De Zwart et al., 2000).



Figuur 2.2.4: Trends in het aantal gedronken glazen tijdens de laatste gelegenheid (%) bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (Bron: Trimbos-instituut).

Sinds 1989 is onder de volwassenen alleen het percentage overmatig drinkende mannen iets gestegen. Vooral bij mannen met een lage SES (gemeten naar opleidingsniveau) nam het percentage overmatige drinkers toe (van 9% in 1989 naar 14% in 1997, bron: CBS, 1997). Wat betreft problematisch alcoholgebruik¹ is de prevalentie in de lage SES-groep in de afgelopen 10 jaar nauwelijks veranderd. De sociaal-economische verschillen zijn kleiner geworden, aangezien in de hogere SES-groepen de prevalentie van problematisch alcoholgebruik toenam (Konings-Dalstra et al., 2000).

Er ontbreken trendgegevens voor *ouderen* en *allochtonen*.

DRUGGEBRUIK

2.2.9 Huidig druggebruik

Tabel 2.2.6 presenteert het druggebruik onder *jongeren*. Van alle middelbare scholieren zegt bijna 10% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek hasj of marihuana te hebben gebruikt. Bij jongens ligt dit percentage bijna 2 keer zo hoog als bij de meisjes. Jongens gebruiken ook frequenter. Ruim 2 op de 100 scholieren zeggen in de afgelopen vier weken een harddrug te hebben gebruikt. XTC wordt het vaakst genoemd (De Zwart et al., 2000).

Er zijn geen gegevens beschikbaar over druggebruik, uitgesplitst naar *SES-groepen*. Wel is in de Nationale Drugsmonitor (NDM, 2001) beschreven dat het recent cannabisgebruik onder jongeren in het speciaal voortgezet onderwijs iets hoger (14% in 1997) en onder jongeren in instellingen en projecten voor spijbelopvang beduidend hoger (35-55% in 1995-1997) ligt dan onder de algemene jongerenpopulatie.

¹ Problematisch alcoholgebruik = minstens 1 maal per week 6 (of meer) glazen alcohol.

Tabel 2.2.6: Druggebruik in de afgelopen 4 weken in het voortgezet onderwijs in 1999 en in de afgelopen maand in de totale bevolking in 1997 (%) (Bron: Peilstations, 1999; De Zwart et al., 2000; Cedro; Abraham et al., 1999).

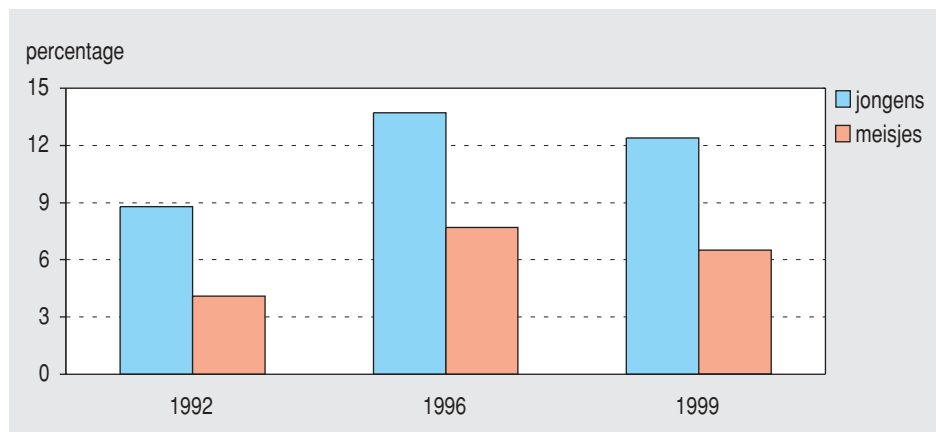
	Jongens	Meisjes	Totale bevolking (12 – 69 jaar) ^a
Cannabis	12,4	6,5	2,5
Paddo's	1,8	0,5	0,1
XTC	2,1	0,7	0,3
Amfetamine	1,3	0,7	0,1
Cocaïne	1,8	0,5	0,2
Heroïne	0,5	0,2	0,0

a) In de steden is het percentage *softdruggebruikers* hoger: 8,1% in Amsterdam, 3,3% in Rotterdam en 4,2% in zowel Den Haag als in Utrecht (Abraham et al., 1999). In hoeverre postenquêtes betrouwbare prevalentiecijfers voor druggebruik opleveren, met name voor harddrugs, staat ter discussie. Voor *harddruggebruik* zijn er naast enquête-cijfers ook schattingen beschikbaar van het gebruik op basis van onder andere registratiegegevens van hulpverlening en/of justitie. Zo schatte Intraval in 1995 de omvang van een subgroep gebruikers, de verslaafde gebruikers, op ruim 25.000 op de totale bevolking van Nederland (Bieleman et al., 1995).

Het Nationaal PrevalentieOnderzoek, opgezet om een landelijk representatief beeld te krijgen van middelengebruik in de algemene bevolking, laat zien dat in 1997 het cannabis-gebruik onder *allochtonen* met 4,1% circa twee maal zo hoog lag als onder de autochtone bevolking van 12 jaar en ouder (Eland & Rigter, 2001).

2.2.10 Trend in druggebruik

Figuur 2.2.5 geeft het cannabisgebruik onder *jongeren* weer. Het gebruik van cannabis is in de afgelopen tien jaar toegenomen, vooral in het begin van de jaren negentig (De Zwart et al., 2000). Het XTC-gebruik (niet in figuur) is licht gedaald van 2,2% in 1996 tot 1,4% in 1999.



Figuur 2.2.5: Cannabisgebruik in de afgelopen 4 weken (%) bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (Bron: Trimbos-instituut).

Het percentage jongeren (15-29 jr) dat zich bij de ambulante verslavingszorg heeft ingeschreven is in de periode 1988-1999 gedaald van 60% naar 40%. Voor 40-plussers is dat percentage gestegen van 8% naar 20% (Ouwehand, 2000). Het handelt daarbij vooral om harddrug problematiek. Er ontbreken trendgegevens voor *SES-groepen* en *allochtonen*.

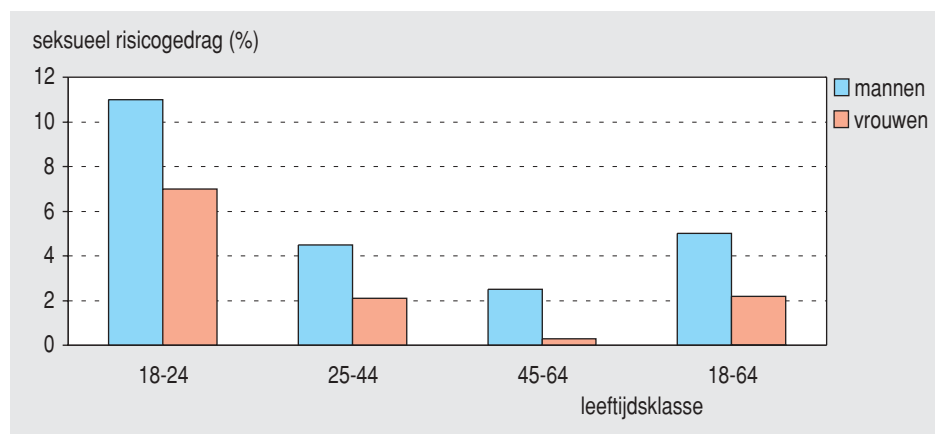
ONVEILIG VRIJEN

2.2.11 Huidig condoomgebruik

Seksueel risicogedrag wordt meestal gedefinieerd als onbeschermd seks met een seksueel ervaren partner en/of intraveneuze druggebruiker. *Figuur 2.2.6* presenteert het voorkomen van seksueel risicogedrag naar leeftijdsklasse. Geschat wordt dat van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar, 5% van de mannen en 2% van de vrouwen seksueel risicogedrag vertoont (Van Zessen, 1997). 11% van de jonge mannen en 7% van de jonge vrouwen (18-24 jaar) vrijt onveilig (zie *figuur 2.2.6*).

Volgens het onderzoek van De Vroome & Sandfort (1999) gebruiken *jongeren* (15-20 jaar) vaker (73%) consequent een condoom met een losse partner dan volwassenen (21-35 jaar) (57-67%, afhankelijk van de leeftijdsklasse). Tussen de 6-9% van de scholieren vrijt onveilig (Brugman, 1995). Personen met een hoge opleiding rapporteren vaker dat ze *soms* een condoom gebruiken met een losse partner dan personen met een lage opleiding, maar minder vaak dat ze *altijd* een condoom gebruiken met een losse partner (De Vroome & Sandfort, 1999).

Tabel 2.2.7 presenteert de houding van *allochtonen* en autochtonen ten aanzien van condoomgebruik. De houding verschilt aanzienlijk tussen de autochtone en de allochtone groepen (Von Bergh & Sandfort, 2000). Vooral Turken en Marokkanen staan negatief



Figuur 2.2.6: Percentage 18-64 jarigen met seksueel risicogedrag, 1996 (Bron: Nemesis).

Tabel 2.2.7: Houding ten aanzien van condooms en gebruik hiervan bij allochtonen ten opzichte van een vergelijkbare autochtone populatie (Bron: NISSO, 2000).

	Houding en gedrag (%)		
	Marokkanen	Surinamers Antillianen	Turken
• Vindt het moeilijk om condoom te gebruiken bij nieuwe partner	11 vs 6	11 vs 5 ^a	26 vs 2 ^a
• Denkt in de toekomst zeker een condoom te gebruiken bij nieuwe partner	65 vs 81 ^a	81 vs 84	62 vs 84 ^a
• Kaart zelf condoomgebruik aan als partner er niet over begint	86 vs 94	91 vs 95	77 vs 95 ^a
• Heeft in de afgelopen 6 maanden niets gedaan om besmetting met soa of hiv te voorkomen	41 vs 27	17 vs 28	17 vs 24

a) significant verschillend.

ten opzichte van condoomgebruik. Redenen om geen condooms te gebruiken die vaker door Turken en Marokkanen worden geopperd zijn: minder gevoel tijdens vrijen, onderbreking tijdens vrijen, het niet bij zich hebben en schroom om condooms te kopen.

2.2.12 Trend in condoomgebruik

Uit onderzoek bij 15-35 jarigen blijkt dat het condoomgebruik bij contact met losse partners gestegen is: in 1987 zei minder dan 30% in die gevallen altijd een condoom te gebruiken en in 1997/98 ruim 60% (De Vroome & Sandfort, 1999).

In de afgelopen decennia is de leeftijd waarop *jongeren* seksueel actief worden steeds verder gedaald (Brugman, 1995b). Door het toegenomen aantal partners (bij een vrijwel gelijkblijvend condoomgebruik) steeg het percentage scholieren dat risico loopt op besmetting met seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) van 6% in 1990 naar 10% in 1995.

ONVEILIG GEDRAG IN RELATIE TOT ONGEVALLEN

2.2.13 Privé-, sport- en verkeersongevallen

In deze paragraaf zouden in principe gegevens moeten worden opgenomen over veilig gedrag in de privésfeer (gebruik van goedgekeurde keukentrapjes etc), tijdens het sporten (bijv. gebruik van een kniebeschermers tijdens het skaten), en in het verkeer (gebruik autogordel en fietshelm). Deze gegevens zijn nauwelijks aanwezig. Als afgeleide presenteren we gegevens over de letsels die aan dat gedrag gerelateerd zijn.

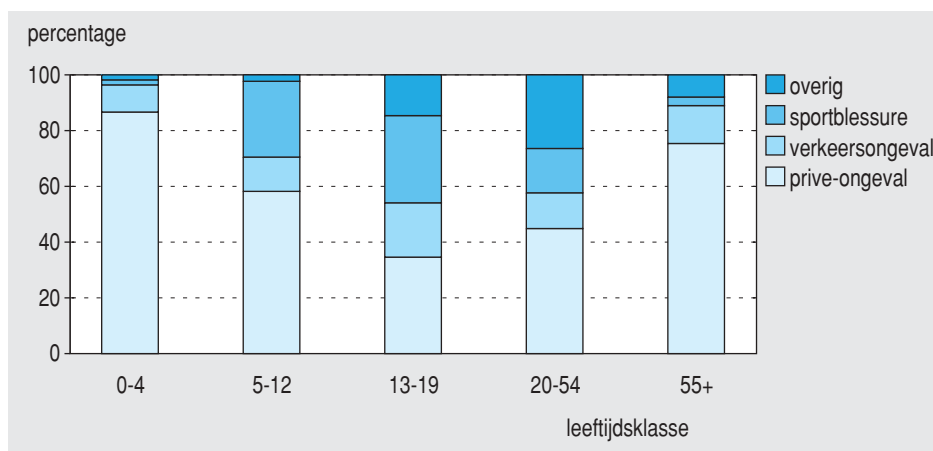
Tabel 2.2.8. Gemiddeld jaarlijks aantal spoedeisende hulp (SEH) behandelingen naar type ongeval (Bron: LIS, Consument en Veiligheid 1997-1999).

Type ongeval	SEH behandelingen
Privé	570.000
Sport	180.000
Vervoer	150.000
Arbeid	120.000
Geweld	39.000
Zelfbeschadiging	13.000
Onbekend type ongeval	19.000
Totaal	1.100.000

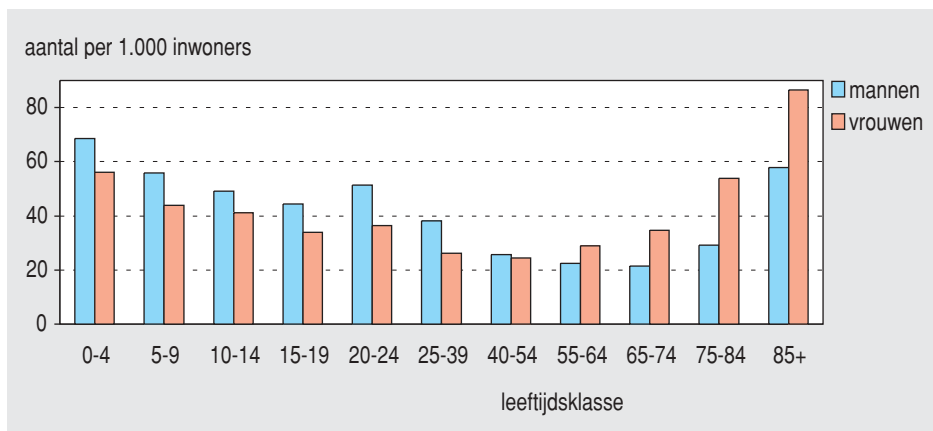
De gegevens komen grotendeels uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid. In het LIS staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een ziekenhuis. De gepresenteerde gegevens hebben dan ook alleen betrekking op ongevallen die tot een acuut lichamelijk letsel leiden.

In totaal vinden naar schatting 1,1 miljoen ongevallen plaats per jaar (zie tabel 2.2.8). Met name bij jongeren en ouderen vindt het merendeel van de ongevallen plaats in de privé-sfeer (zie figuur 2.2.7 en figuur 2.2.8). Bij kinderen en jongeren is het aantal privé-ongevallen per 100.000 inwoners onder mannen hoger dan onder vrouwen. Bij de ouderen is het andersom: meer vrouwen dan mannen krijgen een privé-ongeval.

Sportongevallen komen vooral voor bij 10-39 jarigen (zie figuur 2.2.9). Binnen deze leeftijdsklassen is het voorkomen bij mannen ongeveer twee zo groot als bij vrouwen.



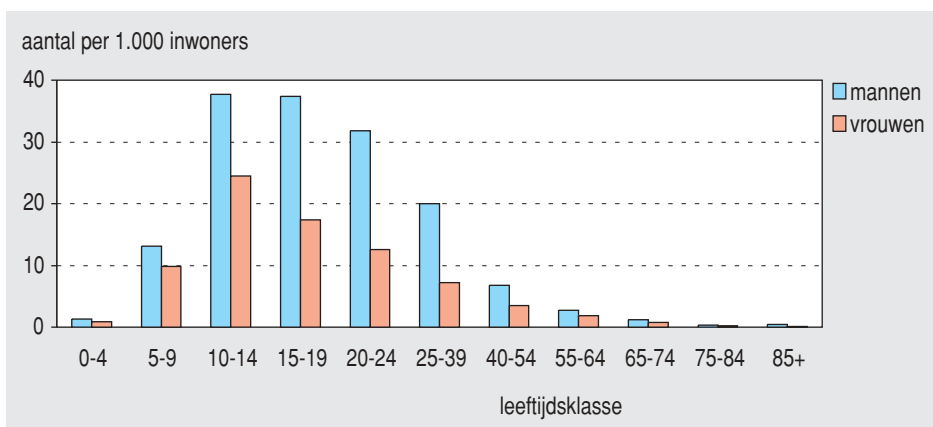
Figuur 2.2.7: Procentuele verdeling van spoedeisende hulp behandelingen per type ongeval naar leeftijd 1997-1999 (Bron: LIS, Consument en Veiligheid).



Figuur 2.2.8: Aantal privé-ongevallen behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een ziekenhuis per 1.000 inwoners, 1997-1999 (Bron: LIS, Consument en Veiligheid).

Het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van *verkeersongevallen* is het grootst in de leeftijdsgroep 18 – 50 jaar: ruim 7.000 geregistreerde ziekenhuisopnamen in 1999 (Van Schagen, 2000). Naast de personenauto vormen de gemotoriseerde tweewielers (motor, scooter, brom- en snorfiets) een belangrijk risico op een ongeval.

In een onderzoek van Baar et al. (2000) zijn zes bestaande gegevensbestanden gebruikt om zicht te krijgen op *sociaal-economische* verschillen in de incidentie en sterfte door ongevallen in Nederland. Beschouwing van alle resultaten gezamenlijk leert dat er géén sprake is van een eenduidige en consistente samenhang tussen SES en het ongevalsrisico. De incidentie van *lichte* bedrijfsongevallen is hoger bij mannen uit lage SES-groepen, terwijl de incidentie van *lichte* sportblessures juist hoger is bij mannen en



Figuur 2.2.9: Aantal sportongevallen (excl. bewegingsonderwijs) behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH)-afdeling van een ziekenhuis per 1.000 inwoners, 1997-1999 (Bron: LIS, Consument en Veiligheid).

Tabel 2.2.9: Verschillen in lichamelijk letsel als gevolg van ongevallen^a naar SES (opleiding, beroep, inkomen): relatieve risico's van laagste ten opzichte hoogste SES-categorie^b.

	Ongeval leidend tot:	Relatieve risico ^d
Alle letsels		
• beroep	medische behandeling	1,36 (1,03-1,80)
• inkomen ^c	mortaliteit	1,34 (1,23-1,47)
• opleiding	ziekenhuisopname	1,65 (1,20-2,26)
Verkeersongevallen		
• opleiding	ziekenhuisopname	3,06 (1,18-7,90)
Niet-verkeers-ongevallen		
• inkomen	mortaliteit	1,33 (1,16-1,53)
• opleiding	ziekenhuisopname	1,56 (1,09-2,22)
Privé-ongevallen		
• beroep	medische behandeling	1,56 (1,02-1,83)
Bedrijfsongevallen		
• opleiding	medische behandeling	2,90 (1,65-5,12)
• beroep	medische behandeling	15,13 (4,09-56,05)
Sportletsels		
• opleiding	medische behandeling	0,63 (0,46-0,85)
• inkomen	medische behandeling	0,54 (0,39-0,76)

a) In de tabel zijn alleen de significante verschillen opgenomen. In een aantal studies zijn geen relaties gevonden.

b) Bronnen: medische behandeling: Ongevallen in Nederland 1997/1998, ziekenhuisopname: GLOBE & LMR, mortaliteit: CBS buurtonderzoek.

c) Inkomen is gebaseerd op besteedbaar inkomen van inkomensontvangers met 52 weken inkomen, per buurt.

d) Significante relatieve risico's en 95% betrouwbaarheidsinterval, na correctie voor leeftijd en geslacht.

vrouwen uit hoge SES-groepen. Een lagere SES hangt samen met een hogere kans op ernstig letsel leidend tot *ziekenhuisopname* of *sterfte*. Dit geldt voor zowel verkeers- als voor niet-verkeersongevallen.

Uit onderzoek onder *allochtonen* blijkt dat dodelijke ongevallen en niet-dodelijke ongevallen, zoals brandwonden, vaker voorkomen bij Turkse en Marokkaanse kinderen dan bij Nederlandse kinderen (Van der Wal et al., 1994). Bij Surinaamse/Antilliaanse kinderen kwamen brandwonden relatief weinig voor. Onderzoek in Den Haag wees uit dat Turkse en Marokkaanse kinderen van 2-12 jaar veel vaker als voetganger of fietser bij een verkeersongeval betrokken zijn dan Nederlandse 1-12 jarigen. Met name jonge Turkse en Marokkaanse kinderen (2-5 jaar) hadden een sterk verhoogde ongevalkans in het verkeer.

Gegevens over veilig gedrag in relatie tot ongevallen zijn schaars, en vrijwel afwezig voor de diverse specifieke groepen. De SWOV verzamelt gegevens over risicovol gedrag in het verkeer. Zo was in 1998 het gordelgebruik in auto's circa 75% voor bestuurder en passagier. De taakstelling van 90% is dus nog niet in zicht. Sinds de wettelijke verplichting tot autogordels op de achterbank is het gebruik toegenomen van 13% in 1992 tot 44% in 1998 (Van Schagen, 2000).

Wat betreft het veilig vervoeren van kinderen op de achterbank blijkt dat gemiddeld slechts 54% van de kinderen beveiligd is. Op de voorbank wordt 74% van de kinderen met een beveiligingsmiddel beschermd.

Het rijden onder invloed van alcohol is al enige tijd redelijk stabiel en bedraagt ruim 4%.

2.2.14 Trend in privé- en sportongevallen

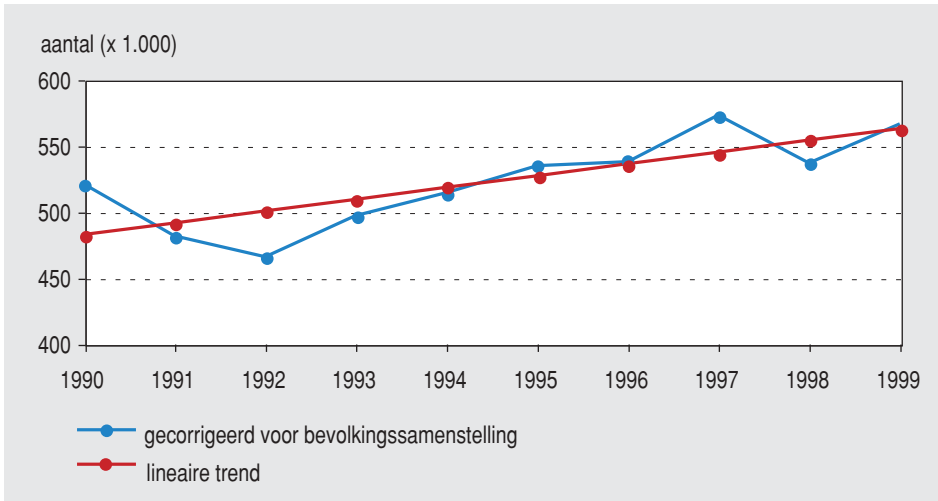
Tabel 2.2.10 geeft een overzicht van trends in enkele belangrijke ongevaltypen per leeftijdsklasse. Het aantal SEH-behandelingen na een privé-ongeval onder 0-4 jarigen is de laatste 5 jaar redelijk constant gebleven op ruim 60.000 per jaar. Bij de 5-12 jarigen zien we een lichte daling en bij de 13-19 jarigen een lichte stijging. Het aantal privé-ongevallen onder 65 jarigen en ouder is de laatste jaren gestegen. Bij de trendanalyses is rekening gehouden met de (dubbele) vergrijzing van de bevolking. Het merendeel van de privé-ongevallen onder senioren betreft valongevallen.

Voor de gehele bevolking is het totaal aantal spoedeisende hulp behandelingen na een privé-ongeval tussen 1995 en 1999 gestegen met 12% (zie *figuur 2.2.10*).

Het aantal SEH-behandelingen na een sportongeval (incl. bewegingsonderwijs) is tussen 1995 en 1999 gedaald met 11% (zie *figuur 2.2.11*). Deze terugloop wordt vooral veroorzaakt door een dalende trend in het aantal blessures tijdens voetbal, volleybal,

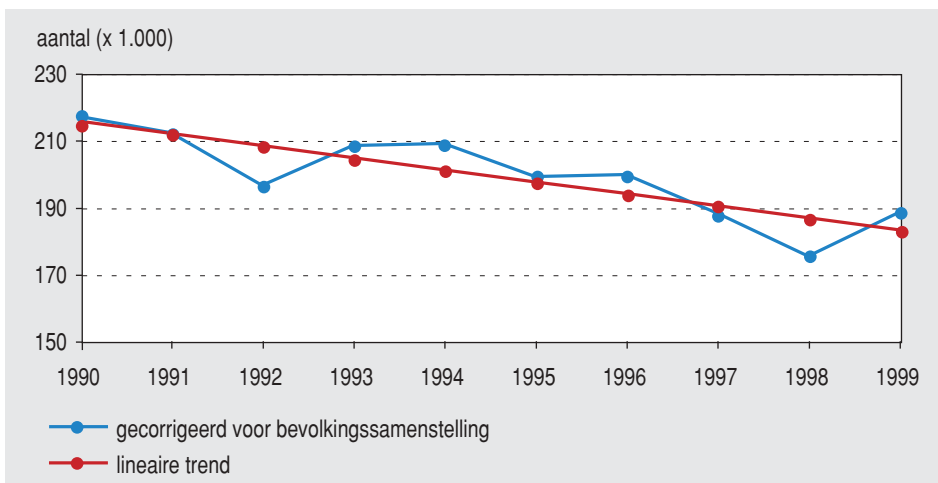
Tabel 2.2.10: Trend in aantal SEH-behandelingen na een ongeval en het gemiddelde jaarlijkse aantal SEH-behandelingen per leeftijdsgroep en type ongeval (Bron: LIS, Consument en Veiligheid, 1995-1999).

Leeftijdsklasse	Verandering in periode 1995-1999 (%)	Gemiddeld aantal in periode 1997-1999
0-4 jarigen		
privé-ongevallen (totaal)	1%	61.000
privé-ongevallen in de kinderopvang	13%	2.500
5-12 jarigen		
privé-ongevallen (totaal)	-2%	77.000
privé-ongevallen op school	4%	9.600
sportongevallen	7%	36.000
13-19 jarigen		
privé-ongevallen (totaal)	5%	51.000
privé-ongevallen op school	5%	4.500
sportongevallen	4%	46.000
65+		
privé-ongevallen	10%	83.000
sportongevallen	23%	1.500
valongevallen in zorginstellingen 65+	10%	5.000



Figuur 2.2.10: Trend in het aantal behandelingen op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een ziekenhuis na een privé-ongeval (Bron: LIS, Consument en Veiligheid).

hockey, tennis en zwemmen. Hiertegenover staat een stijging in het aantal ongevallen tijdens skaten/skeeleren en autosport (voornamelijk karten). Onderverdeeld naar leeftijdsklassen zien we een lichte stijging bij de leeftijden 0-14 jaar, een zeer sterke daling bij de leeftijdsgroep 15-24 jaar, een sterke daling bij de leeftijdsgroep 25-64 jaar en een lichte stijging bij de 55-jarigen en ouder.



Figuur 2.2.10: Trend in het aantal behandelingen op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een ziekenhuis na een sportongeval (incl. Bewegingsonderwijs)(Bron: LIS, Consument en Veiligheid).

2.3 Voorkomen van combinaties van risicogedrag

AJ Schuit

In het algemeen geldt dat het percentage mensen dat meervoudig risicogedrag vertoont hoger is bij de lager opgeleiden dan bij de hoger opgeleiden. Bij de lager opgeleiden komt het bijvoorbeeld veel vaker voor dan bij hoger opgeleiden dat mensen én roken, én inactief zijn én een lage groente- en fruitconsumptie hebben.

In deze paragraaf wordt het gecombineerd voorkomen van risicogedrag weergegeven. Gegevensbronnen die dergelijke analyses mogelijk maken zijn schaars. Op basis van het RIVM-MORGEN project kan voor de leeftijdsgroep 20-60 jaar en uitgesplitst naar opleidingscategorie een beeld worden geschetst van het gelijktijdig voorkomen van vier BRAVO factoren, namelijk roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding (lage groenten/fruit consumptie).

In tabel 2.3.1 wordt het tegelijkertijd voorkomen van 2 risicogedragingen beschreven. Deze tabel geeft aan hoeveel procent van de opleidingscategorie zowel het ene als het andere risicogedrag vertoont. Bijvoorbeeld: 39% van de lager opgeleide mannen rookt en eet te weinig groenten en fruit.

Tabel 2.3.1: Voorkomen van combinaties van risicogedrag naar leeftijd en opleiding (Bron: RIVM-MORGEN project 1994-1997).

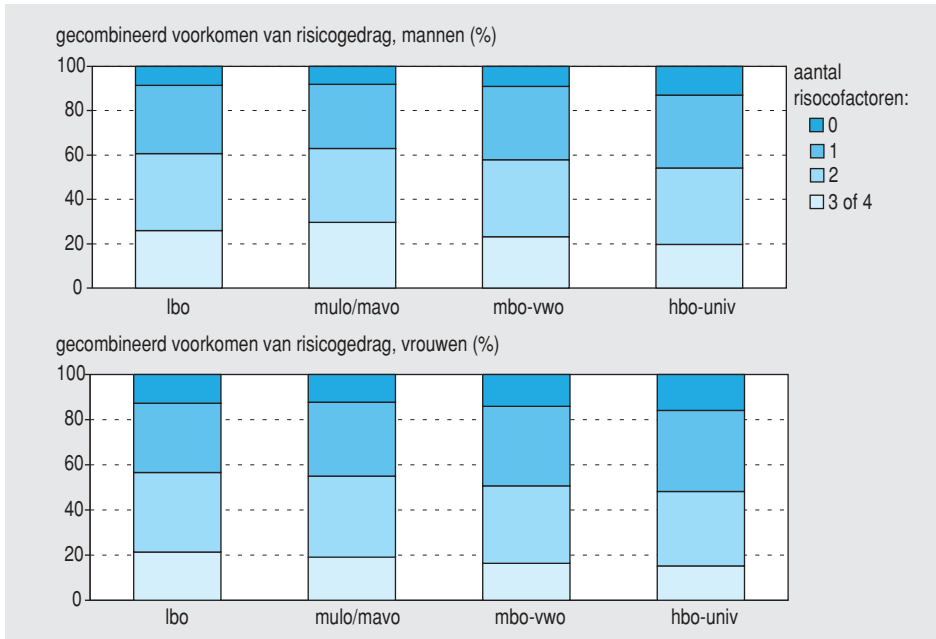
Gedrag ^a	R / OA	R / I	Mannen (%)			
			R / LGF	OA / I	OA / LGF	LGF / I
Opleiding ^b						
lo	10	28	39	9	13	43
lbo	10	20	36	9	16	35
mulo/mavo	12	24	36	12	20	41
mbo-vwo	10	17	28	9	15	36
hbo/wo	9	13	22	10	16	35
Totaal	10	19	30	9	16	37
Gedrag ^a	R / OA	R / I	Vrouwen (%)			
			R / LGF	OA / I	OA / LGF	LGF / I
Opleiding ^b						
lo	4	28	36	3	5	48
lbo	4	22	33	3	5	36
mulo/mavo	6	21	29	5	8	35
mbo-vwo	5	17	26	4	7	31
hbo/wo	7	14	22	6	10	26
Totaal	5	19	28	5	7	34

- a) R: roken (≥ 1 sigaret/dag);
 OA: overmatig alcoholconsumptie (mannen > 3 glazen/dag, vrouwen > 2 glazen/dag);
 I: inactiviteit (gemiddeld < 30 min/dag minimaal matig intensieve activiteiten);
 LGF: lage groenten en fruit consumptie (inneming < 350 gram per dag).
- b) lo: lager onderwijs.

Met uitzondering van de combinaties ‘overmatig alcoholgebruik en inactiviteit’ en ‘overmatig alcoholgebruik en lage groenten- en fruitconsumptie’, komt de combinatie van 2 risicogedragingen vaker voor bij mannen en vrouwen met een lage opleiding dan bij hen met een hoge opleiding. Zo is het percentage personen dat rookt en inactief is bijna 2 keer zo groot bij de laagst opgeleiden als bij de hoogst opgeleiden (mannen 28% vs 13%, vrouwen 28% vs 14%).

In *figuur 2.3.1* staat het percentage mensen met 0, 1, 2, 3 of meer risicogedragingen per opleidingscategorie. Uit deze figuur kan worden afgeleid dat bij de laagst opgeleide mensen het percentage personen met 3 of meer risicogedragingen hoger is dan bij de hoogst opgeleiden ($\pm 24\%$ versus 17%). Omgekeerd geldt dat het percentage personen zonder een risicogedrag het hoogst is bij de hoogst opgeleiden ($\pm 15\%$ versus 10%).

Tabel 2.3.2 presenteert het gelijktijdig voorkomen van de verschillende risicogedragingen voor de totale bevolking van 20 tot 60 jaar. In deze tabel staat het percentage mensen dat wel of niet de risicogedragingen in combinatie vertoont. Een plusje duidt aan dat het risicogedrag wel wordt vertoond, een minnetje geeft aan dat dit gedrag niet wordt vertoond. De percentages worden zowel gegeven voor de totale bevolking als voor de personen met een lage opleiding. Zo is bijvoorbeeld in de totale bevolking het percentage mannen dat rookt, inactief is en een lage groenten en fruitconsumptie heeft $11,7\%$.



Figuur 2.3.1: Het gecombineerd voorkomen van risicogedragingen^a naar geslacht en opleidingsniveau (Bron: RIVM-MORGEN project, populatie 20-60 jaar).

a) roken, lichamelijke inactiviteit, overmatig alcoholgebruik en lage groenten/fruitconsumptie.

Tabel 2.3.2: Tegelijkertijd voorkomen van risicogedrag bij mannen en vrouwen, gestandaardiseerd^a (leeftijd en opleiding) naar de Nederlandse bevolking (Bron: RIVM-MORGEN project 1994-1997).

R	Risicogedrag ^b			Mannen (%)		Vrouwen (%)	
	IA	LGF	OA	totaal	lo ^c	totaal	lo ^c
+	+	+	+	4,0	4,6	1,9	2,1
+	-	+	+	4,3	4,0	2,0	0,8
+	+	-	+	0,4	0,8	0,5	0,3
+	+	+	-	11,7	19,4	12,9	21,6
-	+	+	+	3,2	2,4	1,0	0,5
+	-	-	+	1,0	1,0	0,6	0,4
+	+	-	-	2,0	3,8	3,5	4,4
-	-	+	+	3,6	1,3	1,5	1,0
+	-	+	-	11,1	13,3	11,9	12,5
-	+	+	-	16,7	16,1	17,4	24,1
-	+	-	+	0,5	0,1	0,5	0,3
+	-	-	-	3,5	4,4	4,4	3,4
-	+	-	-	4,4	6,1	7,8	9,3
-	-	+	-	22,9	15,7	20,2	12,6
-	-	-	+	1,1	1,0	0,9	0,2
-	-	-	-	9,5	6,0	12,9	6,6

a) De 'totaal'-gegevens zijn gestandaardiseerd voor leeftijd en opleiding; de 'LO'-gegevens zijn alleen gestandaardiseerd voor leeftijd.

b) R: roken: ≥ 1 sigaret/dag;

OA: overmatige alcohol consumptie: mannen > 3 glazen/dag, vrouwen > 2 glazen/dag;

I: inactiviteit: gemiddeld < 30 min/dag minimaal matig intensieve activiteiten;

LGF: lage groenten en fruit consumptie: inneming < 350 gr dag.

c) lo: lager onderwijs.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat het percentage mensen met meervoudig risicogedrag hoger is bij de lager opgeleiden dan bij de hoger opgeleiden. Bovendien wordt beschreven voor welk risicogedrag dit vooral geldt. Vooral het gecombineerd voorkomen van roken, inactiviteit en een lage groenten en fruitconsumptie is veel hoger bij lager opgeleiden dan bij de totale bevolking. Bij mannen is dit 19,4% bij de lager opgeleiden ten opzichte van 11,7% in de totale bevolking. Bij vrouwen is dit respectievelijk 21,6% en 12,9%.

In de Sociale staat van Nederland van het SCP (Hessing-Wagner, 2001) is op basis van CBS-gegevens (1997/1998) ook gekeken naar het samengaan van risicofactoren (roken, alcoholgebruik, bewegen en lichaamsgewicht). Daaruit bleek dat *ouderen*, *mannen* en de *lagere SES-groepen* het meest ongunstig scoorden. Op een schaal van 0 tot 16 punten (0 = geen enkel risicovol gedrag, 16 = maximaal risicovol gedrag) scoorde de helft van de bevolking meer dan 5 punten, een vrij hoge score.

2.4 Determinanten van gedrag

M Tjhuis, W Vos

Uit studies die in Nederland zijn uitgevoerd, blijkt dat het gedrag van de specifieke groepen onder andere wordt bepaald door hoe ze de voor- en nadelen van hun gedrag inschatten, door de sociale omgeving en door de mate waarin een persoon zich in staat acht zijn gedrag te veranderen. Andere determinanten zijn echter zelden onderzocht in Nederland.

2.4.1 Inleiding

In het eerste deel van dit hoofdstuk is vastgesteld dat er bij de specifieke groepen voor verschillende leefstijlfactoren ongunstige ontwikkelingen optreden. Een volgende stap in de richting van doeltreffende interventies is om te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Er bestaan diverse modellen en theorieën die als doel hebben (gezondheids)gedrag of verandering daarin te verklaren. Voor een uitgebreide beschrijving hiervan wordt verwezen naar de bestaande literatuur (Meertens et al., 2000; Schaalma et al., 2000; Cuijpers et al., 2000; Bartholomew et al., 2001). In dit hoofdstuk wordt in *paragraaf 2.4.2* een beschrijving gegeven van de belangrijkste determinanten van gedrag, zoals ze naar voren komen uit de meest gebruikte theorieën en modellen.

Gewoonten en automatismen zijn elementen die niet in theorieën en modellen opgenomen worden, maar wel van belang lijken voor het verklaren van gezondheidsgedrag en –verandering (De Vries, 2000; Schaalma et al., 2000). Ook dit zal hieronder nader worden beschreven. Persoonskenmerken zoals sekse, leeftijd, gezondheid, persoonlijkheid en copingstijl worden bij meerdere modellen en theorieën gebruikt maar vormen niet de centrale elementen van deze theorieën. Persoonlijkheid en coping zijn elementen die in onderzoek naar stress worden gebruikt. In modellen over verandering van gezondheidsgedrag worden deze elementen dan ook gebruikt als achtergrondkenmerken omdat ze worden beschouwd in het licht van stress reacties en niet in het licht van het gezondheidsgedrag in kwestie. Deze persoonskenmerken worden veelal beschouwd als factoren die van invloed zijn op de determinanten van gedragsverandering (als het ware determinanten van de determinanten). In *paragraaf 2.4.2* beperken we ons tot een beschrijving van de centrale determinanten van gedrag of verandering daarin.

In het ZON-rapport *Gezond Leven* is een uitgebreid overzicht te vinden van determinanten van gedrag op basis van internationale literatuur (Keijsers & Vaandrager, 2000). In *paragraaf 2.4.3* is voor vijf belangrijke leefstijlfactoren aangegeven welke determinanten van gedrag op basis van *Nederlands* onderzoek in de literatuur worden genoemd. Tevens is beschreven wat de bewijslast is voor de relatie tussen deze determinanten en gedrag(sverandering) op basis van in *Nederland* uitgevoerd interventie-onderzoek. Internationale studies naar determinanten en internationale interventiestudies zijn op verschillende deel terreinen wel voorhanden maar zijn hier niet opgenomen. Zowel bij

onderzoek naar determinanten als bij interventies is de (sociale, politieke, economische, culturele etc.) context van groot belang. Bevindingen uit buitenlands onderzoek zijn daarom vaak niet te extrapoleren naar de Nederlandse situatie. Via elektronische zoeksystemen (Pubmed, PsycLit, Cochrane, GLIN en Picarta) is gezocht naar informatie over Nederlands onderzoek. Veel informatie is gepubliceerd in interne rapporten, die niet traceerbaar zijn in de elektronische systemen. Deze interne rapporten zijn via de zogenaamde ‘sneeuwbalmethode’ opgespoord, maar volledigheid is dus niet gegarandeerd.

2.4.2 Centrale determinanten in theorieën en modellen van gedrag(sverandering)

Kennis

Kennis(overdracht) wordt gezien als een essentieel onderdeel van het totstandkomen van gedrag en neemt een centrale plaats in bij veel theorieën en modellen. Kennisoverdracht wordt dan ook veel toegepast in interventies. Informatie kan mensen bewust maken van de noodzaak tot verandering of kan misvattingen over het eigen gedrag, of dat van de omgeving, wegnemen. Veel mensen denken bijvoorbeeld dat zij gezond eten maar blijken meer vet te eten dan is aanbevolen (‘misconceptie’, Brug et al. 1997). De redenering dat mensen die de juiste kennis hebben over wat gezond gedrag is, zich ook automatisch gezonder gaan gedragen, is onjuist (Meertens et al., 2000). Kennis is een belangrijke stap richting gedragsverandering, maar niet *voldoende*.

Risicoperceptie

Risico's op negatieve consequenties van bepaald risicogedrag worden zeer verschillend ingeschat. Mensen gebruiken eigen ervaringen om risico's in te schatten en zijn zich er vaak minder van bewust dat het risico van het een keer uitvoeren van een bepaalde activiteit klein kan zijn, maar dat het herhaaldelijk uitvoeren daarvan wel een groot risico kan vormen (multipelen kansen). Voor de inschatting is verder van belang hoe de risico's worden gepresenteerd (bijvoorbeeld in termen van sterfte of van overleving). Risico's die men niet vrijwillig neemt, die niet beheersbaar of onbekend zijn en risico's die gevolgen kunnen hebben voor volgende generaties lijken ernstiger te worden opgevat. Verder is voor risicoperceptie ook de sociale omgeving van belang: wanneer de media of het persoonlijke netwerk zich druk maakt over bepaalde risico's zal een individu dat ook eerder doen.

Onrealistisch optimisme

De meeste mensen denken dat ze minder kans hebben op onaangename gebeurtenissen dan anderen. Verklaringen hiervoor zijn dat men graag gelooft wat men wil geloven, en dat men alleen denkt aan eigen preventieve maatregelen en vergeet dat anderen dat misschien ook doen. Verder vergelijkt men zich eerder met een prototype (iemand die het niet goed doet) dan met een ‘gemiddelde’ ander.

Attitudes

Attitudes (houding ten aanzien van een onderwerp) worden bepaald door de door het individu ingeschatte voor- en nadelen van het gedrag, de zogenaamde *uitkomstverwachtingen*. Zo kan men het goed of slecht vinden om lichamelijk actief te worden. Deze attitudes zouden te veranderen zijn door informatie te geven over negatieve (en foute) uitkomstverwachtingen om deze te corrigeren, door positieve verwachtingen te versterken of door informatie te geven over nieuwe voor- en nadelen.

Ook de mate waarin iets als een voor- of nadeel wordt gezien kan worden beïnvloed. Van belang hierbij is dat mensen gevoeliger zijn voor consequenties van gedrag op de *korte* termijn dan op de *langere* termijn. Zajonc (1984) stelt dat attitudes niet altijd gebaseerd zijn op afwegingen en dat mensen soms beslissen op grond van een eerste gevoel (affectieve reactie) dat bij hen opkomt; zonder dat daarbij een cognitieve basis door verdere afweging aanwezig is (De Vries, 2000). De eerste emotionele reactie op voorlichting is dus van essentieel belang, deze reactie moet positief zijn om attitudes te kunnen veranderen.

Vaardigheden

Vaardigheden betreft de mate waarin iemand in staat is het specifieke gedrag te veranderen. Dit kunnen vaardigheden betreffen die direct met het gedrag zelf te maken hebben (bijvoorbeeld de fysieke mogelijkheid hebben om te sporten) of met communicatie over het gedrag (bijvoorbeeld het bespreekbaar maken van condoomgebruik in een seksuele relatie).

Eigen effectiviteitverwachting

Waargenomen gedragscontrole of eigen effectiviteitverwachting betreft de mate waarin mensen zich in staat achten het gedrag te veranderen. Deze subjectieve verwachting is van belang voor gedrag, gedragsverandering maar ook voor het volhouden van de verandering. De waargenomen gedragscontrole kan door diverse factoren worden bepaald. Zo zal iemand eerder trachten te stoppen met roken wanneer hij het mislukken van een eerdere poging toeschrijft aan toevallige omstandigheden (externe 'locus of control') en niet aan zijn eigen 'zwakte' (interne 'locus of control', Weiner, 1986).

Sociale steun

Uit de verschillende theorieën en modellen komen meerdere vormen van sociale invloed naar voren: subjectieve sociale normen, model-leren, en sociale steun. Een subjectieve sociale norm kan worden gereconstrueerd uit normatieve verwachtingen (ideeën over wat anderen van je verwachten) en de motivatie tot conformeren (mate waarin men geneigd is zich iets aan te trekken van anderen). Hierbij gaat het niet om wat de normen precies zijn, maar om de perceptie van die normen door een persoon. Model-leren betreft het overnemen van gedrag en attitudes van anderen. Sociale steun omvat de hulp van anderen bij pogingen om het gedrag te veranderen. Sociale steun speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol in groepen die gezamenlijk proberen af te vallen of proberen te stoppen met roken. Deze vormen van sociale invloed zijn niet alleen van belang voor gedragsverklaring, maar ook voor verandering en behoud. De ideeën over wat anderen van je verwachten kunnen gebaseerd zijn op het persoonlijke netwerk en op de media.

Barrières

De beperkte toegankelijkheid of beschikbaarheid van middelen voor gezond gedrag wordt ook wel barrière genoemd. Voorbeelden zijn aanwezigheid van fietspanden of winkels met gezonde voeding, wetgeving en prijsbeleid ten aanzien van tabak en alcohol. Het wegnemen van barrières door bijvoorbeeld overheidsmaatregelen op het gebied van werk- en woonomgeving moet gezien worden als een determinant van gedrag die vanuit de omgeving van een persoon een rol speelt.

Doelen stellen

Het stellen van doelen in termen van gedrag lijkt zinvoller dan doelen in termen van uitkomsten (bijvoorbeeld minder energie-inneming versus gewichtsverlies). Het stellen van een hoog maar realistisch doel leidt tot meer inspanning en volharding om dat doel te bereiken. Ook laat men zich minder afleiden van het doel en bedenkt men betere strategieën om het doel te bereiken.

Implementatie intenties

Om te bevorderen dat een intentie ook in gedrag wordt omgezet zijn implementatie intenties van belang. Dit zijn concrete plannen die specificeren wanneer, waar, welke acties moeten worden ondernomen om bepaald gedrag te veranderen. Twee soorten intenties worden onderscheiden: doel-intenties (het plan hebben iets te bereiken) en implementatie-intenties (de manier plannen om dat daadwerkelijk te doen) (Gollwitzer, 1999).

Feedback en bekrachtiging

Feedback is informatie over de mate waarin iemand is geslaagd zijn gedrag te veranderen of iets te leren of over de mate waarin veranderingen effect hebben. Zo kan informatie worden gegeven over de reductie in vetinname, meer bewegen of gewichtsreductie. Feedback kan mensen bewust maken van gezondheidsrisico's en gezondheidsbevorderende effecten van hun gedrag. Bekrachtiging van gedrag verloopt via positief en negatief belonen en straffen. Belonen lijkt in het algemeen effectiever te werken dan straffen. Positief belonen, het versterken van positieve uitkomsten van het gedrag, is bijvoorbeeld een bed voor de nacht aanbieden aan alcoholisten die niet gedronken hebben. Negatief belonen is het wegnemen van negatieve consequenties van het gedrag, bijvoorbeeld door de prijs van vetarme producten lager te maken.

Attributies

De verklaringen die mensen geven voor hun eigen succes of falen ten aanzien van verandering worden attributies genoemd. Deze attributies zijn van belang voor het volhouden van de gedragsverandering omdat ze de succesverwachting bepalen. Stabiele oorzaken voor falen (zoals gebrek aan wilskracht ten aanzien van meer bewegen) leiden tot een lagere succesverwachting dan instabiele oorzaken (bijvoorbeeld tijdgebrek).

Gewoonten en automatismen

Gewoonten en automatismen zijn belangrijke determinanten van gezondheidsgedrag. De formele definitie van een gewoonte is dat het een automatische doelgerichte respons

op een situationele “cue” is (Verplanken & Aarts, 1999). In modellen van beredeneerd gedrag is gewoonte regelmatig opgevoerd als additionele determinant van gedrag, die ook regelmatig een extra bijdrage levert in de voorspelling van gedrag (De Vries, 2000). Een manier om gewoonten te veranderen is aan te sluiten bij een ingrijpende gebeurtenis die optreedt (bijvoorbeeld stoppen met roken bij zwangerschap). Ook kan men mensen bewust maken van hun gewoonten, hen feedback geven over de consequenties van hun gewoonte-gedrag of hen belonen voor het (ongewone) gewenste gedrag.

2.4.3 Determinanten van gedrag voor specifieke groepen

Hieronder worden de determinanten van gedrag voor de algemene bevolking en voor specifieke groepen in Nederland besproken. *Tabel 2.4.1* geeft aan voor welke combinatie van gedrag en groep informatie is gevonden over de determinanten van het gedrag. Vervolgens worden de resultaten besproken van Nederlandse interventies op gedrag in de algemene bevolking en bij specifieke groepen. In *tabel 2.4.2* wordt getoond voor welke combinatie van gedrag en groep er informatie beschikbaar is over interventies. Zoals vermeld is de hier gepresenteerde informatie mogelijk niet compleet omdat gezocht is naar Nederlandse studies via elektronische zoeksystemen (zie *paragraaf 2.4.1*).

Tabel 2.4.1: Beschikbaarheid van informatie over determinanten van gedrag(sverandering).

	Algemene bevolking	Jongeren	Ouderen	Lage SES	Allochtonen
Roken	+	+	-	+	+
Voeding	+	-	-	-	-
Lichamelijke activiteit	+	-	-	+	-
Alcoholgebruik	+	+	-	+	+
Seksueel gedrag	+	+	-	+	-

+/- = wel/geen Nederlandse studies beschikbaar.

Tabel 2.4.2: Beschikbaarheid van informatie over interventies, gericht op determinanten van gedrag(sverandering).

	Algemene bevolking	Jongeren	Ouderen	Lage SES	Allochtonen
Roken	+	+	-	+	-
Voeding	+	-	-	-	-
Lichamelijke activiteit	+	+	+	-	-
Alcoholgebruik	-	+	-	-	-
Seksueel gedrag	+	-	-	-	-

+/- = wel/geen Nederlandse studies beschikbaar.

Determinanten van roken en verandering in roken

In de algemene bevolking

Van Assema et al. (1993) vergeleken de attitudes, eigen effectiviteitverwachting en sociale steun van rokers en niet-rokers in de algemene bevolking. Voornamelijk de eigen effectiviteit bleek voor rokers van groot belang. Rokers vonden het bijzonder moeilijk niet te roken in sociale gelegenheden. Als zij zouden stoppen met roken, verwachtten zij problemen als gewichtstoename, niet om te kunnen gaan met stress, niet te weten hoe zich een houding te geven, een slecht humeur en niet in staat te zijn een sigaret te weigeren. Verschillen tussen rokers en niet-rokers in attitude ten aanzien van roken bleken te zijn dat rokers vonden dat sigaretten goed smaakten, roken sociaal is, goed voor de zenuwen, lekker ruikt maar ook kortademigheid kan veroorzaken (zie ook Van Harreveld et al., 1999). Rokers bleken vooral de positieve effecten van roken op korte termijn belangrijk te vinden, terwijl niet-rokers de negatieve gevolgen voor de gezondheid op langere termijn belangrijker vonden (Van Harreveld et al., 1999). Met betrekking tot sociale steun bleek dat rokers meer rokers in hun omgeving hebben en niet-rokers meer niet-rokers. Verder meldden rokers dat zij meer negatieve geluiden uit hun niet-rokende sociale omgeving krijgen en daar vaker aan toegeven (Van Assema et al., 1993).

Er is geen informatie gevonden over determinanten van beginnen met roken in de algemene bevolking. Over determinanten van stoppen met roken is wel een en ander bekend. Rokers die van plan waren te stoppen met roken bleken minder positieve attitudes ten aanzien van roken te hebben dan rokers die niet van plan waren te stoppen (Van Assema et al., 1993; Dijkstra et al., 1996; Van Harreveld et al., 1999; De Vries et al., 1998). Willen stoppen met roken bleek vooral gerelateerd aan een hogere inschatting van het risico op kanker, het roken meer vinden stinken en minder sociaal vinden en roken vooral zien als een poging verveling te verdrijven (Van Assema et al., 1993; Van Harreveld et al., 1999). Uit de studie van Dijkstra en De Vries (2000) bleek bovendien dat naarmate men sterker van plan was te stoppen met roken, men ook meer voordelen daarvan zag. Negatieve verwachtingen bleken niet gerelateerd aan de intentie om te stoppen. Zij die niet van plan waren te stoppen maar wel eens hadden geprobeerd te stoppen verwachtten veel ontwenningverschijnselen. De eigen effectiviteit met betrekking tot stoppen met roken in het algemeen en onder spanning werd hoger ingeschat naarmate men sterker van plan was te stoppen. Ex-rokers rapporteerden minder nadelen van het stoppen met roken dan net gestopte rokers (De Vries et al., 1998). In een studie onder werknemers (Willemsen et al., 1996) bleek dat sociale steun van collega's niet gerelateerd is aan de intentie tot stoppen met roken. Uit deze studie bleek dat naast attitude, sociale steun van personen buiten het werk en eigen effectiviteit ook het aantal eerdere stoppogingen positief gerelateerd is aan de intentie tot stoppen. De sterkste relatie met de intentie tot stoppen werd gerapporteerd voor attitudes en het aantal eerdere stoppogingen.

Bij specifieke groepen

In het hoofdstuk van Pieterse (2000) over tabaksgebruik onder *jongeren* in het rapport Gezond leven (Keijsers & Vaandrager, 2000) wordt een overzicht gegeven van de inter-

ationale literatuur op dit gebied. Pieterse rapporteert onder andere dat recent Nederlands onderzoek (Van Straten, 1999) heeft laten zien dat rookgedrag samenhangt met het deel uitmaken van een bepaalde subcultuur (bijvoorbeeld ‘hip-hoppers’ en ‘gabbers’).

Het zelf roken van ouders heeft invloed op het starten met roken onder jongeren (Engels et al., 1999). Boomsma et al. (1994) rapporteerden dat de invloed van ouders op het rookgedrag van hun kinderen mede toe te schrijven is aan de onderlinge genetische overeenkomst en niet aan sociale interactie. De rol van leeftijdgenoten lijkt overschat (Engels et al., 1999). Uit een studie van Chatrou et al. (1999) bleek dat leeftijdgenoten die roken van invloed zijn op het starten met roken op korte termijn maar niet op langere termijn. Het starten met roken is gerelateerd aan eerder rookgedrag (experimenteel gedrag) van de jongere zelf, aan attitudes, sociale normen en eigen effectiviteit (De Vries et al., 1995).

Uit een studie van Engels et al. (1998) onder jongeren (14-15 jarigen) bleek dat attitudes en eigen effectiviteitverwachting zowel gerelateerd waren aan de intentie tot stoppen als aan het gestopt zijn na 3 jaar. De sociale omgeving (rokers in sociale netwerk, sociale druk om te roken) bleek niet van invloed. De rookfrequentie bleek negatief gerelateerd aan stoppen met roken. Uit de studie van Chatrou et al. (1999) bleek dat jongeren zonder rokende vrienden een grotere kans hadden te stoppen met roken op korte termijn maar niet op langere termijn.

De Vries (1995) onderzocht in een groep Nederlandse studenten welke verschillen er zijn in attitudes, sociale steun, eigen effectiviteitverwachting en intentie te gaan roken tussen personen met een hoge en *lage sociaal-economische status* (op basis van hun vaders beroep). De attitude ten aanzien van roken was onder personen uit de lagere SES-klassen positiever dan onder personen uit de hoge SES-klassen. Personen uit de lagere SES-klassen verwachtten meer sociale contacten te maken via het roken. Zij ervoeren ook meer sociale druk om te starten met roken dan personen met een hoge SES. Personen met een lage SES vonden het moeilijker niet te roken, sigaretten te weigeren en het aan anderen duidelijk te maken dat ze niet wilden roken. De intentie tot het starten met roken was onder personen met een lage SES meer aanwezig dan onder personen met een hoge SES.

Vanuit het perspectief om sociaal-economische verschillen in rookgedrag te verklaren onderzochten Stronks et al. (1997) het verband tussen culturele, materiële en psychosociale factoren en roken. Dat personen uit de lagere SES-klassen (op basis van opleiding) vaker roken bleek vooral gerelateerd aan hun slechtere materiële omstandigheden (voornamelijk aan financiële problemen) en het feit dat zij vaker de oorzaak van hun problemen buiten zichzelf zoeken (externe locus of control). Achtergrondkenmerken als neuroticisme, coping en stress bleken niet sterk gerelateerd aan verschillen in rookgedrag tussen sociaal-economische groepen. In een onderzoek van Van Loon et al. (2001) werd wel een relatie gevonden tussen psychosociale factoren en beginnen met roken die verschilde tussen verschillende SES-categorieën.

Dat personen met een lage SES (opleiding) vaker blijven roken dan personen met een hoge SES blijkt vooral gerelateerd aan het eerder beginnen met roken, een slechtere gezondheid, meer neuroticisme, minder sociale steun en een meer externe locus of control onder personen met een lage SES. Het feit dat personen met een lage SES minder vaak stoppen met roken kon niet worden toegeschreven aan verschillen in intentie tot stoppen met roken tussen personen met hoge en lage SES (Droomers et al. 2001a;b). Rokers uit de lage SES-klassen bleken vaker een positieve attitude te hebben ten aanzien stoppen met roken dan rokers met een hoge SES. De eigen effectiviteit ten aanzien van stoppen bleek echter wel lager onder personen met een lage SES dan onder personen met een hoge SES, maar dit bleek niet gerelateerd aan de intentie tot stoppen met roken. De auteurs suggereren dat de eigen effectiviteit tot stoppen met roken wellicht wel een direct effect heeft op het rookgedrag zelf.

Er is tot nu toe weinig onderzoek verricht naar determinanten van rookgedrag onder *allochtonen*. In de bijdrage van Nierkens en Stronks aan dit rapport (zie *deel B, paragraaf 2.4.4*) worden enkele resultaten vermeld. Onder zowel autochtone als allochtone jongeren bleek rookgedrag gerelateerd aan meer uitgaan. Eenzaamheid lijkt een van de redenen voor roken onder Marokkanen.

Welke determinanten een rol spelen bij het rookgedrag van *ouderen* is niet teruggevonden in de literatuur.

Interventies op determinanten van roken

In de algemene bevolking

De laatste jaren zijn in Nederland een aantal interventies uitgevoerd op het gebied van roken. Mudde en De Vries (1999) rapporteerden over een in het begin van de jaren negentig uitgevoerde nationale campagne getiteld 'Samen stoppen met roken'. Het is niet goed mogelijk om aan te geven op welke determinanten van gedrag met name is geïnterveneerd. Dat is evenmin goed mogelijk voor de 'community-based' interventies waarover Mudde et al. (1995) en Van Assema et al. (1994) rapporteerden en voor de interventies via huisartspraktijken van Pieterse et al. (2001) en via het werk van Willemsen et al. (1998). In de studies van Dijkstra et al. (1998a, 1998b, 1998c, 1999a) is dit wel aan te geven. Informatie over de effecten van stoppen met roken bleek de uitkomstverwachtingen gunstig te beïnvloeden terwijl informatie over hoe men in bepaalde situaties zou kunnen stoppen met roken de verwachtingen omtrent eigen effectiviteit op dit gebied in positieve zin veranderde (Dijkstra et al., 1998a). Beide interventies leidden tot meer stoppogingen binnen 24 uur, maar niet tot meer stoppogingen die een week duurden (Dijkstra et al., 1998b). In een volgende studie bestudeerden Dijkstra et al. (1998c) of het effect van beide soorten informatie verschilde tussen personen die zich in verschillende 'stages of change' bevonden. Personen in voorbereiding op het stoppen met roken die informatie over eigen effectiviteit kregen bleken vaker te stoppen met roken dan personen in dezelfde groep die informatie kregen over effecten van stoppen met roken. Dijkstra et al. (1999a) toonden ook aan dat geïndividualiseerde voorlichting meer effect heeft op stoppen met roken dan een gestandaardiseerde interventie. De geïndividualiseerde interventie bestond uit het geven

van informatie over effecten van roken en stoppen met roken, over hoe men zou kunnen stoppen en over terugvalpreventie. Daarnaast werd feedback gegeven over het individuele gedrag, verwachtingen over uitkomsten en eigen effectiviteiten. Tenslotte werd de inhoudelijke informatie aangepast aan de individuele meningen en de thuissituatie.

Bij specifieke groepen

Voor de meeste interventie studies die zijn gevonden op het terrein van roken onder *jongeren* is niet duidelijk welke elementen uit de theorieën over gedrag(sverandering) zijn gebruikt of welke resultaten met betrekking tot de specifieke elementen zijn behaald (Baan, 1990; De Vries et al., 1992; Dijkstra et al., 1999b; Crone et al., 2001). In de studie van Chatrou et al. (1999) is het effect van preventie via klassikale informatie over emotionele versus gezondheids- en technische effecten van roken onderzocht. Beide soorten informatie bleken niet van invloed op de intentie te roken en het rookgedrag zelf. De enige interventie studie die is gevonden op het gebied van roken onder personen in de *lage SES-klassen* betreft die van Willemsen et al. (2000). Deze studie onderzocht de effectiviteit van de actie 'Quit & Win'. Rokers die gedurende één maand niet rookten maakten kans op geld- of andere prijzen. Rokers uit de lagere SES groepen bleken meer belangstelling te hebben voor deze actie dan rokers uit de hogere SES groepen. Voor vrouwen gold bovendien: hoe lager de SES, hoe groter de kans dat men participeerde. Drie maanden na de actie was 25% van de participanten nog van het roken af. Dit verschilde niet tussen de SES groepen. Aanvullende informatie via geïndividualiseerde voorlichting (zie Dijkstra et al., 1999a) of een video speciaal gericht op personen uit de lage SES-klassen (een model dat van het roken afkomt) had geen effect. Over interventies op het gebied van roken onder *ouderen* en *allochtonen* is geen informatie gevonden.

Determinanten van voedingsgedrag en verandering in voedingsgedrag

In de algemene bevolking

In een onderzoek naar de determinanten van groenten- en fruitconsumptie bij de algemene bevolking werd aangetoond dat attitude, sociale invloeden en eigen effectiviteit samenhangen met de intentie om salades te eten. Sociale invloeden zijn minder belangrijk bij de intentie om gekookte groenten en fruit te eten. De relatie tussen de intentie en gedrag was het sterkst voor het eten van salades (Brug et al., 1995). In een onderzoek waarin gekeken werd naar de determinanten van kankergeassocieerd risicogedrag werd beschreven dat de deelnemers een vette voeding met name associeerden met een hoger lichaamsgewicht. Vet in de voeding werd door deelnemers niet in relatie gebracht met een hoger risico op kanker (uitkomstverwachting) (Van Assema et al., 1993).

Lechner et al. (1997) concluderen dat deelnemers gemiddeld genomen hun fruit en groenten-inname overschatten en dat bewustwording van het eigen eetpatroon een belangrijke determinant is voor het eetgedrag. Uit onderzoek wordt ook een onderschatting van de vetinneming gevonden (Brug et al., 1998). Een overschatting van de con-

sumptie van groenten en fruit en een onderschatting van de vetinneming leiden ertoe dat mensen verkeerd ingeschat worden wat betreft hun bereidheid tot veranderen van gedrag. Wanneer een interventie deze bereidheid als insteek neemt, heeft dit enerzijds tot gevolg dat mensen niet open staan voor de interventie en anderzijds dat er een deel van de doelgroep wordt gemist met de interventie (Lechner et al., 1998).

Bij specifieke groepen

Wat betreft Nederlands onderzoek naar determinanten van groenten-, fruit- en vetconsumptie bij *jongeren, ouderen, lage SES-groepen* en *allochtonen* is geen literatuur gevonden.

Interventies op determinanten van voeding

In de algemene bevolking

Voorbeelden van interventies op het gebied van voeding zijn de landelijke campagne 'Goede voeding wat let je?' en de regionale projecten 'Gezond Bergeyk' (Van Assema et al., 1994), 'Beter eten? Zeker weten!' (De Jong & Stafleu, 1995). De campagne 'Goede voeding wat let je?' wordt beschreven in het ZON-rapport 'Leefstijlcampagnes in Nederland' (Cuijpers et al., 2000). Uit de publicaties over 'Gezond Bergeyk' (Van Assema et al., 1994) en 'Goede voeding wat let je?' (Cuijpers et al., 2000) kan niet worden opgemaakt welke resultaten voor welke determinanten van gedrag zijn behaald. Uit de effectevaluatie van het wijkgerichte voedingsproject 'Beter eten? Zeker weten!' bleek dat er na 3 jaar geen veranderingen te meten waren in attitude en eigen effectiviteit (De Jong & Stafleu, 1995).

Brug et al. (1996) rapporteerden de computergestuurde interventie als een veelbelovende methode voor het uitvoeren van voedingsinterventies (zie *deel B, paragraaf 5.2*). Tijdens dergelijke interventies krijgen deelnemers advies over hun eetpatroon via een interactief computerprogramma. In een evaluatie van een dergelijke interventie werden positieve effecten gevonden voor consumptie, attitude en/of intentie met betrekking tot vet, groenten en fruit.

Bij specifieke groepen

Over voedingsinterventies die gericht zijn op de specifieke groepen is geen informatie gevonden. Wel is bekend dat bijvoorbeeld binnen het community interventie project Hartslag Limburg (zie *deel B, paragraaf 4.4*) extra aandacht wordt geschonken aan achterstandswijken. Naar aanleiding van een computergestuurde interventie gericht op vetconsumptie rapporteerden Brug en van Assema (2000) dat *lager opgeleiden* anders waren gaan denken over hun voeding en dat met name deze groep de informatie die ze kregen hoog waardeerden en intensiever gebruikten (zie *deel B, paragraaf 5.2*).

Determinanten van lichamelijke activiteit en verandering hierin

In de algemene bevolking

Onderzoek van Wendel-Vos et al. (2001) in een populatie van middelbare leeftijd liet

zien dat zowel inactieven als actieven het belangrijk vinden om meer te bewegen (attitude), maar dat met name de actieve mensen het ook *prettig* vinden om meer te bewegen (attitude). Wat betreft sociale invloeden werden vergelijkbare resultaten gevonden voor de stimulans die actieve en inactieve mensen ondervinden van hun omgeving. De groep inactieve mensen vond hun omgeving vaker actief dan de groep actieve mensen. Verder scoorden actieve mensen hoger op eigen effectiviteit (zou het lukken om meer te bewegen?) dan inactieve mensen en ervaren actieven minder financiële barrières voor lichamelijke activiteit.

Bij specifieke groepen

Droomers et al. (1998) hebben onderzocht of er een verschil bestaat in lichamelijke activiteit tussen groepen met *verschillende opleidingsniveaus*. Zij vonden een verschil dat met name verklaard werd door persoonlijkheid en copingstijl. Onderzoek van Wendel-Vos et al. (2001) wees uit dat er over het algemeen geen verschillen zijn in determinanten (demografische en gedragsdeterminanten) van lichamelijke activiteit. Mensen met een laag opleidingsniveau lijken de activiteit in hun omgeving wel anders in te schatten dan mensen met een hogere opleiding. Over het algemeen vinden de inactieven hun omgeving actief en actieven hun omgeving minder actief. Bij mensen met een laag opleidingsniveau vonden wij dat ook de actieve mensen hun omgeving actief inschatten. Informatie over determinanten van lichamelijke activiteit bij *jongeren, ouderen en allochtonen* ontbreekt.

Interventies op determinanten van lichamelijke activiteit

In de algemene bevolking

Een voorbeeld van een interventie in de algemene bevolking is Nederland in Beweging (NOC-NSF). In Maastricht wordt als onderdeel van het project Hartslag Limburg ook aandacht besteed aan het bevorderen van lichamelijke activiteit (zie *deel B, paragraaf 4.4*).

Bij specifieke groepen

Een voorbeeld van een interventie op gebied van lichamelijke activiteit bij *ouderen* is het GALM-project (Stevens, 1999; 2000, zie *deel B, paragraaf 4.1*). Binnen het project Nederland in Beweging wordt aandacht besteed aan *jongeren* en *ouderen*.

Determinanten van alcoholgebruik en verandering in alcoholgebruik

In de algemene bevolking

Van Assema et al. (1993) vergeleken de attitudes, eigen effectiviteitverwachting en sociale steun van zware drinkers (meer dan 6 glazen tijdens minimaal een gelegenheid per week of gemiddeld meer dan 21 glazen per week) en ‘gewone’ drinkers in de algemene bevolking. Zware drinkers bleken vaker van mening dat veel alcohol goed smaakt, dat dronken zijn leuk is en dat zij makkelijk veel alcohol konden consumeren. Ook waren zij er van overtuigd dat veel drinken er voor zorgt dat je je relaxed voelt, dat

je makkelijker contact maakt met anderen en makkelijker problemen oplost. Zware drinkers bleken vaker andere zware drinkers in hun sociale omgeving te hebben dan 'normale' drinkers. Zware drinkers schatten hun eigen effectiviteit om niet te drinken lager in dan 'normale' drinkers, met name in sociale gelegenheden maar ook thuis en wanneer men zich depressief voelde. Problemen als het niet kunnen omgaan met stress, een slecht humeur en niet in staat zijn een drankje te weigeren werden verwacht als zij zouden moeten stoppen met drinken. San José et al. (2000) rapporteerden dat zowel fysieke als emotionele stress op het werk (barrière) gerelateerd is aan veel drinken.

Er is geen informatie gevonden over starten met drinken in de algemene bevolking. Over stoppen met drinken is wel een en ander bekend. Drinkers die van plan zijn te stoppen met drinken bleken vooral hun eigen effectiviteit lager in te schatten dan drinkers die niet van plan zijn te stoppen. Drinkers die van plan zijn te stoppen verwachtten dat zij veel moeite zouden hebben met stoppen wanneer zij niet in topvorm waren. Ook waren zij er vaker van overtuigd dat drinken hen hielp in probleemsituaties, maar ook dat drinken tot kanker kan leiden. Drinkers die van plan zijn te stoppen bleken vaker een minder goede gezondheid te hebben en zeiden minder alcohol te kunnen consumeren dan drinkers die niet van plan waren te stoppen (Van Assema et al., 1993).

Bij specifieke groepen

Lemmers (2000) rapporteert in een overzicht van de internationale literatuur over alcoholgebruik onder *jongeren* dat de intentie om alcohol te drinken wordt voorspeld door positieve verwachtingen en voordelen van het drinken en niet door negatieve verwachtingen en kennis van de risico's op langere termijn. De sociale omgeving in termen van alcoholconsumptie van ouders en leeftijdgenoten bleek van invloed op het gedrag van jongeren (Engels et al., 1999). Naast hun alcoholconsumptie rapporteerden Oostveen et al. (1996) dat ook de subjectieve positieve normen van ouders en leeftijdgenoten en een grotere behoefte om mee te doen in de groep gerelateerd waren alcoholgebruik. Lemmers (2000) rapporteert verder dat ook affectieve factoren (zoals het zien en ruiken van alcohol) een rol spelen bij alcoholgebruik. Ook gewoonte zou een rol spelen bij alcoholgebruik. Daarnaast blijkt het alcoholgebruik van jongeren gebonden aan specifieke situaties. Dit noemt men de time-out situaties: uitgaan, vakantie, feestjes, vrienden onder elkaar. De fysieke omgeving van het drinken is ook van belang: er wordt meer gedronken als de muziek hard staat, het druk is, er weinig te doen is in de drinkgelegenheid, in dorpen, in gelegenheden met veel 19-21 jarigen en daar waar het bier goedkoper is dan in andere gelegenheden.

Droomers et al. (1999) onderzochten verschillen in excessief alcoholgebruik tussen personen uit verschillende *sociaal-economische klassen* in termen van culturele, materiële and psychosociale factoren. Dat personen uit de lagere SES-klassen (op basis van opleiding) vaker excessief drinken (meer dan zes glazen gedurende minimaal drie dagen per week; of meer dan vier glazen gedurende minimaal vijf dagen per week) bleek vooral gerelateerd aan hun slechtere materiële omstandigheden (met name aan financiële problemen, lagere inkomen en weinig geld voor materiële goederen en activiteiten). Psychosociale factoren (neuroticisme, coping en stress) bleken niet gerelateerd aan ver-

schillen in alcoholgebruik tussen sociaal-economische groepen. Het feit dat lichte of matige drinkers met een lagere SES vaker excessief gaan drinken bleek ook gerelateerd aan financiële problemen (Droomers et al., 2001c). Daarnaast bleken verschillen in emotionele en praktische steun ook bij te dragen aan sociaal-economische verschillen in excessief drinkgedrag.

Ook naar determinanten van alcoholgebruik onder *allochtonen* is nog weinig onderzoek verricht. In de bijdrage van Nierkens & Stronks in dit rapport (zie *deel B, paragraaf 2.4.4*) worden enkele resultaten vermeld.

Over determinanten van drinkgedrag bij *ouderen* is geen informatie beschikbaar uit Nederlands onderzoek.

Interventies op determinanten van alcoholgebruik

In de algemene bevolking

De enige interventie op het gebied van alcoholgebruik in de algemene bevolking die is gevonden is die Van Assema et al. (1994). Welke resultaten met betrekking tot specifieke determinanten van gedrag(sverandering) zijn behaald is onduidelijk.

Bij specifieke groepen

In de literatuurstudie van Spruijt-Metz en Van Gageldonk (2000) naar interventie studies met betrekking tot alcoholgebruik bij *jongeren* werden drie Nederlandse campagnes onder de loep genomen: 'Drank maakt meer kapot dan je lief is', 'Lazer op met je zatte kop' en 'Hier is het fantastisch'. Alleen de campagne 'Lazer op met je zatte kop' was gericht op determinanten van gedrag. De interventies op deze determinanten (overtuigingen, attitudes, intenties, sociale normen, eigen effectiviteitverwachting) konden geen effecten bewerkstelligen op alcoholgebruik (Spruijt-Metz & Van Gageldonk, 2000). De auteurs merken op dat niet van tevoren is getest of deze elementen voor de specifieke doelgroep van belang waren voor hun alcoholgebruik.

Informatie over interventies onder *ouderen*, personen uit *lage SES-klassen* en *allochtonen* ontbreekt.

Determinanten van condoomgebruik en verandering in condoomgebruik

In de algemene bevolking

In een onderzoek onder personen met wisselende seksuele contacten in de algemene bevolking werd een sterke relatie gevonden tussen eigen effectiviteit en condoomgebruik. Wanneer de personen overtuigd waren van hun eigen effectiviteit, werd de intentie tot condoomgebruik met name bepaald door attitude. Attitude werd in dit onderzoek geoperationaliseerd door het wel/niet verstandig en wel/niet positief vinden om een condoom te gebruiken bij een nieuwe partner (Ytzer et al., 1999).

Bij specifieke groepen

In een literatuurstudie van Von Bergh & Sandfort (2001) zijn de determinanten van veilig vrijgedrag van *jongeren* en *jong-volwassenen* onderzocht. De *intentie tot veilig vrijen* was duidelijk gerelateerd aan de attitude ten aanzien van condoomgebruik, sociale normen en de eigen effectiviteit. Tezamen met de ervaren risico's en situationele factoren verklaren die naar schatting de helft van de variantie in de intentie tot veilig vrijen. Het *feitelijk* condoomgebruik hangt het sterkst samen met het condoomgebruik in het verleden (gewoonte) en veel minder met attitude, intentie, sociale normen en eigen effectiviteit.

Voor *lager opgeleide* mensen worden andere attitudes, uitkomstverwachtingen en intenties gevonden dan voor hoger opgeleide mensen. Lager opgeleiden ervaren vaker wantrouwen rondom condoomgebruik, zien minder de voordelen van condoomgebruik, gebruiken minder vaak condooms en hebben ook minder vaak de intentie daartoe (De Vroome et al., 1995). Nederlands onderzoek naar determinanten van condoomgebruik onder *ouderen* en *allochtonen* is niet gevonden.

Interventies op determinanten van condoomgebruik

In de algemene bevolking

Een voorbeeld van een interventie op het gebied van condoomgebruik is de vrij veilig-campagne 'Ik vrij veilig of ik vrij niet' (De Vroome et al., 1995). In een evaluatie van deze interventie kwam naar voren dat degenen die de campagne hebben gezien minder wantrouwen vertonen rondom condoomgebruik, vaker de voordelen zien van condooms en een hogere persoonlijke effectiviteit vertonen bij het aankaarten van condoomgebruik dan degenen die de campagne niet hebben gezien. Daarnaast is gekeken naar de personen die de campagne 'eigenlijk maar niets' vinden. Zij ervaren meer problemen met het daadwerkelijk gebruiken van condooms (De Vroome et al., 1995).

Bij specifieke groepen

Er is geen informatie gevonden over interventies op condoomgebruik bij *jongeren*, *ouderen*, mensen uit *lagere sociaal economische* klassen en *allochtonen*.

2.4.4 Gezondheidsgedrag en determinanten van gedrag bij migranten

V Nierkens, K Stronks

Er bestaat de laatste jaren veel belangstelling voor de gezondheid van allochtonen. Uit beschikbare gegevens blijkt dat de lichamelijke en psychische gezondheid gemiddeld slechter is dan die van autochtone Nederlanders. Dit geldt echter niet voor alle aspecten van de gezondheid. Zo is de sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker lager onder migrantengroepen. Verschillen in gezondheid kunnen voor een deel verklaard worden door de verschillen in gezondheidsgerelateerd gedrag. Deze paragraaf gaat in op het gedrag van allochtone groepen (roken, alcohol, voeding en lichamelijke activiteit) en op

de determinanten die dit gedrag beïnvloeden. De informatie heeft betrekking op zogenoemde economische migranten, zoals de Antilliaanse, Marokkaanse, Surinaamse en Turkse migranten².

De groep allochtonen of migranten is een zeer heterogene groep en daarom moeilijk te bestuderen. De gekozen migrantengroepen vormen maar een deel van de totale groep allochtonen (Turken: 12,4%; Marokkanen: 9,8%; Surinamers: 15,8%; Antillianen/Arubanen: 3,9%) (CBS 1993-1998). Dit betekent dat de totale groep nog heterogener is. Als gevolg hiervan is het onderzoek naar het gezondheidsgedrag van allochtonen en de hieraan ten grondslag liggende determinanten erg gecompliceerd en is er momenteel nog weinig inzicht in deze aspecten. In veel landelijke peilingen is de etnische herkomst van respondenten niet geregistreerd, waardoor het moeilijk is om een volledig beeld over de gezondheid en het gezondheidsgedrag te verkrijgen. Dit betekent overigens niet dat er helemaal geen onderzoek is verricht naar de gezondheid en leefstijlfactoren van allochtonen. Vaak zijn dan de diverse etnische groepen samengenomen bij de presentatie van gegevens. Daardoor is het onmogelijk om inzicht te krijgen in het gezondheidsgedrag van de diverse groepen.

Voor deze review is geprobeerd zoveel mogelijk van de schaarse informatie te vinden die beschikbaar is. Hierbij is gezocht in zowel wetenschappelijke als grijze literatuurbestanden. Het is belangrijk om te beseffen dat het hoofdzakelijk gegevens betreft over determinanten die het gezondheidsgedrag *binnen* een groep kunnen verklaren. Deze gegevens staan hier dan ook centraal. Onderzoek naar determinanten die het verschil in gezondheidsgedrag *tussen* etnische groepen verklaren zijn vrijwel niet te vinden. Dit neemt overigens niet weg dat deze vraag zeker interessant is om aandacht aan te besteden in de toekomst.

Gedrag kan niet los gezien worden van de context waarin het wordt beoefend (Stronks et al., 1999). Diverse mechanismen spelen een rol, zoals sociaal economische status, migratie, acculturatie en religie. Deze mechanismen beïnvloeden het gedrag via specifieke determinanten van gedrag. Zo is de attitude ten aanzien van alcohol bij moslims vaker negatief omdat het alcoholgebruik voor hen verboden is.

Etnische afkomst wordt vaak verschillend gedefinieerd. Over het algemeen is de etnische afkomst vastgesteld aan de hand van het geboorteland van de persoon en dat van zijn/haar ouders. In de meeste onderzoeken wordt iemand als *allochtoon* beschouwd als minstens één van de ouders of de persoon zelf in het buitenland is geboren. De hier gepresenteerde gegevens betreffen alleen eenmalige metingen. Er is geen informatie over trends in het gezondheidsgedrag van de geselecteerde etnische groepen.

² In onderzoek waarin wordt gesproken over 'niet-westerse allochtonen' of over 'allochtonen' is niet na te gaan welke migrantengroepen hierin zijn opgenomen.

Roken

Het percentage allochtone jongeren dat rookt (24%) verschilt nauwelijks van dat van autochtone jongeren (27%). Echter het 'ooit hebben gerookt' komt volgens het vijfde peilstation onderzoek 1999 van het Trimbos-instituut minder vaak voor bij allochtone jongens en meisjes dan bij autochtone jongens en meisjes³. Hierbij is gecorrigeerd voor schooltype, leerjaar en urbanisatiegraad (Zwart et al., 2001). Uit cijfers van de GGD Eindhoven (2001) blijkt dat van de allochtonen jongeren de Marokkaanse jongeren het minst roken (26% versus 32% van Antillianen en Turken). Het aantal deelnemers aan dit onderzoek was echter gering. Uit een onderzoek van de GGD West en Zuid Oost Brabant bleek dat het percentage rokers in de leeftijdscategorie 12-20 jaar 9% was bij de allochtonen en 18% bij de autochtonen (Aben et al., 2000). Uit onderzoek bij volwassenen in Amsterdam blijkt dat Turken meer roken dan de autochtone bevolking, terwijl de overige groepen minder roken (14% van de Marokkanen rookt). In alle groepen roken minder vrouwen dan mannen. Deze verschillen blijven bestaan wanneer er gecorrigeerd wordt naar sociaal economische status (SES) (Reijneveld, 1998).

Er is nog weinig bekend over determinanten van rookgedrag bij allochtone groepen⁴. In de literatuur worden sociaal-economische status en etniciteit als mogelijke (intermediaire) determinant gezien. Verder lijkt het rookgedrag van zowel allochtone als autochtone jongeren positief gerelateerd te zijn aan het uitgaansgedrag (Korf et al., 2000). Uit onderzoek bij Marokkanen bleek dat eenzaamheid één mogelijke determinant van het rookgedrag is (Bleeker & Relick, 1998).

Alcoholgebruik

Voor de inschatting van het risico van alcoholgebruik voor de gezondheid bieden cijfers over de frequentie van gebruik en de hoeveelheid alcohol het meeste inzicht. Deze cijfers zijn echter in de meeste onderzoeken niet per etnische groep beschreven, met uitzondering van onderzoek van Reijneveld (1998) en MCA (2000). De beschikbare gegevens laten zien dat het percentage alcoholdrinkers onder de jongeren (12-18 jaar) lager is bij de allochtonen dan bij de autochtonen. Alcoholgebruik in de afgelopen 4 weken was 41% en 36% bij de allochtone jongens en meisjes en 64% en 54% bij de autochtone jongens en meisjes (De Zwart et al., 2000). Uit onderzoek van MCA (2000) (zie tabel 2.2.5) blijkt dat Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen meer drinken dan Turkse en Marokkaanse vrouwen. Mannen gebruiken vaker alcohol dan vrouwen. Deze gegevens worden bevestigd in het onderzoek van Reijneveld (1998). In dit onderzoek bij Amsterdamse mannen en vrouwen in de leeftijd van 16-64 jaar, bleek dat 8% van de Marokkanen, 26% van de Turken, 44% van de Surinamers en 52% van de Antillianen dronk, ten opzichte van 78% van de autochtone bevolking (MCA, 2000).

³ Cijfers van het Trimbos zijn gebaseerd op 7.094 scholieren van het voortgezet middelbaar onderwijs. Van hen is 20% als allochtoon gedefinieerd (minstens een van beide ouders is niet in Nederland geboren).

⁴ Er wordt momenteel onderzoek verricht naar de determinanten van stoppen en beginnen met roken bij Marokkanen, Surinamers en Turken, maar daarover zijn nog geen gepubliceerde gegevens beschikbaar (Nierkens et al., 2000a; 2000b).

Een mogelijke determinant van het lagere alcoholgebruik bij allochtonen is de religie (Van Kesteren, 1999). Het gebruik van alcohol onder Turkse en Marokkaanse jongens wordt vaak ‘oogluikend’ toegestaan door de omgeving, ondanks dat alcoholgebruik verboden is in de Islam.

Alcoholgebruik is positief gerelateerd aan uitgaansgedrag (Van Kesteren, 1999). Allochtone jongeren die uitgaan drinken meer dan allochtone jongeren die niet uitgaan. Verder zijn verwachtingen ten aanzien van alcohol gesuggereerd als determinant van het gebruik (Korf et al., 2000). Deze kunnen positief zijn, zoals: cognitieve verbetering (goede ideeën), acceptatie in de groep (gemakkelijk erbij horen) en seksuele opwindning (gemakkelijk zoenen). Een negatieve verwachting is het willen vechten. Voor zowel allochtone als autochtone jongeren geldt dat hoe positiever de verwachtingen, des te vaker zij alcohol drinken, en hoe negatiever de verwachtingen des te minder vaak een hoge dosis alcohol wordt gedronken. Vergeleken met de autochtone jongeren blijken allochtone leerlingen minder vaak positieve verwachtingen te hebben bij een lage dosis alcohol en vaker negatieve verwachtingen hebben bij een hoge dosis alcohol. Andere redenen die allochtonen noemen voor alcoholgebruik zijn gezelligheid, het is lekker, om te relaxen en vrienden doen het (Van Kesteren, 1999).

Lichamelijke inactiviteit

Uit recente gegevens blijkt dat het percentage personen dat zegt te sporten lager is onder de allochtone mannen en vrouwen dan onder autochtone mannen en vrouwen (autochtonen: 37%, Turken: 18%, Marokkanen: 19%, Surinamers/Antillianen: 21%) (DSP, 2000; De Haan & Breedveld, 2000; OCW, 2000). Het sportgedrag van jongeren en de tweede generatie allochtonen lijkt meer op het sportgedrag van de autochtone populatie (Rijpma & Rocques, 2000). Verder blijkt dat allochtone jongeren minder vaak lid zijn van een sportvereniging (zie *tabel 2.2.4.*) Autochtone jongeren zijn anderhalf tot twee keer zo vaak lid (De Haan & Breedveld, 2000).

Belangrijke redenen voor allochtonen om niet (meer) te sporten zijn: geen tijd, een blessure, zich te oud vinden. Voor nooit-sporters is ‘niet leuk vinden’ een belangrijke reden, of het niet sporten van vriend(inn)en. Door de eerste generatie nooit-sporters werd vaak genoemd dat sporten bij hen thuis niet werd gedaan.

Voedingsgewoonten

Gegevens uit onderzoek bij Marokkaanse en Turkse vrouwen en kinderen tonen aan dat zij vaker dan de Nederlandse vrouwen en kinderen voldoen aan de richtlijnen Goede Voeding. Bij kinderen bleek de totale inname van vet voor alle kinderen te voldoen aan de richtlijn, maar was de inname van verzadigd vet lager (en dus gunstiger) bij Marokkaanse en Turkse kinderen dan bij Nederlandse kinderen (Brussaard et al., 1999). De inname van micronutriënten en het gebruiken van een ontbijt voldoet daarentegen minder goed aan deze richtlijn in vergelijking met de autochtone populatie. Ook de Surinaamse groep voldoet in het eetpatroon meer aan de richtlijnen Goede Voeding (Van

Erp-Baart et al., 1998; Hoorn & Monsheimer, 2000). Resultaten uit een onderzoek onder Hindoestaanse vrouwen tonen hetzelfde beeld (Sadhoeram et al., 1997). Er is niets bekend over determinanten van voedingsgedrag bij allochtonen.

Conclusie ten aanzien van (determinanten van) gezondheidsgedrag bij migranten

Samenvattend kan gesteld worden dat de beschikbare gegevens aantonen dat het gezondheidsgedrag van allochtonen in sommige gevallen gunstiger (vettinneming, alcoholgebruik, roken) en in andere gevallen ongunstiger (lichamelijke activiteit) is dan onder de autochtone Nederlandse populatie. Er is nagenoeg niets bekend van de determinanten van dit gedrag. Dit heeft als gevolg dat er ook nog vrijwel geen aangrijpingspunten zijn om preventieve activiteiten te ontwikkelen voor allochtone groepen. Naast informatie over leefstijl en determinanten hiervan is ook behoefte aan informatie over de contextuele mechanismen van de betreffende groep, zoals de rol die religie of culturele achtergrond speelt bij het totstandkomen van gedrag (Stronks et al., 1999). Het toekomstige beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering zou gericht moeten zijn op enerzijds het behouden van gunstig gezondheidsgedrag en anderzijds tot het bevorderen van een gezondere leefstijl in de gevallen waar het gezondheidsgedrag ongunstig is.

Een belangrijke oorzaak van het beperkte beeld dat er tot nu toe bestaat is het feit dat in gezondheidsonderzoek de verschillende etnische groepen vaak niet opgesplitst worden in de analyse, maar bij elkaar worden genomen. Echter, uit de gegevens waarbij wel uitgesplitst is naar etniciteit blijkt dat het gezondheidsgedrag tussen mensen van diverse etnische afkomst enorm kan verschillen. Bovendien blijken er relevante verschillen in gezondheidsgedrag tussen mannen en vrouwen binnen een etnische groep. Het samenemen van het gezondheidsgedrag onder de diverse groepen betekent dus dat de resultaten een gemiddelde vormen en daardoor nog maar weinig informatie geven.

Verder wordt er niet altijd gecorrigeerd voor sociaal economische status en de mate van acculturatie (de mate waarin iemand zich oriënteert op de Nederlandse cultuur of omgaat met Nederlanders), terwijl deze factoren wel een deel van de verschillen in gedrag kunnen verklaren. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat allochtone vrouwen met een hogere sociaal economische status eerder geneigd zijn te roken. Om een beter inzicht te krijgen in de relatie tussen etniciteit en leefstijlfactoren is het dus van belang dat ook aan deze factoren aandacht wordt besteed.

Op dit moment is het nog onbekend in welke mate gezondheidsgedrag de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen verklaart. Andere factoren, zoals de fysieke omgeving en het gebruik van de gezondheidszorg hebben ook invloed op de gezondheid. Onderzoek bedoeld om inzicht te krijgen in het gezondheidsgedrag onder allochtonen zal veel meer aandacht moeten gaan besteden aan onderscheid in etnische groep, geslacht, sociaal economische status, acculturatie en (eerste/tweede) generatie. Om voldoende grote groepen over te houden voor analyses kan een meta-analyse van gegevens uit de verschillende onderzoeken wellicht een oplossing bieden.

2.5 Conclusies ten aanzien van leefstijlfactoren en determinanten van gedrag bij specifieke bevolkingsgroepen

Conclusies ten aanzien van leefstijlfactoren bij specifieke groepen

In dit hoofdstuk is een aantal leefstijlfactoren (met name BRAVO factoren) beschreven van jongeren, ouderen, personen met een lage opleiding en een aantal allochtone groepen. Een aantal leefstijlfactoren is voor ouderen niet beschreven (druggebruik en condoomgebruik) omdat deze in eerdere studies niet naar voren kwamen als belangrijke problemen bij deze groep.

Ten opzichte van de andere groepen verdient de *lage SES-groep* de meeste aandacht. Over het algemeen genomen vertoonde deze groep, met uitzondering van overmatig alcoholgebruik, het vaakst ongezond gedrag. Trendgegevens voor de lage SES-groep zijn alleen aanwezig voor roken en alcoholgebruik. De sociaal-economische verschillen in rookgedrag zijn in de afgelopen 10 jaar voor mannen ongeveer gelijk gebleven. Bij vrouwen is met name in de tweede helft van de jaren negentig in de lagere SES-groepen sprake van een toename in de prevalentie van roken. Aangezien in de hogere SES-groepen het roken terugloopt, resulteert dit in een toename van de sociaal-economische verschillen in rookgedrag bij vrouwen.

Het voorkomen van problematisch alcoholgebruik is in de lage SES-groep in de afgelopen 10 jaar nauwelijks veranderd. In de hogere SES-groepen is het voorkomen van problematisch alcoholgebruik toegenomen. Hierdoor zijn de sociaal-economische verschillen kleiner geworden.

Het huidige gedrag van de *jongeren* is in een aantal gevallen iets gunstiger (lichamelijke inactiviteit, vetconsumptie) en in andere gevallen ongunstiger (druggebruik) dan de algemene bevolking. Wat echter het meest opvalt bij deze groep is de ontwikkelingen in leefstijlfactoren, die in de afgelopen 10 jaar ongunstig zijn. In deze trend – reeds gesignaleerd in VTV-1997 – is voornamelijk geen verandering opgetreden.

Dit in tegenstelling tot *ouderen*, bij wie over het algemeen genomen het gedrag juist gezonder is geworden in de afgelopen 10 jaar. Met uitzondering van lichamelijke activiteit en het risico op ongevallen is het gedrag van ouderen gunstiger dan dat van de algemene Nederlandse bevolking.

Informatie over risicogedrag van *allochtonen* is summier beschikbaar. Uit de beschikbare informatie blijkt dat het gedrag voor sommige gedragsfactoren gunstiger (voeding, roken, alcoholgebruik) en voor andere weer ongunstiger (condoomgebruik) afsteekt ten opzichte van mensen van autochtone afkomst, waarbij er grote verschillen bestaan tussen verschillende etnische groeperingen. Er is geen inzicht in ontwikkelingen in het gedrag van allochtone groepen omdat er nauwelijks trendgegevens worden verzameld.

Het is zeer moeilijk om een goed overzicht te krijgen van de leefstijl van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. De niet uniforme manier van verzamelen en rapporteren van leefstijlgegevens bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens.

Conclusies ten aanzien van het gecombineerd voorkomen van risicogedrag

Vanuit een beperkt aantal gegevensbronnen is het mogelijk om naar het gecombineerd voorkomen van risicogedrag te kijken. Uit het MORGEN project van het RIVM blijkt dat de combinatie van twee risicogedragingen bij mannen en vrouwen met een lage opleiding vaker voorkomt dan bij hen met een hoge opleiding. Zo is het percentage personen dat rookt en inactief is bijna twee keer zo groot bij de laagst opgeleiden dan bij de hoogst opgeleiden.

In het algemeen geldt dat het percentage mensen met meervoudig risicogedrag hoger is bij de lager opgeleiden dan bij de hoger opgeleiden. Vooral het gecombineerd voorkomen van roken, inactiviteit en een lage groente- en fruitconsumptie is veel hoger bij de lager opgeleiden dan de totale bevolking. Uit gegevens van het CBS (POLS) naar het samengaan van risicogedrag bleek dat ouderen, mannen en de lagere SES-groepen het meest ongunstig scoorden.

Conclusies ten aanzien van determinanten van gedrag

Na de constatering – op basis van de beperkte beschikbare gegevens – dat er bij de specifieke groepen voor verschillende leefstijlfactoren ongunstige ontwikkelingen optreden is het een volgende stap in de richting van doeltreffende interventies is om te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Er bestaan diverse modellen en theorieën die als doel hebben (gezondheids)gedrag of verandering daarin te verklaren. Deze modellen zijn elders uitgebreid beschreven.

Informatie over determinanten van voeding, roken, alcohol, seksueel gedrag en lichamelijke inactiviteit in de algemene bevolking en bij specifieke doelgroepen op basis van in Nederland uitgevoerd onderzoek is zeldzaam en beperkt zich tot een selecte groep determinanten. Hierdoor is het niet mogelijk inzicht te krijgen in de (kwantitatieve) bijdrage van determinanten die uit theorieën over gedrag(sverandering) naar voren komen. Alleen voor roken en alcohol consumptie onder jongeren zijn een aantal determinanten onderzocht. Op basis van de beperkte beschikbare informatie zou slechts voorzichtig kunnen worden geconcludeerd dat determinanten van gedrag verschillen per doelgroep en gedrag.

De juiste operationalisering van determinanten van gedrag is van cruciaal belang in dit type onderzoek en verschilt aanzienlijk tussen specifieke groepen. Het is daarom niet vreemd dat in de verschillende onderzoeken ook verschillende operationalisering van de determinanten zijn gebruikt. Om dezelfde reden is buitenlands onderzoek naar determinanten van gedrag slecht toepasbaar op interventies onder specifieke groepen in Nederland.

Onderstaande samenvatting geeft een kort overzicht van de onderzoeken in algemene termen. Voor de specifieke operationalisering wordt verwezen naar de voorgaande paragrafen.

Uit het onderzoek naar determinanten van **roken** is gebleken dat de eigen effectiviteit, attitudes en uitkomstverwachtingen ten aanzien van stoppen van belang zijn. Ook voor jongeren bleken dit belangrijke determinanten. Resultaten van onderzoek naar de rol van ouders en leeftijdgenoten bij het starten of stoppen met roken zijn niet eensluidend. Voor personen met een lage SES werd gevonden dat met name attitudes van belang zijn voor het stoppen met roken. Een financiële beloning in het vooruitzicht bij een actie om te stoppen met roken trok meer mensen met een lage SES aan dan met een hoge SES. Attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit bleken ook determinanten van het eten van gezonde **voeding**. Misconceptie, het overschatten van het eten van gezonde voeding of het onderschatten van het eten van ongezonde voeding, bleek vaak aan de orde. Determinanten van voeding of interventies daarop bij specifieke groepen leken niet te zijn onderzocht.

Determinanten van **lichamelijke activiteit** zijn attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit. Hierin verschilden mensen met een lage en een hoge SES niet. Persoonlijkheid en copingstijl leken wel het verschil in lichamelijke activiteit tussen mensen met een hoge en een lage SES te verklaren.

Ook voor **alcoholgebruik** bleken attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit van belang. Stoppen met drinken bleek vooral gerelateerd aan een positieve inschatting van de eigen effectiviteit. Onder jongeren bleek alcohol consumptie daarnaast gerelateerd aan affectieve factoren, gewoontes, specifieke situaties en de fysieke omgeving. Voor allochtone jongeren waren specifieke situaties maar ook negatieve verwachtingen van belang voor de mate van alcohol consumptie. Verschillen in alcohol consumptie tussen personen met een hoge of een lage SES konden worden verklaard door verschillen in materiële omstandigheden en sociale steun. Uit interventie onderzoek onder jongeren is gebleken dat overtuigingen, attitudes, intenties, sociale normen en eigen effectiviteit-verwachtingen geen rol speelden. De operationalisering van deze determinanten was echter niet van tevoren getest bij de specifieke doelgroepen. Een andere operationalisering zou tot resultaat kunnen hebben gehad dat deze determinanten wel een rol bleken te spelen.

De intentie tot **veilig vrijen** bleek gerelateerd aan attitudes, sociale invloeden en verwachtingen omtrent de eigen effectiviteit. Onder jongeren hing het feitelijk condoomgebruik echter vooral samen met gewoontes. Personen met een lage SES hadden vaker negatieve attitudes, uitkomstverwachtingen en intenties ten aanzien van condoomgebruik dan personen met een hoge SES.

Uit bovenstaande samenvatting blijkt dat attitudes, sociale invloeden en eigen effectiviteit de belangrijkste determinanten van gedrag zijn. Echter, andere determinanten zijn zelden onderzocht in Nederland. Welke determinant het meest belangrijk is kan uit het

huidige onderzoek dan ook niet worden afgeleid. Daardoor is nu ook niet vast te stellen op welke determinanten bij welke groepen het meest succesvol kan worden geïnterveneerd.

Tenslotte

Het is zeer moeilijk om een goed overzicht te krijgen van de leefstijl van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. Vooral voor allochtonen en mensen met uit de lagere SES-klassen ontbreken (trend)gegevens. De niet uniforme manier van verzamelen en rapporteren van leefstijlgegevens bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens.

Er is dus behoefte aan samenwerking tussen de diverse ‘monitorings’ instituten, zodat de verzamelde informatie meer gestandaardiseerd wordt en eventueel in een later stadium samengevoegd. Hierbij zou extra aandacht besteed moeten worden aan het verkrijgen van een representatieve populatie. Bovendien zou een periodieke registratie van leefstijlfactoren gewenst zijn, bijvoorbeeld om de 5 jaar. Dit biedt dan tevens de mogelijkheid om lokale of nationale interventie campagnes te evalueren.

Er moet meer informatie beschikbaar komen over determinanten van gedrag in de algemene bevolking en met name bij specifieke doelgroepen. Voordat een interventie wordt uitgevoerd moet een gedegen onderzoek worden uitgevoerd naar de determinanten van gedrag van de specifieke doelgroep. Dit is in de hedendaagse praktijk vaak niet haalbaar. Daarom is het van belang dat er voldoende kennis over determinanten van gedrag wordt opgebouwd, die toepasbaar is in lokale situaties.

LITERATUUR

- Aben D, Hazebroek A, Kouwenberg J, De Beer M, Kroesbergen HT. De latente hulpvraag in beeld. De ontwikkeling van een instrument om de latente hulpvraag bij 12-20 jarigen te meten. Breda: RSJ Zuidoost-Brabant/RSJ West-Brabant, 2000.
- Abraham MD, Cohen PDA, Van Til R, De Winter MAL. Licit and illicit drug use in the Netherlands, 1997. Amsterdam: CEDRO, 1999.
- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- Ajzen I. From intention to actions: a theory of planned behavior. In: Action-control: from cognition to behavior. Redactie: Kuhl J, Beckmann J. Heidelberg: Springer, 1985.
- Assema P van, Pieterse M, Kok G, Eriksen M, De Vries H. The determinants of four cancer-related risk behaviours. *Health Educ Res* 1993; 8: 461-472.
- Assema P van, Steenbakkens M, Kok G, Eriksen M, De Vries H. Results of the Dutch community project "Healthy Bergeyk". *Prev Med* 1994; 23: 394-401.
- Baan B. Prevention of smoking in young children in Holland: education and changing attitudes. *Lung* 1990, 168 Suppl: 320-326.
- Baar ME van, Beeck EF van, Toet H et al. Sociaal economische verschillen in de incidentie en sterfte door ongevallen in Nederland. Amsterdam: Consument en Veiligheid/Instituut Maatschappelijk gezondheidszorg EUR, 2000.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Part II Intervention mapping. Designing theory- and evidence based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 2001.
- Becker MH, Haefner DP, Maiman LA. The health belief model in the prediction of dietary complications: a field experiment. *J Health Soc Behaviour* 1977, 18: 348-366.
- Bergh MYW von, Sandfort TGM. Veilig Vrijen en Condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Jongeren en Jong-volwassenen: Een vergelijking met autochtone Nederlanders. Utrecht: NISSO, 2000.
- Bergh MYW von, Sandfort TGM. Literatuuronderzoek naar determinanten van veilig vrijgedrag. Utrecht: NISSO, 2001.
- Bieleman B, Snippe J, Bie E de. Drugs binnen de grenzen. Harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de omvang. Groningen: Bureau Intraval, 1995.
- Bijl R, Zessen G van, Ravelli A. De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Doelstellingen en onderzoeksopzet. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 2453-2460.
- Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de randstad. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1998.
- Bon-Martens MJH van. Riskant gedrag bij scholieren in het streekgebied Brabant-Noordoost. Oss: Gewestelijke Gezondheidsdienst Brabant-Noordoost, 1997.
- Boomsma DI, Koopmans JR, Van Doornen LJP, Orlebeke JF. Genetic and social influences on starting to smoke: a study of Dutch Adolescent twins and their parents. *Addiction* 1994, 89: 219-226.
- Bouter L, Dongen van M. De probleemanalyse: de analyse van gezondheidsproblemen. In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens RM, Van der Molen HT. Assen: Van Gorcum, 2000: pp 33-42.
- Breedveld K, Broek A van den (red.). Trends in de tijd. Een schets van recente ontwikkelingen in tijdsbesteding en tijdsordering. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.
- Brug J, Lechner L, De Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite* 1995; 25: 285-296.
- Brug J, Steenhuis I, van Assema P, de Vries H. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Prev Med* 1996; 25: 236 - 242.
- Brug J, Assema P van, Kok G. Misconceptie van consumptie van vet, groenten en fruit; oorzaken en implicaties voor voedingsvoorlichting. *Tijdschr Gezondheidsw* 1998; 76: 17-23.
- Brug J, Assema P van. Differences in use and impact of computer-tailored dietary fat-feedback according to stage of change and education. *Appetite* 2000; 34: 285-293.
- Brug J, Hospers HJ, Kok G. Differences in psychosocial factors and fat consumption between stages of change for fat reduction. *Psychol & Health* 1997, 12: 719-727.
- Brugman E, Meulmeester JF, Spee-Van der Wekke A, Verloove-vanHorick SP. Breakfast-skipping in children and young adolescents in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 1998;8:325-8.
- Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke J, Beuker RJ, Radder JJ. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO peiling 1993/1994. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995a.
- Brugman E, Goedhart H, Vogels T, Zessen G van. Jeugd en Seks 95. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1995b.

- Brussaard JH, Brants HAM, Erp-Baart van AMJ, Hulshof KFAM, Kistemaker C. De voeding bij allochtone bevolkingsgroepen. Deel 3: Voedselconsumptie en voedingstoestand bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 8 jarigen en hun moeders. Rapportno. V99.855. Zeist: TNO Voeding, 1999.
- Chatrou M, Maes S, Dusseldorp E, Seegers G. Effects of the Brabant smoking prevention programme: a replication of the Wisconsin programme. *Psychol Health* 1999, 14: 159-178.
- Crone MR, Reijneveld SA, Van Leerdaam FJM, Spruijt RD, Willemsen MC. Preventie van (het beginnen met) roken bij jongeren uit het IVBO, VBO en MAVO. Leiden: TNO P&G, 2001.
- Cuijpers P, Jonkers R, Keijsers JFEM (red.) Leefstijl-campagnes in Nederland. Analyses en aanpakpunten voor kwaliteitsverbetering. Bijlagen. Den Haag: ZON, 2000.
- Dijkstra A, De Vries H, Bakker M. Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64: 758-763.
- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J, Van Breukelen G. Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *J Consult Clin Psychol* 1998c, 66: 549-557.
- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Computerized tailored feedback to change cognitive determinants of smoking: a Dutch field experiment. *Health Educ Res* 1998a, 13: 197-206.
- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Educ Res* 1998b, 13: 207-214.
- Dijkstra A, De Vries H. Is geïndividualiseerde voorlichting bij stoppen met roken effectiever dan gestandaardiseerde voorlichting? *Gedrag en Gezondheid* 1999a, 27: 277-287.
- Dijkstra A, De Vries H. Subtypes of precontemplating smokers defined by different long-term plans to change their smoking behavior. *Health Educ Res* 2000, 15: 423-434.
- Dijkstra M, Mesters I, De Vries H, Van Breukelen G, Parcel GS. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Educ Res* 1999b, 14: 791-802.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Van de Mheen H, Mackenbach JP. Educational differences in leisure-time physical activity: a descriptive and explanatory study. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1665-1676.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. Ter publikatie aangeboden, 2001a.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Educational differences in smoking cessation: application of the Theory of Planned Behavior. Ter publikatie aangeboden, 2001b.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Educational differences in starting excessive alcohol consumption: explanations from the longitudinal GLOBE study. Ter publikatie aangeboden, 2001c.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Stronks K, Van de Mheen D, Mackenbach JP. Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med* 1999, 29: 1-10.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Education and decreases in leisure-time physical activity: explanations from the longitudinal GLOBE study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 55: 562-568.
- DSP. Amsterdamse sport in cijfers: 1999. Amsterdam: DSP & O+S, 2000.
- Eland A, Rigter H. Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie Nationale Drugsmonitor. Utrecht: Bureau NDM, 2001.
- Engels RCME, Knibbe RA, De Vries H, Drop MJ, Van Breukelen GJP. Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *J Applied Social Psychol* 1999, 29: 337-361.
- Engels RCME, Knibbe RA, De Vries H, Drop MJ. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Prev Med* 1998, 27: 348-357.
- Erp-Baart AMJ van, Westenbrink S., Hulshof KFAM, Boekema-Bakker N. De voeding bij allochtone bevolkingsgroepen. Deel 2. Pilotstudie naar voedselconsumptie bij volwassen Surinaamse mannen. Rapportno. V97.1070. Zeist: TNO Voeding, 1998.
- GGD Eindhoven. Onderzoek onder scholieren naar leefstijl. Eindhoven: GGD, 2001, (niet gepubliceerd).
- Gollwitzer PM. Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist* 1999; 54: 493-503.
- Haan J de, Breedveld K. Trends en determinanten in de sport. Eerste resultaten uit het AVO 1999. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2000.
- Harreveld F van, Pligt J van der, Vries NK de. Attitudes towards smoking and the subjective importance of attributes: implications for changing risk-benefit ratios. *Swiss J Psychol* 1999, 58: 65-72.
- Hessing-Wagner J. Gezondheid en zorg. In: Roes T (eindred.). De sociale staat van Nederland 2001. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001: pp.103-124.

- Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M (red.). *Trendrapport bewegen en gezondheid 1998/1999*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.
- Hoorn B, Monsheimer S. Een pilotstudy naar de voedselconsumptie van Surinamers in Nederland. 2000, (niet gepubliceerd).
- Hulshof KFAM, Löwik MRH, Wedel M, Brants HAM, Hermus RJJ, Hoor F ten. Diet and other lifestyle factors in high and low socio-economic groups (Dutch Nutrition Surveillance Systems), *Eur J Clin Nutr* 1997; 45: 441-450.
- Jong MAJG de, Stafleu A. Beter eten? Zeker weten! *TSG* 1995; 73: 455-462.
- Kalsbeek H, Verrips GH, Eijkman MAJ, Kieft JA. Changes in caries prevalence in children and young adults of Dutch and Turkish or Moroccan Origin in the Netherlands between 1987 and 1993. *Car Res* 1996; 30: 334-341.
- Keijsers JFEM, Vaandrager L (red.). *Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering*. In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland. Den Haag: NIGZ, ZON, 2000.
- Kesteren van D. Balanceren tussen ge- en misbruik: een exploratief onderzoek naar het alcohol- en druggebruik van én verslavingspreventie voor Marokkaanse jongeren. *Alphen aan den Rijn: GGD Zuid-Holland Noord*, 1999.
- Kok G. Theorieën van verandering. In: *Gezondheidsvoorlichting and gedragsverandering*. Redactie: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok GJ. Assen: Van Gorcum, 1993.
- Koning-Dalstra JAA, Kunst AE, Geurts JJM, Frenken FJM. Monitoring van ontwikkelingen in sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland aan de hand van CBS persoonsenquêtes. Een rapport aan de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II. Rotterdam, Heerlen: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg; Centraal Bureau voor de Statistiek, Sector KPE, 2000.
- Korf DJ, Nabben T, Diemel S, Bouma H. *Antenne 99. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Thela Thesis, 2000.
- Lagendijk E, Van der Gugten M. *Sport en allochtonen, feiten, ontwikkelingen en beleid (1986-1995)*. Den Haag: Dir Sport, Min VWS, maart 1996.
- Lechner L, Brug J, De Vries H. Misconceptions of fruit and vegetable consumption: differences between objective and subjective estimation of intake. *J Nut Educ* 1997, 29: 313-320.
- Lechner L, Brug J, De Vries H, Van Assema P, Mudde A. Stages of change for fruit, vegetable and fat intake: consequences of misconception. *Health Educ Res* 1998, 13: 1-11.
- Leer EM van, Dis SJ van, Seidell JC. Verschillen in risico- en leefstijlfactoren voor hart- en vaatziekten tussen sociaal-economische klassen. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.
- Lemmers L. Alcoholmisbruik door jeugdigen. In: Keijsers JFEM, Vaandrager L (red.). *Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering*. Den Haag: NIGZ, ZON, 2000: pp. 39-54.
- Loon AJM van, Tjhuis M, Surtees PG, Ormel J. Determinants of smoking behaviour: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. Ter publikatie aangeboden, 2001.
- MCA. Alcoholgebruik onder allochtonen in Nederland. Kwantitatief onderzoek onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen/Arubanen. Utrecht: MCA Communicatie, 2000.
- McGuire WJ. Attitudes and attitude change. In: *The handbook of social psychology (Vol. 2)*. Redactie: Lindzey G, Aronson E. New York: Random House, 1985.
- Meerding WJ, E. Birnie, S. Mulder, PC. den Hertog, H. Toet en EF. van Beeck. *Kosten van letsel door ongevallen in Nederland*. Amsterdam: Consument en Veiligheid in samenwerking met Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- Meertens R, Schaalma H, Brug J, De Vries N. Determinanten van gedrag. In: *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens RM, Van der Molen HT. Assen: Van Gorcum, 2000.
- Mudde AN, De Vries H, Dolders MGT. Evaluation of a Dutch community-based smoking cessation intervention. *Prev Med* 1995, 24: 61-70.
- Mudde AN, De Vries H. The reach and effectiveness of a national mass media-led smoking cessation campaign in the Netherlands. *Am J Public Health* 1999, 89: 346-350.
- NDM. *Nationale Drugsmonitor. Jaarbericht 2000*. Utrecht: Bureau NDM, 2001.
- Nierkens V, Stronks K, Klazinga NS. Determinanten van roken voor allochtonen: resultaten uit focusgroep interviews. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) 2000a* [2], 78: middenkatern pp. 24.
- Nierkens V, Stronks K, Klazinga NS. Smoking among migrant groups: the application of the ASE model. *Abstractbook Annual Meeting of Eupha 2000b*: pp 181.
- OCW. *Gezondheidsmonitor 1999*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Afdeling Epidemiologie; Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, 2000.
- Oostveen T, Knibbe R, De Vries H. Social influences on young adults' alcohol consumption: norms, modeling, pressure, socializing, and conformity. *Addictive Beh* 1996, 21: 187-197.

- Ouwehand AW, Alem VCM van, Vetten LJ de, Boonzajer Flaes S. LADIS Kerncijfers Verslavingszorg 1999. juni 2000.
- Pieterse M. Tabaksgebruik door jeugdigen. In: Keijzers JFEM, Vaandrager L (red.). *Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering.* Den Haag: NIGZ, ZON, 2000: pp. 161-187.
- 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. *Prev Med* 2001; 32: 182-190.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983, 51: 390-395.
- Rijpma SG, Roques C. Diversiteit in vrijetijdsbesteding. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS) 2000.
- Reep-van de Berg CMM, Hildebrandt VH. Trends in sportieve activiteit in Nederland. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M (red.). *Trendrapport bewegen en gezondheid 1998/1999.* Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999: pp. 31-52.
- Reijnveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position. *J Epidemiol Community Health.* 1998; 52: 298-304.
- Rijpma SG & Roques C. Diversiteit in vrijetijdsbesteding. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS), 2000.
- Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychology* 1975, 91: 93-114.
- Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitudes change: a revised theory of protection motivation. In: Social psychophysiology: a source book. Cacioppo JT, Petty RE (red.). New York: Guilford Press, 1983.
- Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974, 2: 1-8.
- Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Staveren van WA, Schouten EG, Heijden van der L. De voeding van Surinaams-Hindiostaanse vrouwen met diabetes in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 1997; 32(1):21-25.
- San José B, Van de Mheen H, Van Oers JAM, Mackenbach JP, Garretsen HFL. Adverse working conditions and alcohol use among men and women. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, 24: 1207-1213.
- Schaalma H, Meertens R, Kok G, Brug J, Hospers H. Theorieën en methodieken van verandering. In: Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens RM, Van der Molen HT. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak.* Assen: Van Gorcum, 2000: pp. 89-117.
- Schagen INLG van (red.). *De verkeersonveiligheid in Nederland tot en met 1999. Analyse van omvang, aard en ontwikkelingen.* Leidschendam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), 2000.
- Schuit AJ, Feskens EJM, Seidell JC. Lichamelijke activiteit in samenhang met sociaal demografische determinanten en gezondheidskenmerken bij volwassen mannen en vrouwen in Amsterdam, Dordrecht en Maastricht. *Ned Tijdsch Geneesk* 1999; 143: 1559-1564.
- Sheeran P, Taylor S. Predicting intentions to use condoms: a meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *J Applied Soc Psychol* 1999, 29: 1624-1675.
- Sluijs IJS van der, Mheen van de H, Stronks K, Mackenbach JP. Blootstelling aan en omgang met psychosociale stressoren: sociaal economische verschillen. *TSG* 1996, 74:71-77.
- SCP. *Sociaal en Cultureel Rapport 1996.* Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1996.
- Spruijt-Metz D, Van Gageldonk A. What determines the effectiveness of mass media health campaigns targeting adolescent tobacco, alcohol and drug use? A review. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Stevens M, Bult P, de Greef MH, Lemmink KA, Rispen P. Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults. *Prev Med* 1999, 29: 267-276.
- Stevens M, Lemmink KA, de Greef MH, Rispen P. Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults; first results. *Prev Med* 1999, 31: 547-553.
- Stronks K, Van de Mheen HD, Looman CWN, Mackenbach JP. Cultural, material, and psychosocial correlates of the socio-economic gradient in smoking behavior among adults. *Prev Med* 1997, 26: 754-766.
- Stronks K, Uniken Venema P, Dahhan N, Gunning-Schepers LJ. Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)* 1999; 77(1): 33-40.
- TNO-Preventie en Gezondheid. *Peilingen in de jeugdgezondheidszorg, PGO-Peiling* 1993, 1994, 1995.
- Verplanken B, Aarts H. Habit, attitude and planned behaviour: Is habit an empty construct or an interesting case of goal-directed automaticity? In: Stroebe W, Hewstone M (eds.). *European Review of Social Psychology*, Vol. 10. Chichester: Wiley, 1999: pp. 101-134.
- Verrips GH, Kalsbeek H, van Woerkum CM, Koelen M, Kok Weimar TL. Correlates of toothbrushing in preschool children by their parents in four ethnic groups in The Netherlands. *Comm Dent Health* 1994; 11: 233-239.

- Vries H de, Backbier E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the context of attitudes, self-efficacy, intention, and previous behavior as predictors of smoking onset. *J Applied Social Psychol* 1995; 25: 237-257.
- Vries H de, Dijkstra M, Kok G. A Dutch smoking prevention project: an overview. *Hygie* 1992, 11: 14-18.
- Vries H de, Mudde AN, Dijkstra A, Willemsen MC. Differential beliefs, perceived social influences, and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Prev Med* 1998; 27: 681-689.
- Vries H de. Determinanten van gedrag. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok GJ (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum, 1993: pp. 109-132.
- Vries H de. Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. *Soc Sci Med* 1995; 41: 419-424.
- Vries N de. Het hart, de ruggengraat en de hersenpan. *Perspectieven op gezondheidsgedrag*. Inaugurale rede, Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht, 2000.
- Vroome EMM de, Dingelstad AAM, Kolker L, Sandfort ThGM. Evaluatie van de algemene vrij veilig-campagne 'Ik vrij veilig of ik vrij niet'. *TSG* 1995; 73: 3-10.
- Vroome EMM de, Sandfort TGM. Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en volwassenen: stand van zaken november 1998 en ontwikkelingen sinds april 1987. Utrecht: NISSO/Universiteit Utrecht, 1999.
- Wal MF van der, Pauw-Plomp H. Ongevallen bij Amsterdamse kinderen. *Tijdschr Soc Geneesk* 1994; 73: 138-142.
- Weiner B. *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag, 1986.
- Wendel-Vos GCW, Schuit AJ, Assema P van, Saris WHM, Kromhout D. Determinants of physical activity in a middle aged dutch population stratified by gender, age and education. *Aangeboden ter publicatie*, 2001.
- Willemsen MC, De Vries H, Van Breukelen G, Genders R. Long-term effectiveness of two Dutch work site smoking cessation programs. *Health Educ & Beh* 1998; 25: 418-435.
- Willemsen MC, De Vries H, Van Breukelen G, Oldenbrug B. Determinants of intention to quit smoking among Dutch employees: the influence of social environment. *Prev Med* 1996; 25: 195-202.
- Willemsen MC, Zeeman G. Strategieën om rokers met een lage sociaal-economische status te bereiken. Een regionale pilot van 'Quit & Win'. *TSG* 2000; 78: 223-229.
- Ytzer MC, Siero FW, Buunk BP. De invloed van eerder condoomgebruik op intenties veilig te vrijen. *Gedrag en Gezondheid* 1999; 27: 125-135.
- Zajonc RB. On the primacy of affect. *American Psychologist* 1984; 39: 117-123.
- Zessen G van. Seksueel gedrag. In: Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997: pp. 700-706.
- Zwart WM de, Monshouwer K, Smit F. *Jeugd en risikant gedrag. Kernegegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik, en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

3 BEVORDERING VAN GEZOND GEDRAG IN HET BELEID

De achtergrondstudies in dit hoofdstuk beschrijven de mogelijkheden en onmogelijkheden van diverse beleidsmaatregelen, gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen. Dit hoofdstuk geeft dus geen compleet overzicht van alle beleidsinstrumenten die mogelijk zijn voor de hier besproken specifieke doelgroepen. Als illustratie van de complexiteit van het beleid ten aanzien van gezond gedrag wordt in *paragraaf 3.1* ingegaan op het tabaksbeleid, specifiek het beleid gericht op *jongeren*. In *paragraaf 3.2* wordt aandacht gegeven aan het beleid en de interventies, gericht op de determinanten van alcohol- en drugsverslaving.

In het tweede deel van het hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van een aantal verschillende ‘settings’ van waaruit gedragsgerichte preventieve activiteiten vaak plaatsvinden, en de problematiek die zich voortdoet bij het formuleren van het meest geschikte beleid. Drie settings passeren in *paragraaf 3.3 – 3.5* de revue: de school, de werkplek en de wijk.

3.1 Tabaksgebruik onder jongeren: mogelijkheden en onmogelijkheden voor het beleid

MC Willemsen

Het percentage rokers onder de jongeren zal alleen worden verlaagd door een combinatie van beleidsmaatregelen. Prijsverhoging is het beleidsinstrument dat het beste werkt. Beleidsmaatregelen (accijnzen, reclamebeperkingen, verkoopbeperkingen, productregulering) moeten geïntegreerd zijn in een bredere campagne van publieksvoorlichting. Massamediale campagnes werken alleen in combinatie met andere activiteiten, zoals een reclameverbod.

Inleiding

De centrale doelstelling van het tabaksontmoedigingsbeleid in de Zorgnota 2001 is het percentage rokers te reduceren van 34% naar 28% in 2004. Tussen 1983 en 1996 is het percentage rokers met 5% gedaald, maar sinds 1990 is het vrijwel gestabiliseerd. Het is duidelijk dat een intensivering van maatregelen noodzakelijk is om het roken terug te dringen. De uitstroom van ex-rokers wordt in evenwicht gehouden door een even grote jaarlijkse instroom, die voor een groot deel uit jongeren bestaat (Willemsen et al., 2002).

Deze paragraaf beschrijft mogelijkheden die de overheid tot haar beschikking heeft om de *instroom* (jongeren die gaan roken) te verminderen. Er kunnen vijf typen maatregelen

len worden onderscheiden: reclamebeperkingen, verkoopbeperkingen, productregulering, prijsverhoging en voorlichting (via de massamedia en via scholen). Een meer uitgebreide literatuurbespreking vindt plaats in de Gezondheidseffectrapportage Tabaksontmoedigingsbeleid (Roscam Abbing, 1998) en in een review van de effectiviteit van maatregelen gericht op jongeren (Willemsen & De Zwart, 1999).

Reclamebeperkingen

De tabaksindustrie maakt via verschillende kanalen reclame voor haar producten. De belangrijkste traditionele kanalen die momenteel nog openstaan zijn vooral buitenreclame en advertenties in tijdschriften. Alternatieve manieren van tabakspromotie zijn de laatste jaren intensiever geworden: sponsoring van sportieve en culturele evenementen, displays op verkooppunten, indirecte reclame via eigen kleding- en productlijnen, speciale acties op de sigarettenverpakking, aandacht via de televisie voor evenementen als Camel Trophy, Marlboro Adventure, en reclame via internet. Uit recente studies is gebleken dat jongeren ontvankelijk zijn voor dergelijke promotie-activiteiten (Gilpin et al., 1997). Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van tabaksreclame- en promotie op beginnen met roken. Jongeren zijn zich bewust van en bekend met tabaksreclame- en promotie (Willemsen & De Zwart, 1999). Blootstelling leidt tot een meer positieve attitude ten aanzien van roken en een verhoogde intentie om te gaan roken. Gedragseffecten zijn niet aangetoond.

Onderzoeken naar de effectiviteit van reclamebeperkende maatregelen hebben meestal betrekking op rookgedrag van volwassenen, waardoor de resultaten moeilijk generaliseerbaar zijn naar jongeren. Een belangrijke aanwijzing dat een algeheel reclameverbod effect heeft op jongeren komt van een studie uit Nieuw-Zeeland is uitgevoerd (Lynch & Bonnie, 1994). De onderzoekers kwamen, na controle voor inkomensverschillen en verschillen in tabaksprijzen en gezondheidsvoorlichting, tot de conclusie dat hoe groter de mate van controle door een overheid van de tabaksreclame en -promotie, hoe groter het effect op roken door jongeren. Laugesen en Meads (1991) voerden een cross-sectionele tijdserie analyse uit naar factoren die de tabaksconsumptie in 22 geïndustrialiseerde landen in de periode 1960 tot 1986 beïnvloeden. Hun conclusie was dat toename van de stringentie van reclamebeperkingen een afname van de tabaksconsumptie tot gevolg heeft. Elk land kreeg een score van 0 tot 10 die aangaf hoe restrictief het reclameverbod was. Landen als Finland, IJsland en Noorwegen die een volledig reclame- en sponsoringverbod hebben, inclusief sterke en gevarieerde waarschuwingen op tabaksproducten, kregen de maximale score van 10. De overige landen kregen punten voor afzonderlijke maatregelen, zoals reclameverboden in radio, televisie, bioscopen, buitenreclame en in kranten en tijdschriften. Het bleek dat een toename van één punt op de advertentie-score samenging met een reductie van 1,5% van de tabaksconsumptie, gecorrigeerd voor wijzigingen in tabaksprijzen en besteedbaar inkomen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoekers niet corrigeerden voor media-publiciteit, niet-roken campagnes en overige maatregelen. In landen waar een volledig reclameverbod werd ingevoerd ging dit altijd gepaard met andere overheidsmaatregelen en met veel aandacht voor roken in de media. Het lijkt daarom aannemelijk dat dit een voorwaarde is voor een

forse daling in de tabaksconsumptie ten gevolge van een reclameverbod. In Noorwegen leidde een volledig reclameverbod in 1975 in combinatie met intensieve massamediale voorlichting tot een daling in de rookprevalentie onder 16 tot 19 jarigen van 38% naar 22% in 1980. Sindsdien is dit percentage echter gestabiliseerd en recentelijk zelfs weer gestegen. Dit wordt geweten aan het gebrek aan voortgaande voorlichtingsinspanningen. Geïsoleerde (meer recente) reclameverboden in Nieuw Zeeland en in Frankrijk hadden nauwelijks effect op jongeren. Dit suggereert tevens dat jongeren tegenwoordig mogelijk minder gevoelig zijn voor het wegvallen van tabaksreclame.

Het is moeilijk te zeggen welk direct effect een volledig reclameverbod zal hebben op rookgedrag van jongeren in Nederland. Van een volledig verbod op reclame en alternatieve promotieactiviteiten, mits in combinatie met voortdurende intensieve massamediale niet-roken campagnes, kan waarschijnlijk een effect op het roken onder jongeren worden verwacht, analoog aan de berekeningen uit Nieuw-Zeeland en de Noorse ervaring.

Verkoopbeperkingen

Een andere maatregel om het roken onder jongeren tegen te gaan is het instellen van een leeftijdsgrens voor de verkoop. Deze maatregel wordt als een weinig effectieve maatregel beschouwd, vanwege de grote problemen met de handhaving. De enige conditie waaronder een verkoopverbod voor minderjarigen een aantoonbaar effect heeft gehad is in enkele Amerikaanse staten waar de maatregel gepaard ging met een licentiesysteem voor de verkoop van tabak, routinematige inspecties van licentiehouders (zogenaamde 'compliance checks' door minderjarigen), sancties tegen winkeliers (verlies van vergunning), in combinatie met voorlichting aan de winkeliers. Een andere belangrijke voorwaarde is dat de verkoop beperkt wordt tot tabaksspeciaalwinkels, waar beter toezicht is. Een leeftijdsgrens dient verder samen te gaan met een verbod op sigarettenautomaten. Jongeren maken relatief veel gebruik van sigarettenautomaten. Voorlichting geven aan jongeren dat je 18 moet zijn om te mogen roken heeft waarschijnlijk een averechts effect, omdat tabakswaaren zo aantrekkelijker worden gemaakt als 'verboden vrucht'.

Productregulering

De bekendste vorm van productregulering betreft het afdrukken van gezondheidswaarschuwingen op de verpakking van tabaksproducten. Onderzoek naar de effectiviteit hiervan is schaars. Malouff et al. (1992) onderzochten de impact van acht waarschuwingen op kinderen van 12 en 13 jaar. Niet-rokende kinderen schatten de waarschuwingen als meer effectief in dan rokende kinderen. Een vergelijkende studie vond dat de Canadese waarschuwingen, die tot de meest directe en vergaande in de wereld behoren, door 83% van Canadese jongeren in detail werden onthouden, terwijl slechts 6% van de jongeren in Chicago de veel kleinere en minder opvallende waarschuwingen op Amerikaanse sigaretten onthielden (WHO, 1997). Canadees onderzoek laat ook zien dat naarmate de oppervlakte die voor de waarschuwing is gereserveerd groter wordt (van 30% naar 40 of 50%), de geloofwaardigheid van de waarschuwing toeneemt (Health Canada, 1999). Bij 50% wordt het pakje sigaretten significant minder aantrekkelijk gevonden.

Gezondheidswaarschuwingen op zeer sober uitzierende sigarettenpakjes worden beter onthouden dan op 'normale' pakjes (Naet & Howie, 1993).

Een andere vorm van productregulering is het verbieden van kleinere verpakkingen (10 sigaretten of minder), die vooral door gelegenhedrokers en jongeren worden gekocht. Hiervan zijn nog geen onderzoeksgegevens voorhanden.

Accijnzen

In veel studies is aangetoond dat een verhoging van de consumentenprijs van sigaretten, bijvoorbeeld door verhoging van de accijns, tot een directe daling van de consumptie leidt (meestal uitgedrukt in het aantal gerookte sigaretten). Dit wordt uitgedrukt in een prijselasticiteit, gedefinieerd als het percentage verandering in consumptie dat samen gaat met een 1% toename in van de prijs. Bij volwassenen is deze prijselasticiteit ongeveer -0,4% tot -0,8% (Willemsen et al., 1998). Een analyse van de Nederlandse situatie liet zien dat de prijselasticiteit tussen 1970 en 1980 -0,83 was en tussen 1985 en 1995 zelfs -1,0 (Mindell & Whyne, 2000). Verschillende studies hebben een hogere prijselasticiteit voor jongeren dan voor volwassenen gevonden (Grossmann et al., 1993; Chaloupka & Grossman, 1996; CDC, 1998). De berekende prijselasticiteit voor jongeren tussen 12 en 17 jaar is ongeveer -1,20 (Chaloupka & Grossmann, 1996; Grossmann et al., 1993). Dit betekent dat een prijsverhoging van 10% een daling van de consumptie van sigaretten van ongeveer 12% met zich mee zou brengen. Er zijn geen analyses gedaan voor de prijselasticiteit bij Nederlandse jongeren. Een voorwaarde waaronder een prijsverhoging effect heeft is dat er een correctie voor inflatie en voor koopkracht wordt toegepast. In Nederland, waar ongeveer de helft van de rokers shag rookt, dient de prijs van shag in gelijke mate te stijgen met die van sigaretten, omdat rokers anders 'overstappen' op de goedkopere en ongezonere shag in plaats van minder te gaan roken. Het accijnsinstrument is recentelijk door de WHO de meest effectieve geïsoleerde maatregel genoemd die een regering kan nemen om het roken terug te dringen.

Voorlichting

Er zijn weinig gecontroleerde studies uitgevoerd naar de effectiviteit van massamediale voorlichting. Twee studies vonden geen effect op beginnend roken (Bauman et al., 1991; Murray et al., 1994). Murray et al. (1994) concluderen dat geïsoleerde blootstelling van jongeren aan meer of minder intensieve niet-roken voorlichtingsboodschappen via de massamedia geen effect bewerkstelligen bij jongeren. Wel zijn positieve effecten aangetoond bij innovatieve campagnes in landen waar reeds een volledig reclameverbod heerst. Een opvallende recente provocatieve Noorse campagne resulteerde onder die condities in een significante afname van het aantal 12 tot 14 jarige meisjes dat met roken begint (Hafstad et al., 1997). Een recente campagne in Florida waarbij zeer intensieve (door een hoog budget) massamediale voorlichting werd ingezet om de aantrekkingskracht van roken op jongeren te verminderen, resulteerde in een daling van het percentage rokende adolescenten van 19% naar 15%. De resultaten zijn echter mogelijk deels veroorzaakt door een gelijktijdige prijsstijging van tabaksproducten.

Een andere strategie om jongeren te stimuleren om niet met roken te beginnen is via lesprogramma's op middelbare scholen. De meeste effectieve programma's gaan uit van het principe dat jongeren weerbaar moeten worden gemaakt tegen tabaksreclame, sociale druk van leeftijdgenoten, de familie en media om te gaan roken. Een recente meta-analyse van het onderzoek op dit gebied wees uit dat rookpreventielessen in de eerste klassen van het voortgezet onderwijs resulteren in een reductie van 5% tot maximaal 30% (bij zeer uitgebreide programma's van meer dan 10 lessen) van het roken (Rooney & Murray, 1996). Dit effect blijft doorgaans beperkt tot een of twee jaar. In de praktijk zijn scholen niet in staat om meer dan een paar lessen aan het onderwerp roken te besteden, waardoor lesprogramma's doorgaans ook op de korte termijn weinig effectief zijn. Defacto (voorheen Stivoro) heeft lesprogramma's ontwikkeld voor de laatste klassen van de basisschool tot en met de hoogste klassen van de middelbare school. Het programma voor de 1e klas van het voortgezet onderwijs bestaat uit een klassikale niet-roken afspraak in combinatie met enkele lessen over roken. Uit een gerandomiseerde studie is gebleken dat dit programma resulteert in een significant uitstellen van beginnen met roken, gemeten over een periode van een jaar (Crone et al., 2001). De effectiviteit van de programma's voor de andere jaren moet nog worden onderzocht.

Een andere manier om de effecten van lesprogramma's te vergroten en te behouden is om lesprogramma's te integreren in een programma dat zich tevens op de omgeving van de leerling richt. In de zogenaamde 'rookvrije school' wordt naast aandacht voor roken in de vorm van lessen ook getracht onderwijzend en niet-onderwijzend personeel te stimuleren met roken te stoppen en het roken terug te dringen met een rookverbod. Er is nog te weinig onderzoek gedaan naar het gecombineerde effect van rookverboden en rookpreventielessen om uitspraken te doen over de effectiviteit ervan.

Een nog recentere benadering is die van de 'gezonde school', waar roken een onderdeel is van een breed programma gericht op bewustwording van gezond gedrag bij leerlingen en leerkrachten en het creëren van een gezonde schoolomgeving. De effectiviteit van dit type programma op rookgedrag van leerlingen is nog niet bekend. Een recente studie toonde wel aan dat anti-roken lessen in combinatie met een massamediale actie gericht op jongeren een wat langer effect heeft (Flynn et al., 1994).

Conclusies en slotbeschouwing

Deze literatuurbespreking suggereert dat van afzonderlijke maatregelen weinig effect mag worden verwacht op het aantal rokende jongeren. De uitzondering hierop is een *prijsverhoging*, die altijd gevolgd wordt door een afname van de consumptie van sigaretten.

Wat betreft massamediale voorlichtingscampagnes geldt dat er alleen effecten optreden bij zeer intensieve en dus dure campagnes, onder voorwaarde dat er tevens een volledig reclameverbod voor tabaksproducten is. Van een reclameverbod in isolatie mag echter geen sterk effect op de jongeren worden verwacht. Verkoopbeperkingen verminderen de beschikbaarheid van sigaretten, maar hebben in isolatie weinig of geen direct effect op

rookgedrag. Het budget dat momenteel jaarlijks aan massamediale voorlichting aan jongeren beschikbaar is bedraagt ongeveer twee miljoen gulden. Dit bedrag zou - analoog aan de campagne in Florida - tenminste vertienvoudigd moeten worden wil het enige kans maken op een merkbaar effect op het aantal rokende jongeren. De voorlichting via scholen is voorsnog nauwelijks effectief gebleken om het roken onder jongeren blijvend te verminderen (zie *deel B, paragraaf 3.3*). Een probleem is dat, om op korte termijn bereikte effecten te behouden, jaarlijkse herhaling van voorlichting nodig is. Een ander probleem is dat lesprogramma's die in een gecontroleerde onderzoekssetting effectief gebleken zijn, in de schoolpraktijk dikwijls praktisch onuitvoerbaar zijn.

De ervaring in andere landen heeft laten zien dat geïsoleerde maatregelen alleen effectief zijn als ze deel uitmaken van een breed pakket van maatregelen (Pierce, 1991; Reid et al., 1995; WHO, 1990). Combinatie van prijsverhoging met een volledig reclameverbod blijkt bijvoorbeeld effectiever te zijn dan elk van beide maatregelen apart zou zijn (Laugesen & Meads, 1991). Verder is het belangrijk dat beleidsmaatregelen (accijnzen, reclamebeperkingen, verkoopbeperkingen, productregulering) geïntegreerd zijn in een bredere campagne van publieksvoorlichting. Informatie en voorlichting vergroten de effectiviteit van regelgeving, terwijl regelgeving de basis legt voor effectieve voorlichtings- en informatiecampagnes.

Het verminderen van het roken onder jongeren blijkt bijzonder moeilijk. Het percentage rokende jongeren kan dan ook waarschijnlijk slechts in beperkte mate door gerichte actie worden teruggebracht, en dan nog slechts door een combinatie van maatregelen. Er mag van maatregelen gericht op jongeren, hoe effectief ook, niet op korte termijn een effect worden verwacht op de rokersprevalentie binnen de Nederlandse bevolking. Het belang van maatregelen om het roken onder adolescenten te verminderen moet vooral gezocht worden in het investeren in een (verre) rookvrije toekomst. Om het acute probleem van het grote aantal rokers in Nederland en de door roken veroorzaakte sterfte aan te pakken, zijn maatregelen en intensieve voorlichting gericht op volwassen rokers nodig. Het is mogelijk gebleken om door middel van een combinatie van regelgeving, intensieve voorlichting en het aanbieden van (gratis) stopondersteuning (onder meer in de vorm van hulpmiddelen) het roken onder volwassenen terug te brengen (Roscam-Abbing, 1998). Dit geldt zeker voor Nederland, waar nog relatief veel mensen roken en nog veel van deze maatregelen onbenut zijn. Er zijn tevens aanwijzingen dat een krachtige op volwassenen gerichte campagne kan resulteren in verminderd roken door jongeren (Reid et al., 1995).

3.2 Alcohol- en drugsverslaving: determinanten en interventies

D van de Mheen

Er worden vele interventies uitgevoerd ten aanzien van gebruik van alcohol en illegale drugs. Schoolgerichte interventies zijn het meest onderzocht. De grootste effecten op middelengebruik wordt bereikt bij interventies die zich niet beperken tot één *middel*, die verder gaan dan alleen het overdragen van kennis, en die gebruikmaken van leeftijdgenoten of 'peers'.

Inleiding

Deze bijdrage heeft betrekking op determinanten en interventies op het gebied van verslaving aan alcohol en (illegale) drugs. Een eerste prangende vraag die deze titel oproept is de vraag naar de definitie van verslaving. Als algemene definitie van verslaving wordt hier gebruikt "Verslaving treedt op als er sprake is van een gewoonte die niet zonder moeite kan worden gestaakt" (Van Ree & Esseveld, 1985). Centraal staat het zogenaamde 'controleverlies' over het eigen gebruik. Kenmerken zijn: een sterk verlangen naar het middel, een gebruik dat overheersend is in het leefpatroon, tolerantie ten aanzien van het middel (steeds meer nodig voor hetzelfde effect) en negatieve onthoudingsverschijnselen. Deze kenmerken spelen ook een belangrijke rol in de medische diagnostiek van "substance dependence" en "substance abuse" volgens de DSM IV classificatie¹. Naast het medisch model waarin de lichamelijke afhankelijkheid centraal staat kan verslaving ook benaderd worden vanuit een psychologisch model, waarin de psychische afhankelijkheid centraal staat, of vanuit een sociologisch model, waarin de interactie tussen verslaafden en hun omgeving centraal staat (relatieproblematiek, marginalisering, repressie, criminaliteit, overlast).

In het geheel van de gezondheidsrelevante aspecten van middelengebruik is de verslavingsproblematiek echter slechts een klein onderdeel; de top van een ijsberg. Verslaving is een leefwijze waarin het middelengebruik dominant is; als zodanig is het een eindstadium in een gebruikscarrière waaraan verschillende stadia voorafgaan. Het eerste stadium is dat van de kennismaking met het middel, gevolgd door zogenaamd experi-

¹ Substance dependence houdt in dat iemand aan drie of meer van de volgende criteria voldoet (in een periode van 12 maanden):

1. Tolerantie (steeds meer nodig voor hetzelfde effect, steeds minder effect bij dezelfde dosis);
2. Ontwenningverschijnselen (karakteristieke verschijnselen afhankelijk van middel, middel wordt genomen om ontwenningverschijnselen tegen te gaan);
3. Het in grotere hoeveelheden en voor langere tijd innemen van het middel dan gepland;
4. Voortdurend verlangen naar het middel of onsuccesvolle pogingen om inname te verminderen of te controleren;
5. Veel tijd besteden aan verkrijgen van het middel, gebruik van het middel of herstel van het effect;
6. Opofferen van belangrijke sociale, beroeps of recreatieve activiteiten aan gebruik van het middel;
7. Voortzetting van gebruik ondanks inzicht in de relatie tussen gebruik en het voorkomen van fysieke en/of psychische problemen.

menteergedrag. Een volgend stadium is recreatief gebruik, gevolgd door geïntegreerd gebruik, met als laatste stadium verslaving. Daarnaast kan ook onderscheid gemaakt worden naar de mate van gebruik (van licht tot excessief gebruik), en het al dan niet problematisch karakter van het gebruik. Deze indelingen komen niet perse overeen, al is er wel sprake van een grote overlap. Zo zal *verslaving* vaak samengaan met excessief en problematisch gebruik, dit is echter niet noodzakelijk.

Determinanten van verslaving

Determinanten van verslaving zijn afhankelijk van het model dat wordt gekozen. Zo zijn biologische factoren zoals genetische kenmerken, stofwisselingsstoornissen of orgaanbeschadigingen belangrijke determinanten in het medisch model, psychologische factoren zoals *leereffecten* of copinggedrag zijn sleuteldeterminanten in het psychologisch model, terwijl omgevingsfactoren zoals beschikbaarheid en legaliteit van het middel, en isolement of vereenzaming van gebruikers, determinanten zijn in een sociologisch model. Eén determinant levert nog geen verslaving. De kans op verslaving of problematisch middelengebruik neemt toe bij een cumulatie van determinanten. Er is echter weinig bekend over het relatieve belang van de verschillende determinanten.

Verslaving of problematisch middelengebruik komt vaak voor in combinatie met (andere) psychische en/of gedragsstoornissen. Het is moeilijk te zeggen of in dat geval sprake is van een determinant (het een is de oorzaak van het ander), of van comorbiditeit.

In het multidisciplinaire model van Zinberg (1984) worden gebruikspatronen verklaard door het samenspel van

- a) Kenmerken van het middel ('*drug*');
- b) Kenmerken van de persoon in kwestie ('*set*');
- c) Kenmerken van de omgeving waarin het gebruik zich ontwikkeld ('*setting*').

In het navolgende wordt het model van Zinberg centraal gesteld.

Ad a. De *drug*

Afhankelijk van het soort middel spelen andere (farmacologische) determinanten een rol. De meest gebruikte indeling is die in psycholeptica of stoffen die remmend werken (bijv. alcohol, benzodiazepines, opiaten), psychoanaleptica of stoffen die stimulerend werken (bijv. nicotine, koffie, antidepressiva, cocaïne, amfetaminen), en psychodysleptica of stoffen die hallucinerend werken (bijv. cannabis en LSD). Daarnaast kunnen, uitgaande van een psychologische benadering, ook andere vormen van verslaving of problematisch gebruik optreden, waarbij het middel niet een farmacologisch werkende stof is, maar een gewoonte of gedraging. Voorbeelden hiervan zijn gokverslaving, eetverslaving en internetverslaving. De vraag is echter of hierbij de term *verslaving* wel de juiste term is en of niet beter van *problematisch gebruik* kan worden gesproken. Determinanten die afhankelijk zijn van het middel zijn bijv. ook de vorm van de dosis-respons relatie (een U-vormig verband bij de relatie tussen alcoholconsumptie en gezondheid), de effecten van combinatiegebruik (bijv. heroïne en cocaïne) en de effecten van een vervangend middel (bijv. methadon).

Ad b. De *set*

De *set* heeft betrekking op het individu. Hierbij gaat het om persoonlijkheidsfactoren, zoals craving (gedrag dat voortkomt uit het ‘verlangen’ naar bijvoorbeeld alcohol of drugs) en copingstijlen, neurobiologische kenmerken en sociaal-demografische achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding, familiegeschiedenis).

Ad c. De *setting*

Als laatste invalshoek speelt de *setting*, oftewel de omgeving, een rol. Determinanten in de omgeving zijn onder meer: het aanbod van het middel (hoeveelheid, verkrijgbaarheid, plaats, prijs), de (il)legaliteit van het middel, het lokale en (inter)nationale beleid ten aanzien van het middel en het aanbod van de hulpverlening.

In deze bijdrage is ten aanzien van de *drug* een beperking gemaakt tot determinanten en interventies op het gebied van alcohol en illegale drugs. Ander psychotrope stoffen, zoals nicotine en medicijnen, en andere *verslavingen*, zoals gokken en internet, zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Interventies

In dit VTV-themaraapport draait het om de vraag “Wat kan er daadwerkelijk gedaan worden om via leefstijlbeïnvloeding de gezondheidstoestand van specifieke groepen te verbeteren”? In deze bijdrage wordt een specifieke doelgroep toegevoegd, die tot nu toe in dit themaraapport nog niet genoemd is, namelijk de *verslaafden*. Welke acties zijn voor deze groep nodig en door wie moeten deze ondernomen worden? Wat zijn de succes- en faalfactoren voor doeltreffendheid binnen deze gedragsgerichte interventies?

Interventies ten aanzien van middelengebruik kunnen betrekking hebben op bevordering van gezond gedrag en op het aanbieden van hulpverlening en zorg bij problemen met middelengebruik. In het kader van het themaraapport beperkt deze bijdrage zich tot interventies met betrekking tot bevordering van gezond gedrag. Hierbij kan in de eerste plaats gedacht worden aan *preventieactiviteiten* ten aanzien van middelengebruik (bijv. voorlichting op scholen, massamediale campagnes en “community interventions”). In de tweede plaats kunnen ook bepaalde *beleidsmaatregelen* gezien worden als interventies op het gebied van bevordering van gezond gedrag. Voorbeelden hiervan zijn de onlangs verschenen *Alcoholnota* (VWS, 2000), het opsporingsbeleid van de politie ten aanzien van handel in illegale drugs, het Europese drugsbeleid, verkoopbeleid, sanctiebeleid ten aanzien van alcoholmisbruik en alcoholgebruik in het verkeer.

De op dit moment meest gebruikt indeling van preventieve activiteiten op het gebied van verslaving is die van het Institute of Medicine uit de Verenigde Staten (Mrazek & Haggerty, 1984; NAMHC, 1998). Er wordt onderscheid gemaakt tussen *universele preventie*, *selectieve preventie*, *geïndiceerde preventie* en *zorggericht preventie*. Ook beleidsmaatregelen kunnen op deze manier worden ingedeeld. In het kort is *universele preventie* gericht op de algemene bevolking of deelpopulaties daaruit die niet gekenmerkt zijn door een risicofactor. *Selectieve preventie* richt zich op individuen of groepen

met een verhoogd risico. *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die (nog) niet voldoen aan de DMS-IV criteria voor verslavingsproblematiek, maar die al wel geregeld middelen gebruiken. *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die al verslaafd zijn. Hieronder vallen onder andere terugvalpreventie, het voorkómen van comorbiditeit, en de vermindering van gevolgen van middelengebruik. Bij dit laatste kan enerzijds gedacht worden aan gezondheidseffecten en effecten op de kwaliteit van leven van het individu, anderzijds aan omgevingseffecten, ook wel *social harm* genoemd, zoals problemen in de thuissituatie (bijv. huiselijk geweld, ontwrichting van het gezin, financiële problemen), problemen op het werk (ongelukken, absentie, werkloosheid, ineffectiviteit), problemen in de vrije tijd (*zinloos geweld* in cafe's) en problemen in het verkeer (ongevallen).

Het onderscheid tussen preventie en behandeling is bij geïndiceerde en zorggerichte preventie niet altijd even duidelijk. Als onderscheid wordt wel gehanteerd dat er sprake is van een preventieve interventie als mensen niet uit zichzelf naar de hulpverlening zijn toegekomen, terwijl dezelfde interventie als behandeling wordt gezien wanneer de cliënt zelf met de hulpvraag is gekomen.

De einddoelstellingen van preventieve activiteiten en beleidsmaatregelen ten aanzien van gebruik van alcohol en illegale drugs kunnen dus verschillend zijn:

- Voorkómen van beginnen met gebruik, vermindering van of stoppen met gebruik;
- Bevordering van matig gebruik en voorkomen van excessief gebruik, problematisch gebruik of verslaving;
- Voorkómen of verminderen van gezondheidsschade dan wel bevordering van de kwaliteit van leven;
- Voorkómen of verminderen van *social harm*.

Het succes van interventies is op het niveau van deze einddoelstellingen soms moeilijk aan te tonen (bijvoorbeeld ten aanzien van het voorkomen van beginnen met gebruik of voorkomen van excessief gebruik). Daarom wordt ook wel teruggegrepen op effectmeting ten aanzien van secundaire of intermediaire doelstellingen. Met betrekking tot het gebruik van alcohol en illegale drugs zijn dit bijvoorbeeld: vermeerdering van kennis over middelen en de risico's die samenhangen met gebruik, attitudevorming en -verandering ten aanzien van middelengebruik, en aanleren en verbeteren van vaardigheden (bijvoorbeeld om sociale druk te weerstaan of om problemen op te lossen).

Preventieactiviteiten worden in de literatuur ingedeeld naar de setting waar de interventie is uitgevoerd en de doelgroepen waarop de interventie gericht (Van Gageldonk & Cuijpers, 1998; NDM, 1999). Setting specifieke activiteiten zijn bijvoorbeeld: preventieactiviteiten op *scholen*, activiteiten gericht op *ouders/gezin*, preventieactiviteiten via de *wijk* (community benadering), activiteiten waarbij gebruik wordt gemaakt van leeftijdgenoten of '*peers*' en preventie op de *werkplek*.

Doelgroepgerichte activiteiten zijn bijvoorbeeld massamediale campagnes, preventieactiviteiten bij zwangere vrouwen, bij patiënten, preventieactiviteiten met betrekking tot

alcoholconsumptie en verkeersdeelname bij overtreders, preventieactiviteiten gericht op kinderen van verslaafde ouders en activiteiten gericht op etnische minderheden. Kijkend naar de indeling van preventie hebben we het hier over zowel universele preventie, als selectieve en geïndiceerde preventie.

In 1998 werd door het Trimbos-instituut een inventarisatie van preventieactiviteiten uitgevoerd bij GGD-en en instellingen voor Verslavingszorg. Hieruit bleek verreweg het grootste deel (circa een derde) van de uitgevoerde preventieactiviteiten (in totaal 400) te bestaan uit schoolgerichte programma's. Hiervan hebben er veel meer betrekking op illegale drugs dan op alcohol. Het belangrijkste programma binnen de schoolgerichte aanpak is het project *De Gezonde School en Genotmiddelen* (zie paragraaf 3.3; tekstbox 3.3.1).

Effectiviteit van interventies

In tabel 3.2.1 wordt de effectiviteit van de hierboven beschreven interventies weergegeven, gebaseerd op buitenlands en Nederlands onderzoek.

Uit buitenlands onderzoek is gebleken dat kennisvermeerdering en attitudeverandering geen sterke relatie vertonen met middelengebruik. Daarom wordt hier, in navolging van Van Gageldonk en Cuijpers (1998), enkel van een effectief programma gesproken wanneer sprake is van verandering in middelengebruik.

Samenvattend kan worden gezegd dat ten aanzien van schoolgerichte preventie de meeste effectonderzoeken zijn gedaan; andere preventieve activiteiten zijn veel minder onderzocht.

Tabel 3.2.1: Effectiviteit van diverse typen interventies op middelengebruik.

Soort interventie	Effecten op middelengebruik
Setting specifiek:	
preventieactiviteiten op scholen	effectiviteit aangetoond
preventieactiviteiten gericht op ouders/gezin	weinig bewijs
preventieactiviteiten via de wijk of community benadering	enig bewijs, wordt onderzocht
preventieactiviteiten waarbij gebruik wordt gemaakt van leeftijdgenoten of 'peers'	enig bewijs
preventie op de werkplek	niet of nauwelijks onderzocht
Doelgroep specifiek:	
massamediale campagnes	geen noemenswaardig effect, alleen in combinatie met andere activiteiten
preventieactiviteiten bij kinderen van verslaafde ouders	weinig bewijs
preventieactiviteiten bij etnische minderheden	enig bewijs
preventieactiviteiten bij zwangere vrouwen	weinig bewijs
preventieactiviteiten bij patiënten (onder andere in huisartspraktijk)	enig bewijs
preventieactiviteiten met betrekking tot alcohol en verkeer: terugvalpreventie overtreders	enig bewijs

De effectiviteit van schoolgerichte interventies is wellicht daardoor ook het meest vaak aangetoond. Uit buitenlands onderzoek komt naar voren dat er voldoende bewijs is voor de lange termijn effectiviteit van preventieactiviteiten op scholen. Uit Nederlands onderzoek is bekend dat een effect op korte termijn (een half jaar tot een jaar) lijkt te bestaan, maar op langere termijn verdwijnt het effect. Lange termijn effecten lijken alleen dan mogelijk wanneer de preventieactiviteiten gedurende meerdere jaren worden uitgevoerd. Schoolgerichte interventies lijken een groot effect te hebben op kennis over middelen maar het uiteindelijke effect op middelengebruik is klein, alhoewel dit toch kan leiden tot enkele procenten reductie in gebruik. Het effect kan vergroot worden als de interventie zich niet beperkt tot één middel, zich niet beperkt tot kennisoverdracht, en gebruik maakt van leeftijdgenoten of “peers”.

Wanneer we doelgroepspecifiek kijken betekent de constatering dat schoolgerichte preventieactiviteiten ten aanzien van middelengebruik in Nederland het meest uitgevoerd zijn, dat jongeren als doelgroep specifieke aandacht krijgen. Voor de andere genoemde doelgroepen in dit themarapport (ouderen, lage SES, allochtonen) zijn nog nauwelijks specifieke interventies voorhanden.

Over de effectiviteit van massamediale campagnes zijn geen harde conclusies te trekken, maar het lijkt erop dat geïsoleerde campagnes nauwelijks verminderende effecten hebben op gebruik. Ze zijn waarschijnlijk wel effectief als ze zijn ingebed in een breed programma van meerdere activiteiten, zoals community-projecten. De zogenaamde “Community Approach” lijkt veelbelovend, maar de effectiviteit hiervan is nog weinig onderzocht. Een haalbaarheidsstudie van een Community Intervention Trial gericht op middelengebruik door jongeren wordt op dit moment in opdracht van ZON uitgevoerd. Het inzetten van leeftijdgenoten of *peers* bij preventieactiviteiten met betrekking tot middelengebruik lijkt effectief, al is het bewijs nog niet erg stevig.

Naast de hierboven beschreven preventieactiviteiten ten aanzien van middelengebruik kunnen we ook kijken naar ‘zorggerichte’ preventieactiviteiten, gericht op *harm reduction* bij excessief of problematische gebruikers (of ‘de verslaafden zelf’). Bewezen effectief zijn bijvoorbeeld de spuitomruilprogramma’s voor opiaatverslaafden (een lage prevalentie van HIV onder druggebruikers in Nederland in vergelijking met de ons omringende landen). Daarnaast is er voorlichting gegeven ter ontmoediging van intraveneus druggebruik, ter bevordering van condoomgebruik onder heroïneprostituees, en zijn bijv. verschillende doses methadon uitgetest. De effectiviteit van deze maatregelen (met uitzondering van de spuitomruilprogramma’s) is echter nooit goed onderzocht. Op dit moment wordt een door ZON gefinancierd onderzoek uitgevoerd naar terugvalpreventie in de intramurale verslavingszorg. Uit monitoronderzoek is gebleken dat het gebruik van opiaten in ieder geval niet toegenomen is, maar of dat veroorzaakt wordt door de hier beschreven interventies is niet te zeggen. Preventieve activiteiten met betrekking tot cocaïne gebruik zijn schaars. Op dit moment loopt er één door ZON gefinancierd project op dit gebied. Het gebruik van cocaïne lijkt toe te nemen.

Tabel 3.2.2: Effectiviteit van beleidsinterventies gericht op omgevingsfactoren van middelengebruik.

Soort beleidsmaatregel	Effecten op middelengebruik
Maatregelen t.a.v. alcoholgebruik:	
verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop alcohol	effect aangetoond
beperking van de verkoopduur	enig bewijs
verhoging van de prijs van alcohol	effect aangetoond
beperking van het aantal verkooppunten	enig bewijs
“servers”interventies	enig bewijs
reclamebeperking	geen bewijs
Maatregelen t.a.v. illegale drugs:	
criteria waaraan coffeeshops moeten voldoen	geen onderzoek
kwaliteitsbewaking van pillen via testen (DIMS)	geen onderzoek
huisvesting dakloze verslaafden	wordt onderzocht
interventies aan de aanbodzijde drugsmarkt	wordt onderzocht
openstellen van gebruiksruimten	wordt onderzocht
ontwikkelen “kwaliteitscriteria” voor dealpanden	geen onderzoek

De preventieactiviteiten zoals hierboven beschreven gaan in op individuele determinanten van middelengebruik. Daarmee worden echter de omgevingsfactoren buiten beschouwing gelaten. Aangezien middelengebruik een maatschappelijk verschijnsel is, kunnen ook omgevingsgerichte interventies bijdragen aan een vermindering van gebruik of een beperking van de nadelige gevolgen van gebruik. In tabel 3.2.2 worden enkele voorbeelden genoemd van beleidsmaatregelen die tot doel hebben de verschillende omgevingsfactoren als determinant van middelengebruik te beïnvloeden. Deze maatregelen zijn voor alcohol per definitie anders dan voor illegale drugs, gezien het illegale karakter van drugs. Met betrekking tot alcohol worden in de literatuur overzichten gegeven van (al dan niet effectieve) beleidsmaatregelen (Garretsen, 1983; Bongers, 1998). Er kan met betrekking tot illegale drugs geen overzicht gegeven worden van geaccepteerde en onderzochte beleidsmaatregelen. Hieronder worden slechts voorbeelden genoemd.

Uit de literatuur naar de effectiviteit van interventies ten aanzien van het gebruik van alcohol en drugs is het niet mogelijk zonder meer succes- en faalfactoren te destilleren. In het onderstaande kader worden de door het NIDA (Verenigde Staten) opgestelde richtlijnen voor effectieve interventie kort weergegeven (zie *tekstbox 3.2.1*; naar Bolier & Cuijpers, 2001). Empirisch bewijsmateriaal voor deze richtlijnen is echter niet altijd te vinden, ze zijn dus te beschouwen als indicaties voor de effectiviteit.

Hieronder volgen twee projectbeschrijvingen van Nederlandse interventies ten aanzien van gebruik van alcohol en illegale drugs. Het project *Uitgaan en drugs* is een voorbeeld van een gecombineerde universele en selectieve preventieve activiteit. Het project *Verantwoord Schoon* is een voorbeeld van zorggerichte preventie: een pakket van (beleids)maatregelen ter vermindering van de nadelige gevolgen van druggebruik voor zowel de gebruiker als de omgeving.

Tekstbox 3.2.1: Richtlijnen voor effectieve verslavingspreventie (naar NIDA, 1997)

Programma's gericht op verslavingspreventie die-
nen:

- gericht te zijn op het bevorderen van protectieve factoren en het verminderen van bekende risicofactoren;
- gericht te zijn op alle vormen van middelengebruik, inclusief tabak, alcohol en cannabis;
- een breed pakket te omvatten: training in vaardigheden om het aanbod van middelengebruik te weerstaan, versterking van persoonlijke 'commitments' tegen middelengebruik, versterking van sociale competentie (communicatieve vaardigheden, relaties met leeftijdsgenoten, 'self-efficacy' en assertiviteit), bevordering van attitudes tegen middelengebruik;
- bij adolescenten interactieve methoden te gebruiken, zoals discussiegroepen van leeftijdsgenoten ('peers');
- bij kinderen en adolescenten een component gericht op ouders en opvoeders te bevatten;
- bij gezinsgerichte preventie gericht te zijn op het gezin en niet alleen op kinderen of alleen op ouders;
- langdurig te zijn en de gehele schoolperiode te omvatten met herhalingen van eerdere preventieprogramma's;
- afgestemd te zijn op de leeftijd, op de ontwikkelingsfase waarin kinderen en jongeren zich bevinden en op culturele achtergrond;
- afgestemd te worden op de situatie in de lokale 'community';
- intensiever te zijn naarmate het risico dat een bepaalde doelgroep loopt hoger is. Hoe hoger het risico hoe vroeger er in het leven mee begonnen dient te worden;
- in geval van community programma's tegelijkertijd met massamediale en beleidsgerichte componenten (regelgeving) ook schoolgerichte en gezinsgerichte interventies uit te voeren;
- in geval van community programma's normen tegen middelengebruik te versterken in het gezin, op school en in de 'community';
- bij scholen de gelegenheid te krijgen om alle kinderen en jongeren te bereiken, waaronder groepen die een verhoogd risico op middelengebruik hebben, zoals kinderen met gedragsproblemen, leerproblemen en potentiële drop-outs.

Project Uitgaan en Drugs

Het landelijk project *Uitgaan en Drugs* is bestemd voor jongeren tot 24 jaar en gericht op de drie belangrijkste leefgebieden van jongeren: vrije tijd, school en thuis. Het beoogt een samenhangende preventie-aanpak van recreatief druggebruik en wordt sinds 1998 uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut met medewerking van veel instellingen voor verslavingszorg, GGD-en en horeca. Prioriteiten zijn cannabisgebruik en alcohol. Het project omvat veelal reeds bestaande interventies, die nu in één kader worden geplaatst. Dit zijn onder andere (NDM, 1999):

- Cursus Preventie voor personeel van coffeeshops;
- Voorlichtingsmateriaal voor coffeeshops en monitoring van de kwaliteit van de preventie aldaar;
- Cursus preventie voor het jongerenwerk en steun bij het ontwerpen van een preventiebeleid voor deze sector;
- Preventiemethodieken voor onderscheiden groepen allochtone jongeren;
- Materialen voor regionale campagnes;
- Inpassen van preventielessen in het schoolcurriculum;
- Systeem van vroegsignalering van problematisch gebruik op scholen;
- En schoolreglement voor hoe te handelen bij druggebruik op en rond school;
- Ouderparticipatie in preventiebeleid op scholen;
- Introductie van het fenomeen "vertrouwensleerling";
- Preventiebeleid voor deelnemers spijbelprojecten;

- Cursus praten over drugs voor ouders;
- Opvoedingsondersteuning voor allochtone ouders;
- Preventiebeleid voor residentiële instellingen voor jeugdhulpverlening;
- Massamediale campagnes;
- Informatievoorziening via de Drugs Informatielijn (06-nummer);
- Informatievoorziening via Internet.

Van de meeste van deze interventies moet de effectiviteit nog worden aangetoond. Omdat de participanten in het veld de projectnaam *Uitgaan en drugs* de lading niet helemaal vonden dekken (er zijn immers ook schoolgerichte activiteiten alsmede opvoedingsondersteuning), is de naam veranderd in *Drugs Voorlichting en Preventie*.

Project Verantwoord Schoon

Verantwoord Schoon is een traject in Rotterdam (onder verantwoordelijkheid van de GGD Rotterdam e.o.) waarlangs per stadsdeel een consistent beleid richting druggebruikers, druggebruik en drugshandel wordt geformuleerd en uitgevoerd. Het doel is enerzijds de leef- en gezondheidssituatie van dak- en thuisloze druggebruikers te verbeteren en anderzijds de ervaren drugsoverlast voor burgers te verminderen en hun acceptatie van drugsverslaafden te verhogen. Het traject bestaat uit drie onderdelen, te weten: huisvesting van dak- en thuisloze drugsgebruikers, organisatie van gebruiksruidten en interventies aan de aanbodzijde van de drugsmarkt. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan het draagvlak onder de bevolking voor de implementatie van deze onderdelen. Het evaluatieonderzoek van *Verantwoord Schoon* wordt uitgevoerd door bureau Intraval en het IVO. Dit onderzoek evalueert in hoeverre de maatregelen effect hebben op de situatie van dak- en thuisloze druggebruikers en op de ervaren drugsoverlast van burgers (effectevaluatie). Daarnaast wordt onderzocht hoe de implementatie van *Verantwoord Schoon* verloopt en/of welke knelpunten er zijn (procesevaluatie). De effectevaluatie bestaat uit interviews met dak- en thuisloze drugsgebruikers. Daarnaast worden er telefonische enquêtes afgenomen bij buurtbewoners. De procesevaluatie bestaat uit open interviews met sleutelinformanten, deelname aan bijeenkomsten en overlegsituaties en gesprekken met de projectvoorbereider van *Verantwoord Schoon*.

Conclusie ten aanzien van interventies op alcohol- en drugsverslaving

Er worden vele interventies ten aanzien van gebruik van alcohol en illegale drugs uitgevoerd, zowel in Nederland als in het buitenland. Deze interventies zijn onder te verdelen in preventieve activiteiten en beleidsmaatregelen. Voor een “evidence based” interventiebeleid ontbreekt echter op veel fronten overtuigend bewijs. Samenwerking tussen onderzoekers en het praktijkveld is nodig om een goed overzicht van succes- en faalfactoren op te stellen en de effectiviteit van interventies in kaart te brengen.

3.3 Voeren scholen een gezondheidsbeleid?

Th Paulussen

Scholen hebben het druk genoeg. Richt je daarom vanuit de gezondheidssector vooral op de implementatie van doelmatige gezondheidsprogramma's en een beperkt aantal gezondheidsthema's.

Sinds het begrip schoolgezondheidsbeleid midden jaren tachtig in Nederland zijn intrede deed heeft het onmiskenbaar furore gemaakt binnen de preventieve gezondheidszorg. Maar vraag op scholen of ze ooit van schoolgezondheidsbeleid hebben gehoord en het antwoord luidt veelal “nee”! Scholen voeren immers een onderwijsbeleid en geen gezondheidsbeleid.

Dit schetst in een notendop de impasse waarin de invoering van schoolgezondheidsbeleid in Nederland verkeert. De gezondheidszorg heeft kennelijk iets in de aanbieding voor een belangrijk geachte afnemer, het onderwijs, die echter of het bestaan ervan niet kent of zich afvraagt waarom ze er iets mee zouden moeten. Het heeft er alle schijn van dat er iets schort aan de communicatie tussen beide partijen en/of dat de gezondheidszorg en het onderwijs verschillen in hun oriëntatie op wat scholen zouden kunnen/moeten bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid van jongeren in Nederland. Onderstaand volgt een kort overzicht van wat de gezondheidszorg zoal voor het onderwijs in de aanbieding heeft en op welke punten dit aanbod mogelijk wel en niet aansluit op de taken en behoeften van scholen.

Hoe kijkt de gezondheidssector naar het onderwijs en omgekeerd?

De school wordt gezien als belangrijke setting voor preventieactiviteiten voor jongeren. Het professioneel kader binnen een school beschikt immers al over een belangrijk kennis- en vaardigheidspotentieel voor uitvoering van de beoogde preventieactiviteiten. Bovendien is de school bij uitstek een vindplaats van jongeren. Nagenoeg alle jongeren in Nederland brengen een groot deel van hun actieve uren door op school. Vele categorale gezondheidszorginstellingen staan dan ook te rammelen aan de poorten van de school. En zij niet alleen, want even zovele andere educaties, zoals vredeseducatie, natuur- en milieueducatie, emancipatie, de veilige school e.d., worden geleid door de gedachte ‘jong geleerd is oud gedaan’.

Tegen deze niet aflatende druk van buiten verweren de scholen zich onder andere door te stellen dat zij er niet zijn om alle problemen in onze samenleving op te lossen, en dat ook nooit zullen kunnen waarmaken. Naast de zorg voor de persoonlijke en maatschappelijke ontwikkeling van leerlingen, moeten scholen namelijk ook kwaliteit leveren waar het gaat om de voorbereiding van leerlingen op vervolgopleidingen en/of de arbeidsmarkt. Tel daarbij de stapeling van grootschalige innovaties die de afgelopen jaren onderwijsbeleid zelf voortbracht, zoals de invoering van de basisvorming, het ‘studiehuis’, de vorming van brede scholengemeenschappen, dan mag duidelijk zijn dat

scholen met recht eisen dat de gezondheidszorg een aanbod doet dat bijdraagt aan een doelmatige realisering van de aan het onderwijs opgedragen taken. Dat die eisen niet altijd worden gehonoreerd mag blijken uit het gegeven dat er voor de Nederlandse situatie nauwelijks kan worden teruggegrepen op systematisch onderzoek naar de condities voor doelmatigheid van het aanbod van de gezondheidszorg (Paulussen et al., 1998; Hegger & Ossebaard, 2000). En waar dat wel kan (Paulussen, 1994; Jonkers, 1999; Pijpers, 1999) bevestigen de resultaten dat vele initiatieven vanuit de gezondheidssector op scholen maar moeizaam tot wasdom komen. Voldoende reden om de relatie tussen de gezondheidszorg en het onderwijs eens te verbeteren.

Wat heeft de gezondheidssector het onderwijs te bieden?

Schoolgezondheidsbeleid

De verschuiving van besmettelijke- en gebreksziekten naar welvaartziekten als prioritaire gezondheidsproblemen, heeft de aandacht voor gezondheid op scholen vanaf de jaren '80 in de vorige eeuw doen veranderen van een medische oriëntatie op ziektebestrijding naar een sociaal-wetenschappelijke oriëntatie op gedragsgerichte gezondheidsbevordering. GVO deed zijn intrede en richtte zich hoofdzakelijk op klassikaal onderwijs over gezondheidsgerelateerd gedrag (voeding, roken, anticonceptie e.d.). In het kielzog van het zich ontwikkelende denken over gezondheidsbevordering groeide vervolgens het besef dat lesgeven over gezondheid in een verder gezondheidsvijandige omgeving onvoldoende is, en werd het begrip 'schoolgezondheidsbeleid' geboren. Volgens dit concept dienen in samenhang binnen drie zogenaamde 'pijlers' activiteiten ontplooid te worden (vgl. Paulussen et al., 1998):

1. Gezondheidseducatie: klassikaal onderwijs gericht op kennis, houding en vaardigheden;
2. Individuele zorg: vroegsignalering en begeleiding bij manifeste gezondheidsproblemen;
3. Zorg voor de omgeving: zowel binnen (een veilig en gezond leer- en werkklimaat) als buiten de school (betrokkenheid ouders, buurt en andere organisaties).

Effectiviteit

Uit recente systematische literatuurreviews blijkt dat het brede concept schoolgezondheidsbeleid in het empirisch onderzoek nog nauwelijks een gezicht heeft (Lynagh et al., 1997; Lister-sharp et al., 1999). Bij de meta-analyse door Lister-sharp et al. (1999) konden ook na versoepeling van de criteria slechts 12 studies worden geïnccludeerd. Op basis van deze studies concludeerden de auteurs dat de brede opzet van een schoolgezondheidsbeleid in potentie een positieve impact kan hebben op:

- De sociale en fysieke leefomgeving;
- De samenwerking met ouders en relevante lokale organisaties;
- Het curriculum en de kennis van leerlingen.

En waar goed geïmplementeerd zijn soms positieve veranderingen gevonden op gezondheidsgedrag (zoals agressie, voeding), self-esteem, en enkele fysiologische gezondheidsindicatoren. Vanwege de relatief geringe kosten van dergelijke interventies

en de potentiële bijdrage aan de gezondheid van leerlingen, pleitten de auteurs voor verdergaande experimenten met het concept schoolgezondheidsbeleid.

Dezelfde auteurs rapporteren ook over hun review van in totaal 32 oorspronkelijke reviews naar de effectiviteit van deelaspecten van schoolgezondheidsbeleid. Deze bestreken de thema's: alcohol- en druggebruik, roken, voeding, bewegen, seksuele vorming, seksueel misbruik, ongevallen preventie, geestelijke gezondheid (waaronder suicidepreventie), mondgezondheid, en preventie van huidkanker. In veel gevallen gaat het dan om curriculuminterventies (gezondheidseducatie). Uit deze review van reviews blijkt dat veelal positieve effecten gevonden worden daar waar de interventie zich richtte op kennis, intenties tot middelen gebruik, weerbaarheidsvaardigheden, en veiligheidsgedrag (zoals het dragen van fietshelmen en autogordels). Doorgaans worden geen effecten gevonden op het alcohol- en druggebruik zelf, onveilig vrijen, op lange termijn niet-beginnen met roken, vermindering van overgewicht, self-esteem, en attitudes ten aanzien van middelengebruik. Hierbij moet uitdrukkelijk worden aangetekend dat er binnen elk van de gereviewde thema's altijd wel één of meerdere effectieve voorbeeldprogramma's gevonden werden. Zowaar geen geringe basis waaruit geput kan worden voor het ontwerpen van met name curriculuminnovaties in Nederland.

Effectcondities

Ook St. Leger & Nutbeam (1999) pleiten in hun overzichtsstudie voor verdere experimenten met schoolgezondheidsbeleid, eveneens vanwege de gunstige kosten-effectiviteitsratio. Als aanvulling op de genoemde pijlers van schoolgezondheidsbeleid, concluderen de auteurs dat gezonde keuzes van leerlingen worden bevorderd indien:

- De interventies zich uitdrukkelijk richten op cognitieve en sociale leeruitkomsten;
- Er een open relatie bestaat tussen de school en de lokale omgeving;
- Interventies voldoende intensiteit hebben (onder andere spreiding over meerdere leerjaren);
- Er een gerichte aanbod aanwezig is van docententraining en noodzakelijke middelen.

Daar waar zij waarschuwen om scholen vooral niet te overvragen, temeer daar gezondheidsgedrag in belangrijke mate wordt bepaald door factoren die buiten de directe invloedssfeer van de school liggen, zal het Nederlandse onderwijs zich gesteund weten. Dat geldt ook voor de aanbeveling om toch vooral interventies te ontwikkelen die focussen op cognitieve en sociale leerdoelen die een duidelijke relatie hebben met de cognities en vaardigheden waar de scholen zich vanuit hun primaire taken op richten, en niet persé op gedragsverandering.

Op basis een serie reviews naar de preventie van hart- en vaatziekten trokken Paulussen et al. (1997) onder andere de volgende conclusies aangaande de effectcondities in het ontwerp van onderwijsleerprocessen:

- Baseer leerdoelen op (veranderbare) determinanten van een welomschreven criteriumgedrag;
- Expliciteer persoonlijke streefdoelen gegeven het aanvangsniveau;

- Bevorder ‘wederzijds leren’ waarbij leerlingen afwisselend feedback geven en ontvangen;
- Corrigeer mogelijke mispercepties van sociale normen;
- Oefen vaardigheden en bied feedback op toepassing daarvan.

Het groeiende inzicht in de effectiviteit en effectcondities van gezondheidsbevordering op scholen stoelt overigens vooral op buitenlands onderzoek. Het schaarse onderzoek in

Tekstbox 3.3.1: De gezonde school en genotmiddelen

Achtergrond en opzet

In 1990 is op het Trimbos-instituut het project *De gezonde school en genotmiddelen* van start gegaan. Het doel van het project, dat tenminste loopt tot en met 2002, is het ontwikkelen en invoeren van een schoolgezondheidsbeleid voor tabak, alcohol, cannabis en andere drugs in het voortgezet onderwijs en is gericht op het terugdringen van riskant experimenteer-gedrag door jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Zo wordt er naar gestreefd blijvend onverantwoord gebruik te vermijden.

Het preventieprogramma omvat onder andere *lessenseries* om leerlingen te informeren over genotmiddelen-gebruik en hen vaardigheden bij te brengen om druk van leeftijdsgenoten om genotmiddelen te gebruiken te weerstaan; *signalering en begeleiding* van leerlingen bij problematisch gebruik; *ouderparticipatie* en *reglementering* van het gebruik op school. Met name het integrale karakter van het interventie-pakket vormt een belangrijke meerwaarde ten opzichte van interventies gericht op gedragsverandering bij jongeren zoals deze tot nu toe zijn uitgevoerd.

Het project wordt begeleid door evaluatie-onderzoek (kwantitatief effectonderzoek onder leerlingen en kwalitatieve procesevaluatie onder onderwijzend en ondersteunend personeel) (De Weerd & Jonkers 1996; Cuijpers et al., 2002). Het onderzoek onder leerlingen is met name gericht op het vaststellen van effecten op gedrag, de houding ten aanzien van genotmiddelen-gebruik en de mate waarin leerlingen in staat zijn om met druk van vrienden om te gaan. De procesevaluatie is met name gericht op het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren bij het invoeringsproces van het schoolgezondheidsbeleid. Op basis van de procesevaluatie uit de eerste fase (1991-1994) is het interventie-pakket bijgesteld om de integrale benadering beter te waarborgen. Per school zijn stuurgroepen ingesteld (waarin naast personeelsleden van de

school ook ouders en consulenten vanuit de regionale GGD/CAD waren vertegenwoordigd) om het invoeringsproces te begeleiden. In 1995 is de ‘tweede fase’ van het onderzoek van start gegaan, dat doorloopt tot 2002.

Resultaten en conclusies

De resultaten over de periode 1995-1998 zijn positief te noemen (Jonkers et al., 1999):

- het percentage rokers is in de experimentele groep minder sterk gestegen (van 5,5 naar 31,1%) dan in de controle groep (van 5,9 naar 33,6%); alleen in het eerste jaar bleek er een significant effect van het project.
- leerlingen uit de experimentele groep hebben significant meer kennis over roken dan leerlingen uit de controlegroep;
- het percentage alcoholgebruikende leerlingen is in de experimentele groep minder gestegen (van 26,9 naar 73,8%) dan in de controlegroep (van 31,8 naar 80,5%). Ook zijn gunstige effecten te zien op zowel de frequentie als de omvang van alcoholgebruik;
- bij leerlingen in de experimentele groep is de mate waarin men denkt goed met druk van vrienden om te kunnen gaan, toegenomen;
- Het percentage in de experimentele groep dat wel eens een stickie gebruikt, steeg van 2,5% na één jaar naar 16,5% bij de eindmeting. In de controlegroep was deze stijging (niet significant) sterker (resp. 2,4 en 18,5%).

Er bleek een duidelijke relatie tussen de mate waarin verschillende onderdelen in het project continuïteit krijgen en het beklijven van de effecten. Aanvankelijk gerealiseerde effecten verdwijnen weer als het onderwerp geen expliciete aandacht krijgt in de lessenseries. Een belangrijke stimulus tot continuïteit is concrete feedback over de resultaten van het project op school. Het ontwikkelen van een (eenvoudig) monitoringinstrument op schoolniveau om effecten te meten wordt aanbevolen (Jonkers et al., 1999).

ons land stemt niet optimistisch over de mate waarin deze kennis ingang vindt in het Nederlands onderwijs. Schaalma (1995) liet weliswaar zien dat met in acht neming van de genoemde effectcondities voor het ontwerp van curriculuminnovaties, ook het Nederlands onderwijs effectief kan bijdragen aan de bevordering van veilig vrijen onder-tieners. Echter, de ervaringen met het invoeren van het brede concept schoolgezondheidsbeleid zijn teleurstellend. Zo vond Pijpers (1999) in het basisonderwijs dat een dergelijk beleid op schoolniveau nog wel kan worden aangetroffen, maar dat de daadwerkelijke implementatie ervan vaak te wensen overlaat. Het onderzoek naar *De Gezonde School en Genotmiddelen* (zie *tekstbox 3.3.1*) toont dat dat in het voortgezet onderwijs niet veel anders ligt. Bijzonder lastig bleek het invoeren van veranderingen in het leef- en werkklimaat op school. Hoewel de materialen voor het klassikaal onderwijs doorgaans wel ingang vonden, bleken overall de leereffecten bij leerlingen tegen te vallen (Jonkers et al., 1999). De intensiteit van dit klassikaal onderwijs is kennelijk onvoldoende gebleken om de gebrekkige implementatie van de andere pijlers van het beleid te compenseren.

Aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering op scholen

Voor het onderwijs gelden diverse wetten en regels die verwijzen naar (aspecten van) bevordering van de gezondheid van leerlingen. Daarnaast zijn er beleidsplannen en -voornemens die aansluitingsmogelijkheden bieden voor initiatieven vanuit de gezondheidszorg. Ook beschikken scholen over de zogenaamde ‘vrije ruimte’ die naar eigen inzicht en behoefte kan worden ingevuld.

Eerst en vooral zijn er de *kerndoelen* en *eindtermen* waarmee van overheidswege wordt bepaald welke onderwijsinhouden in de vakken aan de orde komen. Gegeven de grondwettelijk verankerde vrijheid van onderwijs is het echter aan de scholen zelf hoe zij daar onderwijs van maken. De kerndoelen/eindtermen zijn bij uitstek het instrument om de aandacht voor een onderwerp in een vak op langere termijn veilig te stellen. De educatieve uitgeverijen gebruiken deze als vertrekpunt voor de ontwikkeling van lesmethoden (leerboeken). En in de praktijk leunt een docent doorgaans sterk op wat de methode aanreikt en blijft daaraan vaak meerdere jaren trouw. Voor bepaalde vakken zijn ook gezondheidsthema’s genoemd (zie *tabel 3.3.1*). Hierbij dient weliswaar opgemerkt te worden dat de persoonlijke ontwikkeling van gezond en redzaam gedrag vooral aandacht heeft in het basisonderwijs en de basisvorming. In het vmbo en havo/vwo worden genoemde onderwerpen merendeels toegespitst op de beroepsvoorbereiding.

Het onderwijsbeleid kent nog andere aanknopingspunten, waarvan er hier kort enkele worden genoemd. Zo is recentelijk de zogenaamde *pedagogische opdracht* geformuleerd in de toelichting op de wet- en regelgeving van het voortgezet onderwijs. Volgens deze opdracht dienen scholen zich te richten op ‘het centraal stellen van een actieve, zo zelfstandig mogelijk lerende leerling’, ‘recht doen aan en benutten van verschillen tussen leerlingen’, en ‘elke leerling een brede persoonlijke en maatschappelijk vorming bieden’. Onder de noemer *zorgverbreding* wordt beleid gevoerd dat de toestroom van leerlingen met leer-, opvoedings- en/of gedragsproblemen naar het speciaal onderwijs

Tabel 3.3.1: Verdeling van gezondheidsthema's over de kerndoelen/eindtermen van de verplichte vakken voor basisonderwijs en voortgezet onderwijs (naar Houterman & Van de Vorle, 1999).

Vakken	Gezondheidsthema's						
	hygiëne/ tandzorg	voeding	seksualiteit	bewegen	genot- middelen	veiligheid	verkeer
Basisonderwijs							
gezond + redzaam gedrag	X	X	X	X ^b	X	X	X
Basisvorming							
verzorging	X	X	X	X ^b	X	X	X
biologie		X	X	X ^b			
lichamelijke opvoeding			X ^a			X	
aardrijkskunde							X
Vmbo							
verzorging	X	X		X ^b	X	X ^c	
biologie		X	X	X ^b	X	X ^c	
uiterlijke verzorging	X					X ^c	
lichamelijke opvoeding			X ^a			X ^c	
landbouw		X					
consumptief		X					
transport en logistiek							X
Havo/vwo							
biologie		X	X		X	X	
maatschappijleer							
lichamelijke opvoeding				X		X	

a) Binnen lichamelijke opvoeding gaat het vooral om preventie van seksueel geweld.
b) Vooral accenten op ergonomie, houding, evenwichtige tijdsbesteding en rust.
c) Veiligheid heeft binnen het vmbo de aandacht binnen een groot aantal andere vakken, maar is haast uitsluitend gericht op veiligheid(smaatregelen) binnen toekomstige beroepssituaties.

moet terugdringen. Dergelijke kinderen plaatsen scholen niet alleen voor didactische problemen, maar vaak ook voor sociale en medische problemen. Van leerkrachten wordt verwacht dat zij daarvoor aandacht hebben, in samenwerking met anderen binnen en buiten de school. Bevordering van samenwerking tussen verschillende professionals die met jongeren contact hebben, geldt ook voor initiatieven in het kader van het lokaal jeugdbeleid, lokaal onderwijsbeleid en lokaal gezondheidsbeleid. Dit vloeit mede voort uit parallelle ontwikkelingen binnen de sectoren onderwijs, gezondheid en welzijn, waarbij de gemeenten een steeds belangrijker sturende rol krijgen. Ook initiatieven in het kader van *De brede school* zijn kenmerkend voor een ontwikkeling waarbij de muren van de school transparanter worden voor de omgeving. Ook de Arboret biedt aanknopingspunten, met name voor de preventie van fysieke onveiligheid (gebruik van apparatuur), sociale onveiligheid (met name seksuele intimidatie/geweld), een ongezonde omgeving (ventilatie, daglicht e.d.) en ziekteverzuim.

Tenslotte, maar niet minder belangrijk, is aan scholen de zogenaamde *vrije ruimte* geboden om onderwijstijd te reserveren voor onderwerpen die niet landelijk verplicht zijn

gesteld. Deze vrije ruimte is bij uitstek het speelveld van vrije marktwerking. Het is aan de school om die vrije ruimte naar eigen inzichten en behoeften te benutten. De ervaring leert dat scholen deze ook invullen met thema's die de gezondheid van hun leerlingen betreffen, en daarbij kan voor organisaties als de GGD of het RIAGG een belangrijke rol zijn weggelegd.

Binnen het landelijke onderwijsbeleid bestaat een tamelijk brede legitimatie voor bevordering van de gezondheid van leerlingen. Echter, een separaat schoolgezondheidsbeleid zal in strikte zin op de meeste scholen niet aanwijsbaar zijn. Zij voeren immers primair een onderwijsbeleid, waarin weliswaar aspecten van gezondheidsbevordering van leerlingen zijn verweven. Blijft staan dat het onderwijsbeleid op onderdelen voorbij gaat aan de wensen van de preventieve gezondheidszorg. De geldende onderwijsdoelen hebben doorgaans een algemeen vormend karakter, terwijl de preventieve gezondheidszorg veelal gedragsverandering voorop stelt. En daar waar in de vakken aandacht is voor bepaalde gezondheidsthema's is dat niet altijd gericht op de persoonlijke ontwikkeling van leerlingen en/of schiet de toebedeelde onderwijstijd tekort (waaronder spreiding over leerjaren). Voor het overige ontbreekt het aan gegevens over de mate waarin andere condities voor effectiviteit ingang vinden in de dagelijkse onderwijspraktijk in Nederland. Genoemde knelpunten voor honorering van het wenselijkste van de preventieve gezondheidszorg in het landelijk onderwijsbeleid hoeven weliswaar minder pregnant door te werken op het lokale niveau. Op basis van eigen behoeften of ervaren problemen kan een individuele school namelijk zelf keuzes maken. Zo kiezen individuele scholen wel voor gedragsdoelen als het bijvoorbeeld gaat om het terugdringen van pestgedrag of de handel in drugs op het schoolplein, en maken daarvoor extra tijd en middelen vrij. Echter, om te voorkomen dat gezondheidsbevordering van leerlingen afhankelijk blijft van een stapeling van ééndagsvliegen en min of meer toevallige keuzen van individuele onderwijsgeveden is een stevigere kwaliteitsbewaking en landelijke aansturing daarvan noodzakelijk.

Verbetering vraagt om meer sturing dan partijen tot dusver in staat bleken

In de kern lijkt het afstemmingsprobleem tussen de gezondheidszorg en het onderwijs terug te voeren op een verschil in perspectief op enerzijds de effectiviteit en anderzijds de implementeerbaarheid van gezondheidsbevordering. Zo gaat de heersende medisch-epidemiologische gedachte over preventie en 'evidence based medicine' uit naar tenminste aantoonbare gedragsverandering. Dat is echter moeilijk inpasbaar, zometer principiële onverenigbaar, met de algemeen vormende doelen waarop het landelijk onderwijsbeleid stoelt. Daarnaast leert het groeiende inzicht in de condities voor effectieve gedragsverandering dat scholen mogelijk nog wel de implementatiecapaciteit hebben voor enkele categorale preventieprogramma's, maar niet voor de vele die de gezondheidszorg voor het onderwijs in petto heeft. Dit besef biedt de voornamelijk categoriaal georganiseerde instellingen in de gezondheidszorg weinig prikkels tot samenwerking. Het leidt vaker tot een concurrentieslag om het veiligstellen van het gezondheidsthema waaraan ieder zijn eigen bestaansrecht ontleent. Met als gevolg een niet

aflatende stroom tamelijk onsamenhangende investeringen in steeds weer nieuwe producten voor het onderwijs, waarvan slechts een enkele de praktijktoets op scholen doorstaat. Ook ontbeert het onderwijsveld een herkenbaar aanspreekpunt, waardoor een betere afstemming tussen vraag en aanbod tot stand kan komen. Dus daar waar het onderwijs beleid voert dat raakt aan de gezondheid van leerlingen wordt ze welhaast door de situatie gedwongen om op eigen kompas te varen, denk onder andere aan de totstandkoming van kerndoelen en eindtermen. Maar wie binnen de gezondheidszorg staat voldoende boven de partijen om namens de gezondheidszorg daarover zaken te doen met het onderwijsveld?

Hoewel er op lokaal niveau weliswaar vruchtbare uitwisselingrelaties bestaan tussen scholen en gezondheidszorginstellingen, vraagt een efficiënte inzet van met name de landelijk beschikbare investeringsgelden en implementatiecapaciteit om meer sturing dan waartoe partijen tot nu toe in staat bleken. Die sturing zou erop gericht moeten zijn om de beschikbare middelen hoofdzakelijk aan te wenden voor de ontwikkeling en implementatie van doelmatige voorbeeldprogramma's op een beperkt aantal gezondheidsthema's.

Wat is nodig?

(Binnen) de gezondheidszorg en met het onderwijsveld moet overeenstemming bereikt worden over:

1. De criteria op basis waarvan bepaalde gezondheidsthema's wel en andere niet worden opgenomen in het nationale curriculum (kerndoelen en eindtermen), en welke leerdoelen (andere dan gedragsdoelen) binnen deze kernthema's prioriteit hebben;
2. De kwaliteitseisen voor landelijk ontwikkelde voorbeeldprogramma's voor deze kernthema's die tegemoet komen aan zowel behoefte en mogelijkheden van scholen als aan condities voor effectiviteit (w.o. kenmerken van effectieve instructie en spreiding van onderwijstijd over leerjaren);
3. De ontwikkeling en uitvoering van een onderzoeksprogramma voor nadere onderbouwing en monitoring van het landelijk gevoerde beleid (w.o. monitoring van invoeringsprocessen en effecten van innovaties);
4. Het instellen en onderhouden van een landelijk kennis- en adviescentrum dat namens de gezondheidszorg en het onderwijsveld adviseert ten behoeve van uitvoerenden en beleidsmakers op het gebied van gezondheidsbevordering in het onderwijs;
5. De afstemming van taken van landelijke en regionale instellingen binnen de gezondheidszorg en het onderwijs ten behoeve van de ondersteuning van scholen op het gebied van gezondheidsbevordering (w.o. scholing van docenten).

3.4 Bevordering van gezond gedrag op de werkplek²

L Vaandrager, CM Evans

De leefstijl heeft een niet te verwaarlozen invloed op de gezondheid en prestaties op het werk. Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is beleid dat zorgt voor gezonde werknemers in een gezonde werkomgeving. Diverse overzichtsstudies hebben inmiddels het effect van GBW aangetoond. Vooral een meersporenbeleid, een systematische aanpak, ondersteuning van het management en betrokkenheid van werknemers zijn belangrijke voorwaarden voor een doeltreffend GBW-beleid.

Inleiding

Via de werkplek is een groot deel van de volwassen populatie eenvoudig te bereiken. In Nederland brengen naar schatting 6 tot 7 miljoen mensen ruim 60% van hun werktijd op de werkplek door. Andere redenen waarom de werkplek een belangrijke setting voor gezondheidsbevordering is, zijn de relatieve stabiliteit van de werkende populatie, de aanwezigheid van een sociaal netwerk en van sociale steun, alsook de mogelijkheid interventies min of meer gelijktijdig aan te bieden op het niveau van het individu, de omgeving en de organisatie (Green & Kreuter, 1999; Scholten, 1997; Deijl et al., 2001). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat goed onderbouwde gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) voordelen oplevert voor werkgevers en werknemers vanuit persoonlijk en economisch perspectief. De WHO heeft in 1997 het “Global Healthy Work Approach” initiatief voorgesteld. Deze benadering gaat uit van vier principes: gezondheidsbevordering, werkgerelateerde veiligheid en gezondheid, human resource management en duurzame ontwikkeling.

Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is beleid dat zorgt voor gezonde werknemers in een gezonde werkomgeving. In Nederland is het Centrum GBW een van de organisaties die zich bezighoudt met GBW. Het centrum, in 1996 opgericht door de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF, de Hartstichting en het Astma Fonds, is sinds mei 2000 gehuisvest bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Na 2002 zal het Centrum GBW ook onderdeel worden van het NIGZ.

² Deze bijdrage is een samenvatting van de bijdrage van Vaandrager en Evans (2001) in het boek ‘Leefstijl en werk’.

GBW draagt bij aan een groot aantal arbeidsfactoren die de gezondheid van werknemers bevorderen:

1. Managementuitgangspunten die benadrukken dat *personeel* een noodzakelijke factor is voor het succes van de onderneming in plaats van alleen maar een kostenfactor.
2. Een managementcultuur en bedrijfsvoering waarin participatie, motivatie en verantwoordelijkheden voor alle werknemers wordt aangemoedigd.
3. Bedrijfsvoering die werknemers voorziet van een goede balans tussen taakeisen, controle over het eigen werk, vaardigheden en sociale ondersteuning.
4. Een personeelsbeleid waar het bevorderen van de gezondheid van werknemers actief deel van uitmaakt.
5. Het samengaan van arbeids-, gezondheids- en veiligheidsdienstverlening.

GBW in Nederland

In 1999 is de derde enquête over GBW uitgevoerd. Er zijn circa 1.100 werkgevers, 150 intermediairs, 750 werknemers en 300 partners van werknemers ondervraagd. Belangrijkste uitkomsten van het onderzoek:

- Iedereen onderschrijft het belang van GBW. De belangrijkste voordelen die genoemd worden zijn volgens de werkgevers het bevorderen en verhogen van gezondheid en welzijn en het verbeteren van de sfeer op het werk;
- Werknemers vinden het verbeteren van de eigen gezondheid het belangrijkste aspect met op afstand het zich beter voelen en het beter tegen het werk op kunnen;
- Aan de aanbodzijde van GBW (Arbodiensten, verzekeraars en overigen) noemt men als belangrijk argument het gevoelig maken van bedrijven voor een preventieve benadering;
- Verzekeraars zien tevens financiële voordelen in minder ziekteverzuim en schadebeperking.

De belemmerende factoren hangen nauw samen met de stimulerende factoren:

- 1) Er is geen geld beschikbaar;
- 2) Het kost teveel werktijd;
- 3) De onbekendheid met GBW.

In het algemeen ziet men toch de directie als de meest aangewezen initiator van GBW binnen het bedrijf en ook als de financierder ervan. Werkgevers vinden echter vaak dat de overheid en werknemers financieel zouden moeten bijdragen aan GBW.

Grotere bedrijven voeren vaker een GBW-beleid en bijna de helft van de werknemers werkt in zo'n bedrijf. Ruim tachtig procent van de Arbo-diensten biedt GBW-diensten aan, bij verzekeraars is dat ruim de helft en bij de overigen driekwart.

Het GBW-beleid heeft vooral betrekking op roken (75%), op grote afstand gevolgd door alcohol (33%), stress (21%) en beweging (18%). Aan de aanbodzijde biedt men ook

redelijk vaak programma's inzake gezonde voeding, ergonomie en reïntegratie aan, maar aan de vraagzijde leidt dit slechts tot activiteiten bij 7%, 4% en 5% van de werkgevers.

Vanuit de kant van werkgevers begint het bewustzijn over het belang van GBW te groeien. Zo stelt het VNO-NCW dat gezondheid van werknemers binnen het "managerial" bereik van de onderneming valt en dat een integraal beleid gericht op arbeid en gezondheid niet alleen gericht is op het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar ook op de motivatie en de prestaties van werknemers en de wervingskracht van de onderneming op een krimpende en kritische arbeidsmarkt (VNO-NCW, 2001).

Effectiviteit van GBW

Vooraf op het terrein van *ziekteverzuim* is al het één en ander over effectiviteit bekend. Uit een Europese studie bleek dat bij 18 van 23 bedrijven waarbij een gecombineerde aanpak van ziekteverzuim werd gehanteerd het ziekteverzuim daalde. Zo werd bijvoorbeeld bij het Nederlandse bedrijf Nelissen van Egteren Bouw BV een daling van 30 naar 20% gemeten. Overig genoemde opbrengsten waren een toename in het probleemoplossend vermogen, motivatie, betrokkenheid en gezondheidsbewustzijn van het personeel.

In de Verenigde Staten zijn voorbeelden bekend van *kosten-effectieve* programma's (Batman, 1994). Hierbij was sprake van een algehele leefstijlbenadering. Uit de evaluatie bleek dat het percentage rokers was afgenomen, de bloeddruk was gedaald, cholesterolgehalte gedaald, afname in overgewicht en obesitas. Verder werd een toename in beweging gevonden. Ook het aantal ongelukken nam af en de bewustwording over de rol van leefstijlfactoren nam toe. Tevens werden er voorbeelden over toename van motivatie en betrokkenheid beschreven.

Goetzel et al. (1998) hebben onderzocht wat de gezondheidskosten waren voor werknemers van Procter & Gamble. Van de ruim 8.000 werknemers deed ongeveer de helft mee aan een GBW-programma van gezondheidsscreening en individuele voorlichting. In het derde jaar was er sprake van een significante daling van kosten. De medische kosten daalden met 29% en de aan leefstijl gerelateerde kosten daalde met 36%.

Uit vier pilot-studies in opdracht van de ministeries van VWS en SZW: Brabantia, het Waterland Ziekenhuis, Nelissen van Egteren Bouw Zuid BV en drie Riagg's, kwam naar voren dat naast verminderd ziekteverzuim ook minder klachten over taakhoud en emotionele belasting, meer waardering voor de werkkring en een verbeterde communicatie werden vastgesteld (Janssen et al., 1996). Bij één project bleek iedere geïnvesteerde gulden in het stresspreventieprogramma fl.2,50 op te leveren aan winst gemeten aan de hand van verzuimreductie in twee jaar (Lendfers et al., 1996). Na drie jaar bleek dit vier gulden. Dus ook op langere termijn bleek GBW (*kosten-*)effectief.

Tabel 3.4.1: Effectiviteit van GBW-interventies, gericht op leefstijl(gerelateerde) factoren.

Interventie gericht op	Resultaat
Hoge bloeddruk	Overtuigend
Gewichtscontrole/stress management	Indicatief
Voeding/cholesterol	Indicatief/suggestief
Lichamelijke activiteit/alcohol	Suggestief

Wilson et al. (1996) hebben een overzichtsstudie uitgevoerd om te achterhalen wat er op individueel niveau bekend is over de effectiviteit van leefstijlinterventies en interventies op leefstijlgerelateerde determinanten. Hierbij werd een 5-puntsschaal gehanteerd die liep van *overtuigend* tot *mager* bewijs. De uitkomsten staan weergegeven in tabel 3.4.1.

Alcohol

Op het terrein van alcoholpreventie concludeerde Vasse (1997) dat het effectiever is om het thema alcohol te integreren binnen andere GBW-programma's zoals bijvoorbeeld stress-preventieprogramma's dan aparte alcoholprogramma's aan te bieden. Een effectief GBW-programma gericht op het terugdringen en voorkomen van alcoholproblemen moet toegespitst zijn op de specifieke behoefte van bedrijven. In de praktijk zal geen enkel programma hetzelfde zijn. Een integraal programma moet een balans vinden tussen veranderingen in de omgeving (stressoren, regels en procedures) en veranderingen in persoonlijk gedrag. Het is heel belangrijk om de achterliggende visie van het bedrijf helder over te brengen op het personeel en om participatie te bevorderen van vertegenwoordigers van leiding, staf en personeel in het ontwikkelen en uitvoeren van programma's.

Roken

Uit onderzoek van Willemsen et al. (1998) bij acht bedrijven waar pilots werden uitgevoerd is gebleken dat interventies op het terrein van roken het aantal rokers kan doen afnemen. Voorwaarden voor succes zijn dat de interventie bestaat uit meerdere activiteiten over langere tijd zoals het beschikbaar stellen van voorlichtingsmateriaal, cursussen, zelfhulpgroepen en het opzetten van rookbeleid.

Voeding

Uit onderzoek van Steenhuis, Van Assema en Glanz (2001) blijkt dat bedrijven bereid zijn mee te werken aan voedingsvoorlichtingsprogramma's mits aan een aantal praktische voorwaarden wordt voldaan. De interventies moeten een positieve uitstraling hebben en makkelijk uit te voeren zijn.

Bewegen

Proper et al. (2000) hebben een literatuurstudie naar het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op bedrijfsgebonden uitkomstmaten uitgevoerd. Enkele studies leverden indicaties op voor een effect van dergelijke programma's op ziekteverzuim en stress. De onderzoekers concluderen dat de effectiviteit voornamelijk niet is aangetoond vanwege

gebrek aan studies van goede methodologische kwaliteit. In de *Nota Sport, bewegen en gezondheid* (VWS, 2001) wordt gesteld dat bewegingsprogramma's positieve effecten hebben op aandoeningen aan het bewegingsapparaat en op den duur op het ziekteverzuim. Ook blijken bewegingsprogramma's een positieve invloed te hebben op psychische klachten.

Het ziekteverzuim blijkt voor werkgevers niet het belangrijkste argument om in-company fitness in te voeren. Op nummer een staat motivatie van het personeel, gevolgd door betrokkenheid van het personeel, werksfeer en vergrijzing van het personeelsbestand. Op nummer vijf staat pas de aanpak van het ziekteverzuim (Cock, 2000).

Conclusies

In bedrijven is er steeds meer aandacht voor gezondheid van de werknemer en daarmee voor GBW. Op dit terrein is nog veel gezondheidswinst te behalen, vooral als de benadering breder is dan leefstijlverandering alleen. Uit diverse ervaringen van dit type interventies is gebleken dat met een aanpak gericht is op geïsoleerde gezondheidsdoelen en/of een gedeelte van de bedrijfspopulatie slechts beperkte effecten worden bereikt. Diverse overzichtsstudies hebben overtuigend het effect van GBW aangetoond. Vooral een meersporenbeleid, een systematische aanpak, ondersteuning van het management en betrokkenheid van werknemers zijn hierbij van doorslaggevend belang. Voor de evaluatie betekent dit dat ook het samenwerkingsproces goed geëvalueerd moet worden. Tevens is het voor de verdere verspreiding van het gedachtegoed van groot belang dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de kosten-effectiviteit.

3.5 Rotterdam en wijkgerichte gezondheidsbevordering: wijze lessen!

AJJ Voorham, WFM de Haes

In 1997 is een wijkgericht project gestart, uitgevoerd door de GGD Rotterdam e.o. in vier achterstandswijken in Rotterdam, gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen door gezondheidsbevorderende interventies op leefstijlfactoren. De verwachte lokale (deelgemeentelijke) politieke steun voor de interventie bleef achterwege en de doelgroep die betrokken moest worden bij de interventies bleek niet geïnteresseerd in gezondheidszaken, maar meer in sociale ('welzijns')zaken zoals kinderopvang, veiligheid en een groter aanbod van huisartsen. Bij de wijkgerichte benadering moet meer tijd worden ingebouwd voor de processen in de wijken, zoals voor het creëren van draagvlak bij politici, bewoners en participerende organisaties.

Inleiding

In Rotterdam was in 1997 een goede voedingsbodem voor 'wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering'. Het politieke klimaat was 'rijp' voor het betrekken van de bevolking bij de besluitvorming. Een wijkgericht project, uitgevoerd door de GGD Rotterdam e.o. in vier achterstandswijken in Rotterdam kreeg een subsidie van ZON. De centrale doelstelling van het project was "Het terugdringen van gezondheidsverschillen door het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van effectieve gezondheidsbevorderende interventies op leefstijlfactoren in wijken met (gezondheids)achterstanden, waarbij participatie van bewoners en intersectorale samenwerking centraal staan". Evaluatie vond plaats door de Erasmus Universiteit (iMGZ).

Uitgangspunten en aanpak

- Sociaal economische gezondheidsverschillen hangen voor een belangrijk deel samen met verschillen in leefstijl. Belangrijke determinanten voor deze leefstijlfactoren zijn psycho-sociale en materiële factoren;
- In een wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen kan er aandacht zijn voor de achtergronden van de verschillen;
- Er moet versterkt worden wat er al is, naast nieuwe activiteiten, die in samenwerking met de instanties in de wijk worden ontplooid;
- Er zijn veel interventies ontwikkeld op het terrein van leefstijlfactoren. Met name mensen met een hoge opleiding, inkomen en/of beroepsstatus profiteren van deze preventieve acties;
- In het project werd beoogd om de lagere sociaal-economische status groepen intensief te bereiken;
- Er was veel aandacht voor participatie van de bevolking.

Knelpunten

Gedurende de voorbereiding van het project deden zich de volgende problemen voor:

- De verwachte lokale (deelgemeentelijke) politieke steun voor de interventie bleek afwezig: er was sprake van een competentiestrijd tussen de centrale gemeente en de deelgemeenten;
- De doelgroep (bevolking tussen 20 en 45 jaar) die betrokken moest worden bij de interventies, was niet geïnteresseerd in gezondheidszaken, maar veel meer in sociale ('welzijns') zaken zoals kinderopvang, veiligheid, groter aanbod van huisartsen;
- Er bleek geen discussie mogelijk over de oorzaken van de gezondheidsachterstand in de Rotterdamse achterstandswijken, een vereiste voor het creëren van draagvlak voor de activiteiten;
- Er heerste verwarring over de invulling van het begrip *wijkgericht* werken. Voor de GGD is dat een methode om groepen mensen met een lage SES te bereiken. Voor de politiek bleek het een beleidslijn die bij alle uitvoerende instanties gestimuleerd wordt om de betrokkenheid van de Rotterdammers te vergroten.

Wat waren de consequenties voor het verloop van het project?

De deelgemeenten bleken niet bereid om gezondheidsbevordering en leefstijl een prominente plaats te geven in de investeringsplannen. Men koos daarvoor in de plaats andere prioriteiten, zoals het wegwerken van taalachterstand, aanpak van overlast door verslaving, werkloosheid en dakloosheid en aandacht voor lokale zorgnetwerken. In het najaar van 1999 werd een uiterste poging gedaan om één of meerdere interventies te starten, die, eventueel met een aangepast design – evalueerbaar zouden zijn. Het bleek echter niet mogelijk om de wetenschappelijk evaluatie – zoals uitgevoerd zou worden door de EUR – naar behoren uit te voeren. Het onderzoek naar de effecten van de interventie is dan ook in overleg met ZON gestaakt.

Gelukkig waren er een aantal 'onverwachte effecten in de luwte van het project' door de inbreng van de wijkgericht werkers:

- In het Oude Noorden is eenmalig een groep van veertig personen bij elkaar geweest met voeding als thema;
- In Spangen kwam het thema 'vrouw en gezondheid' op de agenda;
- In Hillesluis nam een Turkse Moskee-organisatie het initiatief om zijn achterban te laten stoppen met roken;
- In navolging van een initiatief in Noord, is in Charlois het voorstel gedaan om samen met bewoners TV-programma's te maken over gezondheid en zorg ('Cineac Charlois Gezond').

Leerpunten en discussie

Deze casus maakt duidelijk dat er bij de wijkgerichte benadering meer tijd moet worden ingebouwd voor de processen in de wijken zoals voor het creëren van draagvlak bij politici, bewoners en participerende organisaties. Het is van belang dat mensen het

gevoel wordt gegeven dat ze serieus worden genomen, dat hun mening telt. Dit heeft als consequentie dat je van tevoren niet zeker weet welk onderwerp het meeste gewicht zal krijgen.

De wetenschap gaat ervan uit dat je in korte tijd een grote groep mensen bij een interventie kunt betrekken, dat blijkt dus niet het geval te zijn.

ZON-MW moet minder strenge eisen stellen aan praktijkonderzoek, met name ten aanzien van het van tevoren vastleggen van de doelen en de tijdsplanning. Realistische doelen stellen is een voorwaarde voor doeltreffende interventies, gezien de capaciteit en tijd die een project ter beschikking heeft. Tot slot is er behoefte aan nieuwe meetinstrumenten voor monitoring van het proces en voor de effectiviteit van interventies.

Een aantal vragen blijven nog openstaan, als het gaat om community-based interventies:

- Moeten de doelstelling van community-based interventies (CBI) wel op het niveau van gedragsverandering ten aanzien van leefstijlaspecten worden geformuleerd? Of is de CBI een implementatiemethode met als evaluatiecriterium het aantal gerealiseerde gezondheidsinterventies? Het veranderen van doelstellingen van de interventie heeft overigens consequenties voor het activiteitenprogramma;
- Is *empowerment* een belangrijke, of juist dé uitkomstvariabele van een CBI?;
- Hoe operationaliseren we empowerment: wat is de sociale dimensie van het begrip?

3.6 Conclusies

In de achtergrondstudies in dit hoofdstuk zijn een aantal belangrijke aspecten van het beleid gericht op gezondheidsbevordering aan de orde gekomen. Achtereenvolgens zijn aan bod gekomen: de keuze voor (een mix van) beleidsinstrumenten, gericht op specifieke doelgroepen en de setting van waaruit de maatregelen het meest doeltreffend kunnen worden ingezet.

De literatuurbespreking over roken bij jongeren suggereert dat van afzonderlijke beleidsmaatregelen weinig effect mag worden verwacht op het aantal rokende jongeren (uitgezonderd prijsverhogingen). De ervaring in andere landen heeft laten zien dat geïsoleerde maatregelen alleen effectief zijn als ze deel uitmaken van een breed pakket van maatregelen. Informatie-overdracht en voorlichting vergroten de effectiviteit van regelgeving, terwijl regelgeving op zijn beurt de basis kan leggen voor effectieve voorlichtings- en informatiecampagnes. Internationale gegevens maken ook duidelijk dat de financiële armslag van massamediale voorlichting flink verhoogd zou moeten worden wil het enige kans maken op merkbare effect op risicogedrag.

De achtergrondstudie over preventie van alcohol- en drugsverslaving maakt allereerst duidelijk dat over dit onderwerp - in vergelijking met roken - beduidend minder *evidence-based* literatuur bestaat. Toch mag ook hier worden geconcludeerd dat interventies zowel op *persoonlijke* kenmerken (vaardigheden om het aanbod van middelengebruik te weerstaan, versterking van eigen de effectiviteit) als op *omgevingsfactoren* (sociale omgeving, beschikbaarheid van middelen e.d.) moeten zijn gericht om een kans te maken op succes.

Schoolgerichte interventies zijn het meest onderzocht. De grootste effecten op middelengebruik wordt bereikt bij interventies die verder gaan dan alleen het overdragen van kennis, die gebruikmaken van leeftijdgenoten of 'peers' en waarbij een *integrale* aanpak wordt gehanteerd. Een *integrale* aanpak betekent allereerst dat roken, alcohol en drugs niet afzonderlijk moeten worden benaderd, maar in een *gezamenlijk* pakket. Daarnaast betekent het dat het pakket aan maatregelen en interventies voldoende breed moet zijn om de specifieke doelgroep en zijn omgeving op verschillende manieren te kunnen bereiken. Integraal impliceert tenslotte ook dat er sprake is van een *continu* proces, dat door middel van regelmatige herhaling van interventies het onderwerp onder de aandacht blijft brengen.

De bijdrage over gezondheidsbevordering via *scholen* concludeert dat een breed opgezet schoolgezondheidsbeleid in potentie een positieve impact kan hebben op de sociale en fysieke leefomgeving; de samenwerking met ouders en relevante lokale organisaties en de kennis van leerlingen. In gevallen waar programma's goed werden geïmplementeerd zijn positieve veranderingen gevonden op gezondheidsgedrag (zoals agressie, voeding) en bepaalde determinanten van gedrag zoals het oordeel over de eigenwaarde (*self-esteem*).

Schoolgezondheidsbeleid is echter nog nauwelijks effectief is gebleken om het risico-gedrag onder jongeren *blijvend* te verminderen. Een probleem is dat, om op korte termijn bereikte effecten te behouden, jaarlijkse herhaling van voorlichting nodig is. Bovendien zijn lesprogramma's, die in een gecontroleerde onderzoekssetting effectief gebleken zijn, in de schoolpraktijk dikwijls praktisch onuitvoerbaar.

Gezondheidsbevordering op de *werkplek* is in diverse overzichtsstudies als overtuigend doeltreffend beoordeeld. Voorwaarden voor succes zijn een meersporenbeleid (het tegelijkertijd inzetten van meerdere beleidsmaatregelen), een systematische aanpak, ondersteuning vanuit het management en betrokkenheid van werknemers. Voor de evaluatie betekent dit dat ook het samenwerkingsproces goed geëvalueerd moet worden.

De bijdrage over de *wijkgerichte* benadering bij het bevorderen van gezond gedrag maakt duidelijk dat de essentiële processen in de wijken, zoals het creëren van draagvlak bij politici, bewoners en participerende organisaties, tijd vergt. Tijd ontbreekt echter vaak in de praktijk, zodat dikwijls al met een *valse start* wordt begonnen met community-based projecten. Realistische doelen stellen, gezien de capaciteit en tijd die een project ter beschikking heeft, is essentieel om geen *valse verwachtingen* te scheppen bij de betrokken partijen.

Op basis van de hier opgenomen achtergrondstudies kunnen geen algemeen geldende conclusies worden getrokken over het beleid gericht op specifieke doelgroepen. De beschreven onderwerpen concretiseren en onderschrijven een aantal algemene conclusies die in de afgelopen jaren in een aantal gezaghebbende documenten zijn beschreven, zoals bijvoorbeeld het rapport over de effectiviteit van Health Promotion van de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), ten behoeve van de Europese Commissie (IUHPE, 1999).

In het IUHPE-rapport wordt onder andere gepleit voor het 'holistisch' benaderen van *schoolgezondheidsbeleid*, waarbij de school als één van de actoren wordt beschouwd in een *integraal* beleid, gericht op gezondheidsbevordering. Interventies vanuit de school moeten zich focussen op cognitieve en sociale leerdoelen die een duidelijke relatie hebben met de cognities en vaardigheden waar de scholen zich vanuit hun primaire taken op richten, en niet persé op gedragsverandering. Op die manier kan, zo blijkt uit de literatuur, een kosten-effectieve gezondheidsbevordering worden gerealiseerd, mits de continuïteit van het programma voor een langere tijd kan worden gewaarborgd.

In het IUHPE-rapport wordt eveneens het belang aangegeven van gezondheidsbevordering op de *werkplek* (GBW). Sinds eind jaren zeventig van de vorige eeuw is in verschillende grote reviews voldoende bewijslast opgebouwd over de positieve effecten die GBW-programma's hebben gehad op gezondheidsbewustzijn en gezond gedrag binnen bedrijven (IUHPE, 1999).

De doeltreffendheid van de gedragsgerichte interventies vanuit de *eerstelijnsgezondheidszorg* is met name bij roken en alcohol overtuigend aangetoond. Voor andere leefstijlfactoren is die bewijslast minder overtuigend (IUHPE, 1999).

De literatuur op het terrein van *community-based* interventies, in het Nederlands vaak (maar niet helemaal terecht) vertaald in de *wijkgerichte* benadering, is het zeer oneens wat betreft de doeltreffendheid van deze aanpak. Er is een indrukwekkend aantal artikelen geschreven over de mogelijke oorzaken van de inconsistentie in de onderzoeksresultaten. Wat uit de analyses als belangrijke boodschap naar voren komt is dat de *community* benadering wel degelijk mogelijkheden voor succes biedt, mits aan een aantal belangrijke voorwaarden wordt voldaan (Van Assema, 1993; Jansen, 1999):

- *Participatie* van alle belangrijke actoren (inclusief doelgroep) in de ontwikkeling en uitvoering van het project en voldoende aandacht voor *empowerment*, zodat het klimaat ontstaat van een door de bevolking gedragen inspanning;
- Gebruik maken van sociale netwerken binnen de *community* om ook de zogenaamd moeilijk bereikbare groepen erbij te betrekken;
- Omgevingsgerichte strategie, met aandacht voor het wegnemen van de obstakels in de *fysieke* en *sociale* omgeving die gedragsverandering in de weg staan;
- *Multi-media* en *multi-interventie* strategie: Met het gebruiken van meerdere media wordt een groter deel van de doelgroep bereikt. Het aanbieden van een mix van interventies verhoogt de participatie van de doelgroep;
- *Intersectorale actie*: samenwerking met andere sectoren dan de gezondheidssector maakt uitkomsten van interventies mogelijk die niet kunnen worden bereikt door de gezondheidssector alleen;
- Zoveel mogelijk aansluiten bij en gebruik maken van de *bestaande netwerken/infrastructuur* en de *bestaande capaciteit/faciliteiten*. Dit verhoogt de duurzaamheid van het project/proces.

Dat bovengenoemde aspecten als succesfactoren gelden van doeltreffende interventies, wordt ook nog eens geïllustreerd door de achtergrondstudies, die in *hoofdstuk 4* zijn opgenomen.

LITERATUUR

- Assema PT van. The development, implementation and evaluation of a community health project. Academische proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1993.
- Batman DC. Development of a corporate wellness programme: Nestle' UK Ltd. In: C. L. Cooper & S. Williams (eds.). *Creating Healthy Work Organizations*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.
- Bauman KE, LaPrelle J, Brown JD, Koch GG, Padgett CA. The influence of three mass media campaigns on variables related to adolescent cigarette smoking: results of a field experiment. *Am J Public Health* 1991; 81: 597-604.
- Bolier L, Cuijpers P. Effectieve verslavingspreventie op school, in de wijk en in het gezin. Utrecht: GGZ-Nederland, 2001.
- Bongers IMB. Problem drinking among the general population: A public health issue? Dissertatie. Rotterdam: IVO. IVO-reeks nr. 18, 1998.
- Chaloupka FJ, Grossmann M. Price, tobacco control policies and youth smoking [Working Paper 5740]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1996.
- CDC (Centre for Disease Control) Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups - United States, 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998; 47: 605-609.
- Cuijpers P, Jonkers R, Keijsers JFEM (red.). *Leefstijlprogramma's in Nederland: analyse en aanpakpunten voor kwaliteitsverbetering*. Den Haag: ZON, 2000.
- Cuijpers P, Jonkers R, De Weerd I, De Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the "Healthy School and Drugs" project. *Addiction*, 2002, in press.
- Cock DJ. *Lyfestyle-adviesbedrijf focust op fitte werknemers*. *Rendemens* 2000; 2: 3-4.
- Crone MA, Reijneveld SA, Leerdam FJM van, Spruijt R, Willemsen MC. Preventie van (het beginnen met) roken bij jongeren uit het IVBO, VBO en MAVO. Leiden: TNO-PG, 2001.
- Deijl Y van der, Brouwer A, Raaijmakers T, Vaandrager L (2001). *De gezonde werknemer*. *Arbo-magazine* 2001; 2: 30-32.
- Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH et al. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *Am J Public Health* 1994; 84: 1148-1150.
- Gageldonk A van, Cuijpers P. De effecten van verslavingspreventie. *Overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- Garretsen HFL. *Probleemdrinken. Prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden*. Dissertatie. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 1983.
- Gilpin EA, Pierce JP, Rosbrook B. Are adolescents receptive to current sales promotion practices of the tobacco industry? *Preventive Medicine* 1997; 26: 14-21.
- Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. The Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. *Journal of Occupation and Environmental Medicine* 1998; 40: 843-854.
- Görts C, Jonkers R. *Gezondheid op school; een inventariserend onderzoek naar schoolgezondheidsbeleid in Nederland*. Haarlem: ResCon, in voorbereiding.
- Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: and educational and ecological approach*, 3rd edition. Mountain View: Mayfield Publishing. Chapter 9, Applications in Occupational Settings, 1999: pp. 319-376.
- Grossmann M, Sindlear JL et al. Policy watch: Alcohol and cigarette taxes. *Journal of Economic Perspectives* 1993; 7: 211-222.
- Hafstad A, Aaro LE, Egeland Aa, Andersen F, Langmark F, Stray-Pedersen B. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents: The accumulated effect of multiple exposures. *Health Education Research* 1997; 12: 227-236.
- Health Canada. *Effects of increasing the area occupied by health warnings on cigarette packages*. Montreal: Health Canada, 1999.
- Hegger W, Ossebaard H. *Gezondheid op school: over prioriteiten voor het schoolgezondheidsbeleid*. Woerden: NIGZ, 2000.
- IUHPE. *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. Report for the European Commission. Part One: Core document*. Brussels: European Commission, International Union for Health Promotion and Education, 1999.
- Jansen J. *Community based prevention. The key to success? Final paper MPH program*. Utrecht: Netherlands School of Public Health, 1999.
- Janssen PPM, Nijhuis FJN, Lourijssen ECMP, Schaufeli WB. *Gezonder werken: minder verzuim! Handleiding voor integrale gezondheidsbevordering op het werk*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, 1996.
- Jonkers R, Weerd I de, Nierkens V, Jongkind S. *De gezonde school en genotmiddelen 1995-1998. Eindevaluatie*. Haarlem: ResCon (research & consultancy), 1999.

- Laugesen M, Meads C. Tobacco advertising restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960 - 1986. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1343-1354.
- Lendfers MLGH, Nijhuis FJN, Jong AHJ de, Janssen PPM. Bouwen aan gezond werken. Een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de bouw. Den Haag: Vuga, 1996.
- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment* 1999; 3: 22.
- Lynagh M, Schofield MJ, Sanson-Fisher RW. Schoolhealth promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International* 1997; 1: 43-61.
- Lynch BS, Bonnie RJ (eds.). *Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths*. Washington, DC: Institute of Medicine; National Academy Press, 1994.
- Malouff J, Schutte N, Frohardt M, Deming W, Mantelli D. Preventing smoking: Evaluating the potential effectiveness of cigarette warnings. *Journal of Psychology* 1992; 126: 371-383.
- Mindell JS, Whynes DK. Cigarette consumption in The Netherlands 1970-1995: Does tax policy encourage the use of hand-rolling tobacco? *Eur J Public Health* 2000; 20: 214-219.
- Mrazek PJ, RJ Haggerty. *Reducing risks for mental disorders; frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
- Murray DM, Prokhorov AV, Harty KC. Effect of a state-wide antismoking campaign on mass media messages and smoking beliefs. *Preventive Medicine* 1994; 23: 54-60.
- Naet C, Howie C. *The labelling of tobacco products in the European Union*. Bruxelles: Bureau for Action on Smoking Prevention (BASP), 1993.
- NAMHC (National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research). *Priorities for prevention research at NIMH*. Bethesda: National Institute of Mental Health, 1998.
- NDM. *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 1999*. Utrecht: Bureau Nationale Drug Monitor, 1999.
- NIDA. *Drug abuse prevention: what works*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NIH Publication 97-4110, 1997.
- Paulussen TGW. *Adoption and implementation of Aids education in Dutch secondary schools*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1994.
- Paulussen Th, Schaalma H, Aarts H, Bolman C, Nooyer J de, Willemse G. *Jongeren en de preventie van hart- en vaatziekten: een samenvatting van een onderzoek naar leefstijlfactoren en een overzicht van resultaten van internationaal effect-onderzoek*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1997.
- Paulussen T, Panis R, Peters L, Buijs G, Wijnsma P. *Stand van zaken schoolgezondheidsbeleid in Nederland*. Woerden: NIGZ, 1998.
- Pierce JP. Progress and problems in international public health efforts to reduce tobacco usage. *Annual Review of Public Health* 1991; 12: 383-400.
- Pijpers FIM. *Schoolgezondheidsbeleid in het basis-onderwijs*. Leiden: Universiteit Leiden (academisch proefschrift), 1999.
- Proper KI, Staal JB, Hildebrandt VH, Mechelen W van. *Het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op bedrijfsgebonden uitkomstmaten*. *Tijdschr Gezondheidsw* 2000; 78: 472-478.
- Ree F van, Esseveld P. *Drugs, de medische en maatschappelijke aspecten*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1985.
- Rooney BL, Murray DM. A Meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly* 1996; 23: 48-64.
- Roscam Abbing EW. *Tabaksontmoedigingsbeleid Gezondheidseffectrapportage*. Utrecht: Netherlands School of Public Health (NSPH), 1998.
- Schaalma HP. *Planned development and evaluation of school-based Aids/Std education*. Maastricht: Universiteit Maastricht (academisch proefschrift), 1995.
- Scholten H. *Effects of a worksite health promotion program on lifestyles and health risks*. Doctoral Dissertation. Leiden: Department of Health Psychology of Leiden University, 1997.
- Steenhuis IHM, Assema P van, Glanz K. *Strengthening environmental and educational nutrition programmes in worksite cafeterias and supermarkets in The Netherlands*. *Health Promotion International* 2001; 16: 21-33.
- St Leger L, Nutbeam D. *Setting 2: health promotion in schools*. In: *International Union for Health Promotion and Education (ed.). The evidence of health promotion effectiveness*. Brussels-Luxembourg: ECSC-EC-EAEC, 1999.
- Symons C, Cincelli B, James TC, Groff P. *Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs*. *Journal of School Health* 1997; 67: 220-227.
- Vaandrager L, Evans CM. *Gezondheidsbevordering op de werkplek*. In: *Walburg J, Jansen J, Vaandrager L (red.). Leefstijl en werk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: pp. 79-100.

- Vasse R. The development, implementation and evaluation of two worksite health programs aimed at preventing alcohol problems. Doctoral Dissertation. Maastricht: Maastricht Health Research Institute for prevention and Care (HEALTH), 1997.
- VNO-NCW. Renderend gezondheidsbeleid: meer gezondheid, minder verzuim onder uw werknemers. Den Haag: VNO-NCW, 2001.
- VWS. Alcoholnota. Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003). Den Haag: Ministerie VWS, 2000.
- VWS. Sport, bewegen en gezondheid. Den Haag: Ministerie VWS, 2001.
- Weerdt I de, Jonkers R. De gezonde school en genot-middelen. Effecten van een schoolgezondheidsbeleid voor genotmiddelen in het voortgezet onderwijs. Overzicht van de resultaten na één schooljaar. Haarlem: ResCon (research & consultancy), 1996.
- WHO. It can be done: A smokefree Europe. Copenhagen: WHO, 1990.
- WHO. Tobacco and Health. A global status report. Genève: WHO, 1997.
- Willemsen MC, De Vries H, Breukelen G van, Genders R. Long-term effectiveness of two Dutch worksite smoking cessation programs. *Health Education Behavior* 1998; 25: 418-435.
- Willemsen MC, Zwart WM de. The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence* 1999; 22: 587-59.
- Willemsen MC, Hoogenveen RT, Lucht F van der. New smokers and quitters: Transitions in smoking status in a national population. *European Journal of Public Health*, 2002, in press.
- Wilson MG, Holman PB, Hammock A. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10: 429-435.
- Zinberg NE. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press, 1984.

4 BEVORDEREN VAN GEZOND GEDRAG IN DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een aantal fact-sheets en korte reviews een overzicht gegeven van wat de gedragsgerichte preventie-activiteiten te bieden hebben. De voorbeelden zijn dusdanig gekozen dat een zo breed mogelijke set van interventies wordt geschetst en zijn dus per definitie ongelijksoortig van aard: massa-mediale campagnes worden beschreven naast individugerichte interventies (preventie op maat); specifiek op leefstijlfactoren gerichte interventies staan naast reviews die ingaan op het belang van intersectoraal beleid. Het overzicht is dus niet volledig, maar naar onze mening voldoende representatief om inzicht te krijgen in belangrijke succes- en faalfactoren van interventies in de praktijk, gericht op de bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Informatie over de auteurs van de bijdragen vindt u in *bijlage 2*.

4.1 GALM over Nederland: sportstimulering werkt!

KAPM Lemmink, M Stevens, MHG de Greef, J de Jong, Th Mulder

Het theoretische kader, de continuïteit en deskundige lesgevers zijn doorslaggevende succesfactoren bij het in beweging krijgen van inactieve ouderen. Belangrijke andere factoren zijn de steun uit de omgeving, de mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te veranderen en de persoonlijk ervaren fitheid.

Inleiding

In Nederland zijn sinds 1995 225.000 senioren benaderd door middel van de GALM-strategie waarvan ruim 15.000 senioren wekelijks deelnemen aan een programma met recreatieve sportieve activiteiten in meer dan 100 gemeenten. Daarnaast hebben 25 gemeenten in het kader van de breedtesportimpuls GALM-projecten aangevraagd die vanaf 2001 worden geïnitieerd (VWS, 1999). GALM is de afkorting van *Groningen Actief Leven Model* en is een sportstimuleringsstrategie voor sportief inactieve of onvoldoende sportief actieve senioren van 55 tot en met 65 jaar. GALM is ontwikkeld door de landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO, nu onderdeel van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen) en het Instituut voor Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Achtergronden

Een lichamelijk inactieve leefstijl is een belangrijke oorzaak voor het afnemen van fitheid en gezondheid tijdens het ouder worden. Dit uit zich met name boven de 50 jaar in

een grotere kans op het ontwikkelen van diverse chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, colonkanker, ouderdomsdiabetes en obesitas, en een hogere mortaliteit, maar ook in het vervroegd ontstaan van problemen in het uitvoeren en volhouden van *activiteiten van het dagelijkse leven* (ADL). De impact van bewegingsstimulering van senioren wordt nog eens versterkt door een toename in de komende decennia van zowel het aantal senioren als de gemiddelde leeftijd van deze senioren in de Nederlandse bevolking.

Het relatieve risico van een lichamelijk inactieve leefstijl voor het ontwikkelen van diverse chronische ziekten is te vergelijken met het relatieve risico van andere schadelijke leefstijlfactoren zoals overgewicht en roken. De prevalentie van lichamelijke inactiviteit is echter aanmerkelijk hoger. Meer dan de helft (55%) van de Nederlandse senioren is inactief of niet voldoende lichamelijk actief volgens de *Nederlandse norm gezond bewegen*, die minimaal 5 dagen per week gedurende 30 minuten per dag matig intensieve lichamelijke activiteit veronderstelt. Stevig wandelen, fietsen, zwemmen zijn voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteiten. Een toename van de mate van lichamelijke activiteit van senioren kan dus leiden tot een verbetering in het uitvoeren en volhouden van ADL activiteiten en kan een aanzienlijke gezondheidswinst opleveren in de zin dat het bijdraagt aan de preventie van onder andere hart- en vaatziekten, hypertensie, colonkanker, obesitas, ouderdomsdiabetes, osteoporose en depressie.

Sportstimulering: GALM

De prevalentie van lichamelijke inactiviteit bij senioren en het belang van lichamelijke inactiviteit als onafhankelijke risicofactor voor het ontwikkelen van diverse chronische ziekten heeft ertoe geleid dat de afgelopen decennia diverse voorlichtingscampagnes en andere stimuleringsstrategieën zijn geïmplementeerd om lichamelijke activiteit van senioren te bevorderen. Veel van deze initiatieven zijn niet altijd even effectief gebleken. Een belangrijke oorzaak daarvoor was het ontbreken van een theoretisch kader toegesneden op het stimuleren van een lichamelijk actieve leefstijl. De laatste jaren heeft (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek weliswaar geleid tot meer inzicht in het proces en de determinanten van gedragsverandering ten aanzien van bewegen maar zijn nog steeds vele vragen onbeantwoord.

Gedragsveranderingsmodel GALM

Het GALM-gedragsveranderingsmodel is specifiek ontwikkeld voor het voorspellen en verklaren van een sportief actieve leefstijl. Het model is met name gebaseerd op sociaal-cognitieve theorieën (Bandura, 1977) en inzichten met betrekking tot het "*stages of change*" model (Marcus & Owen, 1992), waarin vijf fasen van gedragsverandering worden onderscheiden. In het GALM-gedragsveranderingsmodel worden vier determinanten van gedrag onderscheiden: eigen-effectiviteit, sociale steun, ervaren fitheid en plezier in bewegen. De eerste drie determinanten worden als voorwaardelijk beschouwd voor de laatste determinant plezier in bewegen.

Fasering GALM

GALM-projecten worden meestal geïnitieerd en begeleid vanuit de provinciale sportraden. Vervolgens wordt een projectgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van lokale sport- en ouderenorganisaties die voor de uitvoering van de projecten verantwoordelijk is. Een GALM-project bestaat uit drie fasen die in totaal anderhalf jaar duren. Tijdens de eerste fase worden senioren tussen de 55 en 65 jaar door middel van een persoonlijke brief en een huisbezoek benaderd. Met behulp van een korte vragenlijst over de mate van sportieve activiteit wordt bepaald of potentiële deelnemers in aanmerking komen voor de strategie. Criteria voor deze vragenlijst zijn afgeleid van de Nederlandse beweegnorm (Kemper et al., 1999) en aanvullende normen die specifiek zijn opgesteld voor senioren door het American College of Sports Medicine (ACSM, 1998). Deze laatste normen houden rekening met het feit dat het voor senioren niet alleen van belang is dat de gezondheid wordt gehandhaafd of verbeterd maar ook dat de fitheid van senioren op peil blijft voor het kunnen uitvoeren en volhouden van activiteiten in het dagelijks leven (ADL-activiteiten). Concreet komen senioren in aanmerking voor deelname aan GALM indien ze minder dan drie keer per week gedurende 30 minuten per keer matig intensief sportief actief zijn (minimaal 3 MET¹).

Alvorens te starten nemen senioren deel aan de Groninger Fitheidstest voor Ouderen (GFO) om daarna te beginnen aan een introductieprogramma van 12 lessen (Lemmink, 1997). In het introductieprogramma wordt kennis gemaakt met diverse sportieve activiteiten en ligt de nadruk op het ervaren van plezier. Om elke deelnemer plezier te laten ervaren wordt binnen het programma zoveel mogelijk gedifferentieerd naar niveau. GALM docenten volgen een speciale bijscholing waarin gedragsverandering en sportief actief worden en blijven centraal staan.

Na het introductieprogramma kunnen deelnemers uitstromen naar bestaande sportverenigingen of doorgaan naar het vervolprogramma van 30 lessen (1 jaar). Wederom wordt een gevarieerd en veelzijdig programma aangeboden met het accent op plezier maar ook op verbetering van conditie en motorische vaardigheden. De meeste groepen worden na afloop van het vervolprogramma ondergebracht als speciale GALM-groepen bij lokale gymnastiekverenigingen waarover op landelijk niveau met de Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie (KNGU) een convenant is opgesteld.

(Onderzoeks)resultaten

Wetenschappelijk onderzoek rondom GALM is gericht op deelname en uitval van de strategie, validering van het gedragsveranderingsmodel en de effecten van deelname. Tevens worden op basis van procesevaluaties een aantal resultaten besproken ten aan-

1 MET = metabolisch equivalent: waarde om de intensiteit van activiteiten te kunnen inschatten; 1 MET = 3,5 ml zuurstofverbruik per kilogram lichaamsgewicht per minuut. De grens voor middelzware activiteit ligt voor 65-79 jarigen op 3,6 MET en voor personen van 80 jaar en ouder op 2,3 MET.

zien van de fasen van de GALM-strategie, te weten de benadering, de fitheidstest en het bewegingsprogramma en de infrastructuur en de generaliseerbaarheid.

Deelname en uitval

Van de 225.000 benaderde senioren zijn 124.000 sportief inactief of onvoldoende sportief actief (55%). Circa 25% van deze senioren kan niet deelnemen (ziekte, handicap) en circa 25% wil niet deelnemen, in termen van het *stages of change* model de “*pre-contemplators*” en vormt daardoor geen doelgroep voor GALM. De overige 50% (62.000) heeft wel de intentie om sportief actief te worden. In kader van het *stages of change* model vallen deze senioren in de “*contemplation - en preparation stage*”. Van deze senioren nemen circa 15.000 senioren wekelijks deel aan het GALM-programma in 100 gemeenten verspreid over heel Nederland. Op basis van cross-sectioneel onderzoek kan geconcludeerd worden dat er geen significante verschillen bestaan tussen deelnemers en niet-deelnemers ten aanzien van het aantal chronische aandoeningen, opleidingsniveau en sociaal-economische status.

Circa 25% van de senioren die bij de huis-aan-huis benadering aangeven mee te willen doen verschijnt niet op de fitheidstest. Gemiddeld is 70% van de deelnemers aanwezig tijdens de lessen van het introductieprogramma en stroomt 70% door naar het vervolgprogramma. Uiteindelijk maakt 50% van de oorspronkelijke deelnemers het volledige GALM-programma af. Er participeren gemiddeld ongeveer evenveel vrouwen als mannen in de GALM-groepen (55% versus 45%). Daarmee wijken de GALM groepen duidelijk af van andere bewegingsgroepen die vaak een eenzijdige samenstelling van ofwel vrouwelijke (bijvoorbeeld *Meer Bewegen voor Ouderen*) ofwel mannelijke (bijvoorbeeld *Hart-In-Beweging*) deelnemers kennen.

Validering GALM-gedragsveranderingsmodel

Sinds 1998 wordt onderzoek uitgevoerd naar het GALM-gedragsveranderingsmodel. Cross-sectionele data bevestigen dat eigen-effectiviteit, sociale steun en ervaren fitheid voorwaardelijk zijn voor plezier (Stevens, 2001). Eigen-effectiviteit voor het overwinnen van barrières voor het sportief actief worden en het plannen van sportieve activiteiten spelen de belangrijkste rol in het sportief actief worden. Plezier, ervaren fitheid en eigen-effectiviteit ten aanzien van lichamelijke vaardigheden spelen de belangrijkste rol om sportief actief te blijven. Op basis van deze determinanten kan 80% van de deelnemers goed geclassificeerd worden in de verschillende fasen van gedragsverandering (*stages of change*). Medio 2001 zullen longitudinale data beschikbaar zijn voor verdere validering van het gedragsveranderingsmodel.

Effecten van GALM

Pilot-onderzoek laat zien dat het GALM-programma na anderhalf jaar leidt tot een toename van motorische fitheid. De vooruitgang is het meest uitgesproken ten aanzien van uithoudingsvermogen. Wel bestaat er een grote inter-individuele variatie.

In 2000 is een onderzoek gestart waarbij 700 senioren twee jaar worden gevolgd tijdens deelname aan de GALM-strategie. Dit onderzoek moet inzicht geven in de effecten van de GALM-strategie op de mate van sportieve en overige lichamelijke activiteit en andere leefstijlfactoren, fitheid, (ervaren) gezondheid en dagelijks functioneren. In kader van gedragsverandering is het de hypothese dat deelnemers naast deelname aan GALM ook lichamelijk actiever worden in hun vrije tijd. Uiteindelijk zou dit mogelijk kunnen leiden tot het voldoen aan de Nederlandse norm gezond bewegen.

Persoonlijke en wijkgebonden benadering

De huis-aan-huis benadering van de via het bevolkingsregister geselecteerde senioren blijkt in de praktijk goed te werken. Vaak worden potentiële niet-deelnemers toch ‘over de streep’ getrokken. De wijkgebonden benadering blijkt bovendien een extra stimulans voor veel senioren om deel te nemen omdat ook buurtgenoten meedoen en de afstand tot de accommodatie gering is (meestal in de wijk).

Fitheidstest

Het deelnemen aan de fitheidstest heeft meerdere functies. Naast een medische screening en het inventariseren van het uitgangsniveau van de deelnemers blijkt de setting van de test (in de wijk, homogeniteit van deelnemers) en de aandacht voor de deelnemers motiverend te zijn voor deelname aan het bewegingsprogramma.

GALM programma

Het GALM-programma wordt groepsgewijs aangeboden. De vrijheid om iemand mee te nemen uit de directe sociale omgeving (partner, burens, familieleden), ongeacht hoe actief ze zijn, werkt drempelverlagend en draagt bij aan de sociale cohesie. Het aansluiten op het uitgangsniveau van de deelnemers, het laten ervaren dat ze nog veel kunnen, de variatie en veelzijdigheid in de aangeboden sportieve activiteiten en het bevorderen van plezier in deze activiteiten worden als belangrijkste elementen van het programma beschouwd in relatie tot blijvende deelname.

De kwaliteit van de lesgever is zeer bepalend voor een succesvol programma. GALM-docenten volgen daarom een speciale bijscholing. Het adequaat opleiden en begeleiden van kader voor deze bewegingsgroepen vereist structurele aandacht. Het uiteindelijk laten doorstromen van deelnemers aan GALM naar sportverenigingen vindt maar in beperkte mate plaats. De sociale cohesie in de groepen en de vertrouwdsheid van de lesgever zijn van doorslaggevend belang gebleken bij de continuering van de bewegingsgroepen.

Infrastructuur

Het afstemmen met en inbedden in bestaande nationale, provinciale en lokale infrastructuur is van essentieel belang voor de uitvoering van GALM, niet alleen voor het

creëren van draagvlak voor het starten van sportstimuleringsprojecten maar met name ook voor het opleiden en ondersteunen van kader en het zorgdragen voor de continuïteit. Subsidies, zoals de breedtesportimpuls, zijn met name van belang voor het initiëren en het de eerste keer uitvoeren van lokale projecten terwijl continuering vaak kosten-dekkend is door de bijdrage van deelnemers.

Kwaliteitsbewaking van de GALM-strategie is van belang en wordt vanuit de provinciale sportorganen verzorgd. Landelijk werkt het NISB samen met het Instituut voor Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen aan de verdere ontwikkeling van de GALM-strategie. In dit kader wordt een aanvullende strategie voor GALM ontwikkeld op basis van individuele begeleiding ten aanzien van lichamelijke activiteit. Dit moet leiden tot een toename van de mate van lichamelijke activiteit van de doelgroep conform de *Nederlandse norm gezond bewegen*.

Generaliseerbaarheid

De theoretische uitgangspunten van GALM kunnen als basis worden gehanteerd voor bewegingsstimulering van andere doelgroepen, zoals zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar, chronisch zieken en ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. De praktische uitwerking van de strategie zal echter specifiek moeten worden toegesneden op de doelgroep. In dit kader wordt momenteel gewerkt aan een sportstimuleringsstrategie voor lichamenlijk inactieve of niet voldoende lichamenlijk actieve senioren met een chronische aandoening (SCALA).

Conclusies

De effectiviteit van sportstimulering voor senioren wordt vergroot indien het op geleide van een theoretisch kader wordt ontwikkeld. Sportstimulering vereist een langdurige en gefaseerde aanpak waarbij de context van het bewegingsprogramma (lesgever, locatie, tijd) zo veel mogelijk stabiel moet worden gehouden maar de inhoud van het bewegingsprogramma zo veel mogelijk moet worden gevarieerd en aangepast aan de individuele deelnemer. Lesgevers spelen hierin een cruciale rol. Door de landelijke implementatie van GALM dreigt echter een tekort aan gekwalificeerde lesgevers. Een ander punt van zorg is de aanzienlijke uitval van 50% gedurende de anderhalf jaar durende GALM-strategie. Voor een deel is deze uitval te verklaren door gezondheidsproblemen van deelnemers of partners van deelnemers en de wisselingen in de context van het bewegingsprogramma. Daarnaast zullen de verschillende fasen van de strategie voortdurend kritisch moeten worden beschouwd en verder worden ontwikkeld om de uitval zo veel mogelijk te beperken.

4.2 Preventie van valongevallen bij senioren (65+) door lokale projecten

B Dijk, L Hesemans

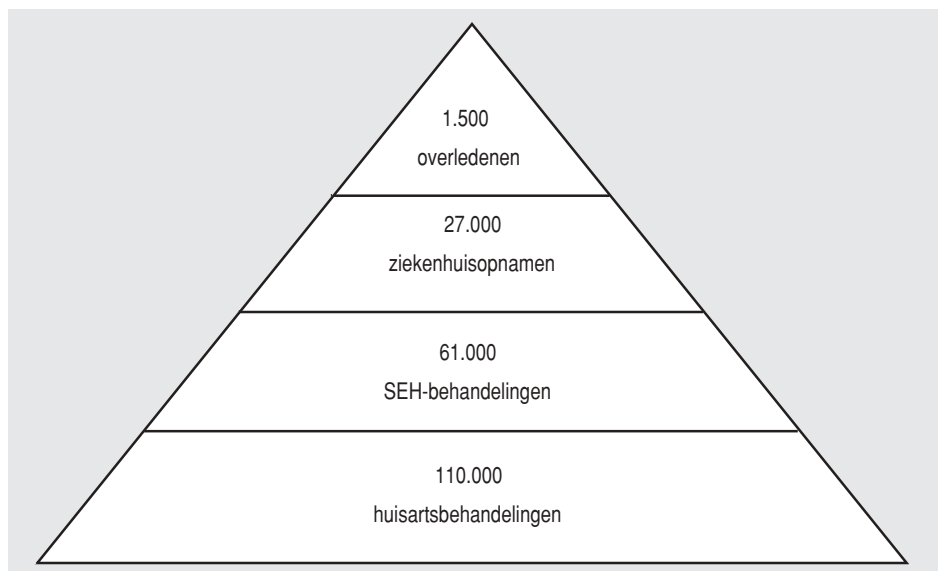
Een planmatige, systematische aanpak met heldere doelstellingen is nodig voor succesvolle interventies om het aantal valongevallen onder senioren te verminderen. Participatie van de doelgroep in álle fasen van het project is eveneens een voorwaarde voor doeltreffendheid. Een goede voorbereiding is nodig om voldoende draagvlak voor de interventie te realiseren. Dit kost tijd.

Probleem

Elk jaar zijn 200.000 mensen van 65 jaar en ouder het slachtoffer van een prive-ongeval (zie *figuur 4.2.1*). In de periode 1995-1999 steeg het aantal ongevallen behandeld op de Spoedeisende Hulpafdeling onder personen van 65 jaar en ouder met 10%. In circa 80% van de ongevallen gaat het hierbij om een valongeval (Van Aken et al., 2000). De gevolgen van een valongeval voor senioren zijn vaak ernstiger dan bij andere groepen: heupfracturen die leiden tot ziekenhuisopname, verminderde zelfredzaamheid, sociaal isolement, verminderde mobiliteit en angst om opnieuw te vallen.

Oorzaken en beleving

Belangrijke interne (persoonsafhankelijke) factoren bij valongevallen zijn osteoporose, toename van de leeftijd, incontinentie, visusproblemen, geneesmiddelengebruik, ver-



Figuur 4.2.1: Jaarlijks aantal slachtoffers van een privé-ongeval.

minderde mobiliteit, cognitieve achteruitgang, loopafwijkingen, artritis, hoge mate van afhankelijkheid, duizeligheid en restverschijnselen van een beroerte (Tromp, 2000). Externe factoren in de woonomgeving (zoals vloerkenmerken, verlichting en obstakels) lijken bij een derde tot de helft van de ongevallen een rol te spelen (NHS, 1996). Vaak betreft het een interactie tussen beide typen factoren (Wijlhuizen et al., 1996). Eerdere valincidenten zijn ook vaak goede voorspellers (Tromp, 2000). In de beleving van senioren is ongevalspreventie geen top-of-mind onderwerp. Senioren staan vaak pas open voor preventie, als zij zelf of iemand in de naaste omgeving het slachtoffer is geworden van een privé-ongeval (Centrum voor Marketinganalyses, 1999).

Lokale aanpak

Een lokale benadering (community project) is een geschikte manier om thuiswonende senioren te bereiken. Met name uit internationale studies is gebleken dat een multi-sectorale, multi-factoriële (gezondheid én omgeving) benadering op lokaal niveau tot goede resultaten leidt. In het bijzonder is de aanpak van orthostatische hypotensie, verminderd medicijngebruik en maatregelen voor verbetering van het evenwicht en wijze van verplaatsen effectief. Huisbezoeken zonder directe interventie of doorverwijzing worden niet aanbevolen. Identificatie van en interventies bij bewoners met een hoog risico op vallen in verzorgingshuizen zijn eveneens effectief. Dat geldt ook voor interventies bij ouderen die ten gevolge van een val op een spoedeisende hulpafdeling behandeld werden (Thompson, 1996; Feder et al., 2000). Evaluatie van lokale veiligheidsprojecten van Consument en Veiligheid hebben een aantal succes- en faalfactoren opgeleverd, die zijn neergelegd in een checklist (Dijk & De Weerd, 2000):

- Een planmatige, systematische aanpak met heldere doelstellingen op alle niveaus (individueel, omgeving en lokaal beleid);
- Participatie van de doelgroep in alle fasen van het project;
- Een goede organisatie van mensen en middelen met duidelijkheid over taken; bevoegdheden en verantwoordelijkheden en daarnaast structurele inbedding in het lokale beleid, aansluitend bij de bestaande infrastructuur;
- Een gefaseerde aanpak en de introductie van één onderwerp tegelijk;
- Een goede voorbereiding;
- Regelmatige terugkoppeling van voortgang en resultaten met behulp van een monitoring- en registratiesysteem.

Op basis van deze checklist is het project *Thuis in Evenwicht* ontwikkeld. Consument en Veiligheid voert in Breda, Rotterdam en Almelo momenteel een pilot uit. In *Thuis in evenwicht* wordt door de lokale overheid, lokale zorg-, welzijns- en belangenorganisaties en het bedrijfsleven gewerkt aan de preventie van valongevallen bij senioren. In een eerste fase worden senioren bewust gemaakt van het probleem. Vervolgens worden mogelijke preventieve oplossingen gegeven en tenslotte wordt praktisch hulp bij de uitvoering van preventiemaatregelen geboden. Voor de ontwikkeling van het project op lokaal niveau is een draaiboek gemaakt. Consument en Veiligheid heeft een adviserende rol en ontwikkelt de nodige voorlichtingsmaterialen. De gemeente of plaatselijke GGD is verantwoordelijk voor de lokale projectcoördinatie. De lokale projectgroep bestaat uit

leden van diverse organisaties. Na een intensieve voorbereidingsperiode, waarin de gemeenten hun eigen projectplan hebben geschreven, zijn twee van de drie pilots gestart met de bewustwordingsfase. In de uitvoeringsfase wordt gebruik gemaakt van peer-education. De pilots worden begeleid met evaluatieonderzoek. Op dit moment zijn nog geen resultaten beschikbaar.

Conclusie

Uit buitenlandse literatuur komt naar voren dat een multifactoriële, lokale aanpak het aantal valongevallen bij senioren kan helpen verminderen. Bij de ontwikkeling van *Thuis in evenwicht* is rekening gehouden met de succes- en faalfactoren voor lokale projecten. Het blijkt dat een lange voorbereidingstijd nodig om draagvlak op lokaal niveau te kunnen realiseren alvorens te starten met de werkelijke uitvoering van het project. Nog niet bekend is of het thema valpreventie op de lange termijn zal beklijven. Hiervoor is een inbedding in het lokale beleid essentieel.

De structuur rond gezondheidsbevordering (zorg, welzijn, preventie) voor senioren laat helaas een versnipperd en verkokerd beeld zien. Dit bemoeilijkt de lokale samenwerking en de inbedding in het lokale beleid. Mogelijk dat de voorgenomen versterking van de openbare gezondheidszorg hierin verbetering zal brengen. Naast de gemeenten vervullen ook andere lokale organisaties hier een sleutelrol.

4.3 Een gewaarschuwd mens: Senioren-voorlichters geven het goede valveilige voorbeeld aan oudere wijkbewoners

K van Veldhuizen, PC den Hertog, PL Kocken, AJJ Voorham, Y van den Berg

Hoogbejaarden zijn doorgaans moeilijk te bereiken met gezondheidsbevorderingsactiviteiten. Seniorenvoorlichters kunnen een belangrijke rol spelen in de voorbereiding en uitvoering van huisbezoeken en voorlichtingsbijeenkomsten. Voorlichting over veiligheid via deze methode verhoogt de kennis bij ouderen over voorzieningen in de wijk waar men terecht kan voor hulpmiddelen en over de mogelijkheden van het aanbrengen van belangrijke preventieve aanpassingen in huis. Een belemmering voor het community project is de lage organisatiegraad van ouderen.

Inleiding

Ouderen zelf worden steeds meer betrokken bij de ontwikkeling en organisatie van gezondheidsbevorderingsactiviteiten. Een voorbeeld van een gezondheidsbevorderingsproject waarin ouderen participeerden is het ‘community’ project van de GGD Rotterdam e.o., gericht op de preventie van valongevallen in en om de woning in de Tarwewijk. Seniorenvoorlichters gaven in dit project aan leeftijdgenoten voorlichting over het risico van vallen. Zij gaven het voorbeeld hoe in de thuissituatie een valongeval voorkómen kan worden. Behalve de seniorenvoorlichters waren (oudere) vrijwilligers uit de Tarwewijk in het ‘community’ project actief.

Het valongevallen ‘community’ project

De Tarwewijk is een achterstandsbuurt gelegen in Rotterdam Zuid. Het heeft circa 12.000 inwoners, waarvan circa 950 65-plussers. Veel ouderen zijn uit de Tarwewijk vertrokken. De GGD en organisaties uit de wijk werkten samen in het valongevallen preventieproject. In het project werd aan de oudere inwoners voorlichting gegeven met het oog op verandering van risicogedrag. Ook werd in het project aandacht besteed aan verandering van de omgeving om het gewenste gedrag mogelijk te maken. Het project bestond uit een interventiemix van een aantal onderling samenhangende interventies:

- De seniorenvoorlichters gaven in groepsbijeenkomsten voorlichting over risicosituaties voor valongevallen, het (lokale) hulpaanbod voor ouderen, en mogelijkheden voor het nemen van preventieve maatregelen. Ook werd aandacht besteed aan het belang van bewegen voor ouderen. De voorlichting was gericht op kennisvermeerdering en attitudeverandering;
- Alle 80 plussers in de wijk werden door de seniorenvoorlichters en vrijwilligers uit de wijk thuis bezocht. Aan de hand van een checklist werd advies gegeven over preventieve maatregelen in huis. Desgewenst werd bemiddeld voor voorzieningen in huis;
- Stichting Consument & Veiligheid ontwikkelde ten tijde van het project in samenwerking met de GGD Rotterdam e.o. de interactieve tentoonstelling ‘een gewaar-

schuwd mens', over zintuigelijke waarneming en de dreiging van valongevallen. De tentoonstelling was in een wijkgebouw in de Tarwewijk te zien;

- In het kader van het project werd een beweegmanifestatie georganiseerd;
- Medewerksters van Thuiszorg Rotterdam bespraken met hun oudere klanten met behulp van een checklist onveilige situaties in de woning en gaven adviezen voor verbetering;
- Een 'wijkshow' werd gehouden. Valgevaarlijke plekken werden aangemeld bij de gemeentelijke diensten en waar mogelijk direct aangepakt;
- Door middel van een krantenrubriek en nieuwsbrieven werd bij ouderen en intermediairen aandacht gevraagd voor het thema valongevallen bij ouderen;
- Lokale intermediairen werden bij het project betrokken, met het oog op continuering van aandacht voor het thema valongevallen na de projectperiode.

Met het project in de Tarwewijk werden de volgende doelstellingen beoogd: het realiseren van risicobeperkende maatregelen en risicobeperkend gedrag bij de oudere inwoners, en het bevorderen van een gezonde leefstijl (Voorham et al., 1995). Deze doelstellingen moeten ertoe bijdragen dat op de lange termijn het aantal valongevallen van ouderen in en om de woning wordt teruggebracht. De doelgroep was zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder. Daarbij werd specifiek aandacht besteed aan risicogroepen voor valongevallen, te weten zelfstandig wonende ouderen van 80 jaar en ouder en oudere klanten van thuishulp van Thuiszorg Rotterdam. De groep 80-plussers werd het meest intensief benaderd, namelijk met de individuele voorlichting in de thuis-situatie.

Bereik

Aan alle ouderen van 65 tot 79 jaar werd achteraf aan de projectperiode een schriftelijke vragenlijst toegestuurd. Alle 80-plussers (270) in de wijk werden voor en na de projectperiode benaderd voor een mondeling interview. De voormeting werd in laatstgenoemde groep gecombineerd met het projectonderdeel huisbezoek. Bijna driekwart van de geënquêteerde 65 tot 79-jarigen had over de activiteiten die werden georganiseerd gehoord of gelezen. Omdat zij in het project persoonlijk thuis werden bezocht, hadden bijna alle geïnterviewde 80-plussers van de activiteiten vernomen. Ruim de helft van de 80-plussers in de Tarwewijk wilde een seniorenvoorlichter of vrijwilliger thuis ontvangen (huisbezoek). Een relatief groot aantal ouderen (25%) was fysiek of geestelijk niet in staat om deel te nemen of werd niet thuis aangetroffen, onder andere vanwege opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis. Ruim eenvierde van de geënquêteerde 65 tot 79-jarigen had aan één of meerdere projectactiviteiten deelgenomen, met name aan de groepsvoorlichtingen. Bijna eenvijfde van de geïnterviewde 80-plussers had behalve aan huisbezoek, ook aan andere activiteiten deelgenomen. De opkomst bij de beweegmanifestatie en de slotbijeenkomst van het project was gering. Helaas participeerden niet alle beoogde lokale intermediairen in het project. Zo konden de huisartsen geen actieve inbreng in het preventieproject realiseren (Van Veldhuizen, 1999).

Effecten

Uit de vergelijking tussen de voormeting en nameting bij de geïnterviewde 80-plussers blijkt dat men meer kennis had van de voorzieningen in de wijk waar men terecht kan voor hulpmiddelen, en van mogelijkheden van het aanbrengen van belangrijke preventieve aanpassingen in huis, zoals antislipmaterialen, handgrepen en het verwijderen van drempels (Kocken & Voorham, 1998). Ook was een aantal 80-plussers ertoe gebracht om daadwerkelijk aanpassingen in huis te realiseren. Zo had bij de voormeting reeds 28% overal in huis drempels laten weghalen. Bij de nameting was dit gestegen tot 50%. Bij de 65-plusgroep was dit in de nameting 39%. Een verandering in attitude, eigen effectiviteit en ervaren barrières ten aanzien van het treffen van maatregelen om vallen te voorkómen kon niet worden aangetoond. Evenmin was er een significante verandering van veilig gedrag ter voorkóming van vallen. Opvallend is dat, wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen 80-plussers die alleen aan huis werden bezocht en ouderen die ook aan andere activiteiten hadden deelgenomen, de laatste groep zei angstiger te zijn om te vallen. Het is mogelijk dat deze angst reden was om ook aan andere activiteiten deel te nemen.

Discussie

De aandacht van het valongevallenproject voor thuiswonende ouderen werd in de wijk als positief gewaardeerd. Het individuele traject in de vorm van huisbezoeken aan 80-plussers was arbeidsintensief, maar uiteindelijk werd de helft van deze groep met het project bereikt. Deze hoogbejaarden zijn doorgaans moeilijk te bereiken met gezondheidsbevorderingsactiviteiten. Het bezoek door de ouderen aan de overige projectactiviteiten was wisselend. Toch had een kwart van de jongere leeftijdsgroep, die niet individueel werd bezocht, aan één of meer activiteiten deelgenomen. Mogelijk kan de belangstelling nog verder worden verhoogd wanneer preventie van valongevallen deel uitmaakt van een project met een breder thema, zoals bewegen, veiligheid in de wijk of gezond ouder worden.

Intermediairen van welzijnsvoorzieningen bleken vaak bereid om in het project te participeren en mee te werken aan de organisatie van activiteiten. Ook de thuiszorg was in het project actief. Huisartsen zouden wellicht in tijd en geld tegemoet moeten worden gekomen om een bijdrage te kunnen leveren aan een valongevallen preventieproject. Doordat huisartsen niet in het project participeerden, was er minder aandacht voor persoonsgebonden risicofactoren van valongevallen, zoals medicijngebruik, mobiliteit en evenwicht.

Het evaluatieonderzoek is met beperkte middelen tot stand gekomen. Een onderzoeksdesign met controlegroep bleek niet mogelijk. Uitspraken over effectiviteit kunnen daarom alleen met grote voorzichtigheid worden gedaan. Het project was slechts gedeeltelijk effectief. Effecten werden gerealiseerd op het gebied van kennis en het aanbrengen van preventieve aanpassingen in huis. De voorlichting was mogelijk te weinig intensief om op ‘community’ niveau effect te sorteren.

De seniorenvoorlichters hadden een belangrijke rol in de voorbereiding en uitvoering van de huisbezoeken en voorlichtingsbijeenkomsten. De veronderstelde werking van de voorlichters als rolmodel is niet terug te vinden in verandering van opvattingen over valpreventief gedrag bij de 80-plussers. Wellicht is het leeftijdsverschil tussen de seniorenvoorlichters (55-plussers) en 80-plussers te groot. Toch had de inzet van ouderen zelf in het project een positieve betekenis. Er werd niet voor hen gedacht, maar door hen meegedacht. Ook de inbreng van de vrijwilligers uit de wijk bij de huisbezoeken werd als positief ervaren. Een belemmering voor het 'community' project was de lage organisatiegraad van ouderen in de Tarwewijk. Het project kon niet aansluiten bij bestaande netwerken van ouderen. Mogelijk kan de lage opkomst bij de manifestaties hierdoor worden verklaard.

4.4 Lessen van Hartslag Limburg: samenwerking in de openbare gezondheidszorg moet gestructureerd en gemanaged worden.

E Ruland, A van Raak, N de Vries, J van Ree

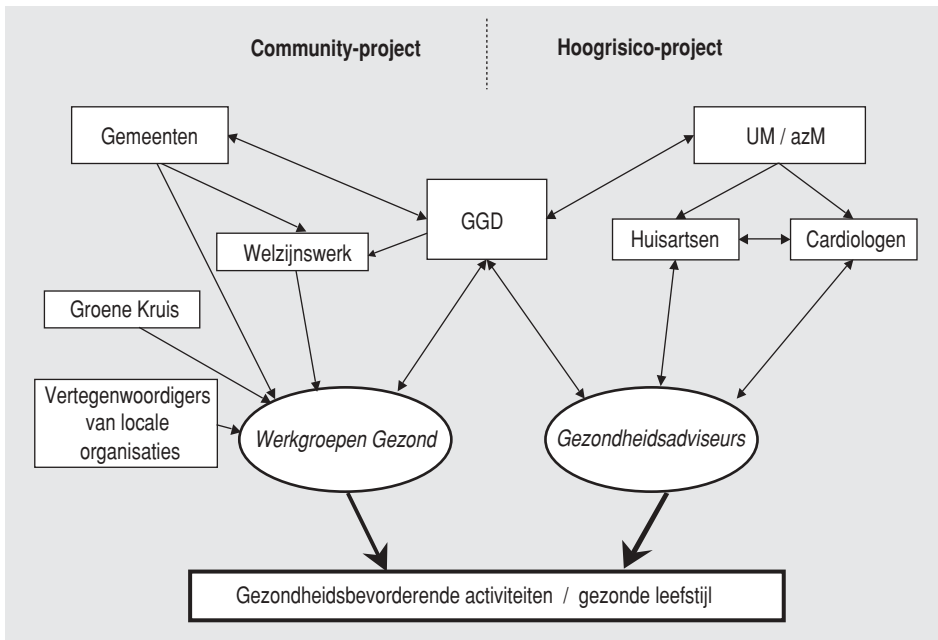
In het preventieproject Hartslag Limburg is sinds 1998 een brede samenwerking gerealiseerd tussen lokale overheid, zorg- en welzijnsinstellingen, wetenschap en andere lokale intermediairs. Mede dankzij de gestructureerde opzet van de samenwerking werd de belangrijkste tussentijdse doelstelling, het doorlopend genereren van een hoog niveau van gezondheidsactiviteiten in nulde, eerste en tweede echelon, gehaald. Belangrijke factor voor dit succes lijkt het managen van de samenwerking. In Nederland ontbreekt echter nog de structuur die nodig is om intersectorale en transmurale samenwerking blijvend te faciliteren.

Introductie

Algemeen wordt aangenomen dat via leefstijlbeïnvloeding nog belangrijke gezondheidswinst onder de Nederlandse bevolking is te behalen. Vooral ouderen, jongeren, personen met een lage SES en allochtonen worden gezien als doelgroepen voor bevordering van gezond gedrag. Op het terrein van de ‘BRAVO’-thema’s worden twee soorten methoden voor dit doel ingezet: landelijke campagnes met een sterk wetgevend of massamediaal karakter en een beperkte lokale intensiteit; lokale of regionale campagnes van een overwegend weinig structureel karakter qua tijdsperiode, inzet van mensen en middelen en aantal betrokken organisaties. Vele organisaties zien bevordering van een gezonde leefstijl als een structurele taak. Tegelijkertijd wordt dit beleidsterrein gekenmerkt door *versnippering*: bijdragen moeten worden geleverd uit zeer verschillende sectoren en *blijvende* intersectorale en transmurale samenwerking komt amper tot stand. De wetgeving die de verantwoordelijkheid voor een coherent preventief beleid regelt, is mager. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de recentere gemeentelijke verplichting tot het produceren van een nota lokaal gezondheidsbeleid leggen enige verantwoordelijkheid bij gemeenten. Echter, tot dusverre heeft dit geleid tot slechts een beperkte toerusting van de GGD-organisatie (qua deskundigheid, menskracht, bevoegdheden) om de coördinerende taak te vervullen. Dit is mede het gevolg van de lage prioriteit die gemeentelijke overheden van oudsher geven aan volksgezondheid. Resultaat is dat de realisatie van integrale programma’s afhangt van de min of meer toevallige intenties van partnerorganisaties en intermediairen.

Opzet van Hartslag Limburg

In juni 1998 is in de regio Maastricht het project ‘Hartslag Limburg, samen gezond’ gestart. Hartslag Limburg is een grootschalige regionaal samenwerkingsproject, gericht op de preventie van hart- en vaatziekten. Visie achter dit project is dat een duurzaam



Figuur 4.4.1: Samenwerking tussen partners in Hartslag Limburg.

samenwerkend regionaal netwerk van voldoende omvang en inhoud, onmisbaar is voor effectieve gezondheidsbevordering. Ten behoeve van dit netwerk is 1,2 fte projectmanagement en 0,4 fte communicatiemedewerker beschikbaar. In het project wordt intensief samengewerkt tussen een groot aantal regionale partners (zie *figuur 4.4.1*) (Steenbakkers & Ruland, 2000). De Nederlandse Hartstichting is hoofdsponsor van het project.

Hartslag Limburg combineert een populatiebenadering, gericht op grote groepen via openbare kanalen, met een hoogrisico-benadering via het medische circuit. In het *Hoogrisico-project* worden, in samenwerking tussen GGD, huisartsen en cardiologen, patiënten opgespoord met een reeds bekend medisch hoog risico op het krijgen van hart- en vaatziekten. Deze patiënten krijgen individuele begeleiding/advisering aangeboden ter ondersteuning van het verwerven van een gezonde leefstijl. De begeleiding wordt uitgevoerd door een viertal nieuwe functionarissen: de gezondheidsadviseurs.

Daarnaast loopt een *Community-project* waarin uiteenlopende activiteiten en campagnes worden opgezet. Waar mogelijk worden patiënten door de gezondheidsadviseurs geattendeerd op het aanbod aan activiteiten in het Community-project (bijv. supermarktrondleidingen). Binnen het Community-project zijn negen lokale ‘Werkgroepen Gezond Leven’ opgericht: één in elk van de vijf gemeenten en in Maastricht tevens in vier volksbuurten (met hoog percentage personen in de lagere SES-klassen). Voor de werkgroepen zijn vrijwilligers geworven onder vertegenwoordigers van organisaties en doelgroepen in de gemeente of buurt. Daarnaast bevat elke werkgroep een GVO-er (0,2

fte), een welzijnswerker (0,2 fte) en een gemeenteambtenaar (welzijn/sport; 0,05 tot 0,2 fte afhankelijk van de gemeente). Op buurtniveau wordt extra capaciteit welzijnswerk ingezet om via sociale netwerkontwikkeling de doelgroep te bereiken. De belangrijkste taak van de werkgroepen is om gezondheidsbevorderende activiteiten op te zetten in de eigen gemeenschap, die passen binnen de thema's van het project en aansluiten bij lokale onderzoeksgegevens naar determinanten (volgens het ASE- model en het 'trans-theoretical'-model). Door de buurtwerkgroepen worden activiteiten toegesneden op de eigen doelgroep: een leefstijlreading wordt bijvoorbeeld vervangen door een *voedingsparty in de huiskamer* met allerlei spel- en doe-activiteiten.

Tussentijdse projectresultaten

De processen, effecten en kosten van het project worden wetenschappelijk geëvalueerd door de betrokken vakgroepen van de Universiteit Maastricht, in samenwerking met het RIVM. Tot de maatstaven voor bepaling van de effecten behoren gezondheidswinst en reducties van risicofactoren (zoals 1,75% reductie in de prevalentie van roken) in de regio.

In het *Hoogrisico-project* zijn inmiddels via de poli cardiologie en de 25 deelnemende huisartspraktijken meer dan 2.500 patiënten ingestroomd. Voorlopige analyses van de gegevens van de eerste 365 patiënten geven een gunstig beeld wat betreft patiënttevredenheid (rapportcijfer 8) en zelf gerapporteerde gedragsverandering kort na de begeleiding (57%). 86% beschouwt de begeleiding als een goede aanvulling op de normale hulpverlening.

Vanuit het *Community-project* zijn in de periode medio 1998 t/m 2000 meer dan tweehonderdvijftig gezondheidsbevorderende activiteiten georganiseerd in de regio. Daarbij werd aangehaakt bij landelijke campagnes van NOC*NSF, Stivoro (Defacto) en Voedingcentrum/Stuurgroep Goede Voeding. Steeds meer worden ook initiatieven vanuit de doelgroepen zelf ondernomen (Ruland, 2001). De afstand tussen abstract overheidsbeleid en de door de bevolking ervaren dagelijkse werkelijkheid is hiermee zichtbaar verkleind.

Factoren voor samenwerking

Wat valt in dit stadium te leren van Hartslag Limburg? De partners beschouwen zowel het hoge aantal gezondheidsbevorderende activiteiten als de ontwikkeling en implementatie van het Hoogrisico-project als het resultaat van hun onderlinge samenwerking. Deze samenwerking maakte het mogelijk dat ieder vanuit zijn eigen terrein op gecoördineerde wijze de bijdragen kon leveren die nodig waren. Het louter beschikbaar stellen van fte's, budgetten en andere capaciteiten (waaronder GVO-deskundigheid) was hiervoor niet voldoende geweest. Hoe cruciaal de factor *management* is in het aaneensmeden van deze elementen lichten wij hieronder toe.

De organisatiewetenschap wijst op een aantal factoren die essentieel zijn voor het realiseren van inter-organisatiele samenwerking. Het WIZ-model (Werkgroep Integrale

Zorg; Raak & Paulus, 1999), dat sinds 1990 door de Universiteit Maastricht wordt ontwikkeld en gelijkenis vertoont met principes uit de GVO-literatuur, benoemt vier clusters van factoren: management, draagvlak (waaronder de beschikbaarheid van middelen), locale context en externe factoren (zie *tabel 4.4.1*). Belangrijk is dat het management (onder 4 in *tabel 4.4.1*) doelgericht tracht de werking van de overige clusters van factoren te beïnvloeden. Dit betekent dat bijvoorbeeld de projectmanager kansen moet creëren en grijpen, en tegelijkertijd hindernissen omzeilt of opruimt.

De factoren genoemd onder *draagvlak* (onder 1 en 2 in *tabel 4.4.1*) zijn relatief het meest beïnvloedbaar. Daaraan wordt in Hartslag Limburg veel aandacht besteed. Om bij de partners, financiers en publiek het draagvlak voor het project te versterken zijn inmiddels meer dan zestig activiteiten uitgevoerd, zoals de organisatie van presentaties, lezingen en bijeenkomsten en de uitgave van nieuwsbrieven. Ook verschenen ruim driehonderd massamediale uitingen (dag- en weekbladen, radio en TV, *exclusief* het dagelijkse TV-programma ‘Hartslag Beweeg TeeVee’). Inmiddels heeft de regionale ziektekostenverzekeraar zich als betalende partner aangesloten bij het project. Dit illustreert onder meer de groeiende *betrokkenheid* als uitingsvorm van het draagvlak.

Verder zijn met alle partners meerjarige samenwerkingsovereenkomsten gesloten. Het Operationeel Scenario van het project vormt onderdeel van de overeenkomsten, waardoor ook aan de factoren *organisatiestructuur* en *planvorming* is gewerkt. Het sluiten van overeenkomsten is een van de voornaamste managementstrategieën om voor Hartslag Limburg het draagvlak te vergroten. Andere strategieën zijn het voortdurend onderstrepen van het *belang* van het project via de diverse kanalen en de constante nadruk op het creëren van *win-win situaties*. Voorbeelden van gecreëerde win-win situaties zijn: voor gemeenten de uitgebreide cofinanciering door derden, voor de universiteit het kunnen verrichten van promotie-onderzoek (op kosten van landelijke fondsen), voor het welzijnswerk het versterken van hun imago bij gemeenten.

Benadrukt moet worden dat management en het realiseren van draagvlak geen voorlichtingsvaardigheden vergen, maar tactische en strategische *managementvaardigheden*. De ontwikkeling van deze vaardigheden is echter geen standaardonderdeel van de opleidingen van professionals die geacht worden om openbare gezondheidsprogramma's te realiseren, vaak vanuit een uitvoerend niveau. Dit kan verklaren waarom veel samenwerkingsinitiatieven zo beperkt blijven. Willen we dit veranderen dan ligt hier een taak voor middel- en topmanagement van betrokken organisaties. Zij moeten investeren in *transmurale managers*.

De factoren onder *locale context* en *externe factoren* (3 en 5 in *tabel 4.4.1*) zijn door het management veel moeilijker beïnvloedbaar. Hier ligt een belangrijke taak voor overheden en financiers. Ons land kent weinig regelgeving gericht op het realiseren van regionale en landelijk-regionale samenwerkingsstructuren voor de openbare gezondheidszorg. Nodig zijn onder meer richtlijnen waarin capaciteit van welzijns- en overheidsinstellingen (vooral uren van welzijnswerkers, ambtenaren en GGD-medewerkers) gelabeld wordt voor intersectorale samenwerkingsstructuren. Ook is duidelijk

Tabel 4.4.1: Het WIZ-model; succes- en faalfactoren voor transmurale samenwerking
(naar: Werkgroep Integrale Zorg, capgroep BEOZ, Universiteit Maastricht).

Cluster	Factoren / variabelen	Veronderstellingen
1. Draagvlak (factoren van invloed op het draagvlak)	Samenwerkingsverband: a) Doelstelling b) Oordeel c) Belang	Voor een goed draagvlak onder partijen moeten individuele participanten achter het samenwerkingsdoel staan (gemeenschappelijke visie t.a.v. wederzijdse afhankelijkheid voor doelbereiking), moet dit doel aansluiten bij hun eigen doelen (oordeel) én moet het samenwerkingsproject van belang worden geacht voor de eigen organisatie.
	d) Win-win situatie	Voor een goed draagvlak onder partijen moeten individuele participanten het gevoel hebben dat aan (blijvende) deelname meer voordelen dan nadelen vastzitten.
	Overeenstemming: e) Domeinconsensus f) Ideologische consensus	Het bestaan van overeenstemming over elkaars taken, functies, werkwijze en werkgebied (domeinconsensus) en overeenkomsten in cultuur, zoals visie op samenwerking, het belang van preventie, het gewenste lokale preventieaanbod en het aansluiten op lokale behoeften (ideologische consensus), is een essentiële voorwaarde voor een goed draagvlak onder partijen.
2. Draagvlak (uitingsvormen)	a) Onderlinge relaties	Het accent van de onderlinge relaties kan op samenwerking of op concurrentie liggen. Wanneer het accent op concurrentie ligt is dit een uiting van geringer onderling vertrouwen, met als gevolg een lager draagvlak voor samenwerking.
	b) Betrokkenheid	Door het ondertekenen van een overeenkomst en door de inzet van middelen (geld, personeel) tonen partijen hun betrokkenheid.
	c) Adaptatie	Wanneer de samenwerking leidt tot innovatieve aanpassingen binnen de deelnemende organisatie, aanpassingen gericht op het bevorderen van de samenwerking, dan is dit een uitingsvorm van draagvlak voor implementatie.
3. Locale context	a) Bestaande samenwerkingsrelaties	Wanneer partijen (organisaties en individuen) reeds naar tevredenheid met elkaar samenwerken, hebben zij het proces van onderlinge kennismaking en het kweken van vertrouwen grotendeels achter de rug. Zij kunnen sneller aan een nieuw initiatief werken en hebben voorsprong op anderen zonder samenwerkingsrelaties.
	b) Kenmerken van instellingen	Naarmate partijen meer worden geconfronteerd met ontwikkelingen en problemen die voor de eigen organisatie belangrijk zijn (zoals het overheidsbeleid, budgettekorten, fusieprocessen) zal de motivatie om te werken aan een nieuwe samenwerking lager zijn. Deze ontwikkelingen en problemen eisen namelijk veel aandacht op.
4. Management	Organisatiestructuur: a) Taken en bevoegdheden b) Ondersteuning c) Constructief overleg d) Netwerk	Een goede organisatiestructuur kent een duidelijke taak- en bevoegdhedenverdeling (waaronder formeel leiderschap), goede ondersteuning (informeel leiderschap) en het bestaan van constructief gezamenlijk overleg (communicatie, waaronder open informatie-uitwisseling). De samenwerking dient ingebed te zijn in een krachtig (bestuurlijk) netwerk dat positief staat t.o.v. de samenwerking.
	Plan: e) Uitvoeringsplan f) Strategisch plan g) Flexibiliteit	Het plan voor de uitvoering van de samenwerking moet helder zijn, met duidelijk omschreven doelen en explicatie van de weg waarlangs men de doelen wil bereiken, gekoppeld aan een tijdspad (uitvoeringsplan). Het strategische plan richt zich op de voorwaarden voor continuering op langere termijn. Tegelijkertijd moeten beide plannen ruimte bieden in te haken op actuele ontwikkelingen (flexibiliteit).
	h) Leiderschap	Goed leiderschap geeft aansturing die resulteert in het bereiken van de gestelde doelen, ook op de punten waar structuur en plan niet in voorzien.
	5. Externe factoren	a) Beleid en regelgeving
b) Opstelling financiers		Om het samenwerkingsproces niet te frustreren moet de opstelling van 'financiers op afstand' meedenkend, ondersteunend en stimulerend zijn, en moet de financiering van de samenwerking over een voldoende lange periode gegarandeerd zijn om personele leegloop te voorkomen.

dat een te strikte scheiding tussen financiering door de zorgverzekeraar (individuele zorg) en door de gemeente (collectieve zorg) een belemmering is voor de financiering van het overlappingsgebied (transmurale samenwerking en vooral het managen daarvan).

Conclusie

Het belang van samenwerking als randvoorwaarde voor de realisatie van effectieve programma's voor leefstijlbeïnvloeding wordt door velen onderschreven. Uit het model voor transmurale samenwerking, dat hier is ingevuld met voorbeelden uit Hartslag Limburg, blijkt dat het management een reeks succes- en faalfactoren moet zien te beïnvloeden om die samenwerking van de grond te krijgen. Hartslag Limburg laat zien dat de daarin gehanteerde managementstrategieën veelbelovend zijn om de benodigde samenwerkingsstructuur te realiseren en tegelijkertijd zowel risicodragers als de gehele populatie te benaderen. Het project illustreert verder dat een intensieve vorm van intersectorale en transmurale samenwerking haalbaar is, mits voldoende en vooral passende managementcapaciteit wordt ingezet.

Echter, de positieve ervaringen van Hartslag Limburg en de aanwezigheid van het ZON-ontwikkelingsprogramma *Gezond Leven* mogen niet versluieren dat er serieuze knelpunten zijn. Via opleidingen, regelgeving en financiering zijn nog onvoldoende randvoorwaarden gecreëerd voor duurzame samenwerking in de openbare gezondheidszorg. Met name het ontbreken van voldoende geschikte managementcapaciteit vraagt de komende tijd aandacht op landelijk en regionaal niveau.

4.5 Van koffiehuis tot salsaparty; migranten voorlichters bereiken hun doelgroep met Aids-boodschap

PL Kocken, AJJ Voorham, P van Haastrecht

Voorlichting in eigen taal en cultuur biedt goede mogelijkheden om aandacht te vragen voor het onderwerp Aids bij onder andere Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse doelgroepen. De concrete uitvoeringsvorm en de voorlichtingsboodschap moet steeds worden aangepast aan de situatie van de betrokken doelgroep. De Aids-voorlichting voor en door migrantendoelgroepen blijkt op een aantal punten een effectieve methode: misverstanden over hiv-transmissie verminderen en de inschatting van het risico op Aids wordt positief beïnvloed.

Aids-voorlichting in eigen taal en cultuur

Specifieke aandacht voor migranten is bij Aids-voorlichting gerechtvaardigd, omdat zij veelal de Nederlandse taal niet machtig zijn. Bovendien is bij migrantengroepen sprake van andere culturele beelden, en andere waarden en normen met gevolgen voor de bespreekbaarheid van hiv-besmetting en seksualiteit. Zo waren de eerste massamediale spotjes op televisie (“De bloemetjes en de bij”) zeer verwarrend voor een grote groep migranten die niet vertrouwd waren met dat Nederlandse beeld. Het versterkte mogelijk-kerwijs het misverstand dat muggen hiv konden overbrengen. Een cultureel aangepaste vorm is noodzakelijk om deze doelgroep te bereiken. Voorlichting door leden van de doelgroep zelf ligt voor de hand. In Nederland zijn veel migranten ‘peer’ voorlichters actief in de Aids-voorlichting. Behalve het taalvoordeel heeft voorlichting voor en door migranten het voordeel dat kenmerken van de doelgroep en voorlichter overeen komen, waardoor volgens de theorie de voorlichtingsboodschap versterkt wordt (zie *tekstbox 4.5.1*). Bij migrantenvoorlichting moet dan worden gedacht aan overeenkomst in cultuurgebonden waarden en normen, de sociale positie en de sexe (Kocken, 2000). Bovendien heeft de voorlichter de functie van rolmodel voor de doelgroep, wat volgens de sociale leertheorie een positieve invloed heeft op de perceptie bij het individu van normen in zijn of haar omgeving en het vertrouwen om het gewenste gedrag over te gaan nemen. Deze sociale normen en eigen effectiviteit zijn determinanten van gedrag. Bij Aids-preventie gaat het dan onder andere om het gebruik van condooms.

De migrantenvoorlichters gaan er meestal actief op uit om migrantengroepen te benaderen (Kocken & Voorham, 2000). Zij geven in bijeenkomsten voor bezoekers van bijvoorbeeld koffiehuisen of sociaal culturele verenigingen informatie over de wijze van hiv-overdracht en het risico dat men loopt. Er wordt dan ook door middel van een condoomdemonstratie aandacht gevraagd voor opvattingen en vaardigheden op het gebied van condoomgebruik. Verder staan de migrantenvoorlichters regelmatig met een stand op feesten en manifestaties om informatie te geven over Aids-preventie. Een

Tekstbox 4.5.1: 10 Jaar VETC; Voorlichting door en voor allochtonen

Voorlichting in de eigen taal en cultuur (VETC) is persoonlijke voorlichting door allochtone gezondheidsvoorlicht(st)ers en zorgconsulenten. De vraag naar VETC is sinds de start, eind jaren tachtig, voortdurend toegenomen (NIGZ, 1998). In 1998 waren er inmiddels 250 voorlichters opgeleid uit meer dan vijftien verschillende culturen. Jaarlijks zijn er meer dan 3.500 groepsvoorlichtingsbijeenkomsten. Daarnaast worden jaarlijks nog eens 10.000 allochtonen bereikt op manifestaties (culturele feesten) en vinden ongeveer 3.000 individuele voorlichtingsgesprekken plaats. Sinds midden jaren negentig wordt VETC ook toegepast in de eerstelijns gezondheidszorg. Uitgangspunten van de (VETC) zijn (NIGZ, 1998):

- De voorlichting sluit aan bij de belevingswereld van de deelnemer, dat wil zeggen het kennisniveau, ervaringen en mogelijkheden van de deelnemer;
- Naast het overdragen van kennis worden vaardigheden aangeleerd;
- De kennis en vaardigheden worden mondeling overgedragen in verband met het percentage analfabetisme binnen de doelgroep, maar ook vanwege een culturele achtergrond waarin men gewend is om meer van persoonlijk contact te leren dan uit geschreven voorlichtingsmateriaal;
- De deelnemers worden aangesproken op reeds aanwezige kennis en vaardigheden en gestimuleerd om hun ervaring en kennis te verbreden naar nieuwe terreinen;
- De deelnemers worden aangesproken in hun eigen taal;
- De discussie en het uitwisselen van ervaringen worden gestimuleerd, zodat er onderlinge steun mogelijk is en een vertrouwensband ontstaat;

- De zelfzorg en zelfredzaamheid worden bevorderd, zodat allochtonen worden gestimuleerd deel te nemen aan de Nederlandse samenleving;
- De voorbeeldfunctie van de voorlichter is belangrijk, zodat de deelnemers zich makkelijk kunnen identificeren met de voorlichter.
- Het geven van voorlichting is niet vrijblijvend; ze worden betaald zodat ze de gelegenheid krijgen zich te ontwikkelen en een sociaal maatschappelijk gewaardeerde positie te verwerven.

Onderzoek naar de effectiviteit van VETC is schaars. Vanwege het geringe aantal onderzoeken is het niet mogelijk om algemene uitspraken te doen over de effecten van deze aanpak. Positieve effecten zijn gevonden op het terrein van kennisvermeerdering, het aanleren van praktische vaardigheden en houding ten aanzien van gedrag (Voets, 1996). Binnen gezondheidscentra en in huisartsenpraktijken lijkt bij deelnemers de zelfredzaamheid te zijn toegenomen onder invloed van de voorlichting en ervaren patiënten meer begrip (Opschoor & Danz, 1997). Het is duidelijk geworden dat voor-en-door voorlichting een waardevolle functie kan vervullen als brug tussen patiënt en arts. De grootste meerwaarde van een allochtone zorgconsulent ligt in de verbeterde communicatie met allochtone patiënten (Fidancan & Van Mechelen, 2000). Deze wordt, met name in de grote steden vaak als problematisch beschouwd (Gerits et al., 2001). Uit evaluaties bleek dat deelnemende mannen en vrouwen in het algemeen als 'early adopters' kunnen worden gezien, die hetgeen ze leren doorvertellen aan hun achterban en deze vervolgens kunnen motiveren om ook deel te nemen.

andere strategie waarmee ervaring is opgedaan om doelgroepen te bereiken, is een theaterproject voor Kaapverdiaanse migranten over het risico op Aids. Over het onderwerp Aids zijn inmiddels in diverse talen audio-visuele middelen, folders en posters ontwikkeld. De migrantenvoorlichters maken daar in hun voorlichting gebruik van.

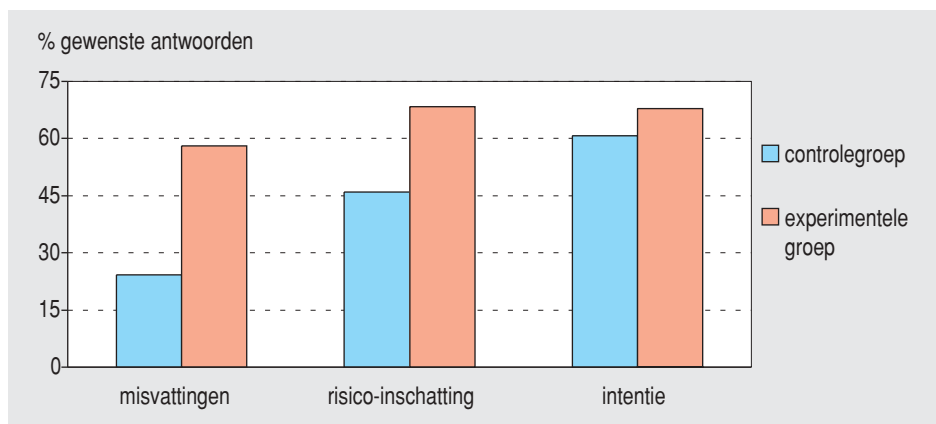
Resultaten

De Aids-voorlichting door voorlichters eigen taal en cultuur is geëvalueerd in Turkse en Marokkaanse koffiehuisen en moskeeën. Onderzoek is gedaan naar het verloop van de Aids-voorlichting, de determinanten van condoomgebruik bij Turkse en Marokkaanse mannen, en de effectiviteit van de voorlichting. Uit het onderzoek naar het verloop van de voorlichting in koffiehuisen en moskeeën kwam naar voren dat bij de Marokkaanse voorlichtingsbijeenkomsten condoomgebruik de meeste aandacht kreeg en bij de Turk-

se bijeenkomsten kennisoverdracht over hiv-transmissie. Tevens kwam naar voren dat bij jongeren en ongehuwden de gebruikte determinantenmodellen ten aanzien van risico inschatting en opvattingen over condoomgebruik niet goed toepasbaar bleken te zijn. Vermoedelijk spelen bij hen andere determinanten van condoomgebruik een rol, dan die in de voorlichtingsbijeenkomsten aan bod kwamen.

In een gerandomiseerde studie werd het effect van de Aids-voorlichting in eigen taal en cultuur onderzocht op determinanten van condoomgebruik (Kocken et al., 2001). Uit *figuur 4.5.1* blijkt dat op de korte termijn, direct na de voorlichting, er een groot effect is op misverstanden die leefden over hiv-transmissie en opvattingen over het risico dat men loopt op hiv-besmetting. Het effect op de intentie tot condoomgebruik, evenals opvattingen en eigen effectiviteit ten aanzien van gebruik van condooms was gering. Bij Marokkaanse mannen was het kleine effect van een hogere intentie tot condoomgebruik na de voorlichting wel statistisch significant.

Nader onderzoek heeft plaatsgevonden naar de mate waarin het onderwerp Aids een negatieve of positieve invloed had op de mening die de mannen vooraf en achteraf aan de voorlichtingsbijeenkomst gaven over de Turkse of Marokkaanse Aids-voorlichter (Voorham et al., 2001a). Marokkanen, bezoekers aan locaties die bij de voorlichters als progressief of modern bekend waren, en bezoekers met een positievere attitude ten aanzien van condoomgebruik hadden na de voorlichting een positiever beeld over de voorlichter: zij onderschreven het belang van voorlichting in de eigen taal, hadden vertrouwen in voorlichter en zagen hem als een voorbeeld. De opvattingen over de voorlichter veranderden nergens in negatieve zin behalve bij de bezoekers van niet-progressieve locaties (locaties die bekend stonden als conservatief of locaties waarover niets bekend was). Die beschouwden de voorlichter na de voorlichting minder vaak als een voorbeeld dan voorafgaand aan de voorlichting.



Figuur 4.5.1: Effecten van Aids-voorlichting in de eigen taal en cultuur op determinanten van seksueel gedrag^a.

a) Effect uitgedrukt in percentage gewenste antwoorden op enquête-vragen.

Conclusies

De inzet van migrantenvoorlichters bij Aids-voorlichting heeft bewezen dat het mogelijk is de allochtone doelgroepen te bereiken. Jaarlijks komen veel individuen uit de migrantengroepen in aanraking met een Aids-voorlichter. Landelijk vinden bijvoorbeeld per jaar gemiddeld 350 voorlichtingsbijeenkomsten plaats voor groepen uit vijftien verschillende nationaliteiten. Geconcludeerd kan worden dat over het onderwerp Aids effectieve voorlichting in de eigen taal en cultuur kan worden uitgevoerd. In het korte tijdsbestek van één voorlichtingsbijeenkomst lukt het om misverstanden over hiv-transmissie recht te zetten en de risico-inschatting te beïnvloeden. De voorlichter blijkt voor een deel van de doelgroep acceptabel te zijn om de boodschap over Aids-preventie over te brengen.

Het effect op opvattingen, eigen effectiviteit en intentie ten aanzien van condoomgebruik is gering. Een nadere afstemming van de voorlichting op subgroepen, zoals ongetrouwde, jongere Turkse en Marokkaanse mannen, en bezoekers van niet-progressieve cq. de meer conservatieve locaties is gewenst. Uit het onderzoek bleek dat er onvoldoende inzicht is in de motieven van condoomgebruik van subgroepen. Mogelijk richt de voorlichting zich op determinanten van condoomgebruik die niet op deze groepen van toepassing zijn.

Niet alleen samen met de Turkse en Marokkaanse doelgroep, maar ook met andere migrantengroepen wordt Aids-voorlichting georganiseerd. Het bereiken van allochtone doelgroepen die niet gewend zijn om in groepen bij elkaar te komen, zoals Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse mannen, vergt veel creativiteit. Steeds weer worden in overleg met de doelgroep nieuwe strategieën bedacht, zodat de voorlichting door de peer voorlichter aansluit bij de cultuurspecifieke context waarin hij werkt. In het Rotterdamse community-project *Amor i Salú* wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met het betrekken van de Antilliaanse/Arubaanse gemeenschap bij voorlichting over Aids, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en ongewenste zwangerschappen. Onderzoek vindt plaats naar de totstandkoming en het effect van onder meer uitzendingen op een lokaal radiostation, een campagne gericht op bezoekers van Antilliaans zomercarnaval, en voorlichting over veilig vrijen aan Antilliaanse moedergroepen of tijdens salsa-party's.

4.6 “Dat wij er zijn is echt heel belangrijk”; voorlichting aan Turkse diabetespatiënten

AJJ Voorham, PJM Uitewaal, T de Hoop

“...Er zijn zoveel misverstanden over diabetes, over de adviezen, over het dieet en over de medicijnen. Het is ook moeilijk: er zijn veel problemen, familie-omstandigheden en financiële problemen die het voor de mensen erg moeilijk maken. Maar je ziet toch kleine gedragsveranderingen: méér bruin brood, zorgvuldiger met medicijnen. Voor vrouwen is méér gaan bewegen heel moeilijk...”

(Een migrantenvoorlichtster in een begeleidingsgesprek)

Inleiding

Diabetes mellitus type II (DM II) komt vaker voor bij mensen met een lage SES en bij etnische minderheden. Hoewel Turkse DM II patiënten een gelijke huisartsenzorg ontvangen als Nederlandse DM II patiënten, blijken de Turkse DM II patiënten gemiddeld toch slechtere bloedsuikerwaarden te hebben (Uitewaal et al., 2001a). Mogelijk is dit een gevolg van knelpunten in de communicatie tussen Turkse patiënten en de Nederlandse huisarts. Optimale zorg en voorlichting zouden een gunstig effect op verschillende aspecten van DM type II kunnen hebben. Voor de Turkse diabetespatiënten is daarom een interventie ontwikkeld die bestaat uit een begeleidingstraject van 9 maanden voor diabetespatiënten van Turkse afkomst. De migrantenvoorlichtster fungeert als brug tussen hulpverleners en de diabetespatiënt om cultuur - en communicatieverschillen te overbruggen. Tevens verzorgt de voorlichtster op individuele basis voorlichting over DM II, waarbij speciaal aandacht besteed wordt aan therapie, acceptatie van en omgaan met de ziekte en de rol van de omgeving daarbij. De patiënten krijgen drie individuele gesprekken met de voorlichtster, drie driehoeksgesprekken met de huisarts, en groepsvoorlichting met lotgenotencontact aangeboden. De voorlichtsters volgen het protocol van het Health Counseling Model (Gerards, 1993).

Context

Steeds vaker en op meer locaties worden in Nederland migrantenvoorlichtsters ingezet in de eerste lijn, meestal verbonden aan een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband. De voorlichter kan door de hulpverlener voor een driegesprek worden uitgenodigd in de spreekkamer. Er kan een patiënt verwezen worden met een specifieke vraag, voor klachtverheldering, of een specifiek voorlichtingsonderwerp. Patiënten kunnen zelfstandig een consult bij de voorlichter vragen. En de voorlichter kan groepsvoorlichting organiseren. Bij de introductie van deze nieuwe werkwijze van de migrantenvoorlichting in Rotterdam werd duidelijk dat er patiëntengroepen waren waarbij de voorlichter een eigen voorlichtingstraject zou kunnen volgen, en met name werden genoemd de Turkse diabetespatiënten en patiënten met spierspanningklachten (psycho-

somatische klachten) (Bruijnzeels et al., 1999). De voorlichtster is in dit geval een 'peer' vanuit het perspectief van de Turkse migrant in Rotterdam die in de eigen taal voorlichting krijgt. De voorlichtster is zelf geen patiënt. In de groepsvoorlichting is er wel sprake van lotgenotencontact, en de voorlichtster stimuleert dat contact.

Evaluatieonderzoek

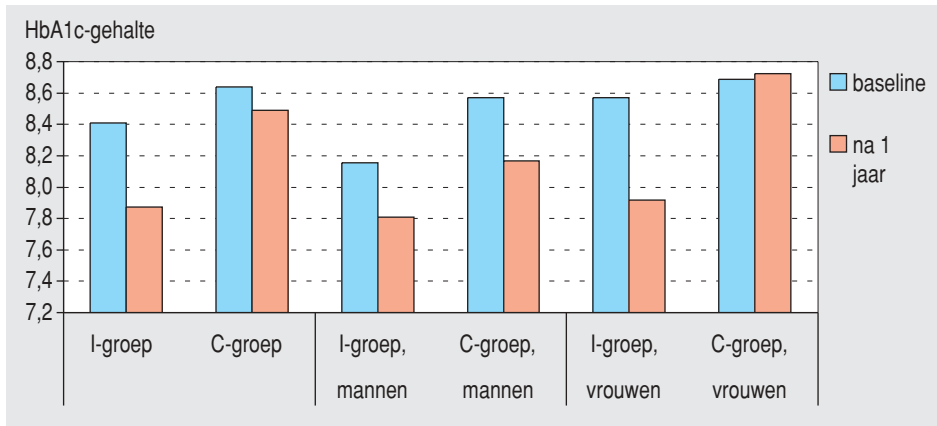
In een experimentele opzet is deze diabetesvoorlichting geëvalueerd. De onderzoekspopulatie bestaat uit Turkse DM II patiënten jonger dan 75 jaar, die voor hun diabetes behandeld werden door hun huisarts. De deelnemers aan de interventie zijn geselecteerd uit drie gezondheidscentra en vier praktijken van solistisch werkende huisartsen in Rotterdam-Zuid. Voor de controlegroep werden de patiënten geworven uit praktijken in vergelijkbare wijken. Vastgesteld is dat de diabeteszorg in de experimentele praktijken en de controle praktijken niet van elkaar verschilt. De uitkomstmaten zijn de bloed-suikerwaarden (HbA1c), de geadviseerde gedragingen (minder (vet) eten; meer en vaker bewegen; zorgvuldiger omgaan met medicatie) en de diabetesgebonden klachten.

Resultaten: Proces

De intensieve begeleiding van Turkse diabetes type 2 patiënten in de huisartspraktijk door een migrantenvoorlichtster is haalbaar. Huisartsen verwijzen, gebruiken de voorlichtster voor klachtenverheldering, en zijn tevreden over het aanbod. Een knelpunt bij de uitvoering van de interventie is de langdurige afwezigheid van de Turkse patiënten in de zomermaanden, en de onderbreking door de Ramadan, waardoor het aanbieden van een aaneengesloten, intensieve begeleiding over een periode van 6-9 maanden moeilijker wordt. Ongetwijfeld is het relatief intensieve karakter van de begeleiding een mogelijke reden voor uitval uit het programma. In het onderzoek blijkt een iets grotere uitval bij de interventiegroep in vergelijking tot de controlegroep. Daarnaast is een belangrijk aandachtspunt bij de voorlichting de afstemming met de huisarts. De positie van de voorlichtster die zelfstandig werkt volgens eigen richtlijnen en - tegelijkertijd - werkt als intermediair tussen huisarts en patiënt gaf soms verwarring. Als gevolg van haar positie en het 'peerschap' kan de voorlichtster de problemen, de kennis en mogelijkheden van de patiënt vaak goed inschatten. Een samenspraak van de arts en de voorlichtster over hoe de patiënt het beste kan worden aangesproken, en wat redelijkerwijs verwacht kan worden, komt moeilijk tot stand. De kennis van de voorlichtster over de patiënt wordt hierdoor soms onvoldoende benut.

Resultaten: Effectiviteit

De intensieve begeleiding van Turkse diabetes type 2 patiënten in de huisartspraktijk door een migrantenvoorlichtster is - onder voorwaarden - effectief. De voorlichting heeft een gunstig effect op de glycaemische instelling van de vrouwelijke patiënten met een verhoogde HbA1c (zie *figuur 4.6.1*) (Uitewaal et al., 2001b). Er werd vooralsnog geen effect aangetoond van de voorlichting op de glycaemische instelling van de mannelijke patiënten, en de vrouwelijke patiënten met een relatief lage HbA1c. Er werd een



Figuur 4.6.1: Effecten van intensieve begeleiding door een migrantenvoorlichtster bij diabetespatiënten^a met een hoog HbA1c-gehalte^b (> 7,0) (Bron: Uitewaal et al., 2001).

- a) I-groep = interventiegroep; C-groep = controlegroep.
 b) HbA1c: bloedparameter die de glucosespiegel over een langere periode weergeeft.

positief effect aangetoond op de kwaliteit van de communicatie met de huisarts, op het gedrag met betrekking tot voeding en bewegen, en op de diabetesgebonden klachten. Daarbij valt op dat er vaak sprake is van een seksspecifiek effect: vooral bij de vrouwen is er een effect aantoonbaar (Voorham et al., 2001b).

De waardering van de patiënten voor het project en voor de voorlichtster was erg groot. Vrijwel alle patiënten vonden de aandacht positief, al betrof het voor hen ook een intensief programma. Er bleek een grote behoefte te bestaan aan ondersteuning bij diabetes. Huisartsen waren positief over het project, vonden dat de patiënten meer begrepen over hun diabetes en waren beter op de hoogte van de problemen en omstandigheden van de patiënt. Over en weer was er meer begrip.

Conclusie

Met een intensieve begeleiding van een migrantenvoorlichtster is het mogelijk de zorg voor Turkse diabetespatiënten te verbeteren. De voorlichting had meer effect bij de vrouwelijke patiënten dan bij de mannelijke patiënten. Mogelijk is de vrouwelijk voorlichtster bij de mannelijke patiënten minder een 'peer' vanwege het sekseverschil. Aandacht voor sekseverschillen in de voorlichtingsstrategie is gewenst. Daarbij is het een vraag hoe nauwkeurig de aansluiting tussen de 'peer' en de doelgroep kan en moet zijn. Die aansluiting lijkt erg contextafhankelijk en persoonsafhankelijk.

Een belangrijke oorzaak van het effect van de inzet van de voorlichtsters in de eerste lijnsgezondheidszorg is de verbeterde communicatie met de arts. De arts weet méér over de patiënt en de patiënt begrijpt de arts beter. Voor een ander deel zit het effect in de voorlichtingstaken. De voorlichtster motiveert en ondersteunt de patiënt in zijn/haar

pogingen tot gedragsverandering. Dit blijkt een succesvolle aanpak. De afstemming en samenwerking met de huisartsen verdient in het vervolg meer aandacht.

4.7 Investeren in stoppen met roken = Verantwoord beleggen

G Zeeman

Met intensieve stoppen-met-rokencampagnes kan in een korte periode een aanzienlijk effect op rookgedrag worden bereikt. De omvang van de campagne moet voldoende zijn om een sociale stimulans te genereren en er moet in voldoende mate gebruik van (effectieve) ondersteuning worden gerealiseerd. Door keuze van de meest geschikte media en rekening te houden met de inhoud kunnen lage welstandsgroepen goed met een stoppen-met-roken-campagne worden bereikt.

Inleiding

In 1998 overleden in Nederland 24.089 mensen aan de gevolgen van het roken. In 1999 rookte 34% van de bevolking van 15 jaar en ouder; ongeveer 4.350.000 mensen. Door het aantal rokers terug te brengen, kan de volksgezondheid substantieel worden verbeterd. Om dit te bereiken kunnen twee hoofdstrategieën worden gevolgd: het aantal jonge mensen dat gaat roken verminderen - de *Preventiestrategie* - en het aantal rokers dat stopt met roken vergroten - de *Stopstrategie*.

Een voordeel van een *Preventiestrategie* is dat het is gericht op het voorkomen van het ontstaan van een verslaving die zeer moeilijk te doorbreken is. Dit brengt echter ook een aantal problemen met zich mee: 1) de factoren die het beginnen met roken bevorderen zijn breed verspreid en diep geworteld in de samenleving; 2) de bestaande instrumenten hebben, wellicht door deze maatschappelijke acceptatie van het roken, een beperkte effectiviteit. Om het beginnen met roken onder jongeren effectief te kunnen aanpakken is het nodig deze factoren die te maken hebben met de maatschappelijke acceptatie van het roken en dus ook met het roken onder volwassenen, aan te pakken; 3) een effect van de *Preventiestrategie* mag pas op langere termijn worden verwacht. Jaarlijks is er sprake van een instroom van een groep van ongeveer 90.000 jonge rokers in de groep rokers van 15 jaar en ouder. Een reductie van 10% tot 20% van deze instroom, waarvan de haalbaarheid in het licht van de beschikbare instrumenten betwijfeld mag worden, levert jaarlijks 9.000 tot 18.000 minder rokers op. In het gunstigste geval levert dit na 7 jaar een daling van de rookprevalentie met één procentpunt (=128.000 rokers) op.

Met de *Stopstrategie* worden door verandering van de omgeving van jongeren (minder volwassen rokers en een geringere maatschappelijke acceptatie) voorwaarden gecreëerd waaronder de *Preventiestrategie* effectief kan zijn. Bovendien kunnen met deze strategie, dankzij de veel grotere aantallen die hiermee gemoeid zijn, op korte termijn wel effecten op rookprevalentie en daarmee op de volksgezondheid worden bereikt.

Een effectief instrument in de Stopstrategie is een intensieve stoppen-met-rokencampagne. In 1991 voerde Stivoro (Defacto) een dergelijke campagne. In 1999/2000 was Stivoro weer in de gelegenheid een dergelijke campagne te voeren, ditmaal onder de naam *Dat kan ik ook*.

Strategie

De campagnestrategie van *Dat kan ik ook* bestaat uit de volgende drie elementen:

- a. De campagne richt zich niet op het motiveren van rokers met hun verslaving te breken maar op het omzetten van bestaande stopintenties tot een daadwerkelijke stoppoging. In Nederland heeft op een bepaald moment 54% de mening nooit te willen stoppen; de overige rokers willen wel stoppen of houden de mogelijkheid van een stoppoging open;
- b. Er wordt gestreefd naar het genereren van interpersoonlijke communicatie over stoppen met roken omdat hiermee de sociale steun voor het ondernemen van een stoppoging en het volhouden van het niet-roken wordt gecreëerd. Sociale steun blijkt steeds weer een belangrijke factor voor succesvol stoppen met roken;
- c. Een belangrijk probleem bij instrumenten gericht op stoppen met roken is de ernst van de rookverslaving. Op het punt van de moeilijkheidsgraad van succesvol ontwennen, ligt roken op een lijn met heroïne- en alcoholverslaving. Een campagne moet hieraan nadrukkelijk aandacht besteden. Het is belangrijk in een campagne effectieve ondersteuning te bieden, om daarmee enerzijds bij rokers het gevoel te versterken dat stoppen met roken mogelijk is (eigen effectiviteit) en anderzijds de effectiviteit van de stoppogingen te vergroten.

Uitgaande van deze strategie is een campagne ontworpen. De doelstelling voor de campagne was 300.000 stoppogingen te genereren, het dubbele van het aantal stoppogingen rondom de jaarwisseling 1998/1999 en een effectpercentage tussen de 10% en 15%, tegenover normaalgesproken 5% tot 10%.

Opzet campagne

ad A - Voor het genereren van stoppogingen is gekozen voor een mediamix waarin het zwaartepunt lag op een serie televisieprogramma's waarin rokers werden opgeroepen rondom de jaar(millennium-)wisseling met roken te stoppen en zo een record aantal stoppogingen te vestigen. De bedoeling was het wij-gevoel te versterken en sociale stimulators te genereren. Verder werd in informatieve programma's (Koffietijd en RTL-live) op een meer inhoudelijke wijze aandacht besteed aan de stoppen-met-rokenuitdaging, werden er via mailings deelnamefolders en posters verspreid en was er een kleine abri-campagne (bushokjes). In de mediakeuze en bij de bepaling van de inhoud van de campagne werd het accent gelegd op de lage welstandsgroepen.

ad B - Met het beschikbare budget van 2,5 miljoen gulden voor media-inzet kon de campagne voldoende omvang (kritische massa) krijgen om bij grote groepen het stoppen met roken tot een item te maken. Een belangrijke bijdrage leverde ook de gegenereerde

vrije publiciteit waarvan de commerciële waarde even groot was als die van de gekochte publiciteit (2,5 miljoen gulden). Met de millenniumwisseling deed zich een mooie aanleiding voor om stoppen met roken op de agenda te zetten. Er is met andere (commerciële) aanbieders van stoppen-met-roken ondersteuning contact gezocht om verschillende activiteiten te laten culmineren op hetzelfde tijdstip.

Ad C - Voor het ondersteunen van stoppogingen werd gekozen voor een brede range van middelen:

- Via de informatieve programma's, via een informatielijn, via schriftelijk voorlichtingsmateriaal en via internet werd informatie gegeven over het hoe en waarom van stoppen met roken en over de beschikbare hulpmiddelen;
- Vanaf half december 1999 tot en met eind januari 2000 werd er op RTL5 een televisie cursus (Stoppen met roken 2000) uitgezonden in 6 afleveringen;
- Het ondersteuningsaanbod van Stivoro bestond uit: het schriftelijk advies op maat, telefonische counseling (als pilot) en de groepscursus (samen met GGD'en en Thuiszorg);
- Intermediairs (huisartsen, ziekenhuizen, apotheken, bedrijven met meer dan 100 werknemers) werd gevraagd materiaal te verspreiden, ondersteuning te geven en door te verwijzen naar de beschikbare ondersteuning;
- Daarnaast werd samenwerking gezocht met een aantal aanbieders van farmacologische stoppen-met-rokenondersteuning.

Onderzoek

Uit onderzoek van NIPO onder 1.201 Nederlanders van 18 jaar en ouder in januari 2000 bleek dat maar liefst 809.000 rokers rond de millenniumwisseling een stoppoging hebben ondernomen (doelstelling 300.000) (NIPO, 2000). Deze gegevens werden bevestigd door semi-experimenteel veldonderzoek van de Katholieke Universiteit Nijmegen. In dit onderzoek met een voormeting in oktober 1999 (n=1.200) en nametingen in februari/maart 2000 (n=1.216) en januari/februari 2001 (n=955), is het effect van de campagne onderzocht. Bij de eerste nameting bleek dat van de rokers, die rond de millenniumwisseling waren gestopt 37% nog steeds niet rookte. In vergelijking met het percentage volhouders dat normaalgesproken op zo'n tijdstip verwacht mag worden (circa 23%), een positief resultaat. De tweede nameting liet zien dat 12,4% nog steeds niet rookte (doelstelling was 10% tot 15%) (KUN, 2001a).

Verder bleek uit de eerste nameting dat er, na correctie voor meetfouten, een significant effect was van de campagne op sociale stimulans, dat wil zeggen dat mensen met elkaar spraken over stoppen-met-roken. Een indicatie dat het deel van de strategie dat gericht was op het genereren van sociale steun heeft gewerkt. Verder bleek dat met de campagne vooral de lage welstandsgroepen zijn bereikt.

In een ander onderzoek uitgevoerd door de Katholieke Universiteit Nijmegen is de effectiviteit van de in het kader van de campagne aangeboden ondersteuning en het profiel van de gebruikers onderzocht (KUN, 2001b). *Tabel 4.7.1* toont de resultaten van de ondersteuningsmethoden.

Tabel 4.7.1: Effectiviteit van ondersteuning in de campagne "Dat kan ik ook".

Vorm van ondersteuning	Percentage van gebruikers dat na een jaar is gestopt
Informatiepakket	12%
Schriftelijk advies op maat	16%
Bestellers van boek televisie cursus	19%
Telefonische counseling	23%
Groeps cursus	23%-44% (gegevens 1991)

Succespercentages van rokers die een vorm van ondersteuning gebruiken liggen hoger dan die van rokers die hier geen gebruik van maken. Dit geldt ook hier en bovendien stijgen de percentages naarmate de ondersteuning intensiever en via interpersoonlijk contact plaatsvindt.

Uit een analyse van de gebruikers van ondersteuning blijkt dat de gebruikers van intensievere vormen van ondersteuning, zoals de telefonische counseling en groeps cursus een problematischer profiel hebben dan de gebruikers van ondersteuning als het informatiepakket, advies op maat en televisie cursus. Zo hebben gebruikers van de telefonische counseling een lagere eigen effectiviteit en een hogere mate van nicotineafhankelijkheid. Dit duidt erop dat deze intensievere stopmethoden met een wat hogere effectiviteit, specifieke doelgroepen aanspreken. Wel blijkt uit tabel 4.7.2 dat deze doelgroepen op dit moment nog een beperkte omvang hebben.

De campagne had als doelstelling: na een jaar 30.000 succesvolle stoppers. Het blijken er ruim honderdduizend te zijn. De totale kosten van de campagne bedroegen zes miljoen gulden. De investering per geslaagde stopper komt hiermee op 60 gulden.

Het NIPO-trendonderzoek in 2000 (n=20.279) laat zien dat de rookprevalentie in dat jaar in vergelijking met 1999 is gedaald van 33,9% naar 32,9%.

Tabel 4.7.2: Bereik en gebruik van de aangeboden ondersteuning.

Ondersteuning	Gebruik/bereik
Gemiddeld aantal kijkers Koffietijd	270.000
Gemiddeld aantal kijkers RTL Live	552.000
Gemiddeld aantal kijkers televisie cursus	120.000
Reacties per telefoon (0900-9390 en 0900-0022)	94.830
Bezoeken internetsite	46.254
Reacties per post	8.419
Stoppen-met-roken brochures	523.285
Aangevraagde stoppakketten	62.471
Schriftelijke adviezen op maat	24.877
Begeleiding per telefoon (pilot)	1.595
Boek televisie cursus	4.879
Schatting aantal deelnemers groeps cursussen	1.000
Verkoop nicotinesubstitutie	Toename 50%

Conclusie

Met intensieve stoppen-met-rokencampagnes kan op korte termijn de rookprevalentie worden verminderd. Hiervoor is van belang dat de campagne een zekere omvang heeft om in voldoende mate sociale stimulans te genereren. Verder moet de campagne in voldoende mate gebruik van (effectieve) ondersteuning weten te realiseren. Onderzoek naar deze campagne geeft een duidelijke indicatie voor de werkzaamheid van ondersteuning als instrument om binnen een campagne het effect van de stoppogingen te verhogen.

Door mediakeuze en rekening te houden met de inhoud kunnen lage welstandsgroepen goed met een stoppen-met-rokencampagne worden bereikt.

De effectiviteit van een dergelijke campagne kan nog verbeteren als het aantal rokers, dat ondersteuning gebruikt bij het stoppen met roken toeneemt en als meer rokers gebruik maken van die vormen van ondersteuning die een grotere effectiviteit kennen. Om dit te bereiken zal in komende campagnes aandacht besteed moeten worden aan de marketing van stoppen-met-rokenondersteuning. Het gaat hierbij dan niet alleen om het wegnemen van barrières voor gebruik, maar ook om het vergroten van betrokkenheid van de intermediairs in de zorg bij begeleiding en doorverwijzing naar hulp en om het bevorderen van de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van ondersteuning.

Door het roken bij *volwassenen* terug te dringen zal de maatschappelijke acceptatie van het roken afnemen en tevens een omgeving ontstaan waarin de activiteiten gericht om het voorkomen dat *jongeren* gaan roken, effectiever kunnen zijn.

4.8 Vergiftigingsongevallen bij jonge kinderen: helpen preventieve maatregelen?

M Ridder, M van Vugt

Preventie van vergiftigingen bij jonge kinderen is het meest efficiënt bij een combinatie van wetgeving en voorlichting over veilig gedrag en een veilige omgeving. Voor structurele inbedding van een voorlichtingsboodschap moet het belang van het gezondheidsprobleem zowel in het gezondheidsbeleid als in de maatschappij (bij de intermediairs) worden erkend en moeten er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor een brede aanpak. Publiek-private samenwerking kan de mogelijkheden voor interventies versterken en verbreden.

Inleiding

Jaarlijks worden er zo'n 1.850 kinderen van 0 tot en met 4 jaar opgenomen in het ziekenhuis na een accidentele vergiftiging. Daarnaast worden ongeveer 1.200 kinderen behandeld op de afdeling Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis. Er overlijden nauwelijks kleine kinderen als gevolg van een vergiftiging. Vergiftiging is een typisch ongeval voor kinderen: de meeste vergiftigingsongevallen betreffen kinderen (62% van de ziekenhuisopnamen en 66% van de spoedeisende hulpbehandelingen).

Om het aantal vergiftigingsongevallen te beperken, bestaat er wetgeving om gevaarlijke stoffen kinderveilig te verpakken. Daarnaast krijgen ouders van jonge kinderen structureel veiligheidsvoorlichting (waaronder preventie van vergiftiging) door de Ouder- en Kindzorg (OKZ). In 2000 is vergiftigingen ook het onderwerp van de meerjarencampagne kinderveiligheid 'Laat je niet verrassen'. Hoe effectief zijn de verschillende maatregelen?

Het effect van wetgeving

Er zijn twee wettelijke besluiten die het veilig verpakken van bepaalde stoffen regelen:

- Het 'Besluit kinderveilige verpakkingen van huishoudchemicaliën' (Warenwet, 1 januari 1986) regelt dat verpakkingen van gevaarlijke huishoudchemicaliën voor particulier gebruik dienen voorzien te zijn van een kinderveilige sluiting.
- Het 'Besluit kinderveilige verpakking van geneesmiddelen' (Wet op de geneesmiddelenvoorziening, 1 augustus 1990) regelt de kleinverpakking van geneesmiddelen, die bepaalde substanties bevatten en via de mond worden ingenomen.

De besluiten beogen garanties te scheppen dat kleine kinderen de verpakkingen niet zonder meer kunnen openen. In de ISO-norm 8317 (1 juli 1989) is vastgelegd wat onder een kinderveilige verpakking wordt verstaan en aan welke eisen deze dient te voldoen. Het is waarschijnlijk dat kinderveilige verpakkingen bijdragen aan het verminderen van het aantal vergiftigingsongevallen met kinderen. Dit blijkt uit binnen- en buitenlandse literatuur.

In 2000 hebben Consument en Veiligheid en het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) onderzoek gedaan om meer inzicht te krijgen in de toedracht van accidentele vergiftigingen bij kinderen en de effectiviteit van kinderveilige verpakkingen. Door middel van telefonische interviews zijn vragenlijsten afgenomen bij 600 ouders/verzorgers van slachtoffers van een vergiftigingsongeval van 0 tot en met 5 jaar. Er is onderscheid gemaakt tussen vergiftiging door producten die bij aankoop wel of niet een kinderveilige verpakking hadden. Gegevens over blootstelling van kinderen aan deze producten zijn niet beschikbaar. De resultaten geven inzicht in de wijze waarop ongevallen met kinderveilige en niet-kinderveilige sluitingen gebeuren en daarmee in de effecten en mogelijke neveneffecten van kinderveilige verpakkingen. Het blijkt dat een gesloten kinderveilige verpakking effectiever is dan een ‘normale’ verpakking, maar geen garantie biedt dat het product niet door het kind geopend kan worden.

Er is op beperkte schaal onderzoek gedaan naar ongewenste neveneffecten van kinderveilig verpakken zoals een veranderde risicoperceptie en een ander bewaargedrag (minder goed opruimen, verpakking niet goed hersluiten, inhoud overgieten in verpakking met normale sluiting). Deze zijn niet geconstateerd (Vriend et al., 2000).

De resultaten zijn voorgelegd aan een groep deskundigen (NVIC, Consument en Veiligheid, Keuringsdienst van Waren, Nefarma, ministerie van VWS, IGZ (Inspectie voor Gezondheidszorg), NVZ (Nederlandse Vereniging voor Zeepfabrikanten), KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie)). Een verdere daling van het aantal accidentele vergiftigingen is volgens deze groep vooral mogelijk door verandering van het gedrag van de consument (opbergen en gebruik). Dit wordt van groter belang geacht dan het uitbreiden van het assortiment producten met een kinderveilige verpakking. Aanscherping van de wet is niet nodig en men ziet geen reden het vrijwillig kinderveilig verpakken van producten te stimuleren (voor wat betreft medicijnen is men hier neutraal over).

Het effect van voorlichting

De veiligheidsvoorlichting aan ouders van jonge kinderen berust op twee belangrijke pijlers: de veiligheidsvoorlichting op het consultatiebureau volgens de methodiek *Veiligheidskaarten* en de meerjarencampagne kinderveiligheid *Laat je niet verrassen* (Ridder et al., 1999).

Aan de hand van de veiligheidskaarten krijgen ouders van jonge kinderen, fasegewijs, leeftijdsgebonden veiligheidsvoorlichting tijdens de consulten op het consultatiebureau (OKZ). De methode is landelijk geïmplementeerd en wordt door het werkveld als zeer effectief beschouwd. Er is geen effectevaluatie op letselniveau gedaan.

Met de meerjarencampagne *Laat je niet verrassen* brengt Consument en Veiligheid kinderveiligheid onder de aandacht van ouders van jonge kinderen en intermediairs, die voorlichting geven over kinderveiligheid. Per campagneperiode wordt aandacht besteed

aan een specifiek thema. De periode september 2000 tot en met maart 2002 is dit preventie van vergiftigingen, met als motto *Giftige verleiders*. De campagne sluit aan op de voorlichting door de OKZ en speelt in op de determinanten van vergiftiging die in het toedrachtonderzoek naar voren komen (Vriend et al., 2000):

- In vrijwel alle gevallen (94%) is er een volwassene in de buurt als het ongeval plaatsvindt;
- De meeste producten staan op het moment van het ongeval binnen bereik van het kind;
- Ongeveer een kwart van de producten bevond zich niet meer in de originele verpakking, maar was ten behoeve van het gebruik ergens anders in overgedaan of onverpakt;
- Een derde van de producten was op het moment van het ongeval geopend of onverpakt.

In de campagne streeft Consument en Veiligheid ernaar ouders op veel verschillende plekken te confronteren met het thema vergiftiging en daarbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij de leefstijl van ouders: zij krijgen informatie op het moment wanneer en de plaats waar ze het nodig hebben. Bijvoorbeeld: in de supermarkt krijgen ouders informatie over het veilig gebruik van schoonmaakmiddelen, bij de apotheek over het voorkomen van vergiftiging door medicijnen en in het tuincentrum over het al dan niet giftig zijn van planten. Tijdens het consult op het consultatiebureau wordt de voorlichting gekoppeld aan de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind.

De campagne bestaat uit drie componenten:

- Massamediale campagne: 2 tv-spots, advertenties, website, redactionele bijdragen in populaire tijdschriften voor jonge ouders;
- Voorlichting door intermediairs: intermediairs zoals OKZ, GGD, opvoedingsondersteuning, EHBO geven ouders aan de hand van een folder voorlichting over het voorkomen van vergiftiging bij jonge kinderen;
- Acties met commerciële partners.

In voorgaande jaren had de campagne goede resultaten (Trommelen & Kriek, 2000). Het bereik onder ouders is ongeveer 75% en de participatie van intermediairs, met name vanuit de OKZ, is groot. Dit geldt in mindere mate voor migrantenvoorlichters. Intermediairs geven aan naar aanleiding van de campagne meer aandacht aan kinderveiligheid te besteden en ook meer vragen om informatie van ouders krijgen. Ouders zijn naar aanleiding van de campagne meer gaan nadenken over kinderveiligheid, zijn alerter geworden en dit leidt in een aantal gevallen ook tot het nemen van maatregelen. De eerste tussentijdse evaluatie van de campagne met het thema vergiftiging laat hetzelfde beeld zien.

De structurele continuering van het thema vormt een knelpunt. In de *veiligheidskaarten* komen alle thema's van de campagne terug, zij het veel minder expliciet. Omdat de groep ouders zich voortdurend vernieuwt, krijgen niet alle ouders de informatie over het thema even uitgebreid. Organisaties en/of bedrijven met affiniteit voor een thema kunnen bijdragen aan meer structurele aandacht voor dat thema, bijvoorbeeld in hun PR- en

media-activiteiten. In verband met de campagne is veel belangstelling voor publiek-private samenwerking. Tot op heden is deze samenwerking echter niet structureel gebleken.

Conclusies

Combinatie wetgeving en voorlichting

Preventie van vergiftigingen bij jonge kinderen is het meest efficiënt bij een combinatie van wetgeving en voorlichting over veilig gedrag en een veilige omgeving. Wetgeving alleen kan blootstelling aan risico's niet 100% uitsluiten, maar draagt wel bij aan het verminderen ervan. Door middel van voorlichting kunnen mensen gestimuleerd worden tot veilig gedrag en het creëren van een veilige omgeving.

Structurele inbedding van de voorlichtingsboodschap

Structurele inbedding van een voorlichtingsboodschap is mogelijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- *Noodzaak*: het probleem maakt deel uit van beleid en wetgeving: in het wettelijk pakket jeugdgezondheidszorg kunnen belangrijke veiligheidsrisico's, zoals vergiftiging expliciet genoemd worden;
- *Draagvlak en mogelijkheden*: Consument en Veiligheid maakt intermediairs het belang van het onderwerp duidelijk en biedt hen de mogelijkheden om effectief voorlichting te geven;
- *Financiële middelen*: de overheid dient voldoende financiële steun te bieden om de interventie uit te voeren;
- *Publiek-private samenwerking*: Om de interventie te versterken biedt publiek-private samenwerking goede mogelijkheden. Deze activiteiten moeten echter altijd aanvullend zijn en mogen nooit de basis vormen.

4.9 Sport: Skate Safe!, een preventieprogramma voor kinderen

C Herijgers

De combinatie van persoonlijke voorlichting en *actie* is effectief bij kinderen en jongeren. Door hen risico's aan den lijve te laten ondervinden, kunnen zij deze risico's bewuster nemen. Scholen reageren enthousiast op dit type preventieactiviteiten, zolang er geen kosten aan verbonden zijn. Er zijn goede mogelijkheden voor publiek-private samenwerking, maar sponsoring is een wankel basis voor structurele inbedding, en dat is een belangrijke voorwaarde voor succes. Wat *skate clinics* betreft kunnen gemeenten bijvoorbeeld in het kader van breedtesportstimulering zowel een deel van de organisatie als een deel van de kosten voor hun rekening nemen.

Inleiding

Skaten is een populaire, snelgroeiende sport. De laatste jaren is het aantal letsels als gevolg van skaten exponentieel toegenomen: van 1.200 behandelingen op een Spoedeisende hulp (SEH) afdeling in 1994 tot 13.000 in 1999. Na deze forse stijging is het aantal skate-ongevallen in 2000 weer gedaald naar het niveau van voor 1998; ongeveer 7.600 slachtoffers (Letsel Informatie Systeem, 2000). Het gaat met name om valongevallen. Het opgelopen letsel is relatief ernstig; 47% van de slachtoffers heeft een fractuur (voor alle sportongevallen is dit 26%). De meeste slachtoffers vallen in de leeftijdsgroep 5 – 14 jaar (48% in 2000).

Interventieproject Skate Safe!

Het interventieproject Skate Safe! is onderdeel van het nationale actieprogramma Sport Blessure Vrij (SBV), een gezamenlijk initiatief van het Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF) en Consument en Veiligheid. Doel van het programma SBV is het reduceren van het (relatieve) aantal, de ernst en de gevolgen van sportblessures door middel van agendasetting en pleitbezorging, algemene en sport-specifieke blessurepreventieprojecten.

Het project Skate Safe! stimuleert veilig skaten met name door het aanleren van vaardigheden om ongevallen te voorkomen en het dragen van beschermingsmiddelen om de ernst van het letsel te beperken. Skate Safe! richt zich op kinderen in de bovenbouw van de basisschool (9 – 12 jaar). Dit zijn (vaak) beginnende skaters, voor wie skaten meer een spel dan een sport is. Ze zijn zich nog weinig bewust van de risico's van skaters. Naarmate kinderen ouder worden, gaan zij de risico's meer accepteren. Vanaf ongeveer 12 jaar wordt het referentiekader voor risico's breder, waardoor het risico dat skaten heeft relatief kleiner wordt. Kinderen van 9 tot 12 jaar zijn derhalve nog beter te beïnvloeden dan oudere kinderen, maar wel aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid (Kidwise, 2001).

In 2000 heeft Consument en Veiligheid een pilotproject uitgevoerd en geëvalueerd op 30 basisscholen. In 2001 krijgt dit project een vervolg in samenwerking met NOC*NSF, de Skatebond Nederland (SBN) en een zorgverzekeraar. Het project Skate Safe! bestaat uit het organiseren van *skateclinics* voor kinderen in hun eigen omgeving (op school en met de eigen klas). Gediplomeerde instructeurs leren de kinderen enkele basisvaardigheden en stimuleren het dragen van beschermingsmiddelen. Via de school worden ook de ouders van de kinderen geïnformeerd. Volgens de innovatietheorie van Rogers (1995) is dit een kansrijke aanpak:

- Tijdens de clinic ervaren kinderen de voordelen van preventieve maatregelen;
- De clinics worden gratis aangeboden in de eigen omgeving en zijn daardoor laagdrempelig;
- De clinic levert snel resultaat: je verbetert je vaardigheden al een beetje;
- Tijdens de clinic kunnen de kinderen de preventieve maatregelen uitproberen op kleine schaal;
- De clinics krijgen publiciteit en de preventieve maatregelen worden daardoor zichtbaar voor anderen (ouders, vriendjes, omgeving). Dit stimuleert de discussie en motiveert anderen om ook maatregelen te nemen.

Succes- en faalfactoren

De evaluatie van het project heeft de volgende inzichten opgeleverd:

- De combinatie van persoonlijke voorlichting en actie (zelf doen) werkt goed. Het leereffect bij kinderen is groot doordat ze het belang van het beschikken over een goede techniek en beschermingsmiddelen aan den lijve ondervinden. Bij hen is vooral een positief effect op het niveau van kennis, het frequenter gebruik van beschermingsmiddelen en skatevaardigheden te constateren. De clinics hebben nog niet kunnen bijdragen aan meer besef van het persoonlijk belang van het dragen van beschermingsmiddelen (Kidwise, 2000). In het vervolgproject wordt hier ondersteunend lesmateriaal voor ontwikkeld;
- De scholen zijn enthousiast en werken graag mee. Voorwaarde is echter dat hieraan geen kosten verbonden zijn. Skateclinics organiseren is echter arbeidsintensief en kostbaar. Om het project te kunnen realiseren is daarom sponsoring nodig;
- Het project blijkt goede mogelijkheden voor publiek-private samenwerking te bieden: jongeren zijn een belangrijke doelgroep voor commerciële partijen en skaten is populair. Door afhankelijk te zijn van private partners is een structurele inbedding echter niet gegarandeerd;
- De gekozen aanpak betekent een relatief klein bereik. Met de huidige middelen kan jaarlijks maar een klein aantal scholen worden bezocht (circa 75 scholen of 7.500 – 11.400 kinderen). Er moet daarom gezocht worden naar mogelijkheden een groter deel van de doelgroep te bereiken. Kansrijk, maar ook kostbaar, zijn nieuwe media, jeugdtijdschriften, tv en radio.

Conclusie

Risicogedrag en risicoacceptatie maakt onderdeel uit van de leefstijl van kinderen en jongeren. De combinatie van persoonlijke voorlichting en actie is effectief. Door hen risico's aan den lijve te laten ondervinden, kunnen zij deze risico's bewuster nemen.

Sponsoring is een wankel basis voor structurele inbedding van een interventie. Ook hier blijkt dat een meer structurele financiering een belangrijke voorwaarde is. Wat de skate clinics betreft kunnen gemeenten bijvoorbeeld in het kader van breedtesportstimulering zowel een deel van de organisatie als een deel van de kosten voor hun rekening nemen.

4.10 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn verschillende interventies beschreven, die een beeld geven van belangrijke succes- en faalfactoren, zoals die worden waargenomen in de praktijk van de gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Een aantal van de bevindingen is in overeenstemming met de (inter)nationale literatuur op het terrein van gezondheidsbevordering. Echter, er zijn ook bevindingen die een nieuw licht werpen op wat belangrijke randvoorwaarden zijn voor gedragsgerichte preventie.

Iedere doelgroep heeft zijn eigen ‘wensen’, als het gaat om gedragsgerichte interventies. Algemeen geldt dat *participatie* van de doelgroep in alle fasen van een interventieproject een voorwaarde is voor doeltreffendheid. Het bewerkstelligen van participatie in het gehele interventieproces kost tijd (met name in de voorbereidingsfase) en is arbeidsintensief, maar is essentieel voor het behouden van draagvlak in de doelgroep en bij intermediairs. Regelmatige terugkoppeling van voortgang en resultaten bevordert dat draagvlak. Daarvoor zijn goede monitoring- en registratiesystemen nodig.

Het creëren van een stabiele omgeving lijkt met name voor de doelgroep *ouderen* van belang om de stap naar gedragsverandering en -behoud mogelijk te maken. Hoogbejaarden zijn doorgaans moeilijk te bereiken met gezondheidsbevorderingsactiviteiten. *Seniorenvoorlichters* kunnen een belangrijke rol spelen in de voorbereiding en uitvoering van huisbezoeken en voorlichtingsbijeenkomsten. Een belemmering voor het uitvoeren van community projecten is de relatief lage organisatiegraad van ouderen.

De doelgroep *allochtonen* wordt het best bereikt door vertegenwoordigers van de eigen cultuur en in de eigen taal (VETC). Gezien de diversiteit binnen de doelgroep allochtonen moet de concrete uitvoeringsvorm en de voorlichtingsboodschap steeds worden aangepast aan de situatie van de betrokken doelgroep. Het bereiken van allochtone doelgroepen die niet gewend zijn om in groepen bij elkaar te komen, zoals Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse mannen, vergt veel creativiteit. Een gunstig effect van de inzet van migrantenvoorlichters in de *eerstelingsgezondheidszorg* is de verbeterde communicatie met de arts. De arts weet méér over de patiënt en de patiënt begrijpt de arts beter.

Jongeren vereisen een benadering die het best aansluit bij de eigen, dynamische, dus zeer snel veranderende leefwereld, en die hen voldoende keuzevrijheid geeft. De combinatie van persoonlijke voorlichting en *actie* lijkt effectief bij kinderen en jongeren. Door hen risico's (waar mogelijk) aan den lijve te laten ondervinden, kunnen zij deze risico's bewuster nemen. Bij dit type preventieactiviteiten bestaan goede mogelijkheden voor publiek-private samenwerking. Sponsoring is echter een wankel basis voor structurele inbedding, en dat laatste is een belangrijke voorwaarde voor succes.

Met name bij de doelgroep jongeren is een *combinatie* van interventiemethoden essentieel voor het bereiken van succes. Echter, in feite geldt voor elk van de in dit themarapport besproken specifieke doelgroepen dat een *samenhangende* set van interventies

het meest doeltreffend is bij de bevordering van gezond gedrag. Naast structurele (weten regelgevende) maatregelen heeft gezondheidsvoorlichting daarin een belangrijke plek.

Ook massamediale campagnes kunnen gunstige effecten op gedrag bewerkstelligen, mits deze campagnes in voldoende mate het gebruik van (effectieve) ondersteuning weten te realiseren. Onderzoek naar de *Millenniumcampagne* (stoppen met roken) maakt duidelijk dat de *ondersteuning* van de stoppoging (informatieve televisieprogramma's, advies op maat, groepscursussen, farmacologische ondersteuning) een krachtig instrument was om binnen een campagne het effect van de stoppogingen te verhogen. Door de keuze van de meest geschikte media en rekening te houden met de inhoud zijn ook de *lage SES-groepen* goed bereikt.

Naast een planmatige, systematische aanpak van de interventie is *intersectorale/transmurale samenwerking* zonder twijfel een van de belangrijkste succesfactoren voor doeltreffende interventies. In het preventieproject *Hartslag Limburg* is sinds 1998 een brede samenwerking gerealiseerd tussen lokale overheid, zorg- en welzijnsinstellingen, wetenschap en andere lokale intermediairs. De in het project gehanteerde managementstrategieën zijn veelbelovend om de benodigde samenwerkingsstructuur te realiseren en tegelijkertijd zowel hoogrisico-groepen als de gehele populatie te bereiken. Het ontbreken van een vaste lokale structuur voor deze samenwerking met voldoende managementcapaciteit maakt dat er bij elk project opnieuw aanzienlijk investeringen in tijd en geld nodig zijn om een beginsituatie te verkrijgen waarbinnen gedragsverandering (bij doelgroep en intermediairs) mogelijk is.

Verandering van gedrag vergt langdurige inspanningen, waarbij ook de *omgevingsfactoren* die van belang zijn voor gedragsverandering en –behoud, moeten worden beïnvloed. Voor structurele inbedding van een interventie is het noodzakelijk dat het belang van het gezondheidsprobleem zowel in het gezondheidsbeleid als in de maatschappij (bij de intermediairs en de doelgroep) wordt erkend en dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor een brede aanpak. De betrokkenheid van de doelgroep moet door een gevarieerd aanbod van activiteiten worden gewaarborgd. *Publiek-private samenwerking* kan de mogelijkheden voor interventies versterken en verbreden. Een interventie heeft het meest kans op continuïteit wanneer inbedding plaatsvindt binnen de bestaande infrastructuur.

LITERATUUR

- Aken D van et al. Meerjarenplan senioren (interne notitie). Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2000.
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30: 992-1008.
- Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1977.
- Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, Hoop T de. Migranten voorlichting in de huisartspraktijk: een proces-evaluatie. *Huisarts & Wetenschap* 1999; 42: 307-310.
- Centrum voor Marketinganalyses. Senioren en Veiligheid – Bevindingen van een kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 1999.
- Dijk B, Weerd I de. Succes en faalfactoren van lokale veiligheidsprojecten. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 2001.
- Feder G, Cryer C, Donovans S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *Br Med J* 2000; 321: 1007-1011.
- Fidancan G, Mechelen P van. De allochtone zorgconsulent. Eindrapportage van de eerste fase van het gelijknamige project. Utrecht: Forum, 2000.
- Gerards F. Health counseling. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok GJ (eds). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum, 1993: pp. 353-363.
- Gerits YC, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken. *Tijdschr Gezondheidswetensch* 2001; 79: 16-20.
- Greef M de, Stevens M, Bult P, Lemmink K, Rispen P. GALM: Groninger Actief Leven Model. Een sportstimuleringsstrategie voor sedentaire senioren. 2e druk. Haarlem: De Vrieseborch, 1999.
- Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M et al. De Nederlandse norm gezond bewegen: Verslag van een expertmeeting. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M (eds.). *Trendrapport bewegen en gezondheid 1998/1999*. Lelystad: Koninklijke vermande, 1999: pp. 11-21.
- KidWise onderzoek en advies. Effectiviteit Safe Skate College 2000, (intern rapport). Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2000.
- KidWise onderzoek en advies. Risicoperceptie en risico-acceptatie van jongeren bij het skaten (intern rapport) Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2001.
- Kocken P. Health promotion in migrants and older adults; epidemiological diagnosis, intervention development and effect evaluation. *Academisch Proefschrift, Universiteit Maastricht*, 2000.
- Kocken PL, Voorham AJJ. Effects of a peer-led senior health education program. *Patient Education and Counseling* 1998; 34: 15-23.
- Kocken P, Voorham T, Haastrecht P van. Aids-voorlichting voor en door Turkse en Marokkaanse mannen: doelstellingen, determinanten en praktijk. *Tijdschr Gezondheidswet* 2000; 78: 152-160.
- Kocken PL, Voorham AJJ, Brandsma J, Swart WAJM de. Effects of peer-led Aids education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in the Netherlands: a randomized controlled evaluation study. *Eur J Public Health* 2001; 11: 153-159.
- KUN. Effectmeting stoppen-met-rokencampagne 'Dat kan ik ook'. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep communicatiewetenschappen, 2001a.
- KUN. Onderzoek gebruikers stoppen-met-roken-ondersteuning in stoppen-met-rokencampagne 'Dat kan ik ook'. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer, 2001b.
- Lemmink KAPM. De Groninger Fitheidstest voor Ouderen (GFO): achtergronden, handleiding en normschalen. Haarlem: De Vrieseborch, 1997.
- Marcus BH, Owen N. Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. *J Appl Soc Psychol* 1992; 22: 3-16.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health. Preventing Falls and Subsequent Injury in Older People. *Effective Health Care* 1996; (2): 1-16.
- NIGZ. Tien jaar voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid en opvoeding. Woerden: NIGZ, 1998.
- NIPO. Millenniumcampagne en Trendonderzoek 1999 en 2000.
- Opschoor A, Danz MJ. Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum. *Epidemiologisch Bulletin*, 1997; 32 (1): 14-17.
- Raak A van, Paulus A (red.). *Kijken over muren*, handboek voor onderzoek naar de organisatie en kosten van integrale zorg. Maastricht: Werkgroep Integrale Zorg, Capgroep BEOZ, UM, 1999.
- Ridder M, Dijk-illing B, Hertog P den, Lievens Y, Rogmans W. Laat je niet verrassen, plan van aanpak kinderveiligheid (0 – 4 jaar) voor de jaren 2000 – 2004. Intern rapport. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 1999.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th ed. New York: The Free Press, 1995.
- Ruland E (eindred.). *Hartslag Limburg*, Jaarverslag 2000; Maastricht: GGD-zz1, maart 2001 (intern rapport, op aanvraag verkrijgbaar).

- Steenbakkers M, Ruland E. Hartslag Limburg, samen gezond; integrale gezondheidsbevordering in gemeenten, buurten, huisartspraktijken en het ziekenhuis. GGD-Nieuws, oktober 2000.
- Stevens M. Groningen Active Living Model. Development and initial validation. Instituut voor Bewegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen. Academisch Proefschrift, 2001.
- Thompson PG. Preventing falls in the elderly at home: a community based program. Journal of the Australian Medical Association 1996; 164: 530-532.
- Trommelen M, Kriek F. Evaluatie campagne 'Veilig op Pad' 99/00. Meting onder ouders en intermediairs. Leiden: Research voor Beleid in opdracht van Consument en Veiligheid, 2000.
- Tromp E. Risk assessment of falls and fractures in the elderly. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO instituut, 2000.
- Uitewaal PJM, Bruijnzeels M, Bernsen RMD, Voorham AJJ, Thomas S. Quality of care in Dutch general practice for Turkish and Dutch type 2 diabetespatients. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., aangeboden ter publicatie, 2001a.
- Uitewaal PJM, Voorham AJJ, Bruijnzeels M et al. Effectiveness of diabetes peer education for Turkish type 2 diabetes patients on glycaemic control: a controlled experiment in general practice. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., aangeboden ter publicatie, 2001b.
- Veldhuizen K van. Voorkómen van valongevallen van ouderen in en om de woning. Proces- en effectevaluatie pilotproject Tarwewijk, Rotterdam 1997/1998. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1999.
- Voets AA. Gezondheidsvoorlichting voor migranten-voorlichting in Haarlem. Een evaluatie van het project gezondheidsvoorlichting in de eigen taal voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Haarlem: Gemeente Haarlem, sector bouwen, wonen en economie, bureau onderzoek & statistiek, 1996.
- Voorham T, Kocken PL, Hofman HAL, Kemme GH. Seniorenavoorlichting in Rotterdam. Uitgangspunten, onderzoek en praktijk. In: Sanderman R, Heuvel WJA van den, Krol B (red.). Intervenieren in de determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma. Assen: Van Gorcum, 1995: pp. 127-140.
- Voorham AJJ, Kocken P, Haastrecht P van. Het onderwerp Aids is niet besmettelijk. Opvattingen over de voorlichter voor en na Aidsvoorlichting aan Turkse en Marokkaanse mannen. Aangeboden ter publicatie, 2001a.
- Voorham AJJ, Uitewaal PJM, Bruijnzeels M. Het effect van voorlichting in de eigen taal aan Turkse diabetespatiënten. Een experiment in de 1^e lijn. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2001b.
- Vriend I, Hertog PC den, Vriesman MF et al. Accidentele vergiftigingen bij kinderen en de effecten van kinderveilige verpakkingen. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2000.
- VWS. Breedtesportimpuls. Het breedtesportbeleid van de overheid. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999.
- Wijlhuizen GJ et al. Veiligheid in de Peiling. Een epidemiologisch onderzoek naar determinanten van ongevallen die in en om huis plaatsvinden bij ouderen (65-84). Leiden: TNO-PG, 1996.

5 EEN NIEUWE KIJK OP GEZOND GEDRAG

In *hoofdstuk 4* zijn diverse programma's en campagnes beschreven, die inzicht geven in de succes- en faalfactoren van gedragsbeïnvloedende interventies. In de afgelopen jaren is veel energie gestoken in het zoeken naar nieuwe methoden en strategieën voor het bevorderen van gezond gedrag. De ontwikkeling van het ZON-MW programma *Gezond Leven* is daarvan het meest concrete resultaat. In *paragraaf 5.1* besteden we aandacht aan dit Gezond Leven programma door drie *thema's* onder de loep te nemen die belangrijke pijlers vormen voor het programma, te weten: facetbeleid (intersectorale samenwerking), participatie en publiek-private samenwerking. Een overzicht wordt gegeven van wat de drie strategieën van beïnvloeding vanuit de optiek van beleid, onderzoek en praktijk inhouden en wat ze kunnen bijdragen aan de bevordering van gezond gedrag bij specifieke doelgroepen.

In *paragraaf 5.2* wordt beschreven hoe de informatie en communicatie-technologie (ICT) ondersteuning kan bieden bij de *preventie op maat*, een weliswaar inmiddels niet meer zozeer *nieuwe*, maar wel veelbelovende strategie voor het bereiken van specifieke doelgroepen.

Op zoek naar nieuwe strategieën, en aansluitend bij de brede benadering van gezondheid zoals het Gezond Leven programma voorstaat, wordt in *paragraaf 5.3* en *5.4* over de schutting van de gezondheidszorg gekeken. Als het gaat om de benadering van doelgroepen is de commerciële sector in veel gevallen een aantal straatlengtes op ons voor, niet in de laatste plaats door de aanzienlijke hogere investeringen die vanuit die sector op dat punt plaatsvinden. In de paragrafen wordt duidelijk hoe er in de commerciële sector met doelgroepenbenadering wordt omgegaan en wordt het belang aangegeven van *trendwatching*.

Dit hoofdstuk sluit af met een opiniërende bijdrage in *paragraaf 5.5*, die de medische invalshoek van het nadenken over bevordering van gezond gedrag aan de kaak stelt, en de vraag naar voren schuift of *gezond leven* synoniem of juist conflicterend is met *goed leven*. Voor informatie over de auteurs van deze bijdragen verwijzen we naar *bijlage 2*.

5.1 Gezond leven

J Keijsers

Inleiding bij de reviews

Eind 2000 is het Programma Gezond Leven van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) door de minister van VWS geaccordeerd. Het programma heeft tot doel vernieuwende methoden en strategieën te ontwikkelen en toe te passen, die gericht zijn op een aantoonbare stimulering van gezond leven, het wegwerken van vermijdbare gezondheidsachterstand en het bevorderen van gezond gedrag. Centraal staat het begrip 'gezond leven', dat een bredere strekking heeft dan gezondheid en toegevoegde aspecten kent als

geluk, leefbaarheid en kwaliteit van leven. Dit maakt het mogelijk gezondheidsbevordering positiever te benaderen en daarbij de eigen verantwoordelijkheid van burgers centraal te stellen. Als basis voor dit programma voerde het NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie overzichtstudies uit op 8 (leefstijl)terreinen: alcohol, arbeid, beweging, gezonde wijken, infectieziekten, roken, veiligheid en voeding (Keijsers & Vaandrager, 2000). Op basis van de uitkomsten van de overzichtstudies is geconcludeerd dat in het programma Gezond Leven ingestoken moet worden op de zogenoemde kanelthema's: vernieuwende, in potentie veelbelovende en effectievere methoden en strategieën voor beïnvloeding van gezondheid en leefstijl. Als kanelthema's worden onder andere participatie, publiek-private samenwerking en facetbeleid genoemd.

Ten behoeve van dit VTV themarapport geeft het NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie rond deze drie kanelthema's een overzicht van wat de drie strategieën van beïnvloeding vanuit de optiek van beleid, onderzoek en praktijk inhouden en wat ze kunnen bijdragen aan de bevordering van gezondheid van specifieke doelgroepen. Uitgangspunten voor de reviews zijn weergegeven in *tekstbox 5.1.1*.

Tekstbox 5.1.1: Uitgangspunten voor de reviews

Multidisciplinaire benadering van de kanelthema's: de thema's zijn benaderd vanuit een diversiteit van disciplines zoals de psychologie, sociologie en marketing.

Definiëring van *gezondheid* zoals geformuleerd door de World Health Organisation (WHO): een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn (en dus niet het louter afwezig zijn van ziekte en/of gebreken). Het is vanwege deze brede benadering van gezondheid dat de lezer in de reviews de term gezondheidsbevordering veelvuldig tegenkomt.

De *doelgroepen* worden als volgt gekenschetst:

- *Jongeren*: iedereen in de leeftijdscategorie tussen 4 en 25 jaar (dus exclusie van baby/peuterleeftijd).
- *Ouderen*: mensen van 55 jaar en ouder.
- *Lage SES*: de algemene bevinding is dat hoe hoger het inkomens-, opleidings- of beroepsniveau, hoe hoger de sociaal economische status.

Behalve een sociaal-economisch aspect is aan die positie ook een sociaal-culturele component te onderkennen: personen in een bepaalde sociale positie onderscheiden zich onder meer in attitudes en leefstijl van personen met een andere positie. In de praktijk wordt in het gezondheidsonderzoek vaak met de indicator opleiding gewerkt. Dit heeft als voordeel dat iedereen, zowel mannen als vrouwen, werkenden en niet-werkenden geassocieerd kunnen worden. Bovendien lijkt het onderwijs dat iemand genoten heeft een goede indicator voor de positie die hij/zij op de andere dimensies van de sociale structuur inneemt.

- *Allochtonen*: om praktische redenen worden hieronder de vier grootste groepen allochtonen in Nederland verstaan: de bevolking van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst die *legaal* in Nederland woonachtig is.

Bronnen

Voor de totstandkoming van de reviews zijn meerdere bronnen voor informatieverzameling benut:

- Gepubliceerde en *grijze* (niet in grote literatuurbestanden terug te vinden) literatuur; belangrijk zoekcriterium hierbij was actualiteit;
- Beleidsnota's;
- Relevante projectregistraties en databases;

- Aanpalende onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's;
- Opiniërende artikelen en persberichten;
- Interviews met deskundigen uit praktijk, onderzoek en beleid (zie *bijlage 4*);
- Diverse websites van o.a. koepelorganisaties en nationale dagbladen.

Opbouw reviews

In de inleiding van iedere review wordt het kantenlithema onder studie globaal gedefinieerd en gepositioneerd. Vervolgens wordt op basis van de literatuur én gevoerde gesprekken met deskundigen een overzicht gegeven van wat beleid, onderzoek en praktijk verstaan onder het betreffende *kantenlithema* i.c. de vernieuwende, veelbelovende beïnvloedingsstrategie. Daarbij wordt aandacht besteed aan voorbeelden, effecten en ervaringen.

In het tweede deel van de review wordt specifiek ingegaan op de vier doelgroepen: jongeren, ouderen, personen uit de lagere SES-groepen en allochtonen. Centrale vraagstelling hier is wat er voor beïnvloeding van de diverse doelgroepen bekend is over methoden en effecten van de betreffende strategie. Ook dit deel van de review wordt afgesloten met enkele conclusies. Tot slot treft de lezer een beschouwing aan over in hoeverre de strategie bruikbaar is om gezond gedrag van de verschillende doelgroepen te beïnvloeden.

5.1.1 Participatie

E Luijpers, J Keijsers

Het ontwikkelen van participatie en empowerment kost veel tijd. Om doeltreffend te zijn, moet participatie ingebed zijn in een brede, integrale benadering van gezondheid. Het is aan te bevelen de effecten op (intermediaire) doelstellingen, zoals het totstandbrengen van participatie en empowerment, ook als succesfactor van een interventie mee te nemen.

Inleiding

De *community* benadering wordt gezien als een potentieel vruchtbare aanpak van gezondheidsbevordering. Inherent aan deze benadering is het bewerkstelligen van veranderingen op het individuele gedragsniveau, maar ook veranderingen op het sociale en fysieke omgevingsniveau (Keijsers & Vaandrager, 2000). Eén van de essentiële voorwaarden voor interventies vanuit het perspectief van de *community* benadering is de betrokkenheid of *participatie* van lokale gemeenschapsnetwerken (Popay & Young, 1993). De veronderstelling is dat participatie van de bevolking in de verschillende fasen van gezondheidsbevorderende interventies, via empowerment van individuen en gemeenschappen, leidt tot gezond gedrag. De relatie kan schematisch als volgt worden weergegeven:



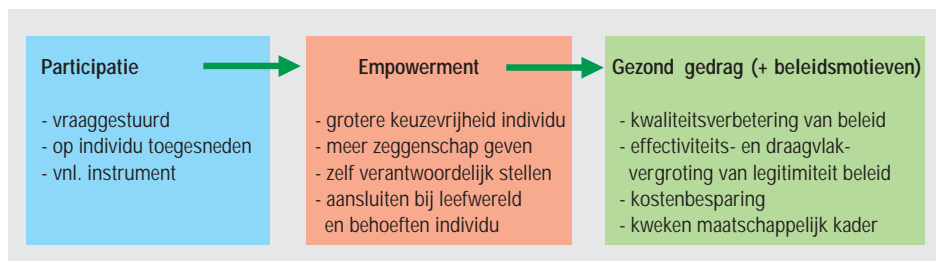
Gezondheidsbevordering betekent zo, het proces van het in staat stellen van individuen en gemeenschappen om controle te krijgen over de determinanten van hun gezondheid (*empowerment*) en deze te verbeteren (Boonekamp et al., 1995). Gezondheid is hierbij meer dan de afwezigheid van ziekte, maar betekent dat mensen in staat zijn zelfsturing te geven aan hun leven (Paes, 1998). Paes stelt dat deze nieuwe benadering van gezondheid vorm krijgt in het begrip gezondheidsbevordering waarbij specifiek aandacht uitgaat naar participatie van de bevolking. De uitdaging hierbij ligt in de omslag die gemaakt moet worden in het denken over patiënten als slachtoffers en consumenten, naar mensen als producenten van gezondheid. Ook Tones (1999) stelt, dat vanuit het ideologisch perspectief van gezondheidsbevordering, participatie van individuen en gemeenschappen een vereiste is. Dit betekent dat het onjuist is om mensen als objecten te behandelen. Participatie is daarmee naast een strategie voor gezondheidsbevordering ook een ideologisch uitgangspunt of doel.

Hoewel participatie een eenduidig begrip lijkt binnen de gezondheidsbevordering, zijn er vele definities voorhanden en aspecten te onderscheiden. Het doel van dit overzicht is tweeledig: 1) een afbakening en definiëring van het begrip participatie vanuit het perspectief van beleid, onderzoek en praktijk en 2) een toepassing ervan op de vier in de algemene inleiding beschreven doelgroepen.

Opvattingen over en toepassing van participatie

Opvattingen volgens het beleid

Binnen het beleid is participatie de afgelopen jaren steeds hoger op de agenda komen staan. In nagenoeg alle beleidsstukken wordt er dan ook veelvuldig gerefereerd aan het belang van participatie van de bevolking. Zo zijn belangrijke speerpunten van het beleid van het ministerie van VWS voor 2001: de rol van het individu en het verlangen, of eisen van zeggenschap over de eigen leefsituatie (VWS, 2000a). Door een complex van maatregelen en activiteiten in het sociaal beleid wordt getracht de werkelijke participatie van bewoners te bevorderen. Deze wensen van het individu en op het individu toegesneden maatregelen moeten leiden tot een grotere keuzevrijheid en daarmee tot een succesvollere aanpak. ZON (2001) schrijft in haar programma *Gezond Leven* dat participatie in deze context betekent: ‘mensen serieus nemen en hen zeggenschap geven in het aanbod, de ontwikkeling en uitvoering van interventies’. Zij stelt verder dat dit meer betekent dan alleen mensen raadplegen, maar dat ‘de meest ideale situatie is dat een doelstelling rond gezond leven uit de groep voortkomt en dat de mensen zich zelf verantwoordelijk stellen voor het behalen ervan’. Op het gebied van de jeugdparticipatie heeft het ministerie van VWS al een langere traditie. In het werkdocument ‘Jeugdparticipatie, overzicht van initiatieven’ (VWS, 2000b) wordt jeugdparticipatie onder meer gezien als een instrument om vraaggestuurd werken te bevorderen en het aanbod van maatschappelijke organisaties die werkzaam zijn voor jeugdigen beter te doen aansluiten bij de leefwereld en de behoeften van de jeugd. In het bestuursakkoord Nieuwe Stijl, “Jeugdbeleid in Ba(la)ns”, waarin rijk, provincies en gemeenten uitgangspunten en criteria voor een gezamenlijk jeugdbeleid formuleren, wordt jeugdparticipatie dan ook gedefinieerd als één van de criteria voor gezamenlijk jeugdbeleid (Fabri & Udo,



Figuur 5.1.1: Participatie in het proces van gezondheidsbevordering vanuit beleidsperspectief.

2000). Afspraak hierin is dat beleid meer gemaakt moet worden mét kinderen en jongeren en niet over hun hoofden heen.

Wat opvalt in de definiëring van participatie vanuit het beleidsperspectief is dat het met name instrumenteel gebruikt wordt. Het is voornamelijk een adequate strategie om beleidsdoelen te realiseren, zoals een meer gezonde leefstijl. Het is niet zozeer een doel op zich. Brugman (1997) beschrijft verschillende *participatiemotieven* van beleidssystemen: kwaliteitsverbetering van beleid, effectiviteits- en draagvlakvergroting, vergroting van de legitimiteit van beleid, kostenbesparing en kweken van een maatschappelijk kader.

De Winter (interview 2001) stelt dat veel beleidsmensen wel overtuigd zijn dat je beter beleid krijgt door bijvoorbeeld met jongeren te praten, maar zoals ook eerder geconstateerd, lijkt het voornamelijk instrumenteel gebruikt te worden. Men dient zich wel af te vragen welke rol deze mening van de bevolking vervolgens speelt en hoe doorslaggevend deze is bij het nemen van beslissingen op beleidsniveau.

In *figuur 5.1.1* wordt participatie in het proces van gezondheidsbevordering geoperationaliseerd en weergegeven vanuit het beleidsperspectief. Participatie wordt met name instrumenteel ingezet. Naast het gebruik van participatie om het uiteindelijke doel van gezond gedrag te bereiken, zijn er ook nevenliggende doelen op beleidsniveau.

Opvattingen volgens het onderzoek

Ten Dam (1997) stelt dat in de wetenschappelijke literatuur herhaaldelijk gewezen wordt op het belang van participatie, maar dat het begrip zelden gerealiseerd wordt. Na zijn theoretische verkenning concludeert hij dat het geen eenduidig begrip is, maar dat het aan de hand van verschillende dimensies uiteengezet kan worden. De volgende dimensies van participatie worden onderscheiden (Ten Dam, 1997; Boonekamp et al., 1995; Van Assema & Willemsen, 1993):

- Het *niveau* van participatie: Er zijn verschillende manieren om de niveaus van participatie te onderscheiden (Arnstein, 1969, Pretty 1995). Overeenkomstig is het continuüm van een lage naar hoge mate van participatie, of van non-participatie naar werkelijke participatie;
- De *fase* van het project waarin participatie plaats vindt: hier gaat het om het moment waarop participatie plaatsvindt, dit kan variëren van alleen participatie bij de uitvoe-

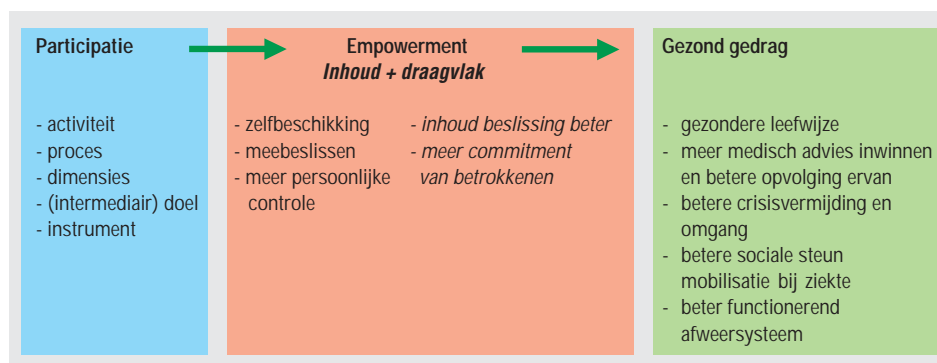
ring van een project, tot participatie vanaf opzet tot en met de evaluatie van een interventie;

- Het *aantal mensen* dat participeert: het kan zijn dat een kleine geselecteerde groep mensen in hoge mate participeert, terwijl het ook kan zijn dat een hele grote groep een lage mate van participatie heeft (Van Assema & Willemsen, 1993);
- Het *bereik* van participatie: gaat het om participatie rond de inhoud van een project, de financiering, de organisatie, of een combinatie daarvan (Ten Dam, 1997);
- *Vormen* van participatie: Dit kan variëren van consumentenvertegenwoordigingen, naar bewonersgroepen, zelfhulpgroepen en vrijwilligersorganisaties of kerken;
- *Wie* participeert, er zijn tal van belanghebbenden: einddoelgroep (bijv. jongeren), intermediairen (bijv. GGD), ambtenaren (gemeente, provincie, landelijke overheid), onderzoekers.

Een belangrijk aspect dat uit gesprekken en de literatuur naar voren komt is dat participatie een ontwikkelingsproces is (Vaandrager, interview 2001; De Winter, interview 2001). Je moet het leren en daar moet je de gelegenheid voor krijgen. Het stilstaan bij een gezamenlijke definitie van participatie is een belangrijk onderdeel van dit proces. Dit participatieve proces ziet er heel anders uit wanneer het doel gericht is op zelfbeschikking, dan wanneer het gaat om een instrumenteel doel, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling van een draagvlak (Röling & Groot, 1999), of het bevorderen van gezond gedrag.

Noom (interview 2001) omschrijft het doel van participatie als een proces van een efficiëntere beslissing. Deze beslissing moet genomen worden op alle niveaus, of het nu in een voorlichtingssituatie, in de hulpverlening, in het gezin of bij de opzet van een interventie in de wijk is. Wat overeen komt is dat op het moment dat de partijen die de beslissing aangaan meebeslissen, zal deze inhoudelijk beter zijn en er zal meer commitment zijn van de betrokkenen. Naast dit instrumentele doel van participatie, is het ook een doel op zich, of als intermediair doel van belang. Vaandrager (interview 2001) stelt dat als je kijkt naar welke interventies succesvol zijn op het gebied van de gezondheidsbevordering, participatie altijd in meer of minder mate onderdeel is van de benaderingswijze. Ook Ten Dam (1997) wijst op het gezondheidsbevorderend effect van maatschappelijke participatie. Participatie in termen van meer persoonlijke controle is positief gerelateerd aan een gezondere leefwijze, bij ziekte vaker medisch advies inwinnen en dit ook opvolgen, in staat zijn crisis te vermijden en er beter mee om te gaan, beter in staat zijn sociale steun te mobiliseren als buffer tegen ziekte, en waarschijnlijk een beter functionerend afweersysteem (Peterson & Stunkard, 1989).

In *figuur 5.1.2* wordt participatie in het proces van gezondheidsbevordering vanuit een onderzoekersperspectief samengevat weergegeven. Binnen dit perspectief wordt participatie dus gezien als instrument én als (intermediair) doel. Daarnaast wordt de black box, of het mechanisme tussen empowerment en gezond gedrag ingevuld met een betere inhoud van beslissingen en meer draagvlak bij betrokkenen, wat leidt tot een grotere kans op gezonder gedrag.



Figuur 5.1.2: Participatie in het proces van gezondheidsbevordering vanuit onderzoeksperspectief.

Opvattingen volgens de praktijk

Wanneer participatie vanuit het perspectief van de praktijk wordt bekeken komt men al snel terecht bij de praktijk van het opbouwwerk. Paes (1996; 1998) stelt dat kenmerkend voor het opbouwwerk is dat deze ondersteuning biedt en ontwikkelingen in gang zet waardoor mensen in staat gesteld worden hun sociale omgeving te beïnvloeden. Participatie wordt hierbinnen dus als doel van de werkzaamheden gezien, in tegenstelling tot participatie als middel of instrument om bijvoorbeeld de gezondheid te bevorderen. Participatie in de zin van een individu dat als beïnvloeder ‘het leven in eigen hand neemt’, biedt aanknopingspunten naar het proces dat (kwetsbare) mensen te doorlopen hebben. Het gaat dan om beïnvloeding van het eigen gedrag, van collectief gedrag, de directe omgeving, de voorzieningen en het beleid. Op welke wijze mensen hun leven weer in eigen hand nemen is afhankelijk van hun kwaliteiten, interesses en mogelijkheden. Kern van de zaak is dat mensen dit zelf bepalen. Paes (1998) ziet participatie als een proces en gebruikt dan ook het werkwoord participeren. Het is een totaal proces van greep krijgen op je eigen situatie en hieraan sturing geven. Uit deze definitie blijkt dat de relatie tussen participatie en empowerment een wederkerige is en deel van hetzelfde proces. Meer empowerment leidt ook tot meer participatie.

Participatie wordt naast doel op zich ook instrumenteel gebruikt. In het hart- en vaatziekte preventie project zuidoost Drenthe ‘*hartstikke goed*’ wordt het tweeledige doel van participatie omschreven als het aan de ene kant het optimaal benutten van al aanwezige deskundigheid in de community en aan de andere kant het vergroten van de deskundigheid (De Vries, Langen & Lueks, 1999). Orlandi (1991) noemt participatie een middel om de kloof tussen projectmedewerkers en de doelgroep te kunnen overbruggen, wat essentieel is voor de continuering van een project.

Het project ‘*Heel de Buurt*’ is het grootste wijkgerichte innovatieproject van Nederland (De Kluis, 2001). Het project startte in 1998 met als doelstelling tot een nieuwe methodiek voor wijkgericht werken te komen. Uitgangspunten van het project zijn vraaggericht, gefaseerd, integraal en participatief te werk te gaan (De Boer, 2000). Het laatste wordt omschreven als dat de bewoners moeten meedenken en –doen. Halverwege het



Figuur 5.1.3: Participatie in het proces van gezondheidsbevordering vanuit het praktijkperspectief.

project concludeert de Boer dat participatie in de praktijk niet eenvoudig te realiseren bleek te zijn. Eén van de oorzaken ligt volgens hem erin dat ‘*Heel de Buurt*’ gechargeerd gesteld niet in de buurten, maar aan het bureau bedacht zijn.

In *figuur 5.1.3* is participatie in het proces van gezondheidsbevordering vanuit een praktijkperspectief weergegeven. Participatie wordt binnen de praktijk zowel gezien als doel op zich, maar ook als instrument of middel. Daarnaast wordt de wederkerige relatie tussen participatie en empowerment hier duidelijk.

Opvattingen over en toepassing van participatie, conclusies

Participatie wordt zowel vanuit beleid, onderzoek als praktijk (al dan niet expliciet) gerelateerd aan een betere gezondheid. Deze relatie wordt gelegd op basis van waarneming en overtuiging. Participatie wordt gedefinieerd als een ontwikkelingsproces met als kern: mensen serieus nemen door het samen creëren van een situatie zodat alle betrokken invloed hebben, kunnen meebeslissen en greep krijgen op de eigen situatie. Ten aanzien van de motieven van participatie zijn er verschillen zowel binnen als tussen de perspectieven van beleid, onderzoek en praktijk. Participatie wordt aan de ene kant gezien en ingezet als middel of strategie om de gezond gedrag te bevorderen. Aan de andere kant wordt participatie gezien als een doel op zichzelf, waarbij wel de verwachting is dat dit leidt tot een betere gezondheid. Een andere belangrijke conclusie is dat participatie een voorwaarde is voor een succesvolle interventie, maar dat het daarbij wel ingebed dient te zijn in een brede, integrale benadering van gezondheid, gericht op individuele, sociale- en fysieke omgevingsverandering. Tot slot is participatie per definitie een moeilijk proces. Het legt wensen van de verschillende belanghebbenden (bewoners, intermediairen, bestuurders, etc.) bloot die vaak ook voor een deel tegenstrijdig zijn. Als daar gezamenlijk uit gekomen wordt, komen er wel betere beslissingen tot stand, met meer draagkracht en gericht op duurzamere oplossingen.

Participatie bij specifieke doelgroepen

Jongeren

De notitie Jeugdparticipatie: overzicht van initiatieven (VWS, 2000b) en het rapport Jeugdparticipatie in Nederland: Wie doet wat op het gebied van jeugdparticipatie (Fabri

& Udo, 2000) geven een goed overzicht van de initiatieven die de laatste jaren genomen zijn ter bevordering van de jeugdparticipatie in Nederland. Opvallend is dat iedereen die zich bezig houdt met jeugd, de landelijke overheid, provincies, gemeenten en verschillende organisaties, het erover eens is dat dit moet gebeuren mét kinderen en jongeren en niet over hun hoofden heen. Er is wel verschil in de interpretatie van jeugdparticipatie. Dit varieert van geïnteresseerd zijn in de participatie van jongeren (bijvoorbeeld in de arbeidsmarkt) tot jongeren werkelijk laten participeren in beleid of een project. Uit beide rapporten blijkt verder dat ondanks de erkenning van het belang van participatie, het vaak een probleem is van hoe dan te komen tot participatie van jongeren. Er kunnen een aantal *voorwaarden voor de stimulering van jeugdparticipatie* uit de verschillende beschrijvingen afgeleid worden:

- Vastleggen van jeugdparticipatie als (beleids)doel;
- Koppelen van financiële middelen aan doelstelling (dit geldt zowel voor overheid als fondsen);
- Stimulering van jeugdparticipatie door middel van ondersteuning, advies, consultatie en middelen: Zo heeft de Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk zogenaamde ‘Flying Teams’ opgericht (jongeren in de leeftijd van 14-24 jaar) die zijn getraind om besturen of commissies van lokale vrijwilligersorganisaties te stimuleren hoe zij jeugdparticipatie kunnen vormgeven in de eigen organisatie;
- Verzameling van kennis en methodeontwikkeling ter bevordering van jeugdparticipatie en dit beschikbaar stellen: Het instituut voor Publiek en Politiek (IPP) is een voorbeeld van een instituut dat nieuwe methoden ontwikkeld op het gebied van jeugdparticipatie en toepassing van succesvol gebleken methoden (helpt) bevorderen;
- Instellen van commissies en werkgroepen op het gebied van participatie voor monitoring en eventuele bijsturing: bijvoorbeeld commissie en de werkgroep Jeugdparticipatie bij het Ministerie van VWS.

Naast deze voorwaarden komen uit de beschrijvingen ook verschillende *methoden van jeugdparticipatie(bevordering)* naar voren. In *tabel 5.1.1* worden enkele voorbeelden aangehaald (voor een uitvoeriger beschrijving wordt verwezen naar eerder genoemde rapporten). Uit de voorbeelden van methoden kan afgeleid worden dat er veel variatie is in het niveau van participatie, de fase waarin het al dan niet gebeurt, het aantal mensen dat participeert, het bereik en de verschillende vormen van participatie. Het succes van deze methodieken wordt niet duidelijk uit de verschillende informatiebronnen.

Ouderen

Het aantal senioren groeit zowel absoluut als relatief (Aken et al., 2000). Deze vergrijzing brengt een aantal gezondheidsproblemen of risico's met zich mee. Depressie is de meest voorkomende psychische klacht bij ouderen tussen de 65 en 80 jaar (Ruwaard & Kramers, 1997). Naar schatting is 55% van de senioren (55+) onvoldoende lichamelijk actief (Backx et al., 1994) en daarnaast is er ook een toename van de veiligheidsproblematiek bij ouderen (Aken et al., 2000).

Wat opvalt bij de verschillende projecten op het gebied van participatie van ouderen, is de variatie in niveau, fase waarin het gebeurt, aantal mensen dat deelneemt, het bereik

Tabel 5.1.1: Methoden ter bevordering van jeugdparticipatie.

- Jongerenraden, -panels, Jeugdebatten en Jeugdparlementen;
- Peer-educators, peersupport, mentor als rolmodel: jongeren spreken jongeren aan;
- Samenwerking: Bijvoorbeeld het project *Big Deal?* waar jongeren en volwassenen (plaatselijke horeca, bestuurders en beleidsmakers gemeente) samenwerken om te voorkomen dat experimenteel gedrag met drugs en drank uitmondt in riskant gedrag;
- Peerresearch: jongeren onderzoeken jongeren. Bijvoorbeeld de Stichting Bevordering Jongerenparticipatie JP 2000+. Door middel van ‘peergroep’ voorlichting worden de andere jongeren erbij betrokken en in verbetergroepen werken ze systematisch samen met volwassenen aan oplossingen voor knelpunten (bijvoorbeeld de hulpverlening aan zwerfjongeren);
- Stimuleren van intermediairs om jongeren in alle fasen van projecten actief te betrekken. Dit is één van de speerpunten van de Stichting Jeugd in Beweging (JIB);
- Enquêtes onder jongeren: bijvoorbeeld de regelmatig uit te voeren enquête Jong Utrechts Peil waarop de Gemeente mede haar beleid baseert;
- Inspraakavonden voor jongeren;
- Organiseren van jeugdparticipatie in de wijk: De gemeente Zwolle heeft via jeugdonderzoek en wijkpanels met jeugdigen gesproken om zodoende concrete acties te ontwikkelen;
- Workshops voor en door jongeren;
- Jongerenmanifestaties;
- Via communicatiekanalen: internet, televisie, radio, tijdschriften, kranten, etc.

en vormen. Binnen de projecten op het gebied van depressie bij ouderen (Stichting GGZ Eindhoven, 1999) is het doel van de interventies met name gericht op het (blijven) participeren in de maatschappij van ouderen. De methode waarop de interventies zijn opgezet is echter minder vanuit de participatie gedachte; het betreft een cursus opgezet door professionals waar mensen op in kunnen schrijven. Dit geldt ook, maar in iets mindere mate voor het GALM-project dat deel uit maakt van de campagne 55-plus in Beweging!. Hier kunnen ouderen kiezen voor activiteiten uit een gevarieerd bewegingsprogramma. Door de ervaring hoe bewegen voelt, ontdekken senioren wellicht dat ze nog wel degelijk in staat zijn om te sporten en krijgen ze er ook plezier in. Het proces van participatie naar empowerment en weer terug is zichtbaar in gang gezet (zie *deel B, paragraaf 4.1*).

Ouderen leven ook tot op steeds hogere leeftijd zelfstandig. Om de gemeente te ondersteunen ter bevordering van het lokaal ouderenbeleid is het IgLO-project in het leven geroepen (Mars, 1999). Doel is om na te gaan in hoeverre ‘vitale’ ouderen bij het gemeentelijk beleid betrokken kunnen worden en hoe ouderen gestimuleerd kunnen worden door vrijwilligerswerk daadwerkelijk deel te nemen aan de samenleving. De volgende *methoden van ouderenparticipatie(bevordering)* komen naar voren in het project:

- Seniorenraad: orgaan bestaand uit senioren dat gemeenten adviseert over het ouderenbeleid;
- Raadplegen van ouderen: bijvoorbeeld bij de inrichting van een wijkpark of plein;
- Vrijwilligerswerk: ‘vitale’ senioren helpen meer kwetsbare senioren;
- Ouderenadviseurs, peer-education: getrainde senioren adviseren andere senioren;
- Mantelzorg: familie, burens, bekenden die senioren verzorgen of begeleiden.

Ook bij de lokale aanpak van ongevallenpreventie bij ouderen door Consument en Veiligheid blijkt een belangrijke succesfactor de participatie van doelgroep te zijn (De Weerd & Dijk, 2001). Zij stellen dat alle betrokkenen, zowel de uitvoerder als de ontvangers van de interventies de aanpak moeten onderschrijven. Een voorbeeld hiervan is het project 'Wijzer Wonen', gericht op ongevallenpreventie. Het project is ontwikkeld samen met de ouderenbonden. Er is effectief gebruik gemaakt van senioren die zijn opgeleid om leeftijdgenoten te informeren over ongevallenpreventie, de zogenaamde peer-education. Zo werden in de Tarwewijk in Rotterdam ruim 250 zelfstandig wonende ouderen aan huis bezocht. Vooraf bleek de bereidheid tot participatie in de wijk laag. De combinatie van thuis bezoeken en iemand van de eigen 'peergroup' heeft echter effect gehad, zowel op de participatie van ouderen in de wijk als op de veiligheid in hun woonomgeving (Duifhuizen, Saan, Goumans & Roskam, 1998). Andere lokale voorbeeldprojecten zijn 'Woon wijs, voorkom vallen' (GGD Regio 's Hertogenbosch) die de preffiprijs 1999 heeft gewonnen en het project 'Grip op eigen veiligheid' (Koster & Du Bois, 2000), gericht op ongevallenpreventie van 55-plussers in Sneek. De uitdrukking 'grip op' impliceert empowerment van de ouderen. Het geeft aan dat het bij participatie er om gaat ouderen bewust te maken van de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden aan te bieden zodat ze invloed uit kunnen oefenen om hun eigen omgeving aan te passen. Vaak is de fase waarin ouderen een rol gaan spelen (zijn gaan participeren), de implementatiefase. De Weerd en Dijk (2001) concluderen dat projecten nog beter werken als al in de analyse- en initiatiefase ten behoeve van de interventieontwikkeling de doelgroep reeds betrokken wordt.

Personen met een lage Sociaal-Economische Status (SES)

De sociaal-economische status van mensen heeft een verklarende waarde voor gezondheid (Ten Dam, 1997). Een aantal factoren met een bemiddelende rol tussen de sociaal-economische status en gezondheid zijn verwoord in het zogenaamde model van Lalonde (1974): erfelijkheid, fysieke omgeving, sociale omgeving, leefwijzen, zorg. Het wijkgericht werken wordt gezien als een manier van aanpak om met name (en waar mogelijk) deze intermediaire factoren te beïnvloeden en daarmee indirect de gezondheid. De actieve participatie door de doelgroep wordt hierbij als een belangrijk element gezien. Participatie biedt volgens Ten Dam (persoonlijke communicatie 2001) de mogelijkheid tot het verkleinen van gezondheidsverschillen. Er is een direct verband tussen participatie en gezondheid, het is een goed middel om behoeften te ontdekken en het is onmisbaar bij veranderingen in leefwijzen. Als belangrijke *voorwaarden voor participatie* worden genoemd:

- Aansluiting bij de actualiteit;
- Aansluiting bij formele en informele netwerken van buurtbewoners;
- Ervaren betrokkenheid van belanghebbenden (bewoners, intermediairen, instellingen, gemeente, etc.);
- Aansluiten bij de kennis en vaardigheden van belanghebbenden;
- Motivatie van belanghebbenden en het perspectief op de toekomst;
- Draagvlak bij en vertrouwen van belanghebbenden;
- Steun vanuit de omgeving;
- Geschikte vormen zoeken van participatie, aangepast aan omstandigheden.

Tabel 5.1.2: *Methoden ter bevordering van burgerparticipatie (Tonkens, 2000).*

- Neighbourhoodpanels en communitypanels: kleinschalige buurtraden, waarvoor mensen persoonlijk worden bezocht en uitgenodigd om zitting te nemen;
- Streettalks: buren interviewen elkaar over de buurt;
- Streetwalks: een buurtschouw om de straat weer op te eisen;
- Installations: mobiele video- en computerkraampjes, waarin mensen op een beeldscherm een boodschap over de buurt kunnen achterlaten en die van anderen kunnen bekijken;
- Funday's in het park: grote festijnen met clowns, spel en sport, muziek, veel eten en computers waarop je interactief kan discussiëren;
- Journalism: leerlingen van de basisscholen gaan als journalisten de straat op om buurtbewoners te interviewen; de resultaten presenteren ze in een show.

De vraag is hoe je participatie van de verschillende belanghebbenden bereikt. In het project 'New deal for communities' (NDC), het Engelse zusje van Heel de Buurt is een heel scala aan *(on)conventionele methoden ontwikkeld om burgerparticipatie te bevorderen* (Tonkens, 2000). Het doel van het project is om de situatie in achterstandswijken te verbeteren, en de kloof tussen deze wijken en andere wijken te verkleinen. Dit gebeurt op vier terreinen: werk, onderwijs, gezondheid en veiligheid. In *tabel 5.1.2* worden enkele voorbeelden van methoden gegeven.

Naast de vraag hoe je participatie bereikt is van belang in welke fase en in welke mate participatie van belanghebbenden wel en niet plaatsvindt. Dit wordt ook duidelijk in het community-project binnen Hartslag Limburg (zie *deel B, paragraaf 4.4*) welke de Preffi-prijs 2000 heeft gewonnen. In dit project wordt aan de ene kant de randvoorwaarden, de doelstellingen waar je aan wilt werken neergelegd door de professional, maar aan de ander kant signalen om te weten wat er leeft en waar behoeften liggen verkregen worden uit de communities (Lotterman, 2001). Het is de kunst om mensen ruimte te geven om samen met de professionals te werken aan een bepaald doel. Participatie is hier voornamelijk vormgegeven door het instellen van werkgroepen, waarin een vertegenwoordiging zit van allerlei organisaties/doelgroepen in de gemeente of wijk. Ook uit het project 'Armoede en gezondheid van kinderen' van de GGD West-Brabant (de andere winnaar van de Preffi-prijs 2000), blijkt dat sommige onderwerpen of situaties vragen om beperktere participatie van de doelgroep in bijvoorbeeld de opzet van de interventie. De 'werkelijke' participatie lag in dit project op het niveau van de intermediairen zoals GGD, gemeente, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. De uiteindelijke doelgroep, kinderen en ouders met een sociaal-economisch gezondheidsverschil participeerden door deel te nemen aan het project. Uit de proces en effectevaluatie blijkt dat het project wel geleid heeft tot onder andere meer beweging, voldoende kleding en sociale participatie van kinderen. Daarnaast is ook het psychosociale welzijn verbeterd.

Participatie is per definitie een moeilijk ontwikkelingsproces omdat het belangen bloot legt. Dit blijkt ook uit het project 'Wijkgericht werken aan Gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam'. Uit de evaluatieve beschrijvingen blijkt dat de soms tegengestelde belangen van betrokkenen zowel kracht als struikelblok kunnen zijn (zie *deel B, paragraaf 3.5*). De betrokkenheid en het draagvlak op allerlei niveaus

(bewoners, intermediairen, politiek, onderzoekers) zijn noodzakelijk om successen te behalen (werkconferentie CIT Rotterdam, 2000). Daarnaast blijkt het moeilijk om gezondheid in termen van leefstijlonderwerpen op de agenda te krijgen als de eerste insteek breed is gericht op het stimuleren van betrokkenheid van bewoners bij de fysieke, economische en sociale omgeving.

Allochtonen

Van der Pennen (z.j.) stelt dat met name de maatschappelijke positie doorslaggevende knelpunten opleveren voor de participatie van allochtonen, maar dat er nog een aantal andere redenen van belang zijn ook specifiek aandacht te besteden aan de allochtone participatie. Hierbij spelen aspecten van de politieke cultuur, namelijk het ontbreken aan een participatietraditie en een geringe maatschappelijke belangenbundeling, voorsnog een belemmerende rol.

In het kader van het project ‘*Heel de Buurt*’ is het rapport ‘*Werken met migranten in de wijk*’ verschenen (Broekman, 2000). In dit rapport wordt uitvoerig ingegaan op tal van participatieaspecten in het wijkgericht werken. Deze bevindingen zijn goed te transfereeren naar participatie in relatie tot het bevorderen van gezond gedrag. De volgende elementen worden onderscheiden:

- Niveaus in de wijk waarop gewerkt kan worden aan participatie;
- Remmende factoren op participatie;
- Hoe en waar zijn allochtonen actief in de wijk;
- Wie zijn er aan te spreken in de wijk als het gaat om participatie;
- Voorwaarden voor participatie;
- Aandachtspunten voor specifieke kenmerken en belangen van migrant, organisatie en methodiek;
- Methodieaanwijzingen voor het werken met minderheden;
- Knelpunten bij het participatieproces.

Het voert te ver om alle onderwerpen hier uit te werken. Veel van de voorwaarden van participatie die genoemd worden voor allochtonen komen namelijk ook overeen met de eerder gepresenteerde voorwaarden bij de andere doelgroepen. Specifieker voor de groep allochtonen zijn de remmende factoren die genoemd worden (zie *tabel 5.1.3*). Hoewel hier geldt dat er binnen de groep allochtonen veel verschillen zijn, zijn dit goede aangrijpingspunten om rekening mee te houden wanneer allochtonenparticipatie gewenst is.

Een ander belangrijk aspect dat naar voren komt ten aanzien van het realiseren van participatie en mogelijke vervolgoelstellingen, is het onderscheid dat wordt gemaakt in *procesgerichte* activiteiten en *productgerichte* activiteiten bij het werken met minderheden. Het proces van relatieopbouw en –instandhouding is de basis waarop andere, meer *productgerichte* activiteiten worden mogelijk gemaakt (Broekman, 2000). De *procesgerichte* activiteiten moeten dan ook regelmatig herhaald worden en gedurende lange tijd plaatsvinden, terwijl de *productgerichte* activiteiten (bijv. advisering of het opstarten van een groep) op een zeker moment afgerond worden, met formulering van mogelijke

Tabel 5.1.3: Remmende factoren op participatie van migranten (Driessen, 1999).

- Achterstand in scholing en de Nederlandse taal;
- Grote werkloosheid en weinig perspectief op de arbeidsmarkt;
- Strikte scheiding van vrouwen en mannen in het openbare leven bij traditioneel islamitisch georiënteerde groepen;
- Negatieve ervaringen in eigen land met politiek, overheid en vakbonden wat kan leiden tot wantrouwen en argwaan in de huidige situatie;
- Andere kijk op vrijwilligerswerk;
- Vanuit onzekerheid over de eigen positie is men soms aarzelend om gebreken aan de woning en woon-omgeving te signaleren en aan te geven;
- De directheid waarmee Nederlanders problemen richting verantwoordelijken kunnen aangeven spreekt sommige migranten niet aan. Zij lossen liever de problemen binnen de eigen familie op;
- De Nederlandse vergadercultuur is voor veel migranten te snel en te zakelijk;
- Er bestaan veel vooroordelen en meningsverschillen tussen de autochtonen en allochtonen, dit gaat over en weer. Deze vooroordelen bestaan ook bij de migranten onderling. Gebrek aan wederzijdse kennis leidt tot onbegrip, wat een blokkade kan zijn voor participatie;
- Veel migranten begrijpen weinig van de organisatie van onze samenleving. Deze wordt als ondoorzichtig ervaren, met veel regels en diensten en organisaties;
- Veel migranten hebben weinig interesse in het algemene wijkbelang, maar wel in onderdelen wat hun eigen belang aangaat;
- De binding van migranten is vaak van korte duur. Zij zijn wel aanwezig bij kortdurende projecten, maar haken vaak af bij lange termijn projecten.

vervolgdoelen. Overigens is dit niet alleen belangrijk voor de participatie van allochtonen, maar voor alle doelgroepen.

Conclusies ten aanzien van doelgroepen

Er is weinig informatie beschikbaar over de effecten van participatie op gezond gedrag bij de verschillende doelgroepen. Desalniettemin wordt participatie van verschillende belanghebbenden gezien als een belangrijke voorwaarde voor het succes van interventies. Verder blijkt dat er geen pasklare methode of recept is van wat, wanneer en hoe participatie dient te worden toegepast. Het is een ontwikkelingsproces dat afhankelijk van situatie en belanghebbenden gaandeweg vorm moet krijgen. Er zijn wel enkele belangrijke voorwaarden en methoden te onderscheiden die toegepast kunnen worden bij alle doelgroepen.

Slotbeschouwing

Participatie is een ontwikkelingsproces met als kern: mensen serieus nemen door het samen creëren van een situatie zodat alle betrokkenen invloed hebben, kunnen meebeslissen en greep krijgen op de eigen situatie. Het is per definitie een moeizaam proces omdat het belangen blootlegt van alle betrokkenen die vaak voor een deel ook tegenstrijdig kunnen zijn. Als daar gezamenlijk uit gekomen wordt, komen er wel betere beslissingen tot stand, met meer draagkracht en gericht op duurzamere oplossingen.

Participatie wordt aan de ene kant gezien en ingezet als middel of strategie om gezond gedrag te bevorderen. Aan de andere kant wordt participatie gezien als een doel op zich-

zelf, waarbij wel de verwachting is dat dit leidt tot een betere gezondheid. Met name het beleid is gericht op het instrumenteel inzetten van participatie. Naast de positieve invloed van participatie op empowerment en gezond gedrag wordt er ook een omgekeerd positieve invloed verondersteld. Zo kan er een opwaartse spiraal van meer participatie, meer empowerment en gezonder gedrag ontstaan.

Hoewel de effecten van participatie op gezond gedrag nog niet echt duidelijk zijn, relateren zowel beleid, onderzoek als praktijk participatie (al dan niet expliciet) aan een betere beïnvloeding van gezond gedrag. Voorwaarde hierbij is dat participatie ingebed is in een brede, integrale benadering van gezondheid, gericht op individuele, sociale- en fysieke omgevingsverandering.

Er is geen pasklare methode of recept voor participatie in relatie tot gezond gedrag, het is een ontwikkelingsproces. Wel zijn er enkele belangrijke voorwaarden, methoden en mogelijk remmende factoren voor participatie van verschillende belanghebbenden. Deze zijn in principe doelgroepoverstijgend. Van belang is echter wel deze afhankelijk van situatie en doelgroep toe te passen. Het zou goed zijn hierbij na te gaan in hoeverre ‘good’ en ‘best-practices’ uit andere vakgebieden overdraagbaar zijn naar het terrein van de beïnvloeding van gezond gedrag.

Participatie is niet enkel een strategie van gezondheidsbevordering of een methodisch alternatief. Het werken vanuit een participatieve benadering heeft gevolgen voor de manier van denken en werken van intermediairen, onderzoekers en omvat (ook) een organisatieveranderings-component. Als dit ‘professionele’ circuit niet mee verandert, zullen dergelijke participatieve projecten mislukken.

Er schuilt een gevaar in het duiden van participatie als belangrijk speerpunt voor de bevordering van gezond gedrag. Het is namelijk geen garantie tot gezond gedrag. Er moet gewaakt worden dat de participatieve werkwijze niet leidt tot ‘blaming the victim’ indien de doelgroep niet participeert en/of de interventie niet tot gezonder gedrag leidt. In plaats van een opwaartse kan dit leiden tot een neerwaartse spiraal van participatie en empowerment, zodat de oplossing erger wordt dan de kwaal.

Omdat het proces tussen participatie, empowerment en gezond gedrag langdurig is, zou het afrekenmechanisme van het beleid niet alleen gericht dienen te zijn op een effect op gezond gedrag. Het is aan te bevelen in eerste instantie de effecten op de (intermediaire) doelstellingen van participatie, intersectorale samenwerking en empowerment als succesfactor van een interventie te nemen.

5.1.2 Publiek-private samenwerking

L Lemmers, L Peters

Publiek-private samenwerking moet aan alle betrokkenen een meerwaarde kunnen bieden. Motieven om samen te werken moeten niet ter discussie staan. Voordelen van samenwerken met private partners liggen op het terrein van een beter bereik van de doelgroep, implementatie van interventies, verandering van omgevingsfactoren, creëren van draagvlak, financiële armslag etc.

Inleiding

In het programmavoorstel 'Gezond leven: zoektocht naar vernieuwing' van ZorgOnderzoek Nederland (ZON, 2001) wordt de keuze voor samenwerking als aparte programmalijn als volgt gemotiveerd: "Voor het beïnvloeden van het gedrag van mensen en hun sociale en fysieke omgeving is de inzet van verschillende groepen en organisaties nodig: doelgroepen, werkers in de gezondheidszorg en welzijnswerk en organisaties in de publieke en private sector". Samenwerking is essentieel voor het welslagen van de nieuwe strategie die het programma *Gezond leven* voor ogen heeft.

In deze bijdrage zullen we aandacht besteden aan een specifieke samenwerkingsvorm, namelijk: publiek-private samenwerking (PPS). De private sector is tot nu toe een relatief onbekende samenwerkingspartner voor professionals in de gezondheidsbevordering. Het inzicht groeit echter dat het een belangrijke partner kan zijn om zowel individueel gedrag te veranderen als om structurele veranderingen in de leefwereld van mensen te creëren.

Opvattingen over en toepassing van participatie

Opvatting en toepassing van publiek-private samenwerking in het beleid

Omdat het beleid met betrekking tot publiek-private samenwerking niet specifiek voor gezondheidsbevordering is gedefinieerd zullen we hieronder het algemene overheidsbeleid bespreken. Om het beleid ten aanzien van publiek-private samenwerking vorm te geven heeft de overheid het kenniscentrum publiek-private samenwerking opgericht. Het Kenniscentrum PPS (2000) stelt dat: "Met publiek-private samenwerking wordt bedoeld dat de overheid en het bedrijfsleven samenwerken bij de uitvoering van investeringsprojecten. Het kan gaan om infrastructurele projecten zoals de aanleg van wegen, bruggen, tunnels of spoorwegtrajecten. Maar ook de ontwikkeling van een industriegebied, de bouw van een ziekenhuis of de aanleg en exploitatie van een bedrijvencomplex kunnen als PPS-project worden uitgevoerd."

Bij PPS-projecten houden overheid en bedrijfsleven ieder hun eigen identiteit en verantwoordelijkheid. Zij werken samen op basis van een heldere taak- en risicoverdeling. Elke partij heeft een eigen inbreng, gebaseerd op hun specifieke deskundigheid. Het is de bedoeling dat PPS voordeel voor beide partijen oplevert, de zogenaamde win-win

Tabel 5.1.4: Criteria voor publiek-private samenwerkingsprojecten.

Bij een PPS-project:

- Werken overheden en bedrijfsleven samen op basis van duidelijke contractueel vastgestelde afspraken;
- Is contractueel vastgelegd wie waarvoor verantwoordelijk is en wie welke kosten en risico's draagt;
- Gaat het om het realiseren van zowel maatschappelijke als commerciële doelen;
- Verwachten beide partijen dankzij de samenwerking en de inbreng van ieders specifieke deskundigheid een beter resultaat tegen dezelfde kosten te realiseren (of hetzelfde resultaat tegen geringere kosten);
- Behoudt elke partij zijn eigen identiteit en verantwoordelijkheid.

situatie. Voor het bedrijfsleven kan dit zijn dat nieuwe kansen op een groeiende markt ontstaan en dat men winst maakt. De overheid denkt dat door PPS voor hetzelfde geld een kwalitatief beter eindproduct gerealiseerd kan worden (Kenniscentrum PPS, 2000). In *tabel 5.1.4* staan de criteria waaraan volgens de overheid een typisch PPS-project moet voldoen.

Tot nu toe wordt publiek-private samenwerking door de overheden hoofdzakelijk vanuit de financiële kant benaderd (Coymans, 2000). Volgens Coymans is het dan ook illustratief dat het Kenniscentrum publiek-private samenwerking valt onder het ministerie van Financiën. In een groot aantal gevallen staat het bij voorbaat vast welk project de overheid gerealiseerd wil zien. De private partners worden met name gezocht als alle plannen al ontwikkeld zijn en er slechts een medefinancier gezocht wordt. Inhoudelijk speelt de private partner nauwelijks een rol. Volgens Coymans blijft de publiek-private samenwerking daardoor onvoldoende benut.

Opvatting en toepassing van publiek-private samenwerking in het onderzoek

In opdracht van het kenniscentrum PPS heeft Ernst & Young consultancy onderzoek gedaan naar de succes- en faalfactoren van PPS-projecten (Van der Meij et al., 2000). De belangrijkste conclusies van dit onderzoek, gezien vanuit het standpunt van de publieke sector, waren:

- Begin met bepaling eigen uitgangspunten en doelstellingen;
- Alleen kiezen voor PPS indien dit leidt tot meerwaarde;
- Selectie private partner(s) indien mogelijk baseren op competitie;
- Kwaliteit waarborgen;
- Aandacht voor omwonenden en overige betrokkenen wenselijk;
- Beperk het aantal bij PPS te betrekken partijen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de betrokken overheid van te voren de uitgangspunten en doelstellingen van voorgenomen PPS-project helder dient te formuleren. Verder blijkt dat de meerwaarde van een PPS voornamelijk ligt in het poolen van kennis en competenties en niet alleen in het delen van financiële risico's.

Het onderzoek naar publiek-private samenwerking beperkt zich nu hoofdzakelijk tot de financiële aspecten van de samenwerkingsverbanden. Een recent overzicht van dit onderzoek is te vinden in een rapport van Arthur Andersen and Enterprise LSE (2000). Binnen de reikwijdte van deze bijdrage gaat het te ver om de conclusie en aanbevelin-

gen te bespreken. Tot slot kunnen we noemen dat de Erasmus Universiteit ook onderzoek uitvoert naar publiek-private samenwerking. Dit onderzoek beperkt zich niet alleen tot de financiële aspecten.

Opvatting en toepassing van publiek-private samenwerking in de praktijk

Op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen zijn er al jarenlang vele lokale initiatieven waarin het bedrijfsleven zich inzet voor maatschappelijk problemen. Om een paraplu te bieden voor al deze praktijkinitiatieven heeft minister Borst in 1998 een partnership voor sociale integratie opgericht. Binnen dit partnership kunnen bedrijven, overheden en maatschappelijke organisaties kennis en ervaring uitwisselen met betrekking tot versterking van de sociale infrastructuur. Op deze manier wil het ministerie van VWS de successen van de vele lokale initiatieven verankeren en de vorming van nieuwe lokale partnerships stimuleren (PSI, 1999).

Uit het partnership voor sociale integratie is onder andere de stichting *Samenleving en Bedrijf* ontstaan. Deze stichting heeft de volgende missie en doelstellingen (www.samen.nl):

- Samenleving en bedrijf is een landelijk kennisnetwerk voor sociaal verantwoord ondernemen, waarin visies en best practices worden doorgegeven en gedeeld. Het is een lerend netwerk, dat functioneert als een stimulerend platform voor bedrijven, overheden en maatschappelijke organisaties;
- De stichting is vooral gericht op het bedrijfsleven, zowel landelijk opererend als lokaal. Lokale overheden en maatschappelijke organisaties vormen op lokaal niveau belangrijke partners. Door zelf een sterk landelijk kader te vormen, wil de stichting het ontstaan en voortbestaan van lokale partnerships bevorderen;
- Samenleving en Bedrijf onderhoudt daartoe goede contacten met de Rijksoverheid, de politiek, onderwijs-, wetenschap, werkgevers- en werknemersorganisaties en het maatschappelijke veld;
- De stichting wordt gedragen door een initiatiefgroep van bedrijven (onder andere ABN AMRO, Ordina, Rabobank, Randstad en Shell) die vanuit hun ondernemersvisie de verdere ontwikkeling en verdieping van sociaal verantwoord ondernemen willen uitdragen en stimuleren.

Effecten en ervaringen

In het boek *'Visies op maatschappelijk verantwoord ondernemen'* (McIntosh & Jonker, 2000) wordt vanuit de politiek, het bedrijfsleven en internationale organisaties ingegaan op ervaringen en visies met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen. In *tabel 5.1.5* staan een aantal uitspraken die de ervaringen illustreren.

Er is een sterke consensus (bij zowel bedrijven, overheid en wetenschap) dat bedrijven een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben. Daarbij moet worden aangetekend dat het behalen van winst en het voortbestaan van de onderneming wel de primaire doelstellingen van bedrijven zijn. Maatschappelijk verantwoord ondernemen houdt in dat men naast aandacht voor winst ook aandacht heeft mensen en milieu. Er wordt ook wel

Tabel 5.1.5: Visies en ervaringen met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen.

“De vraag is niet of je maatschappelijk moet ondernemen, maar hoe je dat gaat doen”.

Gerlach Cerfontaine – Schiphol Group

“Het debat over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van ondernemingen zal niet vandaag op morgen afgerond zijn. Maar de ontwikkeling naar transparantie en verificatie is onomkeerbaar”.

Paul Rosenmöller – GroenLinks

“Maatschappelijk verantwoord ondernemen wordt vaak vooral verbonden met filantropie en mooie woorden. Voor ons is het dat juist niet. Bij ons heeft maatschappelijk verantwoord ondernemen betrekking op al onze activiteiten”.

Hans Smits – Rabobank Nederland.

“Wij proberen er voor te zorgen dat werk plezierig is en een persoonlijke verrijking; het moet iets te maken hebben met geluk”.

Cees G. van Luijk – Getronics

“De publieke perceptie van je bedrijf is een risicofactor voor je reputatie, je marktpositie en dus uiteindelijk voor het voortbestaan van je bedrijf”.

Arjen van Witteloostuijn – Hoogleraar economie aan de Rijksuniversiteit Groningen

gesproken van de drie P's: *profit, people* en *planet*. Motieven van het bedrijfsleven om te participeren in maatschappelijke- en/of gezondheidsprojecten zijn onder andere:

- Commerciële motieven op de korte of lange termijn, zoals bijvoorbeeld het vergroten van de afzet van gezondheidsbevorderende producten;
- Imagoverbetering van het bedrijf of het product;
- Voortbestaan van het bedrijf is gebaat bij een gezonde en welvarende bevolking in een stabiele maatschappelijke omgeving. Het bedrijf heeft belang bij gezonde werknemers en gezonde consumenten;
- Uitdragen van bepaalde normen en waarden.

Tot nu toe vinden bedrijven en overheid elkaar met name rond de onderwerpen: werkgelegenheid/werkloosheid, onderwijs/ontwikkeling, duurzame kwaliteit van de leefomgeving en veiligheid. De projecten hebben eerder welzijn dan gezondheid tot insteek. Echter binnen het brede concept van gezondheid dat het programma Gezond leven van ZON hanteert heeft welzijn ook een relatie tot gezondheid. Het thema gezondheid als specifiek onderwerp ontbreekt tot nu toe bijna volledig op de agenda van de stichting ‘*Samenleving en Bedrijf*’ terwijl als specifiek maatschappelijk thema naadloos aansluit op de doelstellingen en missie van de stichting. Opvallend is verder dat er vanuit de lokale en nationale gezondheidsinstanties nauwelijks partners hebben aangemeld.

Opvatting en toepassing van publiek-private samenwerking, conclusie

Bij zowel overheid als het bedrijfsleven bestaat belangstelling om met elkaar samen te werken. Publiek-private samenwerking wordt door de overheid sterk benaderd vanuit een financieel perspectief. Hierdoor maakt men te weinig gebruik van de kennis en net-

werken van het bedrijfsleven. Bij het bedrijfsleven krijgt maatschappelijk verantwoord ondernemen steeds meer aandacht. Dit heeft geleid tot de stichting ‘*Samenleving en Bedrijf*’. Tot nu toe vinden overheid en bedrijfsleven elkaar met name rond welzijns-thema's als werkgelegenheid/werkloosheid, onderwijs/ontwikkeling, duurzame kwaliteit van de leefomgeving en veiligheid en nog nauwelijks rond het specifieke thema gezond leven. Hier liggen grote kansen voor zowel landelijke als lokale gezondheidsorganisaties omdat de thema's gezondheid en gezond gedrag goed passen binnen de kaders van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Bij het aangaan van de samenwerkingsverbanden is het raadzaam om de criteria voor publiek-private samenwerkingsprojecten die het Kenniscentrum PPS heeft opgesteld te volgen (zie *tabel 5.1.4*). De keuze van de samenwerkingspartner moet tot een win-win situatie leiden.

Doelgroepen en publiek-private samenwerking

Met betrekking tot doelgroepen die speciale aandacht behoeven hebben overheid en bedrijfsleven ongeveer dezelfde ideeën. In ‘Open agenda’s, samen investeren in de samenleving’ (PSI, 1999) wordt dit als volgt aangeduid: “Overheid en bedrijfsleven investeren beiden in de vergroting van de zelfstandigheid van kwetsbare groepen en in de verbetering van het leefklimaat”. Doelgroepen die beide graag willen bereiken zijn jongeren, allochtonen, ouderen en gehandicapten. Hieronder zullen we per doelgroep de mogelijkheden nagaan van potentiële private partners.

Jongeren

De belangrijkste gezondheidsproblemen van jongeren hebben betrekking op tabaksgebruik en alcoholmisbruik. Met betrekking tot tabaksgebruik van jongeren spelen private partners nog geen rol van betekenis en het is onduidelijk of dit in de toekomst zal veranderen (Pieterse, 2000). Samenwerking met de tabaksindustrie ligt niet voor de hand omdat ook licht tabaksgebruik ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het beleid van VWS is er daarom ook op gericht om tabaksgebruik te ontmoedigen. Pogingen van de tabaksindustrie om roken bij jongeren te ontmoedigen worden door maatschappelijke partijen zoals de Stichting Volksgezondheid en Roken (Defacto) met argwaan gevolgd. Bedrijven en scholen kunnen wel worden ingezet voor het creëren van een rookvrije omgeving voor jongeren.

Met betrekking tot alcoholgebruik van jongeren zijn er meer potentiële private partners dan bij tabaksgebruik (Lemmers, 2000). Het beleid van VWS is gericht op het bevorderen van matig alcoholgebruik en het voorkomen van alcoholmisbruik. Omdat het alcoholmisbruik van jongeren voornamelijk plaats vindt in de horeca is het van groot belang dat de horeca betrokken wordt bij preventieprojecten die het doordrinken in de drinksituatie proberen te voorkomen. Dit is vooral van belang omdat blijkt dat omgevingsfactoren, zoals beschikbaarheid van alcohol, prijs van alcohol, schenkgedrag en mogelijkheid tot activiteiten in een horecagelegenheid een grote spelen bij het ontstaan van alcoholmisbruik. Koninklijke Horeca Nederland en ook de alcoholbranche (STIVA, 1996) onderkennen het alcoholmisbruik door jeugdigen en pleiten voor adequate preventie maatregelen richting jongeren. Zoals eerder opgemerkt blijft het behalen van

winst het belangrijkste doel van het bedrijfsleven. In hoeverre overheid en bedrijfsleven elkaar kunnen vinden op het gebied van alcoholpreventie gericht op jongeren moet nog blijken in de praktijk omdat jongeren grote consumenten van alcohol zijn.

Vanuit het bedrijfsleven bestaat er veel interesse om bijdragen te leveren aan projecten gericht op specifiek probleemjongeren. De problematiek van deze jongeren bestaat onder andere uit overmatig alcohol- en drugsgebruik, criminaliteit, onderwijsachterstand en werkloosheid. Als voorbeeld noemen we de Rabobank Rotterdam die onder andere betrokken is bij het project Cityteam (onder andere in Rotterdam, Zoetermeer en Utrecht) en Stichting Pension Maaszicht; een jongeren project in Rotterdam. Het project Cityteam levert cursussen en programma's voor jongeren tot 30 jaar en is met name gericht op zelfontplooiing van specifieke groepen jongeren. Stichting Pension Maaszicht geeft onderdak aan dak- en thuisloze jongeren in de leeftijd van 17 tot 23 jaar. De jongeren worden gestimuleerd om gebruik te maken van het hulpaanbod op het gebied van scholing en arbeid. Ook is er vanuit de verslavingszorg hulp voorhanden.

Ouderen

Ouderen hebben onder andere te maken met een slechter wordende gezondheid, psychische problemen, sociale isolatie, zingevingproblemen en rouwverwerking door overlijden van partner of andere personen uit de sociale omgeving. Kortom gezondheid en kwaliteit van leven spelen een zeer prominente rol in het leven van ouderen. Zowel de overheid als het bedrijfsleven beschouwen de gezondheidstoestand en de leefsituatie van ouderen als een van de centrale en meest urgente maatschappelijke thema's. Het bedrijfsleven heeft door de vergrijzing en een krappere wordende arbeidsmarkt een direct belang bij het voorkomen dat ouderen voortijdig het arbeidsproces verlaten. Gezondheidsbeleid met name gericht op ouderen, vaak in samenwerking met zorgverzekeraars en Arbo-diensten, is voor bedrijven daarom niet alleen een geste naar de werknemers maar ook een noodzaak om de continuïteit van het bedrijf te waarborgen. Er liggen daarom veel mogelijkheden voor samenwerking tussen overheid, bedrijfsleven, zorgverzekeraars en Arbo-diensten met betrekking tot de oudere werknemer.

Overheid en bedrijfsleven hebben elkaar ook gevonden in projecten gericht op rouwverwerking (Stichting Studiecentrum voor Dood en Samenleving), advies met betrekking tot geldzaken, educatie en zorg (ouderenadviseur) en het omgaan met computers en internet. Met name de internetprojecten hebben ook een functie in het doorbreken van de geïsoleerde positie van de oudere.

Het NIGZ, de Stichting Consument en Veiligheid en het Voedingscentrum hebben besloten om de komende jaren samen te gaan werken rond het thema 'Gezondheidsbevordering van ouderen'. In dit project is een grote rol weggelegd voor de private sector. Gedacht wordt aan een zo breed mogelijke samenwerking met private partners zoals: supermarkten, instanties als 'tafeltje dek je', gezelligheidsverenigingen voor ouderen, reisorganisaties, zorgverzekeraars fitnesscentra, pensioenfondsen, het MKB en de grotere bedrijven.

Personen in de lagere SES-groepen

In het algemeen is het met de gezondheidstoestand van personen met een lage sociaal economische status slechter gesteld dan die van andere bevolkingsgroepen. Een van de manieren om de gezondheid van deze groep te bevorderen is de gezonde wijken aanpak (Keijsers & Vaandrager, 2000). Bij de gezonde wijken aanpak is het primaire doel om individuen meer greep te laten krijgen op hun leefomgeving en hun toekomstperspectief te vergroten waardoor individuen ook meer greep krijgen op hun gezondheid. Binnen het brede perspectief van *Gezond leven* zijn factoren als werkloosheid, opleiding en welzijn belangrijke factoren die met gezondheid samenhangen. Wijkgerichte gezondheidsprojecten kunnen zich daarom richten op specifieke gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten; bijvoorbeeld het project *Hartslag Limburg* (zie *deel B, paragraaf 4.4*) of op meer lokale sociale vraagstukken zoals opvoeding, veiligheid, multiculturele ontwikkeling en werkloosheid.

Binnen met name de lokale gezondheidsbevordering is veel belangstelling voor de gezonde wijkaanpak, en steeds meer projecten worden vanuit deze visie opgezet. Ook vanuit het bedrijfsleven en zorgverzekeraars is er veel belangstelling om te participeren in wijkgerichte projecten. In een aantal gevallen vinden de publieke en private sector elkaar reeds bij deze wijkgerichte projecten. In Amsterdam hebben de GGD en zorgverzekeraar ZAO elkaar gevonden om een versterkte samenhang in de preventie te creëren. In Rotterdam hebben de GGD en zorgverzekeraar Zilveren Kruis elkaar gevonden (Keijsers & Vaandrager, 2000).

Bij de meeste wijkgerichte projecten waarin het bedrijfsleven participeert zijn nog weinig gezondheidszorginstanties betrokken. Het bedrijfsleven werkt in wijkprojecten wel veel samen met gemeentes in het algemeen, met arbeidsvoorzienig en welzijnsinstanties. Door met andere publieke partners aan de sociale infrastructuur te werken werkt men volgens het brede concept van *Gezond leven* indirect aan de gezondheid van individuen in achterstandsposities. Het is echter zinvol dat gezondheidszorg instellingen zich aansluiten bij de al bestaande publiek-private partnerships gericht op gezonde wijken, zodat gezondheid hoger op de agenda van de partnerships komt. Als een netwerk van publieke en private partners nog niet aanwezig is op lokaal niveau dan hebben initiatieven vanuit de lokale gezondheidszorginstanties veel kans van slagen omdat er in het bedrijfsleven en bij de zorgverzekeraars veel belangstelling bestaat voor de wijkgerichte aanpak gericht op achterstandsgroepen.

Allochtonen

Evenals voor personen met een lage SES is voor allochtonen de wijkgerichte aanpak ook van toepassing om gezond leven te stimuleren (Keijsers & Vaandrager, 2000). Een specifiek aandachtspunt voor allochtonen met betrekking tot leefstijl betreft sport en bewegen. Uit onderzoek blijkt dat specifieke groepen allochtonen een lagere sportparticipatie hebben en inactiever zijn dan gemiddeld. Sport en bewegen zijn bij uitstek leefstijlterreinen waar publiek-private samenwerking mogelijk is. In het project *Nederland in Beweging* heeft NOC*NSF goede ervaringen met Shell, Yakult en de Postbank als samenwerkingspartners. Deze organisaties afficheren zich graag met sport en activiteit

en ze leveren daarom graag inhoudelijke kennis en financiële bijdragen voor sport en bewegingsprojecten. De samenwerking met de private sector wordt daarom door *Nederland in Beweging* in de toekomst uitgebreid.

De samenwerkingsmogelijkheden met bedrijven met betrekking tot sport en bewegen zijn zeer breed, ze kunnen variëren van sponsoring door een bepaald sportproduct tot sponsoring door ziektekostenverzekeraars. We kunnen concluderen dat publiek-private samenwerking voor de bewegingsstimulering van allochtonen een strategie is die kan leiden tot een actievere en gezondere leefstijl en die tevens een bijdrage levert aan de maatschappelijke integratie van allochtonen.

Conclusies ten aanzien van doelgroepen

Er bestaan al veel publiek-private partnerships die zich op de doelgroepen jongeren, ouderen, lage SES en allochtonen richten. Gezien de ontwikkelingen binnen de overheid en ontwikkelingen op het terrein van maatschappelijk ondernemen mogen we verwachten dat er in de toekomst meer partnerships zullen ontstaan. Gezondheid als direct thema komt nog nauwelijks voor op de agenda's van de bestaande partnerships, terwijl het als thema goed aansluit op de doelstellingen van maatschappelijk ondernemen. Door meer te participeren in reeds bestaande samenwerkingsverbanden of indien nodig nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan met de private sector, kunnen gezondheidsinstanties directe invloed uitoefenen op de inhoud van de projecten en zodoende werken aan de gezondheidsbevordering van jongeren, ouderen, individuen met een lage SES en allochtonen.

Slotbeschouwing

In deze bijdrage zijn we vanuit drie perspectieven (beleid, onderzoek en praktijk) ingegaan op publiek-private samenwerking als strategie voor gezondheidsbevordering. Hoewel er nog nauwelijks onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van publiek-private samenwerking met betrekking tot gezond gedrag mogen we op basis van onze analyse aannemen dat de strategie tot gezondheidswinst kan leiden. De private sector kan een rol spelen met betrekking tot de gezondheid van het eigen personeel, voor de mensen uit de directe omgeving (de lokale gemeenschap) en de samenleving in het algemeen. Ook kunnen we concluderen dat er voldoende mogelijkheden zijn om voor de doelgroepen jongeren, ouderen, lage SES en allochtonen partnerships met de private sector aan te gaan.

De analyse en de voorbeelden uit deze bijdrage geven misschien een te rooskleurig beeld van de bereidheid van het bedrijfsleven om te participeren in publiek-private partnerships. De realiteit is dat de meeste bedrijven nog niet staan te popelen om verder te kijken dan de eigen bedrijfsbelangen. Daarentegen is er een groep bedrijven die enthousiast is voor maatschappelijk ondernemen en open staat voor samenwerking met de publieke sector. Uit het steeds verder uitbreidende netwerk van *Samenleving en Bedrijf* mogen we opmaken dat de belangstelling voor maatschappelijk ondernemen groeiende

is. De publieke sector kan profiteren van de kennis en de netwerken van deze bedrijven en het momentum is er om de samenwerking op te pakken.

De voorbeelden in deze bijdrage geven slechts een beperkt beeld van de mogelijkheden voor partnerships. Ieder project moet een eigen en creatieve analyse maken van de potentiële private partners. Het is van essentieel belang voor een succesvolle samenwerking dat de publieke en private partner dezelfde doelstellingen onderschrijven. Ook is het van belang dat de private partner een meerwaarde te bieden heeft; dit kan zijn: beter bereik van de doelgroepen, implementatie van de interventie, veranderingen aanbrengen in de omgeving van de doelgroep, expertise, netwerken, draagvlak creëren, geld, etc. Succesvolle samenwerking is gebaat bij concrete afspraken over de aard en de duur van de relatie en het is belangrijk dat er geen druk bestaat op een van de partijen om concessies te doen aan de eigen identiteit. De gezondheidsbevorderaar staat voor zijn belang, namelijk het verbeteren van de volksgezondheid of de kwaliteit van leven. De bedrijven hebben vaak een commercieel belang om de samenwerking aan te gaan (bijvoorbeeld meer omzet of imagoverbetering). De motieven om aan de samenwerking deel te nemen moeten in het samenwerkingsverband niet ter discussie staan. De samenwerking beperkt zich tot het bereiken van de gezamenlijke doelstellingen.

Op het 2^e congres Gezondheidsbevordering georganiseerd door het NIGZ op 12 januari 2001 te Papendal was een speciale sessie georganiseerd rond het thema *Gezondheidsbevordering en het bedrijfsleven*. De sprekers van deze sessie betoogden dat het bedrijfsleven bereid is te investeren in maatschappelijke onderwerpen als ze met name gegrepen worden door het enthousiasme en de betrokkenheid van de andere partners. Het is de daarom de taak van de professionals in de gezondheidsbevordering om de gezondheid van mensen en de kwaliteit van leven als een maatschappelijke issue van de eerste orde te verkopen aan de private sector.

5.1.3 Facetbeleid

C Nijboer, M Pieterse

Facetbeleid heeft nog geen algemeen aanvaarde definitie. Facetbeleid biedt kansen voor gezondheid, maar een directe relatie tussen facetbeleid en gezondheidsuitkomsten is moeilijk te leggen. Uitkomstmaten dienen verder ontwikkeld te worden. Dit vereist een langdurig traject van monitoring en evaluatie op proces- en intermediaire uitkomsten.

Inleiding

Facetbeleid, als onderdeel van het volksgezondheidsbeleid, staat in de gezondheidszorg steeds meer in de belangstelling. De reden hiervoor ligt in het (hernieuwde) besef dat veel gezondheidsdeterminanten (biologische factoren, omgeving en leefstijl) liggen op

Tabel 5.1.6: Enkele kenmerken van facetbeleid volgens beleid, onderzoek en praktijk.

	Beleid	Onderzoek	Praktijk
Initiatie	Andere departementen dan ministerie van VWS	Ministerie van VWS	Bevolking
Verantwoordelijkheid	Buiten VWS	Elk departement	Gemeente of GGD
Synoniem	Intersectorale samenwerking	(Volks)gezondheids-facetbeleid	(Intersectorale) samenwerking
Doel	Gezondheidsbevordering; beperken van –schade	Gezondheidsbevordering; beperken van –schade	Afstemming zoeken en samenwerking creëren

andere beleidssectoren buiten de gezondheidszorg. In hoeverre gezondheid bij deze sectoren aandacht krijgt, is maar zeer de vraag.

In het VTV themarapport '*Gezondheid in de grote steden*' (Van der Lucht & Verkleij, 2001) wordt ingegaan op facetbeleid in algemene zin. In deze review wordt hierop aangesloten, maar wordt het accent meer gelegd op het begrip facetbeleid en facetbeleid gericht op specifieke groepen.

Opvatting over en toepassing van facetbeleid

Facetbeleid vindt zowel op *macro*- (mondiaal/ Europees) en *mesoniveau* (landelijk/provinciaal) als op *microniveau* (regionaal/lokaal) plaats (Saan et al., 1994). In tabel 5.1.6 worden de perspectieven op de omschrijving van facetbeleid van beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers, werkzaam in de gezondheids(zorg)sector, weergegeven.¹

Opvattingen volgens het beleid

Beleidsmakers op landelijk niveau vatten facetbeleid op als sectoroverschrijdend beleid, waarbij de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van dat beleid ligt bij anderen dan de verantwoordelijke voor volksgezondheid. In toenemende mate wordt over intersectorale samenwerking gesproken in plaats van over facetbeleid. Idealiter zullen andere sectoren zelf het initiatief nemen om gezondheid expliciet te betrekken in hun beleids- en besluitvorming. Aangezien dit (nog) niet het geval is, zal het Ministerie van VWS het beleid van andere departementen actief moeten volgen om te signaleren waar gezondheid aan de orde is. Het doel van facetbeleid is volgens de meeste beleidsmakers met name het voorkomen van gezondheidsschade (RVZ, 2000).

Opvattingen volgens het onderzoek

Facetbeleid staat volgens onderzoekers voor het door Ministerie van VWS gevoerd en geïnitieerd beleid waarbij men zich richt op sectoroverschrijdende elementen (Dekker & Van der Grinten, 1995). Eén van de uitgangspunten van facetbeleid is de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen.

¹ Het onderscheid tussen beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers is minder scherp dan gesteld. Bovendien zullen niet alleen tussen, maar ook binnen de groepen verschillen bestaan ten aanzien van de opvattingen over facetbeleid.

Vanuit onderzoeksperspectief onderscheidt facetbeleid zich van intersectoraal beleid: bij intersectoraal beleid is meer dan één sector betrokken, terwijl het bij facetbeleid gaat om verschillende facetten van één onderwerp, die niet noodzakelijkerwijs met verschillende beleidssectoren hoeven te corresponderen (Jansen, 1997). Gezondheidsfacetbeleid is in deze visie *niet primair* gericht op gezondheid, maar gezondheid is hierin slechts één van de facetten. Bovendien is bij intersectorale samenwerking de link met gezondheid minder uitgesproken. Net als de beleidsmakers zijn ook de meeste onderzoekers van mening dat het doel van facetbeleid is gericht op gezondheidsbescherming c.q. het voorkomen van gezondheidsschade (Herten et al., 2000).

Opvattingen volgens de praktijk

In de praktijk blijkt een eerste initiatief voor een activiteit of project veelal vanuit professionals of bewoners genomen te worden. Als hierbinnen samenwerking met andere sectoren wordt aangegaan, spreekt men wel van facetbeleid. Voor de praktijk is facetbeleid synoniem met *intersectorale samenwerking* of *integraal beleid*.

Hoewel de uiteindelijke doelstelling van facetbeleid gezondheidsbevordering of -bescherming is, blijkt dit in de praktijk niet of zeer moeilijk aantoonbaar en zeker niet op korte termijn. Het creëren van een win-win relatie is van bijzonder belang en in de praktijk komt de doelstelling van facetbeleid dan ook veelal neer op afstemming en samenwerking.

Voor praktijkwerkers is er geen duidelijk onderscheid tussen gezondheidsbeleid en facetbeleid. Volgens Ten Dam (1997) zou goed (lokaal) gezondheidsbeleid onder meer moeten voldoen aan de eisen: bevordering van gezondheid, participatie, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid. Gezondheidsbeleid is echter niet *per definitie* intersectoraal, terwijl dit bij facetbeleid juist uitgangspunt is (Garretsen et al., 1994).

Effecten en ervaringen

Elementen die de effectiviteit van facetbeleid (alsook van beleid in het algemeen) beïnvloeden kunnen volgens beleidsmakers worden ingedeeld in drie clusters (RVZ, 2000):

- Inhoudelijke *kenmerken*, zoals de beoogde gezondheidseffecten van facetbeleid en de aantoonbaarheid van de invloed van de determinanten op een probleem;
- *Instrumenten*, waarbij aandacht wordt besteed aan de type beleidsinstrumenten die voorhanden zijn en welke bruikbaar zijn gebleken;
- Politieke en maatschappelijke *context*. Dit behelst onder meer in hoeverre andere beleidsterreinen dan volksgezondheid of welzijn hechten aan gezondheid.

Ook onderzoekers onderscheiden deze elementen (Herten et al., 2000). Deze worden echter uitgedrukt in termen van zinvolheid, uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid. De praktijk noemt naast inhoud, instrumenten en structuur (c.q. politiek-maatschappelijke context), ook procesaspecten zoals samenwerking en participatie. Instrumenten van (facet)beleid kunnen juridisch, economisch dan wel communicatief van aard zijn, waarbij een tweetal hoofdlijnen is te onderscheiden: stimulerend en reactief facetbeleid (Van der Lucht & Jansen, 1999). Stimulerend facetbeleid is meer gericht op gezondheids-

bevordering, terwijl reactief facetbeleid gezondheidsbescherming ten doel heeft. In gesprekken met deskundigen komt naar voren dat een stimulerend facetbeleid voorrang zou moeten krijgen.

Een relatief bekende overheidsactiviteit die als facetbeleid is te kenschetsen, is de gezondheidseffectscreening (GES) of -rapportage (GER), die in opdracht van VWS wordt uitgevoerd (NSPH, 2000). Dit is een onderzoeksinstrument dat de (potentiële) gezondheidseffecten van (beleids)voornemens beschrijft. Zo'n 15 GES/R- rapporten zijn reeds verschenen, onder meer op het terrein van de energieheffing, tabaksgebruik en ruimtelijke ordening. Volgens beleidsmakers moet de GES/R uitgevoerd worden in geval dit wenselijk is. Onderzoekers daarentegen pleiten voor verplichtstelling, waardoor mogelijke gezondheidseffecten vroeg worden onderkend en worden betrokken in besluitvorming.

Facetbeleid wordt door de praktijk geëvalueerd op basis van procesmaten, zoals vertrouwen of de omvang en kwaliteit van samenwerkingsverbanden. Twee niveaus van samenwerking worden wel onderscheiden: bestuurlijk en uitvoerend (Ten Dam, 1997). Uitspraken over gedrags- of gezondheidseffecten van facetbeleid, worden in de praktijk niet of nauwelijks gedaan. Evaluatiegegevens op dit punt ontbreken dan ook vaak.

Enkele actuele landelijke overheidsvoornemens die de ontwikkeling van facetbeleid versterken zijn: een kabinetsbrede nota gezondheid, een nationaal contract openbare gezondheidszorg, een vierjaarlijkse gemeentelijke gezondheidsnota en integrale actieprogramma's voor specifieke doelgroepen (RVZ, 2000). Voorbeelden van organisatievormen waarbinnen facetbeleid in de praktijk gestalte heeft gekregen zijn het *Netwerk Gezonde steden*, stadsvernieuwingsprojecten en Gezond Bouwen en –Wonen projecten.

Conclusies ten aanzien van de definitie

Facetbeleid is moeilijk precies te definiëren, maar kan getypeerd worden aan de hand van enkele kenmerken:

- Facetbeleid is *sectoroverschrijdend* beleid en richt zich op de beïnvloeding van een of meerdere determinanten van gezondheid met als uiteindelijk doel *gezondheidsbevordering* en *-bescherming*;
- Facetbeleid is een term die met name gebezigd wordt door onderzoekers en beleidsmakers, in het bijzonder op het landelijk niveau. Voor de praktijk en de lokale overheid wordt facetbeleid opgevat als *intersectorale samenwerking*. Het onderscheid tussen facetbeleid en intersectorale samenwerking is niet zo scherp; het zijn deels overlappende begrippen, die door elkaar worden gebruikt;
- Facetbeleid gaat uit van een doel, waarbij de *overheid expliciet betrokken* is, terwijl intersectorale samenwerking gezien kan worden als middel, waarbij de doelstelling en de betrokkenheid van de overheid minder helder gedefinieerd is;
- Over de *initiatie* en de *verantwoordelijkheid* van facetbeleid bestaat geen consensus tussen beleid, onderzoek en praktijk.

Er is zeker nog geen consensus over wat onder facetbeleid dient te worden verstaan. Dit kan leiden tot spraakverwarring en belemmerend werken bij het opzetten en uitvoeren van succesvol facetbeleid. Wanneer bijvoorbeeld betrokkenen verschillende opvattingen hebben over de invulling van verantwoordelijkheden, is de kans op problemen in de samenwerking groot. Daar staat tegenover dat, juist vanwege de diversiteit in definiëring, facetbeleid een breed inzetbare strategie is die veel mogelijkheden biedt om gezondheid te bevorderen.

Gedrags- of gezondheidseffecten van facetbeleid blijken moeilijk te bepalen, juist omdat op verschillende terreinen tegelijk geïntervenieerd wordt onder moeilijk te controleren omstandigheden. Het ontwikkelen van een onderzoeksontwerp dat een goede effectevaluatie mogelijk maakt verdient daarom aanbeveling, zoals ook recent is geconstateerd door de Commissie Albeda (SEGV-II, 2001).

De GES/R is een bruikbaar hulpmiddel, dat al aardig uitgewerkt is, maar wordt nog incidenteel en tot op heden slechts in opdracht van de overheid uitgevoerd.

Het ontwikkelen van een standaard stramien voor procesevaluatie, die het gehele proces van facetbeleid bestrijkt, verdient nadere uitwerking. Hiertoe dienen procesmaten te worden ontwikkeld die een goede beschrijving van elke fase in het proces, van initiatie tot uitvoering en continuering mogelijk maakt.

Beleid en onderzoek menen dat effectief facetbeleid vooral afhankelijk is van inhoudelijke, instrumentele en politieke kenmerken, terwijl de praktijk daarnaast ook *procesaspecten* noemt. Dit betekent dat de combinatie van gegevens als basis, de mogelijk in te zetten instrumenten, politiek draagvlak, alsook samenwerking met en participatie van andere partijen belangrijke elementen zijn om facetbeleid te doen slagen.

Doelgroepspecifiek facetbeleid

In het navolgende wordt een aantal doelgroepspecifieke projecten beschreven, waarbij achtereenvolgens – indien bekend – initiatie, doelstelling, betrokken sectoren, activiteiten en effecten is belicht.

Jongeren

Uit onderzoek blijkt dat 85% van de jongeren opgroeit zonder noemenswaardige problemen. De overige 15% van de jeugd krijgt te maken met onder meer probleemgedrag, zoals alcoholmisbruik, druggebruik en criminaliteit (SCP, 1997). Er blijkt een sterke samenhang tussen deze gedragingen en omgevingsfactoren, leefstijl en persoonlijkheid. De gemeentelijke overheden voeren de regie van het jeugdbeleid. De sectoren onderwijs, welzijn, cultuur, gezondheidszorg, jeugdzorg/jeugdhulpverlening, wonen en leefomgeving, sociale zaken en werkgelegenheid, openbare orde en veiligheid, en sport zijn hierin de belangrijkste velden. Facetbeleid lijkt voor de hand liggend en het *Brede School* beleid kan illustreren in hoeverre facetbeleid hier kansrijk lijkt.

Tabel 5.1.7: Beleidsinterventies voor jongeren ingedeeld naar de drie levensfasen.

Fase	Interventie gericht op
Gezinsfase	<ul style="list-style-type: none"> • ouderparticipatie • opvoedingsondersteuning • samenwerking JGZ, kinderopvang, onderwijs en sociaal cultureel werk
Onderwijsfase	<ul style="list-style-type: none"> • vermindering schooluitval, onderwijsachterstand, pesten en criminaliteit • samenwerking regulier en speciaal onderwijs • participatie jongeren
Fase School → arbeidsmarkt	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen onderwijs, studie- en beroepskeuze en arbeidsmarkt • criminaliteitspreventie • bevordering werkgelegenheid

De Brede School

Het zijn meestal de scholen die het initiatief nemen om te starten met een Brede School-beleid. De doelstelling richt zich primair op de bestrijding van onderwijsachterstand (www.bredeschool.net). Nevendoelstellingen zijn bestrijding van gedragsproblemen, bevordering van veiligheid op school en in de buurt, verbreding van de zorg- en buurtfunctie van de school en het aanbod van culturele en sportieve activiteiten. Gemeenten met een Brede School-beleid streven zelf vaak meerdere doelen tegelijk na, maar veel wordt ook aan de scholen en hun samenwerkingspartners overgelaten. Veel voorkomende partners zijn: ouders, peuterspeelzaal, buurthuis, buitenschoolse opvang, jeugdzorg, consultatiebureaus en sport- en culturele instellingen. Om gezond gedrag te bevorderen, richten de activiteiten zich met name op omgevingsgerichte determinanten van gedrag, zoals de sociale en fysieke omgeving (zie tabel 5.1.7).

Opvoedingsondersteuning is tot nog toe gericht op ouders van kinderen van 0-6 jaar (gezinsfase), maar blijkt ook voor oudere kinderen wenselijk. De onderwijsfase is primair gericht op de aanpak van schooluitval, zoals afwezigheidsregistratie, leerling- of huiswerkbegeleiding, naschoolse opvang of vervolgingsbeleid van spijbelaars. Om dreigende uitval te voorkomen, wordt wel het schoolmaatschappelijk werk of een studie- en beroepskeuze bureau ingezet.

In tabel 5.1.8 zijn een aantal succes- en faalfactoren van het Brede School-beleid weergegeven, welke overigens ook van toepassing kunnen zijn op hierna genoemde projecten.

Ouderen

In de VWS-nota 'Ouderen in tel' (VWS, 1990), later uitgewerkt in Ouderenbeleid 1995-1998 'Integraal Actieprogramma' (VWS, 1995) staan het verhogen van de kwaliteit van leven van ouderen, een zolang mogelijk behoud van maatschappelijke participatie en zelfstandigheid vermeld als speerpunten. Naast een toereikend inkomen en een geschikte huisvesting is een goede gezondheid onontbeerlijk. Daarmee is het hele pakket van relevante beleidsterreinen genoemd: werkgelegenheid, inkomen, huisvesting, ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, welzijn, preventie en zorg.

Tabel 5.1.8: Succes- en faalfactoren van het Brede School beleid.

Succesfactoren	Faalfactoren
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eerder effectief gebleken interventies ▪ Participatie jongeren en ouders ▪ Afstemming aanbod en activiteiten ▪ Politiek draagvlak ▪ Samenwerking, daardoor: completer beeld problematiek; gevoel 'samen sterk te staan'; lagere belasting per individueel betrokkene; gezamenlijke inzet middelen; wederzijds gebruik deskundigheid; minder concurrentie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Te algemene doelstelling ▪ (Gedrags)effect pas meetbaar op langere termijn ▪ Gebrek aan financiën en tijd ▪ Continuïteit onzeker ▪ Coördinatie onduidelijk ▪ Branchevervaging ▪ Afhankelijkheid persoonlijke interesses

Omdat ouderen vaak meer gezondheidsproblemen tegelijk hebben, wordt aanbevolen vooral preventieve activiteiten te ontwikkelen die meer problemen tegelijkertijd kunnen voorkomen. Met name die problemen die leiden tot beperkingen op de terreinen van zelfredzaamheid, sociale netwerk en mobiliteit verdienen in de ogen van de Raad voor de Volksgezondheid aandacht (RVZ, 1998). Met name alleenstaande, oudere vrouwen, allochtone ouderen en ouderen met een laag inkomen zijn (in toenemende mate) afhankelijk van anderen, voelen zich eenzaam en bewegen minder dan andere ouderen en vormen risicogroepen. *Onveiligheid*, zowel in de fysieke en in de sociale omgeving, is hier onder meer debet aan. Het volgende project is in dit verband illustratief.

Over Veiligheid van Ouderen Gesproken (OVOG)

Vanuit de sector huisvesting initieerde Stichting Humanitas en de Bond voor vijftig-plussers (ANBO) enkele jaren geleden het project 'Over Veiligheid van Ouderen Gesproken' (OVOG), dat nu in een aantal steden/ wijken wordt uitgevoerd (Van Dullemen, 1999). Het is *primair* gericht op de actieve participatie van ouderen ten aanzien van de veiligheid in de woningen, in de straat of in de buurt. Naast gemeenten (huisvesting, welzijn, sociale zaken en zorg), GGD-en, opbouwwerk, politie, woningbouwcorporaties en ouderenorganisaties zijn onder meer de Stichting Consument en Veiligheid en de media bij dit project *betrokken*.

Per wijk kwamen ouderen een aantal keren bijeen om te praten over (on)veiligheid. Ten eerste werden de problemen geïnventariseerd en oorzaken benoemd, zoals deze door de ouderen zelf werden ervaren. Daarnaast werden mogelijke oplossingen benoemd. En tenslotte werd met elkaar een aantal *activiteiten* ondernomen. Hierbij kan men denken aan: buurtpreventie, woningbeveiliging, contact met jongeren, vervoersaanpassingen voor ouderen, beschikbaarheid en veiligheid trottoirs, (rol)trappen, lik-op-stuk beleid, maar ook weerbaarheidstrainingen en deskundigheidsbevordering voor trainingspersoneel ten aanzien van het minimaliseren van blessures en ongevallen. Allemaal activiteiten die, zo blijkt uit reacties van deelnemers en begeleiders, stevast vragen om een vervolg. Het vervolg blijft echter vaak achterwege. *Evaluaties* wijzen uit dat veel activiteiten een ad hoc karakter hebben. De projectencarrousel draait op volle toeren, maar leren van elkaars ervaringen en werken aan een (meer) samenhangende aanpak hoort nog tot de uitzonde-

ringen. Wel zijn in diverse gemeenten werkgroepen geformeerd die beleidsadviezen ten aanzien van veiligheid geven. Extra aandacht blijkt nodig voor stimulering van bevolkingsparticipatie (ook bij de projectuitvoering), wijkgericht in plaats van doelgroepspecifiek werken, alsook het behoud van structurele (gemeentelijke) coördinatie.

Personen met een lage Sociaal-Economische Status (SES)

Lage SES groepen hebben vaker een ongezonde leefstijl (zie *deel B, hoofdstuk 2*). In de Nota 2000 en vervolgnota's wordt facetbeleid genoemd als middel om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) terug te dringen. Daartoe werden twee programmacommissies SEGV geïnstalleerd, in 1989 (PC SEGV-I, 1989-94) en in 1995 (PC SEGV-II, 1995-2000). Bij de eerste werden de SEGV in kaart gebracht, terwijl bij de laatste het accent lag op interventies ter vermindering van SEGV (SEGV-II, 2001). In de VTV-1997 is geconcludeerd dat het relatieve verschil in gezondheidstoestand tussen groepen lijkt te zijn toegenomen (Mackenbach & Verkleij, 1997).

De verwevenheid van de SEGV met andere gemeentelijke problemen maakt dat een gemeente diverse aanknopingspunten heeft om (in)direct te werken aan vermindering van gezondheidsverschillen. In grote steden zijn de sociaal-economische verschillen vaak schrijnender. Hier wordt veel aandacht gegeven aan onder meer het onderwijsvoorrangsbeleid, integraal veiligheidsbeleid, stadsvernieuwing en het Grote-stedenbeleid. De doelstelling om gelijke kansen voor gezondheid te creëren is ook uitgewerkt in het Netwerk Gezonde Steden van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (Goumans & Koornstra, 1998).

Met het oog op stigmatisering en 'victim blaming' lijkt doelgroepspecifiek beleid minder geschikt voor het verminderen van gezondheidsverschillen (Goumans & Koornstra, 1998). Ook een themaspecifieke aanpak (specifiek gericht op leefstijlfactoren) lijkt niet zo zinvol: lage SES groepen voelen zich minder aangesproken door gezondheidsvoorlichting, voelen zich vaker machteloos iets aan hun eigen gedrag te doen en zijn minder overtuigd van de relatie gedrag - gezondheid. Een wijkgerichte aanpak wordt daarom aanbevolen, waarbij bewust niet primair naar het individu gekeken wordt, maar naar de omgeving en het totaal van factoren die SEGV tot gevolg hebben. Het blijft echter van belang lage SES groepen specifieke aandacht te bieden, bijvoorbeeld wat betreft de wijze van benaderen.

'Beter in de buurt' - project Arnhem

Een voorbeeld van de wijkgerichte aanpak is het 'Beter in de buurt' -project, dat in Arnhem in aansluiting op het sociaal vernieuwingsbeleid op initiatief van de GGD is gestart (Gooskens, 1997). Het project heeft een tweeledig doel. Allereerst streeft men naar het leveren van een bijdrage aan de verbetering van de gezondheid, in het bijzonder van personen met een lage SES. Ten tweede gaat men de haalbaarheid na van de methode van wijkgericht werken in Arnhem (in de praktijk). Het uitgangspunt van de wijkgerichte benadering vormt de participatie door de bevolking en, daaraan gerelateerd, empowerment. Participatie en empowerment worden vaak in verband gebracht met gedragsverandering (zie *deel B, paragraaf 5.1.1*). Een projectgroep, waarin gemeente,

Tabel 5.1.9: Voorwaarden voor en effecten van de wijkgerichte aanpak.

Voorwaarden		Effecten
▪ Een geautomatiseerd systeem, waarin gezondheids-, demografische en statistische informatie is opgenomen;	➔	Zorgt voor aansluiting op ervaren probleem en is tevens in te zetten als evaluatie-instrument;
▪ Aansluiting op het landelijke beleid en gemeentelijke coördinatie;	➔	Project werkt als katalysator voor activiteiten en continuïteit is enigszins gewaarborgd;
▪ Bevolkingsparticipatie;	➔	Actieve betrokkenheid bevolking en bereik nieuwe doelgroepen;
▪ Samenwerking	➔	Meer commitment van betrokken partijen.

GGD, opbouwwerk en categorale organisaties betrokken waren, inventariseerde de gezondheidssituatie en formuleerde een aantal maatregelen, waarbij een actieve inbreng van wijkbewoners een eis was. Maatregelen betroffen leefstijl (voorlichting) en fysieke (afstelling stoplichten, instellen 30 km-zones, woningverbetering) en sociale omgeving (werkgelegenheidsprojecten in de buurt, aanpak van eenzaamheidsproblemen). Deze aanpak bleek goed aan te sluiten bij de sociale vernieuwing, waardoor de politieke betrokkenheid groot was en de stap van project naar beleid makkelijker werd gemaakt. In tabel 5.1.9 zijn deze en andere voorwaarden voor en effecten van projecten belicht.

Eén van de vervolgvactiteiten van het wijkgerichte project is 'Het Arnhemse Broek, Gezond en Wel' (Abbema & van Assema, 2000). De evaluatie van effecten wordt in 2002 afgerond. Er kan dus nog geen uitspraak gedaan over eventuele verbeteringen in de gezondheidstoestand van de inwoners in de betreffende wijk als gevolg van die activiteiten. Evenmin zijn andere onderzoeken bekend naar de effecten van wijkgerichte interventies op de omvang van SEGV.

Allochtonen

Het minderhedenbeleid van de overheid is gericht op integratie van allochtonen (RVZ, 2000). Aanvankelijk stond bij het integratiebeleid het landelijke beleid centraal, maar de laatste jaren is een tendens waar te nemen naar het lokale niveau. Ook is er een verschuiving van doelgroepenbeleid naar een algemeen achterstandsbeleid. Er bestaat namelijk een grote diversiteit in de mate van integratie binnen de groep allochtonen. Binnen de bevolkingsgroep Marokkanen en Turken zijn subgroepen, zowel mannen als vrouwen, en zowel jongeren als ouderen, die niet of niet volledig geïntegreerd zijn en extra aandacht behoeven (RMO, 1998). Voorwaarden om te kunnen integreren zijn: arbeidsmogelijkheden en beschikbaarheid van kennis, deelname aan (belangenbehartigings-) organisaties, aanwezigheid van een sociaal netwerk en een zekere mate van zelfredzaamheid. De positie van bepaalde groeperingen op de arbeidsmarkt blijkt zwak, vooral vanwege een laag opleidingsniveau. Er bestaat een groot aantal organisaties dat de belangen van de etnische groeperingen behartigt, maar vanwege versnippering beschikken zij over weinig politieke invloed (RMO, 1998). Om integratie te bevorderen, moeten gedragsbeïnvloedende beleidsmaatregelen onder meer gericht zijn op

arbeids- en sociale participatie. Beleid in het kader van zogenoemde inburgeringsprojecten kan hiertoe als illustratie dienen.

Inburgeringsprojecten

Sinds 1996 is de aanpak van inburgering van nieuwkomers in gemeenten van start gegaan via de Wet Inburgering Nieuwkomers (WIN), waarbij afspraken over een inburgeringstraject worden gemaakt. Dit traject bestaat uit een cursus Nederlands als Tweede Taal (NT2), maatschappelijke en beroepenoriëntatie en een afrondende toets. Naast VNG en de gemeenten zijn de ministeries van BiZa, SoZaWe, OCW en VWS de meest betrokken departementen, initiatiefnemers en verantwoordelijken. Als gevolg van decentralisatie zijn ook op gemeentelijk niveau activiteiten ontstaan met GGD-en, consultatiebureaus, kinderdagverblijven, scholen, buurten en (ouders van) allochtonen. Hun activiteiten richten zich onder meer op taalontwikkeling en het bestrijden van schoolachterstand of verzuim.

Beleid gericht op vermindering van verzuim en schooluitval bij allochtone jongeren wordt in relatie gebracht met preventie van criminaliteit, agressie (Smeets et al., 1999) en verslavingsgedrag (Garretsen et al., 1994). Diverse gemeenten stimuleren samenwerkingsverbanden tussen zorg-, welzijns- en onderwijsvoorzieningen. Ook trajectbegeleiding op scholen is blijkens onderzoek van belang. De landelijke instelling FORUM voert een deel van de voorlichtingscampagne hieromtrent uit.

Hoewel aan de inburgeringsprojecten reeds veel allochtonen hebben deelgenomen, lijken deze een zeer geringe bijdrage aan integratie te leveren (RMO, 1998). Verdere begeleiding naar onderwijs en de arbeidsmarkt wordt noodzakelijk geacht. Op dit moment kunnen nog geen uitspraken gedaan worden over de effecten van deze projecten op de gezondheidstoestand van allochtonen, maar elementen die de interventie mogelijk tot een succes maken zijn:

- Verbeterde communicatie en samenwerking;
- Verbeterde arbeids- en sociale participatie van allochtonen;
- Drempelverlaging voor allochtonen om instanties hulp te vragen.

Conclusies ten aanzien van de doelgroepen

Het is niet altijd even duidelijk of de bestudeerde projecten kunnen worden gekenschetst als *facetbeleid*, dan wel beter te typeren zijn als *intersectorale samenwerking*. Intersectorale samenwerking kan niettemin gezien worden als een essentieel onderdeel van facetbeleid.

Jongeren, ouderen, mensen met een lage SES en allochtonen zijn divers en vormen nauwelijks af te bakenen doelgroepen. Binnen de doelgroepen bestaan wel subgroepen met specifieke gezondheidsproblemen. In het kader van facetbeleid kan een doelgroep-specifieke benadering een belemmering zijn, juist omdat dit beleid zich richt op factoren die ook bij andere doelgroepen een rol spelen.

Bij de vier doelgroepen komen diverse (gedrags)problemen voor. Veel van de gesignaleerde problemen en hun determinanten hangen onderling samen en er staat een groot aantal beleidssectoren ter beschikking om deze te beïnvloeden. Intersectorale samenwerking, mede in de vorm van facetbeleid, is hierdoor min of meer voor de handliggend.

Facetbeleid is aan te bevelen als een kansrijke strategie gezien de ervaringen binnen de projecten. Gepleit wordt om zich hierbij vooral te concentreren op het creëren van succesfactoren (onder andere win-win situaties, afstemming, samenwerking, participatie), waarbij valkuilen (zoals concurrentiestrijd en branchevervaging) moeten worden omzeild. Juist facetbeleid lijkt zinvol om samenhang tussen lokaal en regionaal beleid te stimuleren en een brug te slaan tussen landelijk en regionaal niveau. Zorg voor afstemming van werkprogramma's van landelijke en lokale organisaties is bij uitstek een overheidstaak in het kader van facetbeleid.

Samenvattend kan worden gesteld:

- Op basis van inhoudelijke, instrumentele, politieke én proceskenmerken, worden in de praktijk initiatieven ondernomen tot facetbeleid;
- Demografische, epidemiologische en/of economische gegevens, maar juist ook persoonlijke interesses en ervaringen blijken te kunnen dienen als basis voor het opzetten van facetbeleid;
- Het politiek draagvlak is mede bepalend voor continuering van een project, met name in financieel opzicht. Hierbij kunnen de media een doorslaggevende rol spelen. De kansrijkheid van een beleidsinterventie lijkt te worden vergroot als er aansluiting is op het landelijke overheidsbeleid;
- Er is een veelheid aan beleidsinstrumenten die vallen onder facetbeleid. Daarbij kan men denken aan wet- en regelgeving, subsidiëring, voorlichting, stimuleren van participatie, gerichte voorzieningen, en deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Een bewuste keuze voor een beproefde lange termijn aanpak is hierbij van essentieel belang, evenals een combinatie van interventies. Over de (gedrags- en gezondheids)effecten van facetbeleid is echter nog maar weinig bekend.
- Bepleit wordt om in de beoordeling van facetbeleid zowel effect- als proceskenmerken (zoals samenwerking en participatie) mee te wegen. Hiertoe zijn investeringen nodig in het ontwikkelen van goede procesmaten die het gehele proces van facetbeleid bestrijken. Daarnaast zal gezocht moeten worden naar een onderzoeksontwerp voor effectevaluaties, dat de methodologische problemen ondervangt. Facetbeleid impliceert per definitie een complexe onderzoekssituatie met multimodale interventies en gericht op multicausale problemen, waarin een gecontroleerde toetsing een lastige opgave is.

Slotbeschouwing

De term facetbeleid blijkt op verschillende manieren te worden opgevat. Daarnaast kan, gezien de grote verscheidenheid aan betrokken sectoren en thema's, facetbeleid zeer breed worden ingezet. Deze constatering, gesteund door onder meer de hiervoor beschreven projecten, maakt facetbeleid tot een kansrijke strategie.

Facetbeleid is vooralsnog veelal gericht op (de beïnvloeding van) omgevingsfactoren en veel minder expliciet gericht op gedrag. Beleidsevaluaties beperken zich voor het merendeel tot het omschrijven van intermediaire effecten, terwijl gedragsverandering of gezondheidseffecten zelden worden gerapporteerd.

De rol van de overheden in facetbeleid varieert en bepaalt mede in hoeverre facetbeleid kansrijk is. Coördinatie en structurele financiering zijn noodzakelijke voorwaarden. De effectiviteit van facetbeleid wordt bepaald door inhoudelijke, instrumentele, politieke en procesmatige kenmerken. Er is toenemende aandacht voor het evalueren van facetbeleid met behulp van procesmaten. In onderzoek en beleid wordt de waarde van dergelijke procesmaten onderschat. Daarnaast kan, om gedrags- of gezondheidseffecten aannemelijk te maken, aggregatie van uitkomsten uit afzonderlijke projecten wellicht als methode aanbevolen worden. De beschikbaarheid en toepassing van een standaard evaluatiestramien zou een dergelijke aggregatie vereenvoudigen.

5.2 ICT in de voorlichting: GVO op maat

J Brug, H de Vries, N de Vries

Informatie en Communicatie-technologie biedt goede mogelijkheden tot preventie op maat en het bereiken van specifieke doelgroepen en lijkt daarmee een betere benadering dan massamediale voorlichting.

5.2.1 Inleiding

Gezondheidsvoorlichting op maat, dat wil zeggen computer-gestuurde geïndividualiseerde gezondheidsvoorlichting, heeft vaak meer effect dan massamediale voorlichting. Het toenemend inzicht in individuele verschillen in risico voor bepaalde aandoeningen en blootstelling aan risicogedragingen en andere risicofactoren, maakt individualisatie van voorlichting noodzakelijker. Beter inzicht in de determinanten van risicogedrag, maakt individualisatie van voorlichting beter mogelijk. Door de ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologie (ICT) wordt het eenvoudiger om geïndividualiseerde voorlichting te automatiseren en zo bereikbaar en betaalbaar te maken voor grote doelgroepen.

In dit overzicht wordt ingegaan op de mogelijkheden van een innovatieve methode in de gezondheidsvoorlichting: geautomatiseerd advies-op-maat (in het engels: computer-tailoring). Deze methode is de afgelopen tien tot vijftien jaar stapsgewijs ontwikkeld en geëvalueerd. De evaluatieresultaten zijn veelbelovend en advies-op-maat wordt daarom meer en meer toegepast. In deze review wordt achtereenvolgens de rationale voor advies-op-maat, het ontwikkelingsproces en de mogelijkheden en moeilijkheden van advies-op-maat beschreven.

5.2.2 Waarom advies-op-maat?

Veel voorkomende gezondheidsproblemen = grote doelgroepen

In de primaire preventie van (chronische) ziekten is gezondheidsvoorlichting (GVO) een belangrijk middel. Met name gedragsfactoren zijn doel van gezondheidsvoorlichting. GVO wordt bijvoorbeeld gebruikt om mensen te motiveren en te helpen om te stoppen met roken, meer te bewegen, of anders te gaan eten. Omdat heel veel mensen zich ‘on gezond’ gedragen, zijn de doelgroepen voor gezondheidsvoorlichting in primaire preventie omvangrijk en is de GVO-er vaak aangewezen op massamediale interventies.

‘One size fits all?’: massamediale voorlichting heeft haar beperkingen

Massamediale voorlichting is echter slechts zeer beperkt geschikt om mensen tot gedragsverandering aan te zetten. De gangbare modellen van planmatige gezondheidsvoorlichting geven duidelijk aan dat op gedragsverandering gerichte voorlichting moet zijn afgestemd op de determinanten van het doelgedrag (en dus de doelgroep) (Kok et

al., 2000). Met massamediale interventies kan men slechts aansluiten bij ‘gemiddelde’ determinanten: men kan de interventie zo goed mogelijk afstemmen op een of enkele redenen die gemiddeld voor de hele groep belangrijk zijn. In dit soort interventies kan dus geen rekening worden gehouden met individuele verschillen in gedrag, en gedragsdeterminanten. Daarnaast zijn veel mensen zich helemaal niet bewust van hun ‘risicogedrag’. De meeste Nederlanders denken bijvoorbeeld matig te zijn met vet en voldoende groente en fruit te eten, terwijl uit voedselconsumptieonderzoek het tegenovergestelde blijkt. Deze mensen denken dat voorlichting over voeding niet voor hen is bedoeld, zij denken immers al gezond genoeg te eten. Met massa-mediale interventies worden deze mensen niet bereikt.

Voorlichtingsconfectie: doelgroepsegmentatie

Van oudsher vindt daarom doelgroepsegmentatie plaats om GVO beter af te stemmen op het gedrag en de gedragsdeterminanten: specifieke doelgroepen worden van elkaar onderscheiden, met name op basis van sociaal-demografische factoren. Voor elk segment wordt dan een aparte interventie ontwikkeld. Bij doelgroepsegmentatie is de interventie echter nog steeds afgestemd op gemiddelde determinanten binnen het specifieke doelgroepsegment.

Op maat gemaakt: geïndividualiseerde gezondheidsvoorlichting

Met een advies-op-maat wordt het principe van doelgroepsegmentatie tot het extreme doorgevoerd: de voorlichting wordt geïndividualiseerd (Brug & de Vries, 1999; Kreuter et al., 1999). Advies-op-maat heeft daarmee sterke gelijkenissen met interpersoonlijke counseling. Bij interpersoonlijke counseling is afstemming van de voorlichting op het individuele risico, de risicofactoren en de individuele gedrags- en omgevingsdeterminanten wellicht het best te realiseren. Bij advies-op-maat wordt de counselingexpertise vastgelegd in een computerprogramma, een expertsysteem. Enerzijds heeft dit voordelen ten opzichte van interpersoonlijke counseling: het advies-op-maatprogramma kan worden gebaseerd op de expertise van meer dan een counselor en grotere doelgroepen kunnen worden bereikt. Anderzijds ontbeert advies-op-maat tot nu toe meestal de sociale interactie en mogelijkheden tot sociale steun die onderdeel (kunnen) zijn van interpersoonlijke counseling. Meer recent is een begin gemaakt met onderzoek naar *gezinstailoring* waarbij advies-op-maat juist sociale steun zou kunnen mobiliseren (De Bourdeaudhuij & Brug, 2000).

5.2.3 Hoe werkt voorlichting-op-maat?

Voor een advies-op-maatsysteem zijn vier onderdelen noodzakelijk: een theoretisch kader, een diagnose-instrument, een voorlichtingsbibliotheekbestand en het tailoring-programma. Met deze combinatie kan een advies-op-maat worden gegenereerd en verspreid (Dijkstra & de Vries, 1999). Bij advies-op-maat is het ook mogelijk om ‘vervolgconsulten’ te plannen waarbij een vervolg advies-op-maat rekening houdt met het eerste advies en de veranderingen die de betreffende cliënt (na het eerste advies) heeft ondergaan (Brug et al., 1998).

Theoretisch kader

Het theoretisch kader is in feite een beschrijving van het proces van de gewenste gedragsverandering, een samenvatting van de belangrijkste determinanten van verandering van gedrag, en dus een outline voor het ‘behandelingsplan’. Uit het theoretisch kader volgt op welke factoren het advies-op-maat moet worden afgestemd en daarmee bepaald het theoretisch kader dus ook welke vragen moeten worden gesteld voor de diagnose. De theorieën en modellen die als basis dienen voor advies-op-maat interventies zijn dezelfde modellen die voor GVO in bredere zin worden gebruikt, zoals de sociaal cognitieve theorie, het Health Belief Model, de theorie van gepland gedrag en het ASE-model (Meertens et al., 2000).

Diagnosevragenlijst

De diagnose vindt plaats op basis van een vragenlijst die schriftelijk, telefonisch of via de computer wordt afgenomen. De antwoorden op de vragen worden automatisch ingelezen en gecodeerd zodat ze gereed zijn voor verwerking door het computerprogramma. Met behulp van de diagnosevragenlijst worden alle zogenaamde tailoringvariabelen (de factoren waarop het advies wordt afgestemd) gemeten. Dit moet (vanzelfsprekend) op een valide en betrouwbare manier gebeuren. Een goed advies-op-maat is dus alleen mogelijk wanneer voor het meten van de tailoringvariabelen gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar zijn. Tot op heden zijn vier categorieën van tailoringvariabelen gebruikt (Kreuter et al., 2000):

- Sociaal-demografische variabelen, zoals leeftijd, geslacht, opleiding;
- Psychosociale factoren, zoals attitudes, motivatie, sociale normen, en waargenomen controle;
- Gedragsvariabelen, zoals vetconsumptie, aantal gerookte sigaretten per dag;
- Fysiologische maten zoals lichaamsgewicht, serum cholesterol, bloeddruk.

De voorlichtingsbibliotheek

Bij advies-op-maat wordt een geïndividualiseerde voorlichtingsboodschap opgesteld door op basis van de diagnose een selectie te maken uit een bibliotheekbestand met allerlei voorlichtingsteksten en illustraties die aansluiten bij zoveel mogelijk diagnoses. Wanneer bijvoorbeeld besloten is om een advies-op-maat over stoppen met roken af te stemmen op rookgedrag, motivatie om te stoppen met roken, geslacht en leeftijd dan moet het bibliotheekbestand tenminste voorlichtingsboodschappen bevatten voor veel- en weinigerokers, voor mensen die al zijn gemotiveerd en voor hen die nog niet gemotiveerd zijn om te gaan stoppen, en aparte voorlichtingsboodschappen voor mannen en vrouwen, en voor ouderen en jongeren. Hoe meer tailoringvariabelen worden opgenomen, hoe meer het advies echt op maat kan worden gemaakt.

Het computerprogramma

Het programma stelt de diagnose en selecteert op basis daarvan voor elke respondent precies die voorlichtingsteksten en illustraties uit het bibliotheekbestand die persoonlijk relevant zijn, plaatst deze adviezen in een logische en goed leesbare volgorde en in een aantrekkelijke opmaak. Het computerprogramma bestaat uit een serie beslisregels waarin is vastgelegd welke (combinatie van) antwoorden op diagnosevragen moeten leiden tot welke (combinatie van) voorlichtingsboodschappen.

Het advies-op-maat

Het advies-op-maat dat door het expertsysteem wordt gegenereerd kan op verschillende manieren aan de respondenten worden geleverd. De tot nu toe geëvalueerde advies-op-maatprogramma's zijn vrijwel allemaal van de zogenaamde eerste-generatie. Dit betekent dat de diagnosevragenlijst schriftelijk wordt afgenomen en dat het advies ook gedrukt is, in de vorm van een persoonlijke brief of persoonlijke nieuwsbrief. De laatste jaren zijn de eerste studies gestart naar de mogelijkheden en effecten van wat wel een tweede-generatie advies-op-maat wordt genoemd: interactief, waarbij de diagnosevragen direct in de computer worden ingevoerd en het advies via het beeldscherm wordt gegeven. Vooral de snelle verspreiding van internettoegang stimuleert het onderzoek naar tweede generatie advies-op-maat.

5.2.4 De effecten van advies-op-maat

Het principe van advies-op-maat is met name onderzocht in stoppen-met-rokeninterventies en voedingsvoorlichting. De laatste jaren is, mede door het succes in genoemde aandachtsgebieden, advies-op-maat ook ontwikkeld voor bijvoorbeeld promotie van lichamelijke activiteit, registratie als orgaandonor, vroege opsporing van kanker. Met name voor stoppen-met-roken en voeding (zie *tekstbox 5.2.1*) is voldoende evaluatieonderzoek beschikbaar om voorzichtig conclusies over de effectiviteit te kunnen trekken (Brug & de Vries, 1999; Skinner et al., 1999).

5.2.5 Voor welk gedrag is advies-op-maat effectief?

Er zijn effectieve advies-op-maat programma's ontwikkeld voor stoppen-met-roken, gezonde voeding, terugdringen van overgewicht en het stimuleren van lichamelijke activiteit. Het is nog te vroeg om vergaande generaliserende uitspraken te doen over of advies-op-maat effectief is en voor welk gedrag advies-op-maat effectief is. De tot nu toe geëvalueerde op-maat adviezen verschillen in theoretisch kader, de kwaliteit van de diagnose, de omvang van de voorlichtingsbibliotheek en de doelgroep die werd bereikt. Op basis van het beschikbare onderzoek naar advies-op-maat voor verandering van voedingsgedrag, lijkt advies-op-maat wellicht met name geschikt bij 'ingewikkeld' of ondoorzichtig risicogedrag.

Veel mensen hebben bijvoorbeeld moeite om hun eigen voedingsgedrag te evalueren, met name hun consumptie van (verzadigd) vet. Mensen eten dan ook geen vet maar een combinatie van voedingsmiddelen verspreid over de dag en op verschillende manieren bereid. De vetconsumptie is daar een optelsom van. Om de eigen vetconsumptie goed in te kunnen schatten is een grote voedingskundige kennis noodzakelijk en de bereidheid om die kennis systematisch toe te passen. Omdat slechts weinig mensen aan beide voorwaarden voldoen, schatten de meeste mensen hun vetconsumptie niet erg realistisch in, en voor de meeste betrokkenen betekent dit een te optimistische inschatting: de meeste mensen onderschatten hun vetconsumptie. Uit onderzoek blijkt dat 70-90 procent van

Tekstbox 5.2.1: De effecten van voedingsadvies-op-maat over vet

Het Nederlandse onderzoek naar de effectiviteit van advies-op-maat over voeding richtte zich op de effectiviteit van een advies-op-maat over vet, groente en fruit. We beperken ons hier tot de resultaten over vet. Tot nu toe zijn drie 'randomized controlled trials' uitgevoerd en gepubliceerd waarin de effecten van een eerste generatie voedingsadvies-op-maat over vet zijn onderzocht. Meer recent is onderzoek gedaan naar geschikte doelgroepen voor voedingsadvies-op-maat en een eerste studie naar de mogelijkheden van een tweede generatie, interactief, advies. Hieronder zullen de resultaten van de drie trials worden besproken. Voor deze review werd gebruik gemaakt van de analyses voor een overzichtsartikel waarvoor de data van de drie trials samengevoegd zijn.

Onderzoeksopzet

Gebruik werd gemaakt van een pretest-posttest design met controlegroep. Toewijzing aan experimentele of controlegroep vond plaats door loting. In twee studies werd advies-op-maat vergeleken met een algemeen schriftelijk voedingsadvies, een studie vergeleek twee vormen van advies-op-maat. Er werd voor gezorgd dat het algemene advies dezelfde opmaak en soortgelijke illustraties bevatte om vergelijking zo zuiver mogelijk te maken. Twee van de drie studies vonden plaats onder werknemers van bedrijven, de derde studie vond plaats onder een zelfgeselecteerde steekproef van mensen die zich telefonisch voor het onderzoek opgaven. In de drie studies tezamen kregen 919 respondenten een advies-op-maat en 390 respondenten een algemeen voedingsadvies. In deze review wordt ingegaan op de analyses voor de vergelijking tussen advies-op-maat en algemeen advies over vet.

De meetinstrumenten

Bij voor- en nameting werden enkele achtergrondvariabelen, vetconsumptie, en psychosociale determinanten van vetconsumptie gemeten. Hiervoor werden gevalideerde schriftelijke vragenlijsten gebruikt. Voor de nameting werden vragen toegevoegd over het gebruik van en de waardering voor het advies dat men gekregen had.

De advies-op-maatinterventie

Tailoring vond plaats op basis van geslacht, verantwoording voor het koken en kopen van voe-

ding, vetconsumptie, eigen inschatting van de vetconsumptie, motivatie om minder vet te gaan eten, en op basis van attitudes, ervaren sociale steun, en ervaren vaardigheden en moeilijkheden om minder vet te eten. Dit resulteerde in een bibliotheekbestand van ongeveer 225 voorlichtingsboodschappen, die door het programma gecombineerd konden worden tot een schier ontelbaar aantal verschillende advies-op-maat brieven.

Procedure

Respondenten ontvingen de voormetingsvragenlijst thuisgestuurd. De voormeting deed voor het advies-op-maat meteen dienst als diagnose-instrument. De teruggestuurde en ingevulde vragenlijsten werden gescand en de daaruit voortkomende datafile werd ingelezen door het advies-op-maat computerprogramma. Het programma analyseerde voor iedere respondent in de advies-op-maatgroep de vragenlijst en stelde op basis daarvan een persoonlijke voedingsvoorlichtingsbrief samen en printte die uit. Voor controle-respondenten werd een algemeen voorlichtingsbrief uitgeprint. De brieven werden vervolgens naar de respondenten verstuurd. Ongeveer drie weken later ontvingen de respondenten de vragenlijst voor de nameting.

Resultaten

Respondenten die een advies-op-maat kregen gingen ongeveer 5,5% minder vet eten. Bij het algemene advies was dit bijna 1,5%. Respondenten die een advies-op-maat kregen lazen hun adviesbrief vaker volledig, bewaarden deze vaker en spraken er ook vaker met anderen over. Daarnaast vonden ze de brief significant interessanter, geloofwaardiger en persoonlijk relevanter. Aanvullend onderzoek toonde aan dat het effect van het advies-op-maat niet afhankelijk was van het geslacht, de leeftijd of het opleidingsniveau van de respondenten en dat een tweede advies-op-maat op de langere termijn de effecten verbeterde.

De uitkomsten van dit Nederlandse onderzoek zijn in lijn met resultaten van soortgelijk onderzoek dat met name in de Verenigde Staten is uitgevoerd. In een recente review werd geconcludeerd dat advies-op-maat met name voor voedingsvoorlichting veelbelovende resultaten laat zien en dan met name voor voorlichting over (verzadigd) vet.

de Nederlanders denkt niet te veel vet te eten en vooral ook minder vet te eten 'dan de buurman of -vrouw'. Zij zien daardoor geen reden om te overwegen hun vetconsumptie

te verlagen. Bij dit soort gebrek aan bewustzijn kan een advies-op-maat met name de aanzet geven tot gedragsverandering. Een voedingsadvies-op-maatsysteem vertelt je immers zo precies mogelijk of je wel of niet te veel vet eet en wat je daaraan zou kunnen doen. Uit onderzoek blijkt dan ook dat advies-op-maat met name effectief is bij samengesteld voedingsgedrag. Het zou in potentie ook heel goed kunnen werken bij ander 'ingewikkeld', samengesteld risicogedrag, zoals gebrek aan lichaamsbeweging, en in mindere mate, overmatig alcoholgebruik. Lopend onderzoek moet uitwijzen of dat inderdaad het geval is.

5.2.6 Voor wie is advies-op-maat geschikt?

Het onderzoek naar wie profiteren van advies-op-maat staat nog in de kinderschoenen. Het onderzoek naar specifieke doelgroepen voor advies-op-maat is met name geïnitieerd vanuit de gedachte dat de methoden vooral zou aanslaan bij hoger opgeleide mensen. De tot nu toe ontwikkelde advies-op-maat systemen produceren immers vrij uitgebreide schriftelijke adviezen, en de verwachting was dat uitgebreide schriftelijke voorlichting beter werkt voor hoger opgeleide. Onderzoek logenstraft echter deze hypothese. De beschikbare studies laten zien dat mensen met een lagere opleiding het advies beter waarderen en intensiever gebruiken, terwijl het effect van het advies niet afhankelijk is van de opleiding van de gebruiker (Brug & Van Assema, 2000). Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat lager opgeleide mensen wellicht minder blootgesteld zijn aan bijvoorbeeld direct mailings en daarom minder gewend zijn aan een persoonlijke benadering en een en ander daarom meer waarderen. Ook is het mogelijk dat hoger opgeleiden überhaupt kritischer zijn in het geven van waarderingcijfers voor GVO-interventies.

De effectiviteit van advies-op-maat lijkt ook niet afhankelijk te zijn van het geslacht of de leeftijd van de ontvanger. Wat betreft leeftijdsafhankelijkheid moet wel worden opgemerkt dat advies-op-maat echter tot nu toe met name gebruikt en onderzocht is voor voorlichting aan volwassenen tot ongeveer 65 jaar. De eerste studies naar advies-op-maat voor kinderen en jongeren worden nu uitgevoerd.

5.2.7 Waarom is advies-op-maat effectief?

Op basis van de huidige inzichten (De Vries & Brug, 1999; Dijkstra & de Vries, 1999; Kreuter et al., 2000) kan het effect van advies-op-maat verklaard worden uit het feit dat:

- De ontvanger zichzelf herkent in het advies: in een advies-op-maat zijn ten minste de naam, maar bij voorkeur ook andere kenmerken van de ontvanger terug te vinden. Hierdoor neemt de aandacht voor en de betrokkenheid bij het advies toe;
- Een advies-op-maat minder redundante en meer relevante informatie geeft dan een algemeen GVO-advies. Het advies is afgestemd op de persoonlijke situatie van de voor te lichten persoon en de informatie in het advies kan dus ook beperkt blijven tot die specifiek toegesneden informatie. Omdat de hoeveelheid overbodige informatie

tot een minimum kan worden beperkt, zal de ontvanger naast meer aandacht voor het advies in het algemeen, ook veel meer aandacht kunnen hebben voor de essentie van het advies. Uit onderzoek is gebleken dat de mate waarin de ontvanger zich herkent in het advies positief correleert met de effectiviteit.

5.2.8 Hoe en waar kan advies-op-maat worden verspreid?

Eerste-generatie advies-op-maat vereist tenminste twee ‘contactmomenten’ met de mensen in de doelgroep: eenmaal voor de diagnose en eenmaal voor het advies. Bij ieder vervolgadvisie is een extra diagnose- en adviescontact noodzakelijk. Dit betekent dat een eerste-generatie advies-op-maat met name geschikt is voor situaties waar potentiële gebruikers eenvoudig meerdere keren kunnen worden bereikt. In de eerste studies naar advies-op-maat vond de verspreiding plaats via bedrijfsgeneeskundige diensten en via huisartsen. In latere studies is advies-op-maat ook verspreid via advertenties in huis-aan-huis bladen, het uitdelen van diagnosevragenlijsten op gezondheids- en huishoudbeurzen, via supermarkten, en telefonische voorlichtingsdiensten. In zuidelijk Limburg wordt een voedingsadvies-op-maat verspreid via de GGD in het kader van het community project Hartslag Limburg (zie *deel B, paragraaf 4.4*). De Stichting Volksgezondheid en Roken, in 2001 omgevormd tot Defacto, verspreid landelijk, via een telefoonlijn, een stoppen-met-roken advies-op-maat.

In het tweede-generatie advies-op-maat is verspreiding flexibeler. De gebruiker beschikt dan over een interactief programma waarmee hij naar eigen inzicht, waar en wanneer het uitkomt, de diagnosevragenlijst kan invullen en een advies-op-maat genereren.

5.2.9 De kosten van advies-op-maat

Er is nog geen formeel kosten-effectiviteits-onderzoek gedaan naar advies-op-maat. Vast staat wel dat voor bepaalde onderwerpen en met name voedingsvoorlichting over vet, advies-op-maat meer effect lijkt te hebben dan algemene voedingsadviezen (zie *tekstbox 5.2.1*). Aan de andere kant staat ook vast dat aan de verspreiding van een eerste-generatie advies-op-maat meer kosten zijn verbonden dan aan de anonieme verspreiding van een folder of brochure: een advies-op-maat vereist immers de verspreiding, inname en verwerking van het diagnoseinstrument en de verspreiding van het advies zelf. Of en in hoeverre de extra kosten van advies-op-maat opwegen tegen het extra effect, moet nog worden gezien.

Ook wat betreft de discussie over de kosteneffectiviteit van advies-op-maat zal de ontwikkeling van tweede-generatie advies-op-maat een grote invloed kunnen hebben. Bij de verspreiding van advies-op-maat via internet bijvoorbeeld, zullen de distributiekosten van advies-op-maat lager zijn dan die van folders of brochures.

Hiernaast kan nog worden opgemerkt dat met name bij deze tweede generatie het advies-op-maat systeem vrijwel continu kan worden geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten, bijvoorbeeld op het gebied van risicogedragingen en gedragsdeterminanten. Dit in tegenstelling tot meer traditionele materialen, waarbij een nieuwe druk of oplage moet worden voorbereid.

5.2.10 De toekomst van advies-op-maat

Het onderzoek naar advies-op-maat richt zich in de nabije toekomst globaal op drie richtingen. In de *eerste* plaats wordt onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid en effectiviteit van advies-op-maat bij verschillende gezondheidsgerelateerde gedragingen en via verschillende verspreidingskanalen. In Nederland zijn projecten gaande dan wel in voorbereiding voor de ontwikkeling en/of evaluatie van advies-op-maat systemen voor voorlichting over een groot aantal onderwerpen, waaronder stoppen-met-roken en rookpreventie, gezonde voeding, lichamelijke activiteit, alcoholconsumptie, herkennen van vroege symptomen van chronische aandoeningen, participatie in screeningsprogramma's en orgaandonatie-registratie.

Onderzoeksprojecten zijn gaande of in voorbereiding waarbij advies-op-maat wordt gebruikt in community-based projecten, op de werkplek, binnen scholen, via internet, en via telefonische voorlichtingsdiensten. In dit onderzoek zijn de ontwikkelingen van het zogenaamde tweede-generatie advies-op-maat met name interessant. De mogelijkheden van verspreiding van advies-op-maat via internet lijken gunstig. Wanneer een advies-op-maat volledig via internet beschikbaar is, kunnen belanghebbenden waar en wanneer ze zelf willen de diagnosevragen beantwoorden en hun persoonlijke advies genereren en eventueel uitprinten. Of internet werkelijk een geschikt verspreidingskanaal is, is echter nog speculatief. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk of een advies-op-maat via internet als even betrouwbaar en geloofwaardig wordt ervaren als een schriftelijk advies. Daarnaast kan de omvang en diversiteit van het world-wide-web ook een probleem vormen: potentiële gebruikers moeten de advies-op-maat web-site kunnen vinden en zullen verleid moeten worden om niet naar andere web-sites 'door te klikken' voordat de diagnosevragen zijn beantwoord en het advies is gegenereerd en gelezen.

In de *tweede* plaats wordt onderzoek gedaan naar effectieve tailoring variabelen, en naar waarom en voor wie advies-op-maat effectief is. In dit onderzoek moet bijvoorbeeld worden onderzocht welke tailoringvariabelen het effect van advies-op-maat kunnen vergroten. Onderzoek waarin de uitgebreidheid van het advies-op-maat wordt gevarieerd, of waarin getailord wordt op verschillende categorieën tailoringvariabelen wordt uitgevoerd of is in voorbereiding. Daarnaast worden studies voorbereid waarin potentiële nieuwe categorieën van tailoringvariabelen worden onderzocht, zoals bijvoorbeeld persoonlijkheidskenmerken.

Tot slot is onderzoek wenselijk waarin het (kosten-)effect van advies-op-maat niet wordt vergeleken met algemene adviezen, maar juist met andere meer geïndividualiseerde voorlichtingsmethoden zoals interpersoonlijke voorlichting.

5.2.11 Conclusies

Advies-op-maat is gebaseerd op een zeer plausibele en door de empirie ondersteunde rationale: voorlichting die zo goed mogelijk is afgestemd op persoonlijke kenmerken van de voor te lichten persoon, zoals risicogedrag en determinanten van dat gedrag, heeft meer kans op effect. Een geautomatiseerd advies-op-maat maakt geïndividualiseerde voorlichting goedkoper en daarmee toepasbaar in primaire preventie van de in Nederland belangrijkste chronische aandoeningen. De ontwikkelingen in de ICT faciliteert een goedkope verspreiding van advies-op-maat.

Het beschikbare evaluatieonderzoek onderschrijft de potentie van advies-op-maat. Dit is met name het geval voor voorlichting over gezonde voeding en ook, zij het met iets meer voorzichtigheid, voor stoppen met roken. Advies-op-maat lijkt ook te kunnen worden gebruikt bij lager opgeleide doelgroepen.

We staan echter nog maar aan het begin van het onderzoek naar de werkelijke mogelijkheden, en de precieze werkingsmechanismen van advies-op-maat. Hierbij is onderzoek gewenst waarbij advies-op-maat zowel dieper als breder wordt onderzocht. Dieper in de zin dat men moet proberen om de werkzame ingrediënten van advies-op-maat bloot te leggen voor adviesprogramma's voor verschillende gezondheidsgerelateerde gedragingen. De vraag die hierbij moet worden gesteld, is bijvoorbeeld welke tailoringvariabelen met name belangrijk zijn voor een effectief advies-op-maat.

Advies-op-maat moet breder worden onderzocht om nader te bestuderen voor welk gezondheidsgedrag advies-op-maat geschikt is, welke distributiekkanalen geschikt zijn voor de verspreiding, en welke doelgroepen geschikt zijn voor een benadering met advies-op-maat.

Twee voorlichting-op-maatssystemen kunnen tot zeer verschillende adviezen leiden, afhankelijk van de keuzen voor een specifiek theoretisch kader en daarmee de tailoringvariabelen, de meetinstrumenten om de diagnose te stellen, de specificiteit van de diagnose, de gekozen tailoringvariabelen, de omvang van de voorlichtingsbibliotheek, en de omvang en opmaak van het advies op maat. Het effect van een voorlichting-op-maatprogramma zal uiteindelijk afhangen van de juiste keuzen. Hierin verschilt advies-op-maat natuurlijk niet van willekeurig welke andere GVO-methode.

5.3 Modern voorkomen

NE Groenewegen, DA Plantinga

Van het bedrijfsleven kunnen we nog veel afkijken. Vooral de aandacht die ze geven aan ‘relatiemanagement’ richting de betrokken partijen en de vaak diepgaande analyses van de doelgroep zouden ook in de gezondheidsbevordering niet misstaan.

5.3.1 Inleiding

Naar aanleiding van de Nota ‘Resultaten scoren’ van het ministerie van VWS is het Ontwikkelcentrum Preventie opgezet met als opdracht te onderzoeken of het mogelijk is de kwaliteit van de Nederlandse verslavingspreventie te verbeteren. Dit artikel is een samenvatting van een oriëntatie naar nieuwe inzichten omtrent (verslavings-) preventie binnen verwante vakgebieden. Ook gezondheidsvoorlichting, marketing en reclame hebben te maken met het bereiken van doelgroepen en willen gedrag beïnvloeden door middel van communicatie. Daarom zijn 14 mensen die werkzaam zijn in de gezondheidsvoorlichting, de marketing, reclame of in de communicatiesector geïnterviewd (zie *bijlage 5*).

Een aantal vastgeroeste ideeën van mensen werkzaam in de verslavingspreventie werden door de 14 geïnterviewden gedefinieerd als ballonnetjes die met lucht waren gevuld en nu nodig eens moesten worden doorgeprikt. Daarentegen hebben de geïnterviewden voor de verslavingspreventie ook een paar ballonnetjes opgelaten, oftewel aanbevelingen gegeven waar nog winst is te behalen voor preventie. De resultaten zijn niet alleen voor de verslavingspreventie interessant, maar ook voor verwante vakgebieden. Hierna volgen kort hun uitspraken en ideeën.

5.3.2 Ballonnen - ideeën - die moeten worden doorgeprikt

“Evidence-based is mogelijk bij preventie”

De dagelijkse preventiepraktijk heeft de middelen noch de tijd om Randomised Controlled Trials te doen. Het model van RCT is gebaseerd op de medische wereld waarin onderzoek plaatsvindt in een laboratoriumachtige gecontroleerde omgeving. In de preventiepraktijk is dit niet mogelijk en soms zelfs niet wenselijk.

“Doelen van preventie zijn realistisch”

Doelstellingen van gedragsgerichte interventies op gedragsniveau zijn heel moeilijk te halen. Zeker gezien het budget dat daar in de preventiepraktijk voor beschikbaar is. In het bedrijfsleven is een verschuiving van een marktaandeel van 2% al heel groot, terwijl preventie-instellingen nu doelen formuleren op gedragsniveau waarin bijvoorbeeld gesteld wordt dat binnen 10 jaar 25% van de mensen die roken, daarmee zijn gestopt. En die stoppers zouden ook nog eens allemaal gestopt zijn door de interventie. Dit zijn onrealistische verwachtingen. Gebruik een algemene doelstelling zoals: ‘na zoveel jaar

is er een afname te zien van x%' meer als een missie. Reclamemensen spreken nooit af met hun opdrachtgevers dat door hun interventie het aantal mensen dat product X koopt, zal stijgen met een bepaald percentage. Reclamemensen kunnen daarom ook nooit verantwoordelijk worden gesteld voor het gewijzigde koopgedrag van mensen. Of een reclame succesvol is, wordt gemeten door te kijken hoeveel mensen de reclamecampagne kennen en hoe hoog de waardering voor de campagne was. De doelen van een gedragsgerichte interventie dienen rechtstreeks uit de interventie voort te komen.

“Standaardisering van producten leidt tot verhoging effectiviteit”

Het standaardiseren van producten is wel mogelijk, maar leidt niet automatisch tot een verhoging van de effectiviteit. Er bestaan veel verschillen tussen doelgroepen op lokaal niveau. Doelgroepen die op het oog vergelijkbaar lijken, kunnen in werkelijkheid in veel opzichten zó van elkaar verschillen dat bij het uitvoeren van dezelfde interventie een groot verschil in effectiviteit kan optreden. Er zal bij elke afzonderlijke interventie dus weer opnieuw afstemming op de doelgroep moeten plaatsvinden. Het proces van het ontwikkelen van een interventie kan wel gestandaardiseerd worden, maar de methode zal toch weer aangepast moeten worden aan de specifieke situatie. In feite zijn preventieactiviteiten daarom altijd innovatief of zoals mensen uit de marketingwereld dat noemen: productontwikkeling.

“De communicatie van de verslavingspreventie is goed”

De verslavingspreventie heeft te maken met ruwweg vier doelgroepen: overheid, intermediairen, einddoelgroepen en collega-instellingen, inclusief de landelijke koepels. Vooral voor de communicatie met de doelgroepen overheid, intermediairen en collega-instellingen is nu te weinig aandacht. Aan de overheid zal bijvoorbeeld duidelijk gemaakt moeten worden dat met een bepaald budget, mankracht en randvoorwaarden maar een zeker resultaat te behalen is. Aan de andere kant zullen instellingen voor verslavingspreventie en de landelijke koepels naar financiers en landelijke beleidsmakers hun succesverhalen meer duidelijk moeten maken.

Bij de intermediairen zou meer aandacht besteed moeten worden aan de belangen en behoeften die die doelgroepen hebben ten aanzien van preventie. Leerkrachten bijvoorbeeld worden bij bepaalde projecten teveel gebruikt als ‘doorgeefluik’, terwijl de instelling voor verslavingszorg onvoldoende heeft onderzocht wat de winstpunten kunnen zijn voor leerkrachten zelf om te participeren in een interventie. Belangen van de leerkracht zijn bijvoorbeeld dat hij meer gemotiveerde leerlingen in de klas heeft of dat bepaalde problematiek verminderd of dat het participeren in het project hem werk uit handen neemt.

5.3.3 Ballonnen – ideeën - die de lucht in moeten

“Besteed veel aandacht aan relatiemanagement”

Veel meer dan nu het geval is moeten instellingen of preventiewerkers eerst ‘versmelten’, een relatie aangaan, met de doelgroep zonder dat er direct sprake is van een inter-

ventie. Onder doelgroep wordt weer verstaan: overheid, intermediairen, einddoelgroepen en collega-instellingen. Verschillende geïnterviewden hebben aanbevolen om eerst de doelgroep te laten zien dat je er bent, een relatie met hen op te bouwen om pas daarna je boodschap te communiceren. Een GGD zou in dit kader een jongeren vakantieweek in een wijk actief kunnen ondersteunen om op die manier een relatie met de jeugd in die wijk op te bouwen. Werk aan het imago en de naamsbekendheid van de organisatie zonder de boodschap te communiceren.

“Houd je aan Best-practice”

Ontwikkel elk project op basis van erkende, theoretische modellen, zoals het ASE-model of het model van Green & Kreuter (1991). Daarnaast zijn modellen uit de reclame, organisatiekunde of communicatie interessant, omdat deze modellen uitgaan van gedragsverandering via emoties, uitstraling en impressies van een product. Dit in tegenstelling tot de gedragstheoretische modellen die uitgaan van gedragsverandering via kennis en attitude. Deze modellen hebben hun effectiviteit bewezen en als een project planmatig is opgezet met behulp van een of meerdere van deze modellen is de kans op succes groter.

Een ander criterium van je houden aan ‘best-practice’ is om je als preventiewerker niet te laten verleiden tot het betere ‘knip- en plakwerk’ maar je te houden aan je kerncompetenties. Preventiewerkers zijn opgeleid om op basis van theorie en onderzoek voor een bepaalde doelgroep een interventie te bedenken, ontwikkelen, uitvoeren en evalueren, maar niet om die interventie ook nog zelf vorm te geven. Als dus een onderdeel van de interventie een expositie is, laat die dan vormgeven door iemand die daarvoor is opgeleid: een grafisch ontwerper.

“Stay Tuned”

Bij veel verslavingspreventiewerkers en bij werkers bij de landelijke koepels vindt een overschatting plaats van de interesse en kennis van de doelgroep. Interventies gaan uit van vooronderstellingen die niet zijn getoetst bij de betreffende doelgroep en daarom ook niet goed aansluiten. Marktonderzoek kan belangrijke informatie leveren over wat de doelgroep beweegt, wat ze belangrijk vinden, welke waarden ze hebben en welke segmentatie van de doelgroep nodig is. Marketing kan een interessante en effectieve invalshoek zijn voor het ontwikkelen van een interventie. Koop gegevens van trendwatchers (zie *paragraaf 5.4*). Informeer je door literatuur/tijdschriften/websites voor jongeren te lezen, maar ook door zelf met jongeren te praten.

Een manier om de interventie goed te laten aansluiten bij de doelgroep is door de doelgroep zo vroeg mogelijk te laten participeren bij het ontwikkelen van een interventie. Laat hen *onderdeel* van de interventie zijn, bijvoorbeeld in de vorm van theatergroepen of promotieteams.

Segmentatie van de doelgroep is ook belangrijk. De doelgroep *jongeren* bestaat niet. Er zijn veel verschillende jongeren met verschillende leefstijlen, waarden en behoeften.

“Make your point”

Gebruik een propositie (soort slogan) die kort en duidelijk weergeeft wat de boodschap precies is. Een propositie geeft aan welke uitstraling een bedrijf wil hebben en verwijst naar de inhoud van de werkzaamheden. Een voorbeeld hiervan is ‘*Leuker kunnen we het niet maken, wel makkelijker*’ van de Belastingdienst. Of ‘*Albert Heijn blijft op de kleintjes letten*’. De interventie of de activiteit beschouw je als een merk: wat wil je uitdragen? Wat spreekt jongeren aan? Principes uit de marketing kunnen helpen om de sterke en zwakke punten van de interventie te ontdekken en de sterke en zwakke punten van de concurrentie. De boodschap moet verder zo duidelijk en eenduidig mogelijk zijn, moet positief verwoord zijn en aangepast worden aan de subdoelgroepen. Het moet in het belang zijn voor de betreffende doelgroep om het gewenste gedrag te gaan vertonen.

5.3.4 Tenslotte

Alle geïnterviewden hebben voorbeelden gegeven van - in hun ogen - succesvolle interventies. De Alcoholcampagne ‘*Drank maakt meer kapot dan je lief is*’ werd meerdere malen genoemd om de volgende redenen: al jaren dezelfde consistente boodschap in een veranderend eigentijds jasje. Toenemende segmentatie in doelgroepen. Intermediarieren op lokaal niveau worden actief bij alle campagnes betrokken. In toenemende mate zijn communicatieve en lobbyachtige activiteiten naar de overheid gericht om het doel (minder overmatig alcoholgebruik) ook via landelijk alcoholmatigingsbeleid te bereiken.

5.4 Generation Next wordt Generation Search

C Rohde

Jongeren zijn niet meer wat ze geweest zijn, en zullen waarschijnlijk morgen alweer anders zijn. Van de diverse doelgroepen voor gezondheidsbevordering zijn de jongeren het meest dynamisch. De jongere van vandaag is kritisch wat informatie aangaat. Geen overdreven en opdringerig geschreeuw; een boodschap met een visie spreekt hen meer aan.

De laatste jaren van de vorige eeuw zijn de jaren van de jongeren die *Generation Next* wordt genoemd. Uit onderzoek komen vier fundamentele kenmerken van deze generatie naar voren:

- De jongeren uit deze generatie delen het besef dat het goed gaat in Nederland, maar dat de kloof tussen *winner*s en *loser*s groeit;
- Ze bestaat uit kinderen van de echtscheidingscultuur;
- Ze kent zijn eigen vormen van stress en gaat daar op een eigen manier mee om;
- Ze is een visuele generatie.

5.4.1 Generation Next nader beschouwd

Generation Next realiseert zich dat het er in de samenleving op neerkomt te voorkomen dat je een *loser* wordt. Het vangnet onder de verzorgingsstaat vertoont gaten en een manier om niet te verdwijnen in de diepte is je te spiegelen aan de *climbers*, de echte helden van heden en verleden. Discotheken organiseren *Do-as-Evita-nights*. Het extreme hedonisme van de house parties is echter uit. Belangrijker dan helden is het eigen karakter. *Don't imitate, innovate*. Jongeren noemen hun moeder een held omdat ze weer is gaan werken, of hun opa, omdat die een kookcursus heeft gevolgd. Rebelle, zoals de *baby boomers* uit de jaren zestig dat kenden, bestaat niet meer. Dat betekent niet dat Generation Next kritikeloos is. De rebelle is vervangen door het streven naar een eigen-gereid, hoogstpersoonlijk standpunt. De nieuwe avantgarde onder de jongeren maakt zich aanmerkelijk drukker over de wantoestanden in de wereld dan hun oudere broers en zussen. Verzet tegen die wantoestanden, hoe dan ook, raakt een snaar bij ze. Het worden turbulente tijden voor (internationale) bedrijven die aan hun reputatie en imago hechten. Niet omdat de jongeren niet houden van hun kwalitatief hoogstaande producten. Dat doen ze wel. Maar omdat ze de grote bedrijven meer en meer beschouwen als de ultieme spelers in het wereldgebeuren. En omdat de mogelijkheden maximaal zijn om die dreigend machtige wereldspelers nauwgezet en kritisch te volgen in de transparante digitale toekomst.

Generation Next is geboren en getogen in de echtscheidingscultuur van de *baby boomers*. Ze zetten zich daar tegen af. "Als ik moet kiezen tussen een gezin zonder vader of moeder en een gezin waar vader en moeder altijd ruzie hebben, dan kies ik voor het tweede" is een uitspraak uit de focusgroepen in het kader van een breed Europees onderzoek

(Rohde & Christensen, 2000). Deze echtscheidingscultuur brengt een besef van kwetsbaarheid met zich mee, en niet de overtuiging van de babyboomgeneratie dat ze de wijsheid in pacht hebben. “Het zou mooi zijn als mijn ouders alles wisten. Dan kon ik af en toe onder hun vleugels schuilen”, was een andere frapperende uitspraak die in verschillende varianten terugkwam.

Generation Next leeft in een stress-maatschappij. Op de vraag of ze het leven moeilijk vinden, zoals dat bij 700 Nederlandse jongeren die sportevenementen bezochten werd gedaan, antwoordt 60% instemmend. Het levert een verlangen op naar ontstressen: *chill out*. Dat doe je in het uitgaansleven, met gebruik van de uitgaansvitaminen. Een gecalculeerd risico: van te voren laten testen wat je aan extase inneemt (Rohde, 2000).

Generation Next leest veel minder, is opgegroeid met de TV, en ziet sneller, meer en herkent in een plaatje meerdere lagen. De televisie heeft hen wantrouwend gemaakt. “Ik kijk liever naar de reclame dan naar het journaal, bij reclame weet je zeker dat ze liegen”. Deze jongeren kijken goed naar de afzender van op hen gerichte boodschappen. Ze hechten sterk aan feitelijke informatie, om dan zelf uit te maken wat ze daarmee doen.

Voor jongeren is de zin van het leven, nog meer dan voor andere generaties, een *lived experience*. In een richtingloze cultuur zappen ze hun eigen verhaal bij elkaar. Natuurlijk hebben jongeren dat altijd al gedaan. Ook de babyboomgeneratie deed dat toen ze jong waren. Maar de culturele setting waarin zij dat deden was niet richtingloos, integendeel, er woedde een vitale strijd tussen de gevestigde autoriteiten en de nieuwe generatie die de toekomst veroverde, president Nixon afzette en een seksuele revolutie in gang zette.

Jongeren van nu houden van hun (babyboom)ouders, ook als die zitten te zwijmelen bij al die jaren zestig popmuziek televisieprogramma's. Maar diezelfde jeugd constateert tegelijk dat de babyboomgeneratie van hun idealen niet veel heeft waargemaakt. Zoals ze ook die zogenaamde seksuele revolutie niet echt zien zitten – ontaardde die niet in de huidige echtscheidingscultuur? Veel inspirerende hulp of richting gaat er van dit alles niet uit. Jongeren zullen daadwerkelijk hun eigen kleine verhaal bij elkaar moeten zappen. Daarom noemen we ze ook wel de generation SEARCH.

5.4.2 Jongeren en reclame/informatie

Jongeren worden niet meer geraakt door reclame en producten die leukdoenerig schreeuwen dat ze zo nieuw zijn en de ‘power’ hebben om het leven een nieuwe glans te geven. Voor dat soort boodschappen zijn ze veel te wijs en cynisch en visueel geschoold. Ze weten dat reclame en marketing willen verkopen en hebben daar geen bezwaar tegen, mits het eerlijk gebeurt. Geen ongeloofwaardig gehijg, overdreven claims of wereldomverwerpende beloften.

Wat jongeren wel raakt in boodschappen is juist het omgekeerde: reclame met een visie op het leven. Noem het *vision marketing communication*. Die levensvisie moet er niet te dik bovenop liggen of dwingend of borstklopperig overkomen.

Gevraagd naar hun favoriete printreclames, kwamen jongeren in alle landen altijd met een bepaalde reclame van Dockers. Die laat in een stadstafereel een jongeman zien in een Dockers broek en met ontbloot bovenlijf – enige robuustheid en non-conventiona-liteit is hem dus niet vreemd. Achter hem de tekst: ‘it’s hard to be an individual, if you’re not old enough to be yourself.’ Geen verbluffende wijsheid, maar voor veel Europese jongeren kennelijk wel een aansprekend statement.

Een ander voorbeeld is een advertentie van LaCoste. Je ziet, in de verte, een jonge vrouw in haar eentje viool spelen terwijl ze uitkijkt over een berglandschap: ‘Deviens ce que tu es’. Ook deze ‘visie’ op het leven werd in de landen waar de campagne verscheen, feilloos geselecteerd door generation SEARCH. De boodschap bevat een subtiel ingrediënt, waaruit deze generatie zijn eigen visie op het leven boetseert.

Kortom, de toon van de boodschap is erg belangrijk. Opdringerigheid is taboe. Jongeren zijn eigengereid genoeg om zelf te bepalen welke producten ze goed vinden. Dat geldt ook voor de visie achter het product – en evenzeer voor de ‘levensvisie’ daar weer achter. Het feit dat het merk Coca Cola bij jongeren beter scoort dan Pepsi heeft veel te maken met de manier waarop ze de jongeren benadert. Coca Cola associeert zich aanmerkelijk minder dan Pepsi met de popsterrenwereld, een *kunstmatige wereld* die de huidige generatie jongeren moeiteloos doorprikt. Coca Cola gebruikt een ander thema: het plezier van samenzijn. Jongeren blijken die vrolijke ‘saamhorigheidsbenadering’ zeer sympathiek te vinden. Wat kan men anders verwachten van kids, die gepokt en gemazeld zijn in contemporaine echtscheidingscultuur en daar een bovenmodaal verlangen ontwikkeld hebben om “ergens bij te horen”? Communicatiebeelden die appelleren aan dat verlangen raken extra krachtig een snaar. Coca Cola beseft en bespeelt dat beter dan Pepsi Cola.

In het Europese onderzoek is de jongeren ook gevraagd wat ze van schoonheid vinden, bijvoorbeeld in de steden waar ze wonen. Opvallend groot was de geventileerde liefde voor oude gebouwen, die spreken vaak minstens evenzeer aan als de meer contemporai-ne architectonische producten. Als je doorvraagt wat er dan zo mooi is aan die oude gebouwen, luidt de kern van het antwoord, dat ze vast heel veel hebben meegemaakt en toch de tand des tijds hebben doorstaan. Interessant was ook hoe breed, hoe ‘sociaal’ generation SEARCH schoonheid definieert. Als je ze vraagt wat een bepaalde plek bij uitstek mooi maakt, is het eerste antwoord vaak: ‘Wanneer ik er met mijn vrienden ben.’ McDonalds of parkeerplaatsen worden dus mooi, zelfs een stukje ‘thuis’, als je er met je vrienden verzamelt, voordat je uitgaat.

Overigens zijn dit voorbeelden die meer op Zuid-Europa betrekking hebben dan op Noord-Europa. Maar de zeggingskracht ervan is pan-Europees. Vrienden zijn van groot belang voor generation SEARCH. Ze kleuren het bestaan, tot en met de schoonheid die

ze ervaren in de stad. Natuurlijk zijn vrienden voor iedereen belangrijk maar voor richtingzoekende generation SEARCH nog meer. “Je hebt gewoon iemand nodig die eerlijk tegen je is. Die je te allen tijde vertelt, wat je goed doet en wat je verkeerd doet”. Dat immense verlangen om voortdurend in contact te staan met je vriendennetwerk manifesteert zich overigens ook in de liefde die generation SEARCH koestert voor hun mobiel-tjes. Die vormen, vierentwintig uur per dag, een levenslijn naar het netwerk dat ze ondersteunt.

Gevraagd naar hun opinie over mooie mensen, blijkt dat vooral de Brad Pitts en Claudia Schiffers het goed doen. Opmerkelijk dat in meerdere landen Nelson Mandela zijn intrede doet in de toptien van mooiste mannen. Opmerkelijk, omdat Mandela halverwege de jaren negentig veel meer in het nieuws stond, maar toen niet genoemd werd. Bij doorvragen blijkt zijn schoonheid voor generation SEARCH onder de oppervlakte te zitten: “Hij is heel onrechtvaardig behandeld en toch niet verbitterd geraakt”. Ze bewonderen Mandela dus om zijn intense kracht en imponerende visie op het leven, het is een *climber*. Generation SEARCH hanteert kortom een diepere definitie van schoonheid. Dieper blijikbaar dan de houseparty-ende jongeren van pakweg vijf jaar geleden.

5.5 Gezond, maar ook gelukkig?

W de Regt

Het preventiebeleid is sterk gericht op het voorkómen van ziekte. Het risico op ziekte staat centraal, en biedt weinig ruimte aan gezondheidsbevordering. Een benadering vanuit gezondheid in de brede zin: het gevoel van welbevinden en geluk, biedt het individu mogelijkheden om gezond gedrag te zien niet als het vermijden van risico's, maar als een kans op geluk.

Preventieve gezondheidszorg is al lang een beleidsprioriteit. Maar wat wordt ermee bedoeld en wat komt er eigenlijk van terecht? Er wordt in het preventie-debat een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het bevorderen van gezondheid en het bestrijden en voorkomen van ziekten². En hoewel in het beleid van het ministerie van VWS wordt beleden dat zowel het bestrijden als het bevorderen van (even) groot belang is, blijft het beleid sterk gericht op de preventie van ziekte. Dat is op zich niet erg, maar het gaat ten koste van de ontwikkeling van een effectieve gezondheidsbevordering.

Voor het voorkomen van ziekte en het signaleren en bestrijden van symptomen daarvan zijn medici opgeleid. Het is een zeer beperkte, maar daardoor soms effectieve methode van bestrijden. Het voorkomen van ziekte vereist een beleid waarin culturele, sociale en psychische aspecten worden meegenomen. De medische wetenschap levert een belangrijke maar niet voldoende bijdrage aan de preventie van ziekten.

Gezondheid is een begrip dat afhankelijk is van de persoonlijke beleving van iemand, diens fysieke conditie en de ruimte die er in de fysieke en sociale omgeving is om gezond te leven en zich gezond te voelen. Gezondheidsbeleving heeft veel te maken met begrippen als *welbevinden* en *geluk*. Mensen voelen zich op hun best als ze hun dagelijks leven als uitdaging beleven om er al hun capaciteiten en talenten op in te zetten³. Je goed voelen, een gevoel van vervulling/bevrediging hebben, is bepaald niet hetzelfde als de medische gezondheidsnorm.

Het is net als met het begrip *kwaliteit van leven*. In medische kringen is er kwaliteit van leven als iemand geen ziekte heeft en lichamelijk functioneert. Maar dat is hooguit een randvoorwaarde. Kwaliteit is een positief begrip, dat alweer met de individuele beleving van mensen te maken heeft.

Mensen hebben er ten principale recht op zich gezond te kunnen voelen in onze maatschappij⁴ en ze moeten ook de mogelijkheid hebben om dat gezonde gevoel voor zichzelf te scheppen. Zolang de preventie, de gezondheidsbevordering wordt gemonopoli-

² De definitie van gezondheid van de WHO vermeldt dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte.

³ Flow heet dat volgens Mihaly Csikszentmihalyi.

⁴ Vrij naar de Ottawa-charter: Health for all.

seerd door de gezondheidszorg, zal er van een collectief gezondheidsgevoel en recht daar op, niet veel terecht komen.

De gezondheidszorg dient ervoor te zorgen dat mensen genezen van hun ziekten, maar ze heeft niet het instrumentarium en de professionele vaardigheden om de gezondheid van niet-zieke mensen te bevorderen. Gezondheidsbevordering heeft tot doel dat mensen zich in onze samenleving kunnen ontplooiën en ten volle kunnen profiteren en genieten van de kwaliteit van hun leven waaraan ze zelf in belangrijke mate een invulling hebben kunnen geven.

Om alle verwarring verder te voorkomen, zou het begrip *gezondheidsbevordering* vervangen kunnen worden door *welzijnsbevordering*. Dat kan veel verduidelijken. Gezondheid is nu eenmaal een begrip met beperkende associaties en de gezondheidszorg een belemmerende omstandigheid voor het optimaliseren van het gevoel van welbevinden van gezonde burgers.

Tekstbox 5.5.1: De Gelukkige Levensjaren

De term *geluk* heeft twee betekenissen. De eerste betekenis is *goed leven*, de tweede betekenis is *prettig leven*. In het eerste geval spreek men wel van *objectief* geluk, in het tweede geval van *subjectief* geluk. Binnen ieder van die betekenissen zijn nog verdere varianten te onderscheiden. In de objectieve betekenis duidt het woord meestal op gunstig geachte levensomstandigheden, met andere woorden: op veronderstelde *leefbaarheid*. Geluk is dan vaak synoniem met maatschappelijk geslaagd zijn. Soms echter verwijst de term eerder naar moreel goed leven, bijv als men spreekt over het 'ware geluk' van martelaars in de leeuwkuil. In de subjectieve betekenis verwijst het woord geluk soms naar kortstondige doch hevige ervaringen; het geluk van de dichter. In de psychologie is daarvoor het woord 'topervaring' in zwang geraakt. Meestal wordt echter bedoeld op duurzame satisfactie. Geluk is dan synoniem met *levensvoldoening*.

Op basis van grootschalig enquête-onderzoek is voor 49 landen rond 1990 berekend hoeveel gelukkige levensjaren de doorsnee burger er beleeft. De mate waarin mensen lang en gelukkig leven is daarbij bepaald door gegevens over gemiddelde levensduur in landen te combineren met gegevens over gemiddelde levensvoldoening. Gegevens over levensduur in landen zijn beschikbaar uit bevolkingsregistraties. Gegevens over subjectieve levensvoldoening komen zoals gezegd uit enquêtes (Veenhoven, 1998).

Bij het onderzoek kwamen grote verschillen aan het licht. De gelukkige levensverwachting was in de onderzoeksperiode het laagst in Bulgarije met

slechts 32 jaar en het hoogst in IJsland met 62 jaar. Nederland is met enkele maanden minder een goede tweede.

De gelukkige levensverwachting blijkt het hoogst in de meest *moderne* en *welvarende* landen van deze tijd. De maatschappelijke ontwikkeling leidt dus niet tot een steeds minder leefbare samenleving. Naast welvaart speelt *zelfbestemming* een grote rol. De gelukkige levensverwachting is ook hoger naarmate het land meer *vrijheid* biedt. Het gaat daarbij niet alleen om de bekende politieke vrijheden, maar vooral om vrijheid in de privé-sfeer, zoals mogelijkheden tot geboorteregeling en acceptatie van homoseksualiteit. Het positieve effect van vrijheid lijkt groter naarmate de opvoeding meer op zelfstandigheid gericht is en mensen beter geïnformeerd zijn. *Gelijkheid* is ook van invloed, maar niet alle gelijkheid evenzeer. Inkomensgelijkheid blijkt niet veel uit te maken, maar man-vrouw-gelijkheid wel. De gelukkige levensverwachting is hoger, naarmate de achterstand van vrouwen in opleiding, werk en inkomen kleiner is. In tegenstelling tot wat communitaristen zouden verwachten blijken mensen niet langer en gelukkiger te leven in landen met een sterke kerk en traditionele familiewaarden. Evenmin is er een verband met vertrouwen in instituties. Dat beeld verandert niet als parallelle verschillen in welvaart in aanmerking worden genomen. De leefbaarheid van het land is waarschijnlijk niet gediend met steeds maar meer welvaart, vrijheid en gelijkheid. In het geval van materiële welvaart is het punt van de verminderende meeropbrengst al gepasseerd. In het geval van vrijheid is dat punt nog niet in zicht.

Dat haalt tegelijk ook een angel uit de Volksgezondheids Toekomst Verkenningen, want die neemt tot nu toe de gezondheidstoestand van de burgers in Nederland als maat voor het beoordelen van een gezondheidsbevorderend beleid. Die gezondheidstoestand geeft niet weer in hoeverre mensen een gevoel van welbevinden ervaren. Omgekeerd is het wel zo, dat mensen en groepen die rapporteren dat ze zich goed voelen of gelukkig zijn, ook meer gezonde levensjaren genieten (zie *tekstbox 5.5.1*).

Misschien houdt dan ook het zo verkrampte denken in gezondheidsrisico's eens op, wat maakt dat we in plaats van gezondheid bevorderen, mensen vooral angstig maken voor risico's op ziekte. Je gelukkig voelen heeft ook te maken met je kunnen ontplooiën, met vrijheid en onafhankelijkheid. Gelukkige mensen kunnen en zullen vaker kiezen voor een gezonde leefstijl, niet uit angst maar als kans.

5.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is allereerst kort ingegaan op vernieuwende strategieën en methoden binnen de gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Ten aanzien van de zogenaamde *kantelthema's*, zoals die door het NIGZ zijn beschreven zijn de volgende conclusies te trekken:

1. Er is weinig informatie beschikbaar over de effecten van *participatie* op gezond gedrag bij de verschillende doelgroepen. Desalniettemin wordt participatie van verschillende belanghebbenden gezien als een belangrijke voorwaarde voor het succes van interventies. Het ontwikkelen van participatie en empowerment kost veel tijd. Om doeltreffend te zijn, moet participatie ingebed zijn in een brede, integrale benadering van gezondheid. Het is aan te bevelen de effecten op (intermediaire) doelstellingen, zoals het totstandbrengen van participatie en empowerment, ook als succesfactor van een interventie mee te nemen.
2. Bij zowel overheid als het bedrijfsleven bestaat belangstelling om met elkaar samen te werken. Voordelen van *publiek private samenwerking* liggen op het terrein van een beter bereik van de doelgroep, implementatie van interventies, verandering van omgevingsfactoren, creëren van draagvlak, financiële armslag etc. Gezondheid komt als direct thema nauwelijks voor op de agenda's van de reeds bestaande partnerships, terwijl het als thema goed aansluit op de doelstellingen van maatschappelijk ondernemen. Door meer te participeren in reeds bestaande samenwerkingsverbanden of indien nodig nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan met de private sector, kunnen gezondheidsinstanties directe invloed uitoefenen op de inhoud van de projecten en zodoende werken aan de gezondheidsbevordering van jongeren, ouderen, personen uit de lagere SES-groepen en allochtonen.
3. *Facetbeleid* heeft nog geen algemeen aanvaarde definitie. In de reactie op het RVZ-advies 'Gezond zonder zorg' spreekt de Minister van VWS haar voorkeur uit voor de term *Integraal gezondheidsbeleid* boven gezondheidsfacetbeleid (VWS, 2001). Facetbeleid lijkt kansen te bieden voor gezondheidsbevordering. Veel van de gesignaleerde problemen ten aanzien van gezond gedrag hangen onderling samen en er is een groot aantal beleidssectoren aan te merken, die mogelijkheden hebben om deze determinanten te beïnvloeden. Intersectorale samenwerking, mede in de vorm van facetbeleid, is min of meer voor de handliggend. Een directe relatie tussen facetbeleid en gezondheidsuitkomsten is moeilijk te leggen. Beleidsevaluaties beperken zich voor het merendeel tot het omschrijven van intermediaire effecten. Uitkomstmaten dienen verder ontwikkeld te worden. Dit vereist een langdurig traject van monitoring en evaluatie op proces- en intermediaire uitkomsten.

De bijdrage over ICT in de voorlichting geeft aan dat deze technologie goede mogelijkheden biedt voor *preventie op maat* en het bereiken van specifieke doelgroepen. Advies-op-maat is gebaseerd op de rationale dat voorlichting die zo goed mogelijk is afgestemd op persoonlijke kenmerken van de voor te lichten persoon, meer kans op effect heeft. Een geautomatiseerd advies-op-maat maakt geïndividualiseerde voorlichting goedkoper en daarmee toepasbaar in primaire preventie van de in Nederland belangrijkste chronische aandoeningen. De ontwikkelingen in de ICT faciliteert een goedkope

verspreiding van advies-op-maat. Het beschikbare evaluatieonderzoek onderschrijft de potentie van advies-op-maat. Dit is met name het geval voor voorlichting over gezonde voeding en ook, zij het met iets meer voorzichtigheid, voor stoppen met roken. Advies-op-maat lijkt ook te kunnen worden gebruikt bij lager opgeleide doelgroepen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk is onder andere gekeken naar principes uit de *marketing* die behulpzaam zijn om de sterke en zwakke punten van preventieve interventie te ontdekken. Uitgangspunten binnen de marketing zijn dat de boodschap zo duidelijk en eenduidig mogelijk moet zijn, positief verwoord moet zijn en aangepast wordt aan de subdoelgroepen. Vooral de aandacht die het bedrijfsleven geeft aan ‘relatiemanagement’ richting de betrokken partijen en de vaak diepgaande analyses van de doelgroep zouden ook in de gezondheidsbevordering niet misstaan. Belangrijk doel binnen de marketing is dat de betreffende doelgroep zelf het belang ontdekt om het gewenste (koop)gedrag te gaan vertonen.

‘Ken u doelgroep’ lijkt een belangrijke voorwaarde binnen de gezondheidsbevordering. De bijdrage over de huidige generatie *jongeren* biedt inzicht in hun drijfveren, waarden en normen, maar moet gelezen worden in het besef dat de groep jongeren geen homogene groep is, maar dat er talrijke *subculturen* te onderscheiden zijn. Toch lijkt de algemene bevinding, dat de huidige generatie jongeren zeer kritisch kijkt naar de hen aangeboden informatie en veel belang hecht aan sociale netwerken, door zowel de wetenschap als de praktijk te worden onderschreven.

De laatste bijdrage van dit hoofdstuk plaatst gezond gedrag in een breder kader. Het preventiebeleid is sterk gericht op het voorkómen van *ziekte*. Het risico op ziekte staat centraal, en biedt weinig ruimte aan werkelijke *gezondheidsbevordering*. Gezondheid is een begrip dat afhankelijk is van de persoonlijke beleving van iemand, diens fysieke conditie en de ruimte die er in de fysieke en sociale omgeving is om gezond te leven en zich gezond te voelen. Gezondheidsbeleving heeft veel te maken met begrippen als welbevinden en geluk. Mensen voelen zich op hun best als ze hun dagelijks leven als uitdaging beleven om er al hun capaciteiten en talenten op in te zetten. Een benadering vanuit gezondheid in de brede zin: het gevoel van welbevinden en geluk, biedt het individu mogelijkheden om gezond gedrag niet uitsluitend te zien als het vermijden van risico’s, maar als een kans op geluk.

LITERATUUR

- Abbema E, Assema P van. Evaluatieonderzoek Het Arnhemse Broek, Gezond en Wel. Tussenrapportage voor de Programmacommissie SEGV-II. Maastricht: universiteit Maastricht, capaciteitsgroep GVO, 2000.
- Aken D, Dijk B, Haastrecht S van, Hertog P den, Muris Y. Meerjarenplan senioren. Amsterdam: Consument en Veiligheid, interne notitie, 2000.
- Arnstein S. A ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 1969; 35: 216-224.
- Arthur Andersen and Enterprise LSE. Value for money drivers in the private finance initiative, 2000.
- Assema P van, Willemsen M. Community-projecten. In: Damoiseaux V, Molen HT van der en Kok GJ (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen/Heerlen: Van Gorcum. 1993: pp.398-417.
- Backx FJG, Swinkels H, Bol E. Hoe lichamelijk (in)actief zijn Nederlandse volwassenen in hun vrije tijd? *Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS)*, 1994; 3: 4-16.
- Boer N de. Heel de buurt halverwege. Analyse van een landelijk en plaatselijk project. Utrecht: NIZW, 2000.
- Boer N de. Megaproject Heel de Buurt halverwege, Laat meer dan tien bloemen bloeien. *Tijdschrift voor de sociale sector*, november 2000: 10-15.
- Boonekamp G, Vaandrager H, Koelen M, Kennedy-Haynes L. Travelling through health promotion land; guidelines for developing and sustaining health promotion programmes, derived from a European experience. Wageningen: vakgroep Voorlichtingskunde, Landbouw universiteit, 1995.
- Bourdeaudhuij I de, Brug J. Tailoring dietary feedback to reduce fat intake: An intervention at the family level. *Health Education Research* 2000; 15: 449-562.
- Broekman H. Werken met migranten in de wijk. Utrecht: NIZW, 2000.
- Brug J, Vries H de. Computer-tailored education. *Patient Education Counseling* 1999; 36(2).
- Brug J, Glanz K, Assema P van, Kok G, Breukelen G van. The impact of computer-tailored feedback on fat, fruit and vegetable intake. *Health Education & Behaviour* 1998; 25: 357-371.
- Brug J, Assema P van. Differences in use and impact of computer-tailored fat-feedback according to stage of change and education. *Appetite* 2000; 34: 285-293.
- Brugman H. Participatiebevordering in lokale vernieuwing, een handleiding voor de praktijk. Utrecht: NIZW, 1995.
- Cooymans MPM. Publiek-private samenwerking onvoldoende benut. Elsevier, september 2000.
- Dam J ten. Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid. Academische Proefschrift, Universiteit Utrecht. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997.
- Dekker E, Grinten TED van der. Tien jaar facetbeleid: terugblik en perspectief. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1995; 7: 484-492.
- Dijkstra A, Vries H de. The development of computer-generated tailored interventions. *Patient Education and Counseling* 1999; 36: 193-203.
- Driessen M. Participatie van migranten in wijkbeheer. Scriptie. Breda: Hogeschool Brabant/Fac. Gamma/CMV, 1999.
- Duifhuizen MAWG, Saan JAM, Goumans MJB & Roskam ST (red.). *Wat gebeurt er in Gezonde Steden? Voorbeelden van lokale gezondheidsinitiatieven in Nederland*. Den Haag: VNG Uitgeverij, 1998.
- Dulleman van K. Ouderen organiseren veiligheid. Tips voor het opzetten en verankeren van een OVOG-project. Ouderkerk aan den IJssel: Drukkerij Goos, 1999.
- Fabri W, Udo M. Jeugdparticipatie in Nederland. Wie doet wat op het gebied van jeugdparticipatie. Utrecht: Stichting Jeugdinformatie Nederland, 2000.
- Garretsen HFL, Haes WFM de, Schrijver MFT. *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1994.
- GGD Regio 's Hertogenbosch. 'Woon wijs, voorkom vallen', 1999. <http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars1999/woonwijs.php3> (september 2001).
- GGD West-Brabant. 'Armoede en gezondheid van kinderen', 2000. <http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars2000/armoedeengezondheid.php3> (september 2001).
- Gooskens I. Een gezonde stad... zo doe je dat! Den Haag: VNG-uitgeverij, 1997.
- Goumans M, Koornstra A. *Gezond in de wijk*. Den Haag: VNG-uitgeverij, 1998.
- Green W, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publ. Comp., 1991.
- Herten van LM, Reijneveld SA, De Kleijn-de Vrankrijker MO. *Gezondheid in al haar facetten: achtergrondstudie gezondheid buiten de gezondheidszorg*. Leiden: TNO-PG, 2000.

- Jansen M. Voorkomen is beter dan genezen. Gezondheidsrelevant beleid bij de rijksoverheid. (Doctoraal scriptie) Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.
- Keijsers JFEM, Vaandrager HM (red.). Gezond Leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag: ZON & NIGZ, 2000.
- Kenniscentrum PPS. Publiek-Private Samenwerking: de krachten gebundeld. Den Haag: Kenniscentrum PPS, 2000.
- Kluis E de. Projectleider 'Heel de Buurt' Paul Kagie over het slimme combinatiespel. Zorg & Welzijn, januari 2001.
- Kok G, Schaalma H, Brug J. Planmatige gezondheidsvoorlichting: een inleiding. In: Brug J, Kok G, Meertens RM, Molen HT van der (red.). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum, 2000: pp. 15-32.
- Konings AL, Wever GMLM. Kernbeleid jeugd handreiking voor het ontwikkelen van integraal jeugdbeleid. Den Haag: VNG, 1998.
- Koster Y & Du Bois P. 'Grip op eigen veiligheid', 2000. <http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars2000/gripopeigenveiligheid.php3> (september 2001).
- Kreuter M, Farrell D, Olevitch L, Brennan L. Tailoring health messages: Customizing communication with computer technology. Mahway (NJ): Lawrence Elbaum, 2000.
- Kreuter MW, Strecher VJ, Glassman B. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of behavioral medicine* 1999; 21: 276-283.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: information Canada, 1974.
- Lemmers L. Alcoholmisbruik door jeugdigen. In: Keijsers JFEM, Vaandrager HM (red.). Gezond Leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag: ZON & NIGZ, 2000: pp. 39-54.
- Lotterman L. Heet Hangijzer. Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, februari 2001, p.14-15.
- Lucht FJ van der, Jansen J. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Rapportnr 278600001, Bilthoven: RIVM, 1999.
- Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volkgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Mars M. Ondersteuning voor gemeenten om het ouderenbeleid te verbeteren. VWS bulletin, oktober 1999: 7-8.
- McIntosh M, Jonker J. Visies op maatschappelijk verantwoord ondernemen. Assen: van Gorcum, 2000.
- Meertens RM, Schaalma H, Brug J, Vries N de. Determinanten van gedrag. In: Brug J, Kok G, Meertens RM, Molen HT van der (red.). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum, 2000: pp. 55-72.
- Meij JP van der, Beek HM ter, Postema A, Putten M van der. Inventarisatie faal- en succesfactoren van lokale PPS-projecten. Utrecht: Ernst & Young Consulting, 2000.
- Nota 2000. Den Haag: Tweede kamer, vergaderjaar 1985-1986, nr. 19500.
- NSPH. Werkplan 2000-2001. Verkorte versie ondersteuningsfunctie facetbeleid. Utrecht: NSPH, 2000.
- Orlandi (1991). In: M de Vries, H Langen & C Lueks. ZO Drenthe hartstikke goed. Resultaten en ervaringen van acht jaar community-based harten vaatziektenpreventie in de lokale praktijk. Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen. Emmen : GGD Zuid-Oost Drenthe, 1999.
- Paes M. In: Reader community approach Trimbos-instituut (red.) (1998). Utrecht : Trimbos-instituut, 1998.
- Paes M. Participeren kun je leren: hoe kinderen en jongeren meewerken aan een gezonde en veilige buurt. Zwolle; Tilburg: Landelijk Centrum Opbouwwerk; Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg, 1996.
- Pennen T van der. Wonen in een oude stadswijk, deel 2. Leiden: Onderzoekscentrum R.O.V., Rijksuniversiteit Leiden, z.j.
- Peterson C & Stunkard AJ. Personal control and health promotion. *Social Science and Medicine* 1989; 28: 819-828.
- Pieterse M. Tabaksgebruik door jeugdigen. In: Keijsers JFEM, Vaandrager HM (red.). Gezond Leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag: ZON & NIGZ, 2000: pp. 161-187.
- Popay J & Young A. Reducing accidental death and injury in children. A report produced for NWRHA. Penultimate draft, 1993.
- Pretty JN. Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publications Ltd, 1995.
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 1997; 38: 38-48.
- PSI. Open agenda's, samen investeren in de samenleving. Den Haag: Partnership voor sociale integratie, 1999.
- RMO. Integratie in perspectief. Advies over integratie van bijzondere groepen en van personen uit etnische groeperingen in het bijzonder. Den Haag: SDU-Uitgevers, 1998.

- Rohde C, Christensen O. Understanding youth, their culture and language. Esomar, excellence in international research, 2000.
- Rohde C. Generation next. An analysis of the habits of a new generation in Northern Europe. Tilburg: Sign of the time, 2000.
- Röling N, Groot A. Het (on)maakbare van innovatie. In: Woerkum C van, Meegeren P van (red.). Basisboek communicatie en verandering. Amsterdam: Boom, 1999: pp.30-58.
- Ruwaard D, Kramers PGN. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom, RIVM, 1997.
- RVZ. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- RVZ. Gezondheid buiten de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- Saan H, Ellenkamp J, Bogaard J van den (red.). Intersectorale actie: voor grensbewoners is smokkelen normaal: plaats, praktijk en theorie van intersectorale actie. Gezonde steden reeks 4. Assen: Van Gorcum, 1994.
- SCP. Sociaal cultureel rapport. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1997.
- SEGV-II. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen tweede fase. Den Haag: ZON-MW, 2001.
- Skinner CS, Campbell MK, Rimer BK, Curry S, Prochaska JO. How effective is tailored print communication? *Annals of behavioral medicine*, 1999; 21: 290-298.
- Smeets HMAG, Martens EP, Veenman J. Jaarboek Minderheden 1999. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1999.
- Steenbakkens M, Ruland E, Ronda G. Hartslag Limburg, samen gezond: Integrale gezondheidsbevordering in gemeenten, buurten, huisartspraktijken en in het ziekenhuis. <http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars2000/hartslaglimburg.php3www.nigz.nl> (september 2001).
- Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven. 'In gesprek' een vijf-gesprekken-model voor ouderen die hun partner verloren hebben. 1999, http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars1999/in_gesprek.php3 (september 2001).
- Stichting Parnassia 'Depressie bij ouderen'. 1998, <http://www.nigz.nl/kennis/preffi/winnaars1998/depressie.php3> (september 2001).
- STIVA. Code voor alcoholhoudende dranken. Rotterdam: STIVA, 1996.
- Tones K. De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. *TSG* 1999; 77: 24-28.
- Tonkens E. Dromen van een kachel. *New Deal for Communities: het Britse zusje van Heel de Buurt*. Tijdschrift voor de sociale sector, november 2000: 16-21.
- Veenhoven R. Vergelijken van geluk in landen. *Sociale Wetenschappen* 1998; 41: 58-84.
- Vries M de, Langen H, Lueks C. ZO Drenthe hartstikke goed. resultaten en ervaringen van acht jaar community-based hart- en vaatziektenpreventie in de lokale praktijk. Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen. Emmen : GGD Zuid-Oost Drenthe, 1999.
- Vries H de, Brug J. Computer-tailored interventions to promote health promoting behaviours: an introduction to a new approach. *Patient Education and Counseling*, 1999; 36: 99-105.
- VWS. Ouderen in tel; beeld en beleid rond ouderen 1990-1995. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1990.
- VWS. Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal Actieprogramma. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1995.
- VWS. Beleidsagenda 2001. Speerpunten van VWS. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000a.
- VWS. Jeugdparticipatie, overzicht van initiatieven. Werkdocument. Den Haag: Ministerie van VWS, directie jeugdbeleid, 2000b.
- VWS. Reactie op RVZ-advies Gezond zonder zorg. Brief Tweede Kamer, 12.10.01. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- Weerdt de I, Dijk B. Privé-veiligheid op locatie. *Tijdschrift gezondheidsvoorlichting*, 2001 (februari): 18-19.
- Werkconferentie CIT Rotterdam. Wijkgericht werken aan Gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam, 2000.
- ZorgOnderzoek Nederland Programma Gezond Leven. Zoektocht naar vernieuwing. Den Haag: ZON, 2001.

Bijlage 1: Samenstelling beleidsadviesgroep 'Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen'

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Drs. J.J.M. van Dijk	Directie Gezondheidsbeleid
Mw. drs. M.I. Esveld	Directie Gezondheidsbeleid
Mw. S.B. van Ginniken	Directie Gezondheidsbeleid
Drs. F.G.W. Goudriaan	Directie Sociaal Beleid
Mw. drs. P.C. Groeneveld	Directie Gezondheidsbeleid
Mw. ir. M. Hof	Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen
Mw. drs. M.E.M. Huijben	Directie Sport
Drs. A.F.H. de Jong, <i>voorzitter</i>	Directie Gezondheidsbeleid
Mw. drs. Y.A.J. de Nas, <i>secretaris</i>	Directie Gezondheidsbeleid
Drs. H.C. Ossebaard	Directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
Mw. drs. M.L.M. Ploum	Directie Gezondheidsbeleid

Bijlage 2: Lijst van auteurs en peer-reviewers

Auteurs

- Mevr. Y. van den Berg
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Professor dr. ir. J. Brug
Capaciteitsgroep GVO,
Universiteit Maastricht
- Mevr. drs. B. Dijk
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Mevr. dr. C.M. Evans
Jellinek, Amsterdam
- Professor Dr. M.H.G. de Greef
Instituut voor Bewegingswetenschappen,
Rijksuniversiteit Groningen
- Mevr. N.E. Groenewegen
Kentron Centrum voor verslavingszorg, Breda
- Mevr. drs. P.M. van Haastrecht
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Dr. W.F.M. de Haes
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Mevr. drs. C.P.F. Herijgers
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Dr. P.C. den Hertog
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Ir. L.J.W. Hesemans
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Ir. J.Jansen
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomstverkenningen
RIVM, Bilthoven
- Dr. J. de Jong
Instituut voor Bewegingswetenschappen,
Rijksuniversiteit Groningen
- Mevr. dr. J.F.E.M. Keijsers
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Dr. P.L. Kocken
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Dr. L. Lemmers
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Dr. E. Luijpers
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Dr. K.A.P.M. Lemmink
Instituut voor Bewegingswetenschappen,
Rijksuniversiteit Groningen
- Dr. F. van der Lucht
Centrum voor Volksgezondheid
Toekomstverkenningen
RIVM, Bilthoven
- Mevr. dr. D. van de Mheen
Instituut voor Verslavings Onderzoek,
Rotterdam
- Dr. Th. Mulder
Instituut voor Bewegingswetenschappen,
Rijksuniversiteit Groningen
- Mevr. V. Nierkens
Instituut voor Sociale Geneeskunde,
Universiteit van Amsterdam
- Mevr. dr. ir. C. Nijboer
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Professor dr. T.G.W. Paulussen
TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- Dr. M. Pieterse
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Mevr. ir. D.A. Plantinga
Kentron Centrum voor verslavingszorg, Breda
- Dr. A. van Raak
Capaciteitsgroep Beleid, Economie &
Organisatie van de Zorg,
Universiteit Maastricht
- Professor J. van Ree
Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Universiteit Maastricht
- Dr. W. de Regt
ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag
- Mevr. ir. M.A.M. Ridder
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Drs. C.C. Rohde
Capaciteitsgroep Communicatie, Zorg en
Welzijn,
Universiteit Utrecht
- Drs. E.C. Ruland
GGD Zuidelijk Zuid Limburg, Maastricht
- Mevr. dr. A.J. Schuit
Centrum voor Chronische
Ziektenepidemiologie,
RIVM, Bilthoven
- Dr. M. Stevens
Instituut voor Bewegingswetenschappen,
Rijksuniversiteit Groningen
- Mevr. dr. K. Stronks
Instituut Sociale Geneeskunde,
Universiteit van Amsterdam

- Mevr. dr. M.A.R. Tijhuis
Centrum voor Chronische
Ziektenepidemiologie,
RIVM, Bilthoven
- Mevr. dr. L. Vaandrager
Centrum Gezondheidsbevordering op de
Werkplek (GBW), Woerden
- Dhr. C.A. van Veldhuizen
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Dr. A.J.J. Voorham
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Mevr. ir. G.C.W. Vos
Centrum voor Chronische
Ziektenepidemiologie,
RIVM, Bilthoven
- Professor dr. H. de Vries
Capaciteitsgroep GVO,
Universiteit Maastricht
- Professor dr. N. de Vries
Capaciteitsgroep GVO,
Universiteit Maastricht
- Mevr. ir. M.J.H. van Vugt
Consument en Veiligheid, Amsterdam
- Dr. M.C. Willemsen
Defacto, Den Haag
- Drs. G. Zeeman
Defacto, Den Haag

Peer-reviewers

- Dr. E.F. van Beeck
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam
- Dr. J. Bleeker
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Dr. M.A. Bruijnzeels
Instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam
- Dr. P. Cuijpers
Afdeling Preventie,
Trimbos-instituut, Utrecht
- Professor dr. A. Dijkstra
Klinische & Gezondheidspsychologie,
Universiteit Leiden
- Dhr. J.B.J. Drewes, arts
Raad Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer
- Mevr. dr. ir. G.I.J. Feunekes
Consumer Sciences/Consumer Understanding
Unilever, Vlaardingen
- Dhr. G.A. Geursen
Goos Bedrijvigheid, Ter Aar
- Dr. W. Gorissen
GG&GD Utrecht
- Mevr. drs. P.M. van Haastrecht
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Dr. W.F.M. de Haes
Sector Gezondheidsbevordering,
GGD Rotterdam e.o.
- Professor dr. W. van Mechelen
Faculteit Geneeskunde EMGO,
Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. M. Pieterse
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie, Woerden
- Mevr. dr. C. Schrijvers
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam
- Mevr. dr. K. Stronks
Instituut Sociale Geneeskunde,
Universiteit van Amsterdam
- Dr. M. de Vries
GGD Nederland, Utrecht
- Professor C.M.J. van Woerkom
Communicatie en Innovatie Studies,
Universiteit Wageningen

Bijlage 3: Lijst van geïnterviewden ten behoeve van de toekomstverkenningen

Dhr. A. Bhola
Stichting Anand Joti

Dhr. G.A. Geursen
Goos Bedrijvigheid

Drs. H. Saan
Nationaal Instituut voor Gezondheids-
bevordering en Ziektepreventie

Prof. dr. P. Schnabel
Sociaal en Cultureel Planbureau

Mevr. drs. J.E. Scheepens
Beleidsmedewerker gezondheidszorg, ANBO,
de bond voor 50-plussers

Dr. W.F.M. de Haes
GGD-Rotterdam en omstreken

Mevr. S. El Kandoussi
Correspondent Landelijke allochtonen krant

Dr. M. Verweij
Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht,
Universiteit Utrecht

Bijlage 4: Geraadpleegde deskundigen voor de reviews, zoals uitgevoerd door het NIGZ (zie deel B, paragraaf 5.1)

Review Participatie

Dr. J. ten Dam
 Nationaal Instituut voor Gezondheids-
 bevordering en Ziektepreventie, Woerden

Dr. M. Noom
 Universiteit Utrecht

Prof. dr. M. de Winter
 Universiteit Utrecht

Mw. dr. ir. L. Vaandrager
 Nationaal Instituut voor Gezondheids-
 bevordering en Ziektepreventie, Woerden

Review Publiek-private samenwerking

Drs. H. Krosse
 Nationaal Instituut voor Gezondheids-
 bevordering en Ziektepreventie, Woerden

Mw. drs. M. Leurs
 Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse
 Sportfederatie, Arnhem

Review Facetbeleid

Mw. dr. K. Stronks
 Instituut Sociale Geneeskunde
 Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Mw. E. van Coblijn
 Gemeente Rotterdam

Dr. A. Schoenmaker
 GGD Eindhoven

Mw. drs. A. Koorstra
 GGD Nederland

Mw. dr. J. van den Bogaart
 GGD Rotterdam e.o.

Drs. H. Saan
 Nationaal Instituut voor Gezondheids-
 bevordering en Ziektepreventie, Woerden

Dr. J. ten Dam
 Nationaal Instituut voor Gezondheids-
 bevordering en Ziektepreventie, Woerden

Drs. G. Varela-Put
 Netherlands School of Public Health, Utrecht

Dr. F. van der Lucht
 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu,
 Bilthoven

Mw. dr. M. Mootz
 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling,
 Den Haag

Mw. drs. A.C. Samson
 Ministerie van VWS, Den Haag

Bijlage 5: Geïnterviewde deskundigen in het kader van het onderzoek van Kentron (zie deel B, paragraaf 5.3)

Dhr. V. Damoiseaux

Directeur Damoiseaux Communication
Accountancy BV, mededirecteur Flycatcher
Internet Research BV.

Dhr. G. Dumbar

Directeur Studio Dumbar

Dhr. W. de Haes

Coördinator Gezonde stad en vernieuwende
projecten, GGD Rotterdam e.o.

Dhr. A. Hijmans van den Bergh

Kennismedewerker Welzijn, Zorg en Cultuur
van Forum

Dhr. J. van der Horst

Senior adviseur Nationaal Instituut voor
Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

Mevr. K. Horstman

Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en
Wijsbegeerte, Faculteit der Gezondheids-
wetenschappen, Universiteit Maastricht

Mevr. M. Koelen

Vakgroep Communicatie en Innovatieve
Studies, Wageningen Universiteit

Dhr. H. Nelis

Directeur Young Work, trendwatchersbureau

Dhr. T. Paulussen

TNO Preventie en Gezondheid; Hoogleraar
Gezondheidsvoorlichting en opvoeding in het
onderwijs, Katholieke Universiteit Nijmegen

Dhr. A. de Roon

Directeur Communicatie Management
Consultants

Dhr. C. Rohde

Capaciteitsgroep Communicatie, Zorg en
Welzijn, Universiteit Utrecht

Dhr. R. Schipaanboord

Hoofd Communicatie en Strategie Campagnes,
Novib

Mevr. M. Verstappen & Dhr. T. van Leeuwen

Senior communicatieadviseurs Bureau
Themacommunicatie

Mevr. R. van de Vorle

Stichting Leerplanontwikkeling

Bijlage 6: Begrippenlijst

Allochtoon	Persoon die voldoet aan het '1 uit 2' criterium (beperkte definitie) of '1 uit 3' criterium (ruime definitie): geboorteland van de persoon en/of geboorteland moeder en/of geboorteland vader is niet Nederland.
Achterstandswijk	Een wijk met een relatief hoog percentage bewoners met een lage sociaal-economische status.
ASE-model	gedragsverklaringsmodel dat uitgaat van drie hoofdcognities: Attitudes, Sociale invloedsverwachtingen en Eigen-effectiviteitsverwachtingen.
At random	Situatie waarbij alleen het toeval bepaalt aan welke categorie (interventie of controle) een bepaald persoon wordt toegewezen.
Attitude	Houding ten aanzien van een onderwerp.
Attributies	Verklaringen die mensen geven voor hun eigen succes of falen ten aanzien van veranderingen.
Autonomie	Zelfstandigheid in ethische en filosofische zin.
Community intervention	Een wijkgerichte interventie waarbij een sterke nadruk ligt op participatie en empowerment van de bevolking en intersectorale samenwerking.
Determinant	Een factor die van invloed is op de gezondheid of op gedrag.
Eigen effectiviteit	Mate waarin een persoon zich in staat acht het gedrag te veranderen.
Empowerment	Strategie om mensen het gevoel te geven zeggenschap te hebben over hun eigen leven.
Facetbeleid	Beleid dat buiten de strikte volksgezondheidsfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkomen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van de gezondheid.
Feedback	Informatie over de mate waarin iemand is geslaagd zijn gedrag te veranderen of iets te leren over de mate waarin veranderingen effect hebben.
Glycaemische instelling	Instelling van insuline om bij diabetes mellitus het glucosegehalte van het bloed onder controle te houden.
Grotestedenbeleid	Het landelijke en lokale beleid dat gericht is op de verbetering van de (achterstands)positie van de grote steden.
HbA1c	Hemoglobine A1c: een bloedparameter die een indicatie geeft van de bloedsuikerwaarde gedurende de voorbije twee maanden.
Integraal beleid	Het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang benaderen van alle relevante beleidsterreinen rond een bepaald probleem.
Integraal gezondheidsbeleid	Beleid in verschillende sectoren waarbij gezondheid een integraal onderdeel uitmaakt van de beleidsafwegingen.
Intersectorale samenwerking	Samenwerking tussen beleidssectoren (op hetzelfde bestuursniveau).
Interventie	Activiteit met als doel het beïnvloeden van een determinant in de gewenste richting.
Misconcepties	Verkeerde inschatting van het eigen gedrag.
Participatie	Het ontwikkelingsproces waarin mensen samen een situatie creëren zodat alle betrokkenen invloed hebben, kunnen meebeslissen en greep krijgen op de eigen situatie.
Prevalentie	Het aantal personen met een bepaalde risicofactor op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld een jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief.
Relatief risico	De verhouding (quotient) van het risico op een aandoening bij aanwezigheid van een risicofactor ten opzichte van personen zonder deze factor.
Sociaal-economische status (SES)	Positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus.

Bijlage 7: Afkortingen

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven	LBO	Lager Beroepsonderwijs
AMC/ISG	Academisch Medisch Centrum, Instituut Sociale Geneeskunde	LMR	Landelijke Medische Registratie
ANBO	Bond voor vijftig-plussers	LIS	Letsel Informatie Systeem
BiZa	Binnenlandse zaken	MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
BRAVO	Bewegen, roken, alcohol, voeding, veilig vrijen, veiligheid en ontspanning	MBvO	Meer Bewegen voor Ouderen
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	MCA	Media Campagne Allochtonen
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs	MKB	Midden en Kleinbedrijf
CBI	Community-based Interventie	MORGEN	Monitoring van risicofactoren en gezondheid in Nederland
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	NDC	New Deal for Communities
CBS-GE	CBS-Gezondheidsenquête	NDM	Nationale Drugsmonitor
CBS-POLS	CBS-Permanent Onderzoek Leefsituatie	NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
CIT	Community Intervention Trial	NIDA	National Institute on Drug Abuse
COPD	Chronische Obstructieve Longziekten	NIGZ	Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
CPB	Centraal Planbureau	NIPO	Nederlands Instituut voor Publieke Opiniepeiling
DIMS	Drugs Informatie en Monitoring Systeem	NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV	NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam	NSPH	Netherlands School of Public Health
GALM	Groningen Actief Leven Model	NT2	Nederlands als tweede taal
GBW	Gezondheidsbevordering op de Werkplek	NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
GES/R	Gezondheidseffectscreening/ rapportage	OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke gezondheidsdienst	OKZ	Ouder- en Kindzorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	OVOG	Over Veiligheid en Ouderen Gesproken
GLOBE	Gezondheid en Levensomstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken	PPS	Publiek Private Samenwerking
GVO	Gezondheidsvoorlichting	RCT	Randomized Controlled Trial
HBO	Hoger Beroepsonderwijs	RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ICT	Informatie en communicatie-technologie	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
IgLO-project	project ten behoeve van Intergemeentelijk en Lokaal Ouderenbeleid	RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid
iMGZ	Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg	SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
IPP	Instituut voor Publiek en Politiek	SCP-AVO	SCP Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek
ISO	International Organisatie voor Standaardisatie	SCV	Stichting Consument en Veiligheid
IUHPE	International Union for Health Promotion and Education	SEGV	Sociaal-economische Gezondheidsverschillen
JIB	Stichting Jeugd in Beweging	SEGV II	Onderzoeksprogramma Sociaal-economische Gezondheidsverschillen II
JP 2000+	Stichting Bevordering Jongerenparticipatie 2000+	SEH	Spoedeisende Hulp
		SES	Sociaal-economische Status
		SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken (sinds 1 augustus 2001: Defacto, voor een rookvrije toekomst)	VTV	Volkgezondheid Toekomstverkenningen
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid	VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid	WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek	WHO	World Health Organization
TNO-PG	TNO preventie en gezondheid	WIN	Wet Inburgering Nieuwkomers
VETC	Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur	WIZ	Werkgroep Integrale Zorg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten	WO	Wetenschappelijk Onderwijs
VNO-NCW	Verbond van Nederlandse Ondernemingen - Nederlandse Christelijk Werkgeversverbond	ZON	ZorgOnderzoek Nederland
		ZonMw	Samenwerkingsverband van Zorg Onderzoek Nederland (ZON) en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW)

Bijlage 8: Dankwoord

Bij het totstandkomen van dit rapport zijn naast de Beleidsadviesgroep (zie *bijlage 1*), de diverse auteurs en peerreviewers (zie *bijlage 2*) en de geïnterviewde deskundigen (zie *bijlage 3*) nog diverse andere personen betrokken geweest. Zij hebben in de verschillende fasen van het project commentaar gegeven op tussentijdse concepten van onderdelen van het rapport of op andere wijze bijgedragen aan de uiteindelijke vormgeving van het rapport. Allen willen wij vanaf deze plaats hartelijk dankzeggen voor de *tijd* die door u is besteed aan dit rapport.

Mw. dr. C.A. Baan
Drs. R. Gijsen
Dr. P.G.N. Kramers
Mevr. ir. H.M.J.A. van Leent
Ir. A.H.P. Luijben
Dhr. M.J.C. Middelburg
Dr. J.A.M. van Oers
Drs. M.J.J.C. Poos
Mw. ir. S.I. Rutz
Dr. D. Ruwaard
Drs. L.J. Stokx
Dr. H. Verkleij
Mw. drs. E. van der Wilk

REGISTER

A

- Achterstandsgroepen 5, 48, 222
 Achterstandswijken 50, 57, 61, 101, 147-148, 212
 Advies-op-maat 36, 236-244, 256-257
 (zie ook preventie op maat)
 Alcoholgebruik 14, 20-26, 33, 44, 52-53,
 69, 78-80, 89-91, 96, 102-112,
 116, 127, 131, 137, 220, 241, 248
 Attitude 11, 31, 97-106, 116-117,
 120, 168, 178, 247, 267
 Attributies 95, 267

B

- Beleidsinstrumenten 14, 29-31, 33, 53, 62,
 119, 150, 226, 234
 Bewegen 19, 29-31, 35, 51, 63, 69, 76, 78, 91, 95,
 102, 116-117, 136, 139, 145-146, 155-168,
 180-182, 198, 210, 222-223, 230, 236, 268
 BRAVO 19, 21, 69, 89, 110, 170, 268

C

- Combinaties van risicograd 8, 89
 Community 15, 54, 57-58, 62, 101, 114-117,
 127-132, 152-153, 164-169, 196,
 199, 203, 207, 242, 259, 267-268
 Community-interventie 54, 101
 Condoomgebruik 14, 25-26, 52, 82-83, 94,
 104-105, 110, 112, 114,
 118, 130, 176-179

D

- Determinanten van gedrag 7-8, 14, 16, 20, 22,
 25-27, 29, 51-56, 67, 69-70, 92,
 96, 99, 101, 104-106, 110-113, 116,
 118, 150, 158, 176, 229, 259
 Doelmatigheid 16, 39, 54, 56, 135
 Doeltreffendheid 15-16, 20, 22, 29, 33-39, 51,
 54-57, 127, 152, 163, 196
 Drugs 11, 32, 58, 114, 116, 125-133, 137,
 140, 150, 153-154, 210, 268
 Druggebruik 14, 20-24, 30-32, 52, 69, 80-81,
 110, 116, 130-133, 136, 228

E

- Effectiviteit 26, 31, 56, 97-105, 112, 120-124,
 129-131, 133, 136-137, 140-141,
 144-146, 149-151
 (zie ook doeltreffendheid)
 Eigen-effectiviteit 158, 160
 Empowerment 37-40, 46, 48, 58, 61, 149,
 152, 203-211, 215, 231, 256, 267
 Ethniciteit 53, 55, 107, 109, 117, 127
 Ethisch 7, 47
 Evaluatie 34, 54, 56, 59, 62, 101, 105, 118,
 144-148, 151, 164, 191, 194, 199,
 206, 224, 232, 243, 256, 260

F

- Facetbeleid 9, 39, 60, 201-202, 224-228,
 231-235, 256, 258-259, 265, 267
 Feedback 35, 95-96, 100, 137, 266
 Fysieke omgeving 103, 109, 112, 211, 216, 229

G

- GALM 8, 117, 157-162, 198, 268
 Geneesmiddelen 60, 62, 189
 Gewoonten 14, 26, 52, 92, 95-96
 Gezondheidsbeleid 8, 13-15, 29, 51, 57-60,
 134, 139, 155, 170, 174, 189, 197,
 221, 226, 256, 258, 261, 267
 Gezondheidsvoorlichting 19, 34, 37, 59, 62,
 114-120, 197-199, 231,
 236-237, 245, 258-260, 266, 268
 GGD 34, 62, 107, 114-116, 133, 137, 140,
 147-148, 164, 166, 171, 186, 191, 199,
 206, 211-212, 222, 225, 231-232, 242,
 247, 258-268
 GLOBE 86, 115, 268
 Grotestedenbeleid 60-61, 267
 Groente- en fruitconsumptie 13, 32, 52, 89, 111

I

- Integraal gezondheidsbeleid 13, 15, 59-60,
 256, 267
 Intersectorale samenwerking 15, 35-39, 147, 201,
 215, 225-227, 233-234, 256, 267
 Intermediairs 15, 31, 37-39, 54, 143, 170,
 186, 188-192, 196-197, 199, 210

L

- Leefbaarheid 14, 19, 33, 202, 254
 Lichamelijke inactiviteit 13, 21, 23-25, 52, 69,
 74-77, 89-90, 108-111, 158
 LIS 84-88, 268

M

- Marketing 15, 49, 188, 202, 245-251, 257
 Massamediale campagnes 5, 22, 32, 36, 119,
 127-130, 133, 197
 Misconcepties 32, 267
 Migranten 53, 70, 106, 109, 176-177, 213-214
 Migrantenvoorlichters 8, 36, 176-179, 191, 196
 Monitoring 16, 32, 37, 55, 116, 132, 141, 149,
 209, 224, 256, 268
 MORGEN 111, 219, 249, 268

N

- NEMESIS 70, 82, 114, 268

O

- Omgevingsfactoren 19, 26, 31-32, 37-38, 52,
 126, 131, 150, 216, 228, 235, 256

- Ongevallen 24-25, 29-30, 52, 63, 70, 83-88,
110, 114, 116, 118, 128, 136, 163-164,
190, 193, 199, 230
- Ontspanning 19, 21, 51-52, 69, 268
- Openbare gezondheidszorg 8, 15-16, 21, 60, 165,
170, 173, 175, 227
- P**
- Participatie 9, 13, 15, 37-40, 44, 57-58, 61,
143, 145, 147, 152, 163-164, 191, 196,
201-216, 226-234, 243, 256, 258, 265, 267
- Peers 35, 58, 125-132, 150
- Peilstations 78-81
- Planmatige aanpak 54-56, 62, 114-117, 259
- POLS 25, 52, 111
- Preventie op maat 13, 16, 22, 36-37, 47, 49, 57,
157, 201, 236, 256
- Privé-ongevallen 84-87
- Publiek-private samenwerking 9, 37, 189, 192-197,
201-202, 216-223, 258-259, 265
- R**
- Roken 8, 13-14, 19-26, 30-33, 44-45, 51-53, 58,
60, 69-72, 89-100, 105, 107, 109-112,
115-124, 135-137, 143, 145, 148-153, 158,
172, 184-188, 197, 202, 220, 236, 238,
242-245, 257, 268-269
- S**
- Scholieren 14, 79-80, 82-83, 107, 114-115, 118
- Schoolgezondheidsbeleid 33, 35, 134-140, 150-155
- SEGV 57-59, 231, 268
(zie ook sociaal-economische
gezondheidsverschillen)
- Seksueel risicogedrag 82
(zie ook condoomgebruik)
- Sociaal-economische gezondheidsverschillen 62,
116, 231, 260, 268
- Sociaal-economische status 13, 19, 23, 44, 51, 55,
60, 69, 71, 98, 107, 118,
147, 160, 211, 231, 267-268
- Sociale omgeving 14, 26-27, 48, 52, 57, 92-93,
97-98, 103, 150, 152, 161, 207,
211, 213, 221, 230, 232, 253, 257
- Sportongevallen 84-87, 193
- Sportdeelname 24, 76-78
- V**
- Valongevallen 8, 87, 163-168, 193, 199
- Veiligheid 14, 19, 23, 30-35, 50-53, 69-70, 84-88,
114, 116, 139, 142, 147-148, 164, 166,
168, 190-194, 198-199, 202, 211-212,
219-222, 228-231, 258-259, 262-263, 268
- Veilig vrijen 19, 26, 30, 69, 105, 112, 114,
118, 138, 179, 268
(zie ook condoomgebruik)
- Vergrijzing 42, 87, 146, 209, 221
- Verkeersongevallen 21, 69, 83-86
- Verslaving 125-128, 148, 184-185
- VETC 33, 37, 177, 196, 269
- Vetconsumptie 23, 32, 52, 74, 101, 110, 238-240
- Voeding 14, 19-26, 30, 32, 44-45, 50-52, 63, 69,
73-75, 89, 95-96, 100-101, 105, 108,
110-112, 115, 117, 135-136, 139, 144-145,
148, 150, 172, 182, 202, 237-240,
243-244, 257, 268
- W**
- WCPV 34, 170 (zie ook wet collectieve
preventie volksgezondheid)
- Welzijn 5-6, 14, 33, 35, 50, 116, 139, 143,
165, 172, 202, 212, 219, 222, 226-230,
259-262, 266-269
- Werkdruk 62
- Werkplek 8, 15, 36, 39-40, 45, 58, 67, 119,
128-129, 142, 151, 154, 243, 263, 268
- Wet collectieve preventie volksgezondheid 34,
170, 269
- Wet- en regelgeving 14, 31, 53, 138, 174, 234
- Wijkgerichte benadering 39-40, 58, 147-148,
151-152, 231
- ZON 34, 56, 61-63, 115-117, 130, 147-148,
153, 201, 204, 216, 219, 259-260, 269