

GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN GEDRAGSVERANDERING

Een planmatige aanpak

Redactie:

Johannes Brug

Patricia van Assema

Lilian Lechner

9^e druk

>g koninklijke
van gorcum

Open Universiteit
www.ou.nl



© 2017, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 882

ISBN folioboek 978 90 232 54102

ISBN ebook 978 90 232 54119

1e druk, 2000

2e druk, 2001

3e druk, 2003

4e druk, 2005

5e geheel gewijzigde druk, 2007

6e druk, 2008

7e druk, 2010

8e geheel gewijzigde druk, 2012

9e geheel gewijzigde druk, 2017

Voor de toegang tot het additionele online materiaal kunt u inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl en vervolgens zoeken op de titel Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, of via het vakgebied Communicatie & Organisatie.

Ofschoon iedere poging is ondernomen volgens de auteurswet rechthebbenden van het in dit boek opgenomen illustratiemateriaal te traceren, is dit in enkele gevallen niet mogelijk gebleken. In het onderhavige geval verzoekt de uitgever rechthebbenden contact met hem op te nemen.

Ontwerp omslag: Sandra Daems

Ontwerp binnenwerk: Annette Bouwels en Sandra Daems

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	11
Deel 1	
De theorie van planmatige gezondheidsvoorlichting	
1 Planmatige bevordering van gezond gedrag	15
<i>Johannes Brug, Lilian Lechner, Patricia van Assema en Gerjo Kok</i>	
1.1 Inleiding	16
1.2 Gezondheidsbevordering: doelen, doelgroepen, middelen en begrippen	17
1.3 Valkuilen voor gezondheidsvoorlichting	25
1.4 Gereedschappen voor planmatige gezondheidsvoorlichting en het belang van van theorie	26
1.5 Ethiek van gezondheidsvoorlichting	29
1.6 Samenvatting	32
2 Analyse van gezondheidsproblemen	33
<i>Anton Kunst en Frank J. van Lenthe</i>	
2.1 Inleiding	33
2.2 Algemene gezondheid	37
2.3 Het optreden van aandoeningen: sterfte, prevalentie en incidentie	40
2.4 De impact van aandoeningen: maten van ziekte- en sterftelast (burden of disease)	44
2.5 Leeftijd en kalendertijd	47
2.6 Ongelijkheden in gezondheid	50
2.7 Informatiebronnen	54
2.8 Samenvatting en beschouwing	56
3 Analyse van gedrag	59
<i>Frank J. van Lenthe, Anton Kunst en Johannes Brug</i>	
3.1 Inleiding	59
3.2 Risicofactoren voor ziekten en aandoeningen	60
3.3 Epidemiologisch onderzoek om het verband tussen gedrag en gezondheid te onderzoeken	63
3.3.1 Aanwijzingen voor een oorzakelijk verband tussen gedrag en gezondheid	63
3.3.2 Kenmerken van epidemiologisch onderzoek en aanwijzingen voor causaliteit	64

3.4	Maten van associatie	73
3.5	Het vóórkomen van ongezond gedrag	76
3.6	Het formuleren van interventiedoelen	78
3.7	Belangrijke informatiebronnen	79
3.8	Samenvatting	81
4	Determinanten van gedrag	83
	<i>Lilian Lechner, Stef Kremers, Ree Meertens en Hein de Vries</i>	
4.1	Inleiding	83
4.2	Hoe ontstaat gedrag?	86
4.3	De centrale gedragsdeterminanten	89
4.3.1	Gedragsintentie, motivatie	90
4.3.2	Attitude, uitkomstverwachtingen	91
4.3.3	Subjectieve norm en ervaren sociale invloed	93
4.3.4	Eigen-effectiviteitsverwachting of waargenomen gedragscontrole	94
4.3.5	Geanticipeerde spijt en morele verplichting	95
4.3.6	Risico-inschatting	96
4.3.7	Kennis	97
4.3.8	Bewustzijn	98
4.3.9	Persoonlijkheidskenmerken	99
4.3.10	Omgevingsdeterminanten	100
4.4	De meest gebruikte modellen en theorieën	102
4.5	Sociaal-cognitieve gedragsverklaringsmodellen	103
4.5.1	De Sociaal-Cognitieve Theorie	103
4.5.2	Het Beredeneerd Gedrag Model	105
4.5.3	Het Health Belief Model	108
4.5.4	De Protectie Motivatie Theorie	109
4.5.5	Self-determination Theory	110
4.5.6	Stagetheorieën, gedragsveranderingsmodellen	113
4.6	Ecologische modellen	113
4.6.1	Analysis Grid for Environments Linked to Obesity (ANGELO)	114
4.6.2	Environmental Research framework for weight Gain prevention (EnRG)	116
4.6.3	Ecologische systeemtheorie	117
4.7	Operationalisatie van modellen	118
4.7.1	Hoe kunnen de modellen worden toegepast in determinantenonderzoek?	120
4.8	Samenvatting	122
5	Interventieontwikkeling	125
	<i>Rob Ruiter en Gerjo Kok</i>	
5.1	Inleiding	125
5.2	Intervention Mapping stap 2: programmadoelen	128
5.3	Intervention Mapping stap 3: programmaontwerp	132
5.4	Intervention Mapping stap 4: programmaproductie	136
5.5	Toepassing van Intervention Mapping voor het verbeteren van bestaande programma's	140
5.6	Ervaringen met Intervention Mapping	140
5.7	Intervention Mapping en de weerbarstige voorlichtingspraktijk	141
5.8	Samenvatting en beschouwing	142

6	Theorieën en methodieken van verandering	145
	<i>Rob Ruiter, Gerjo Kok, Lilian Lechner, Ree Meertens en Johannes Brug</i>	
6.1	Inleiding	145
6.2	Theoretische methodieken en praktische toepassingen voor beïnvloeding van determinanten: begripsverheldering	146
6.2.1	Op theorie gebaseerde methodieken en praktische toepassingen	146
6.2.2	Conditie voor effectiviteit van methodieken	147
6.3	Gedragsveranderingsmodellen	148
6.3.1	Stagetheorieën	148
6.3.2	Overtuiging: het Communication Persuasion Model en het Elaboration Likelihood Model	150
6.3.3	Theorieën over doelgericht gedrag en zelfregulatie	151
6.3.4	Theorieën over omgevingsveranderingen	151
6.4	Algemene methodieken en uitgangspunten bij voorlichting en gezondheidsbevordering	154
6.4.1	Succesvolle communicatie: aandacht en begrip	155
6.4.2	Relevantie en voorlichting-op-maat	156
6.4.3	Feedback en bekrachtiging	157
6.4.4	Zelfregulering	158
6.4.5	Facilitatie door omgevingsveranderingen	159
6.5	Methodieken voor gedragsdeterminanten	159
6.5.1	Kennis	160
6.5.2	Risicoperceptie	161
6.5.3	Attitudes en uitkomstverwachtingen	164
6.5.4	Sociale invloed	167
6.5.5	Vaardigheden en eigen-effectiviteitsverwachting of waargenomen gedragscontrole	169
6.5.6	Impulsieve reacties, gewoonte en behoud van gedragsverandering	171
6.6	Methodieken voor omgevingsdeterminanten	174
6.6.1	Algemene methodieken voor omgevingsverandering	176
6.6.2	Sociale omgeving	177
6.6.3	Organisaties	179
6.6.4	Communitybenadering voor gezondheidsbevordering	179
6.6.5	Wetgeving en politiek	180
6.7	Samenvatting en beschouwing	180
7	Disseminatie en implementatie van interventies	185
	<i>Theo Paulussen en Kathelijne Bessems</i>	
7.1	Inleiding	185
7.2	Innovatietheorie in historisch perspectief	187
7.2.1	Klassieke benadering van de diffusie van innovatie	187
7.2.2	Huidige benadering van de diffusie van innovatie	191
7.3	Disseminatie van een innovatie in een sociaal systeem	192
7.4	Disseminatie van innovaties: de praktijk	195
7.5	Gebruik zoals bedoeld	196
7.6	Determinanten van innovatieprocessen	198
7.7	Aanzet tot het ontwerp van een disseminatiestrategie	203
7.7.1	Strategische keuzen bij het ontwerp van de interventie	204

7.7.2	Strategieën gericht op individuele gebruiker	205
7.7.3	Strategieën gericht op de organisatie	205
7.7.4	Strategieën gericht op de sociaal-politieke context	209
7.8	Samenvatting	210
8	Settings voor lokale gezondheidsbevordering	213
	<i>Janneke Harting en Patricia van Assema</i>	
8.1	Inleiding	213
8.2	Setting en community	217
8.3	Achtergronden	218
8.3.1	Uitgangspunten	218
8.3.2	Setting als systeem	219
8.4	Settingbenaderingen	220
8.5	Methodieken	222
8.5.1	Participatie	222
8.5.2	Sociale-netwerkbenadering	226
8.5.3	Intersectorale samenwerking	230
8.6	Organisatie van een settingbenadering	233
8.6.1	Analyse	236
8.6.2	Planning	238
8.6.3	Uitvoering	240
8.6.4	Evaluatie	242
8.6.5	Behoud	242
8.7	Samenvatting en beschouwing	243
9	Evaluatie van interventies ter bevordering van gezond gedrag	247
	<i>Johannes Brug, Anton Dijker, Anke Oenema en Saskia te Velde</i>	
9.1	Inleiding	248
9.2	Waarom en wanneer evalueren?	248
9.3	Evalueren van proces en effect	250
9.3.1	RE-AIM aandacht voor effect en de randvoorwaarden voor effect	250
9.3.2	Het doel van de interventie	251
9.3.3	SMART-doelen	254
9.4	De drie centrale vragen bij effectevaluatie	255
9.5	Stapsgewijze evaluatie van complexe interventies	256
9.6	Literatuur- en theorieverkenning en de drie centrale evaluatievragen	258
9.7	Het gecontroleerde experiment voor onderzoek naar efficacy	259
9.7.1	Randomisatie en manipulatie	259
9.7.2	Experimentele controle en validiteit van metingen	260
9.7.3	Het laboratoriumexperiment en externe validiteit	261
9.7.4	Het laboratoriumexperiment en procesevaluatie	262
9.8	Het veldonderzoek naar effectiviteit	262
9.8.1	Veldstudies en de drie centrale evaluatievragen	264
9.9	Implementatieonderzoek	270
9.10	Economische evaluatie	271
9.11	Nogmaals procesevaluatie	273
9.12	Samenvatting	275

Deel 2**Enkele praktijkvoorbeelden**

10	Opvoeding als determinant van overgewicht bij kinderen	279
	<i>Sanne Gerards, Jessica Gubbels, Ester Sleddens en Stef Kremers</i>	
10.1	Inleiding	279
10.2	Overgewicht en obesitas: een belangrijk gezondheidsprobleem	280
10.3	Opvoedgedrag van ouders als determinant van gedrag en kinderen	281
10.3.1	Algemene opvoeding	281
10.3.2	Opvoedpraktijken	284
10.3.3	De relatie tussen opvoedgedrag van ouders en overgewicht bij kinderen in een model	286
10.3.4	Complexiteit	288
10.4	Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas-opvoedinterventies	290
10.4.1	Triple P Lifestyle: een voorbeeld van een opvoedinterventie	291
10.5	Samenvatting en beschouwing	293
11	Ontwikkeling en evaluatie van Actief Plus: advies-op-maat voor 50-plussers	295
	<i>Denise Peels, Maartje van Stralen, Catherine Bolman en Lilian Lechner</i>	
11.1	Inleiding	295
11.2	Analyse van de gezondheid, risicogedrag en determinanten	297
11.2.1	Analyse van de gezondheid	297
11.2.2	Analyse van gedrag	298
11.2.3	Analyse van determinanten van gedrag	298
11.3	Interventieontwikkeling	300
11.3.1	Veranderingsdoelen selecteren	300
11.3.2	Theoretische methodieken en praktische toepassingen selecteren	300
11.3.3	Programmaontwerp en productie	305
11.4	Evaluatie van de Actief Plus-interventie	307
11.4.1	Resultaten RCT eerst Actief Plus-project	308
11.4.2	Resultaten RCT Actief Plus-vervolgproject	309
11.5	Implementatie in de praktijk	312
11.5.1	Onderzoek naar behoefte implementatie in de praktijk	312
11.5.2	Nationale erkenning van effectiviteit	313
11.5.3	Implementatie van Actief Plus in de praktijk	313
11.5.4	Doorontwikkeling Actief Plus-interventie	314
11.6	Samenvatting	314
12	Stoppen met roken: determinanten en voorbeelden van interventies	317
	<i>Hein de Vries, Catherine Bolman en Iman Elfeddali</i>	
12.1	Inleiding	317
12.2	Analyse van gezondheidsproblemen en gedrag	318
12.3	Analyse van de gedragsdeterminanten van stoppen met roken en het volhouden van stoppen	319
12.4	Overzicht van typen interventies om te stoppen met roken	321
12.5	Voorbeelden van stoppen-met-rokeninterventies	323
12.5.1	Het RookvrijHart-project	323

12.5.2 Stay Quit for you (SQ4U)	326
12.5.3 SteunBijStoppen (SBS): Advies-op-maat via tekst of video	327
12.6 Samenvatting en beschouwing	329
13 Depressiepreventie via internet: Alles Onder Controle	331
<i>Heleen Riper en Pim Cuijpers</i>	
13.1 Inleiding	331
13.2 Depressie: analyse van gezondheidsproblemen	332
13.3 Gedrags- en determinantenanalyse: risico- en beschermende factoren voor depressie	333
13.3.1 Risicofactoren	334
13.3.2 Beschermende factoren	335
13.4 Preventie van depressie	336
13.4.1 Universele depressiepreventie	336
13.4.2 Selectieve depressiepreventie	337
13.4.3 Geïndiceerde depressiepreventie	338
13.5 Voor- en nadelen van depressiepreventie via internet	339
13.6 Alles Onder Controle-interventie	341
13.7 Implementatie en disseminatie van Alles Onder Controle	342
13.8 Effectiviteit van Alles Onder Controle	343
13.9 Samenvatting en beschouwing	345
Over de auteurs	347
Literatuur	349
Zakenregister	379

VOORWOORD

Ongezonder gedrag, zoals roken, te veel alcohol drinken, ongezond eten, en te weinig bewegen, is in Nederland en de wereld een van de belangrijkste oorzaken van vermijdbare ziekte en sterfte. Door gezonder gedrag kunnen we langer en in betere gezondheid leven dan nu het geval is. En door gezonder gedrag worden medische behandelingen effectiever, revalideren mensen beter na behandeling en leven ze langer en 'fitter' met een chronische ziekte of aandoening. Verandering van gedrag is dus van groot belang voor de volksgezondheid in Nederland en daarbuiten.

Maar weten wat gezond en ongezond gedrag is, is niet hetzelfde als dat gedrag willen veranderen, en willen is niet hetzelfde als kunnen. Om mensen te motiveren en in staat te stellen tot gezonder gedrag is het belangrijk om inzicht te hebben in wie zich ongezond gedragen en waarom, wat belangrijke en beïnvloedbare determinanten van gedragsverandering zijn, en hoe die kennis vertaald kan worden in interventies ter beïnvloeding van gezond gedrag.

Dit boek geeft een systematisch overzicht van de theorie en praktijk van interventies ter bevordering van gezond gedrag. De theorie geeft aan en de praktijk bewijst dat dergelijke interventies planmatig moeten worden ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. Het boek heeft daarom niet voor niets de ondertitel 'Een planmatige aanpak'. De structuur van dit boek wordt bepaald door een Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering. In deel 1 wordt dit model stap voor stap doorlopen; zo wordt de theorie van gezondheidsvoorlichting en bevordering van gezond gedrag behandeld op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten, steeds toegelicht aan de hand van concrete voorbeelden. In deel 2 worden enkele voorbeelden van toepassingen van het model beschreven.

Gezondheidsvoorlichting en bevordering van gezond gedrag is een multidisciplinair vakgebied. Het leunt onder meer op de epidemiologie, de sociale en gezondheidspsychologie, de sociologie, de communicatiewetenschappen en de marketing.

Dit boek beschrijft en integreert de inzichten uit die vakgebieden voor zover deze belangrijk zijn bij gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.

Met deze negende druk van *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* is het boek voor een derde keer grondig herzien en geactualiseerd door een team van deels nieuwe auteurs, mede op basis van input van docenten, studenten en andere lezers en gebruikers van ons boek.

Johannes Brug, Patricia van Assema en Lilian Lechner

DEEL 1

DE THEORIE VAN PLANMATIGE GEZONDHEIDSVOORLICHTING



HOOFDSTUK 1

PLANMATIGE BEVORDERING VAN GEZOND GEDRAG

Johannes Brug, Lilian Lechner, Patricia van Assema en Gerjo Kok

Leerdoelen

Nadat u dit hoofdstuk hebt bestudeerd, kunt u

- de volgende begrippen onderscheiden: primaire, secundaire en tertiaire preventie; universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie; gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering
 - het Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering beschrijven en doorgronden, en de valkuilen onderkennen in de planning van gezondheidsvoorlichting
 - het verschil tussen een populatie- en hoogrisicobenadering in preventie benoemen
 - de belangrijkste middelen voor planmatige gedragsverandering erkennen en herkennen: voorlichting, voorzieningen, en regelgeving met controle en sancties
 - de belangrijkste gereedschappen (literatuur, theorieën van gedrag en gedragsverandering, aanvullend onderzoek) voor de ontwikkeling van planmatige gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering beschrijven
 - mogelijk negatieve 'bijwerkingen' van gezondheidsvoorlichting, het medische en het hoger-onderwijsmodel van gezondheidsvoorlichting beschrijven
 - de begrippen autonomie en paternalisme beschrijven in relatie tot planmatige gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.
 - in grote lijnen de enkele wettelijke bepalingen en gedragscodes aangaande ethiek en onderzoek, waaronder onderzoek naar bevordering van gezond gedrag, benoemen, zoals de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en de gedragscode persoonsgegevens, de Nederlandse Gedragscode Wetenschapsbeoefening
-

1.1 INLEIDING

Een folder waarin vrouwen worden aangemoedigd om aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker mee te doen, een training voor diabetes over de dagelijkse omgang met medicijnen en voeding, lesmateriaal voor middelbare scholieren over seksueel geweld, groepsvoorlichting over aids en hiv in Turkse en Marokkaanse kofehuizen, een training voor huisartsen in het herkennen van psychische problemen bij hun patiënten, bedrijfsprogramma's om werknemers te motiveren zich aan veiligheidsvoorschriften te houden, apps om bewegen te stimuleren, stoppen-met-rokenprogramma's via internet, een projectdag voor basisscholen om kinderen enthousiast te maken voor sport, en theatervoorstellingen in asielzoekerscentra over preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen. Al deze activiteiten zijn voorbeelden van gezondheidsvoorlichting. Gezondheidsvoorlichting is dus veel meer dan alleen informatiebrochures, bijsluiters, folders of tv-spotjes. De [Wereld Gezondheidsorganisatie \(WHO\)](#) definieert [gezondheidsvoorlichting](#) als 'de combinatie van leerervaringen ontwikkeld en ontworpen om mensen en gemeenschappen (*communities*) te helpen om hun gezondheid te bevorderen'. Gezondheidsvoorlichting is dus een vakterm voor een breed scala aan activiteiten waarbij sprake is van een vorm van educatie of informatieoverdracht om te stimuleren dat mensen zich 'gezonder' willen en kunnen gedragen. Gezondheidsvoorlichting is een onderdeel van gezondheidsbevordering: een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die gezond gedrag en gezonde leefomstandigheden stimuleert (Green & Kreuter, 2005).

Dit boek gaat over planmatige gezondheidsvoorlichting als een van de belangrijke instrumenten voor [gezondheidsbevordering](#). Planmatige gezondheidsvoorlichting is een multidisciplinair vakgebied: voor planmatige gezondheidsvoorlichting is het nodig de belangrijke maatschappelijke en gezondheidsproblemen te identificeren en begrijpen (epidemiologie, biomedische wetenschappen), gezond en ongezond gedrag te verklaren en te voorspellen (onder andere sociologie, sociale en gezondheidspsychologie), gedrag door middel van voorlichting te beïnvloeden (communicatiewetenschappen, voorlichtingskunde, psychologie, marketing), en dergelijke voorlichtingsinterventies te evalueren (onderzoeksmethodologie, statistiek, epidemiologie). Gezondheidsbevordering is daarnaast ook gericht op het begrijpen en veranderen van de fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke omgeving (sociologie, politicologie, economie beleidswetenschappen). Alle activiteiten in het kader van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering kunnen tot het werk van de gezondheidsbevorderaar behoren.

[Gezondheidsvoorlichting](#) is als vakgebied zeer divers, met verschillende doelgroepen, verschillende gezondheidsproblemen en verschillende oplossingen. Alle activiteiten die onder de noemer 'gezondheidsvoorlichting' geschaard kunnen worden, hebben echter ook kenmerken die altijd terugkomen. Zo gaat het steeds om problemen waarbij gedrag en gedragsverandering op de een of andere manier een belangrijke rol speelt. Ook gaat het steeds om activiteiten die gebaseerd zijn op een zorgvuldige analyse van de oorzaken van het gedrag en gedragsverandering.

Verder wordt in vrijwel alle activiteiten geprobeerd gedrag te beïnvloeden op basis van theorieën over gedrag en gedragsverandering, en worden activiteiten zorgvuldig geëvalueerd. Het zijn onder andere deze aspecten die gezondheidsvoorlichting planmatig maken.

De rode draad in dit boek wordt gevormd door een Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering. De grote lijnen van dit planningsmodel worden in dit eerste hoofdstuk beschreven, en de verschillende stappen in dit planningsmodel worden in de volgende hoofdstukken uitgewerkt. De doelen en middelen van gezondheidsbevordering lichten we toe in paragraaf 1.2, evenals hoe gezondheidsvoorlichting geplaatst moet worden in het bredere kader van gezondheidsbevordering.

Gezondheidsvoorlichting heeft zich lange tijd sterk gericht op kennisoverdracht en daarmee op het beïnvloeden van persoonlijke determinanten van gedrag, zoals iemands kennis, attitude, motivatie of vaardigheden. In paragraaf 1.3 geven we aan dat bij gezondheidsbevordering vaak niet alleen de beïnvloeding van de persoon, maar ook van de omgeving belangrijk is, een thema dat in dit boek vaker benadrukt zal worden. In paragraaf 1.4 wordt het planningsmodel nader geïntroduceerd. In de daaropvolgende paragrafen presenteren we respectievelijk een aantal valkuilen bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsvoorlichting die vermeden kunnen worden als men planmatig te werk gaat (paragraaf 1.5), en het gereedschap dat nodig is om planmatig te werk te gaan (paragraaf 1.6). Tot slot wordt inleidend ingegaan op enkele (ethische) dilemma's waar de gezondheidsbevorderaar mee geconfronteerd wordt in (onderzoek naar) gezondheidsvoorlichting en bevordering van gezond gedrag (paragraaf 1.7).

1.2 GEZONDHEIDSBEVORDERING: DOELEN, DOELGROEPEN, MIDDELEN EN BEGRIPPEN

Doelen van gezondheidsbevordering

In preventie van ziekten zijn er drie aanknopingspunten waar bevordering van gezond gedrag belangrijk is: primaire preventie, secundaire preventie of vroege opsporing, en tertiaire preventie.

Primaire preventie. Bij **primaire preventie** richten we ons op het voorkomen van een gezondheidsprobleem of categorie van aandoeningen. Primaire preventie richt zich op het wegnemen van oorzaken of risicofactoren voor aandoeningen. Voorbeelden van primaire preventie zijn de preventie van hart- en vaatziekten door stoppen-met-rokenmaatregelen, van ongevallen door verkeersveiligheidsmaatregelen, van voedselvergiftiging door bevordering van hygiëne in de keuken, of van hiv-infectie door het stimuleren van veilige seks. Een medische vorm van primaire ziektepreventie is vaccinatie, bijvoorbeeld de griepvaccinatie ter preventie van griep bij ouderen. Primaire preventie is alleen mogelijk als de oorzaken van het probleem voldoende bekend zijn en deze oorzaken te beïnvloeden zijn.

Secundaire preventie of **vroege opsporing**. Bij **secundaire preventie** proberen we mensen met een voorstadium of vroeg stadium van een aandoening te identificeren zodat gerichte vroegbehandeling, mogelijk is, om erger te voorkomen. Voorbeelden van vroege opsporing zijn screening op borstkanker in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, het regelmatig onderzoeken van baby's op de consultatiebureaus en het testen van werknemers op eerste symptomen van hart- en vaatziekten. Vroege opsporing is alleen zinvol wanneer er een goede test of een vorm van zelfonderzoek is om een aandoening of een risicogedrag in een vroeg stadium of in een voorstadium op te sporen en wanneer de aandoening of het voorstadium vroegtijdig effectief behandeld kan worden.

Tertiaire preventie. **Tertiaire preventie** richt zich op mensen met een ziekte of handicap. Tertiaire preventie begint dus na de diagnose. Het doel van tertiaire preventie is om zo goed mogelijk te leven met en het beheersen van de handicap of ziekte om een verdergaande invalidering te voorkomen, om kwaliteit van leven te behouden of te vergroten. Voorbeelden zijn: het bevorderen van therapietrouw (het volhouden van de behandeling zoals bedoeld), hulp bij zelfmanagement van chronische ziekten (bijvoorbeeld dieetvoorlichting, training voor bloedsuikercontroles en zelf toedienen van medicatie bij suikerziekte) of de bevordering van continuïteit van zorg (bijvoorbeeld door een betere afstemming tussen verschillende hulpverleners).

Doelgroepen en preventie

Bij gezondheidsvoorlichting en -bevordering, en preventie in het algemeen, werd – en wordt nog steeds wel – een onderscheid gemaakt tussen een hoogrisicobenadering en een populatiebenadering. Bij een hoogrisicobenadering wordt eerst een risicogroep geïdentificeerd, op basis van bijvoorbeeld erfelijke eigenschappen, het veel vóórkomen van risicogedrag, leeftijd of sociaal-economische status. Zo zijn er speciale valpreventieprogramma's voor ouderen, en voorlichtingsprogramma's gericht op hiv-preventie speciaal voor intraveneuze drugsgebruikers. Bij een **populatiebenadering** wordt de hele bevolking of een grote deelgroep daaruit benaderd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij publiekscampagnes van organisaties zoals Soa Aids Nederland, het Kenniscentrum Sport, VeiligheidNL of het Voedingscentrum. Een **hoogrisicobenadering** is vooral aangewezen als het relatieve risico (zie hoofdstuk 3) op het probleem waar de interventie op is gericht hoog is, maar er betrekkelijk weinig mensen zijn bij wie het risico sterk verhoogd is. Bij een populatiebenadering is dit juist andersom: het gemiddelde relatieve risico is laag, maar de prevalentie van het risico is hoog: er zijn veel mensen met een beperkt verhoogd risico.

Tegenwoordig wordt vaker het onderscheid gemaakt tussen universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Universele preventie richt zich op de totale bevolking of grote groepen daarin. Universele preventie richt zich op mensen die geen speciaal verhoogd risico hebben. Het doel van universele preventie is om bij alle mensen de gezondheid te verbeteren en de kans op ziekte te verminderen. Het gaat hierbij dus om primaire preventie en om een populatiebenadering.

Selectieve preventie is gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te verbeteren. Selectieve preventie is dus een vorm van hoogrisicobenadering, en raakt aan secundaire preventie, omdat de preventieve interventie wordt aangeboden op basis van screening op een risicofactor, of risicofactoren.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel beginnende klachten of symptomen. Zij heeft als doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Geïndiceerde preventie is dus ook een hoogrisicobenadering, en is secundaire preventie.

Zorggerelateerde preventie is gericht op individuen met een ziekte en heeft tot doel ziektelast te reduceren en complicaties of comorbiditeit te voorkomen en is vergelijkbaar met tertiaire preventie.

Middelen om gezondheidsbevordering te bereiken

Bij interventies gericht op gedragsverandering wordt vaak in de eerste plaats aan voorlichting gedacht. Maar gedrag kan ook op andere manieren worden beïnvloed, bijvoorbeeld door wetgeving of door het organiseren van voorzieningen.

Voorlichting. Met **gezondheidsvoorlichting** proberen we mensen te motiveren tot, te trainen in, en te helpen bij gezond gedrag. Voorbeelden van gezondheidsvoorlichting zijn programma's ter preventie van ongewenste zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen op scholen, veiligheidsprogramma's in bedrijven, voorlichting over gezond eten en meer bewegen in de eigen taal voor minderheids-groepen, informatiebrieven waarin vrouwen worden opgeroepen om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, of brochures over zelfmedicatie bij chronisch zieken. Voorlichting is in tegenstelling tot regelgeving gebaseerd op min of meer vrijwillige gedragsverandering. Maar voorlichting is dus ook meer dan alleen informatieoverdracht. Gezondheidsvoorlichting kan daarom ook bestaan uit vaardigheidstraining, zelftest, rollenspel, motiverende gespreksvoering, e-coaching, ondersteuning bij therapietrouw, enzovoorts. Bij gezondheidsvoorlichting gaat het vaak om een combinatie van dit soort activiteiten. Daarom wordt meestal gesproken van voorlichtingsinterventies of voorlichtingsprogramma's. Omdat gezondheidsvoorlichting tegenwoordig meer is dan alleen informatieoverdracht, zullen we in dit boek vaak de omschrijving 'interventies ter bevordering van gezond gedrag' gebruiken.

Voorzieningen. Met **voorzieningen** proberen we gezond gedrag gemakkelijker te maken. Klassieke voorbeelden van voorzieningen zijn waterzuivering en rioleringen, om hygiëne te bevorderen en zo bijvoorbeeld infectieziekten tegen te gaan. Andere voorbeelden van voorzieningen ten behoeve van primaire preventie zijn fitnessprogramma's op de werkplek, de beschikbaarheid van gezonde keuzes in het bedrijfsrestaurant, consultatiebureaus voor ouders met jonge kinderen en de regionale centra voor borstkankerscreening.

Regelgeving, controle en sancties. Met **regelgeving, controle en sancties** wordt geprobeerd gezond gedrag af te dwingen. Voorbeelden van regelgeving voor preventie

zijn de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit, de arbeidsomstandighedenwetgeving, de verplichting om veiligheidsgordels te dragen of het rookverbod in openbare ruimten. Regelgeving, controle en sancties gaan ervan uit dat mensen het 'gezonde' gedrag niet vrijwillig zullen vertonen.

Green en Kreuter (2005) definiëren **gezondheidsbevordering** als 'een combinatie van voorlichting en omgevingsveranderingen die (samen) gezond gedrag en gezonde leefcondities stimuleren'. Bij gezondheidsbevordering gaat het dus ook om fysieke, sociaal-culturele, politieke, en economische, condities die het gezonde gedrag of rechtstreeks de gezondheid kunnen beïnvloeden. Juist de combinatie van de verschillende soorten middelen, van voorlichting, voorzieningen en regelgeving, lijkt essentieel voor effectieve gezondheidsbevordering. Zo zou een probleem als verkeersveiligheid nooit goed aangepakt kunnen worden met uitsluitend voorlichting. Juist de combinatie van voorlichting met voorzieningen en regelgeving geeft de meeste kans op succes. Zo is het wettelijk verplicht om veiligheidsgordels te dragen (regelgeving), zijn gordels standaard in auto's gemonteerd en worden automobilisten in hun auto elektronisch gewaarschuwd als de gordel niet vastzit (voorziening), en proberen we met voorlichting mensen te motiveren om die gordels bij iedere autorit te gebruiken.

Gedrag en omgeving

De laatste decennia wordt de rol van de **omgeving** – de fysieke, sociaal-culturele, politieke en economische omgeving, zie hoofdstuk 4 – als risicofactor voor ongezondheid en als determinant van ongezond gedrag steeds meer benadrukt. In het kader van bevordering van gezond gedrag spreken we nu van een ecologische benadering van voorlichting naast een educatieve benadering (Green & Kreuter, 2005). De opvattingen binnen de gezondheidsvoorlichting over de rol van individueel gedrag zijn daarmee ook veranderd. Waar vroeger de nadruk vrijwel uitsluitend lag op voorlichting aan individuen met riskant of ongezond gedrag, wordt nu veel genuanceerder gedacht over de doelgroepen van gezondheidsvoorlichting. Bijvoorbeeld bij gezondheidsvoorlichting over alcohol in het verkeer bij jongvolwassenen kunnen we verschillende betrokkenen onderscheiden: de persoon die onder invloed rijdt, ouders wanneer het gaat om jongeren, de politie die wel of niet streng controleert, degene die de alcohol verschaft of verkoopt, degene die verantwoordelijk is voor alternatieve vormen van vervoer, en de politici die wel of niet strengere wetgeving over alcohol steunen. Interventies gericht op preventie van alcoholgebruik in het verkeer moeten bij voorkeur gericht zijn op alle betrokkenen.

We kunnen op vijf niveaus **doelgroepen** onderscheiden met daarin de personen die beslissingen nemen (Bartholomew e.a., 2016):

- 1 individueel niveau, zoals personen die risico lopen, risicogedrag vertonen of patiënten
- 2 interpersoonlijk of groepsniveau, zoals ouders, vrienden, leerkrachten, hulpverleners
- 3 organisatieniveau, zoals directeuren van scholen, managers in bedrijven

- 4 lokaal niveau, zoals opinieleiders in wijken of dorpen, redacteuren van lokale kranten
- 5 samenlevingsniveau, zoals landelijke politici en ambtenaren of besturen van vakbonden of werkgeversorganisaties.

Het gaat uiteindelijk om de gezondheid van de eerste doelgroep, mensen die risico lopen, risicogedrag vertonen of patiënten. In veel gevallen zijn het echter anderen die een zekere mate van controle hebben over de omgevingscondities, en zij zijn daarom medeverantwoordelijk voor het (on)gezonde gedrag en de gezondheid van die doelgroep. Bijvoorbeeld: waar de keuze voor gezonde voedingsmiddelen bij volwassenen meestal in ieder geval grotendeels een individuele beslissing is, eten jonge kinderen voor een groot deel wat ze thuis krijgen voorgezet (interpersoonlijk). In dat geval kan de voorlichting het beste (ook) worden gericht op ouders die het eten voor het hele gezin kiezen, kopen en bereiden. Omdat veel werkende mensen in bedrijfsrestaurants eten (organisatie), is het verstandig om voorlichting ook op managers en medewerkers van bedrijfsrestaurants te richten. Mensen worden beïnvloed door wat er in hun buurt beschikbaar en verkrijgbaar is, en bijvoorbeeld door wat ze in de wijkkrant lezen (lokaal). De voorlichter kan dus ook proberen om lokale winkels te stimuleren gezondere producten in het assortiment op te nemen of om de redactie van de wijkkrant te motiveren om artikelen over gezonde voeding te plaatsen. Omdat veel producten onnodig veel zout bevatten, kan voorlichting ook worden gericht op de producenten van voedingsmiddelen om zo te bereiken dat er minder zoute en toch smakelijke producten beschikbaar komen (samenleving). Ook hier geldt weer dat een combinatie van aanpak en activiteiten het meest effectief zal zijn. Met voorlichting kan dan worden geprobeerd individuen en groepen te motiveren om bijvoorbeeld de voedingsmiddelenproducenten onder druk te zetten om minder zoute producten aan te bieden of de politici om hiertoe wetgeving in te voeren.

We onderkennen tegenwoordig dus het belang van de omgeving voor de individuele gezondheid. Tegelijkertijd onderkennen we het belang van de beslissers die verantwoordelijk zijn voor die omgeving. Bovendien onderkennen we het belang van verschillende soorten interventies om individuen op alle vijf niveaus van doelgroepen tot gezonder gedrag te stimuleren: voorlichting, voorzieningen en regelgeving. Omdat dit boek met name gaat over gezondheidsvoorlichting, komt dit middel ter bevordering van gezond gedrag uitgebreider aan bod dan bijvoorbeeld voorzieningen en regelgeving. Wel laten we regelmatig zien dat een combinatie van voorlichting, voorzieningen en wet- en regelgeving de grootste kans van slagen heeft.

De gezondheidsbevorderaar

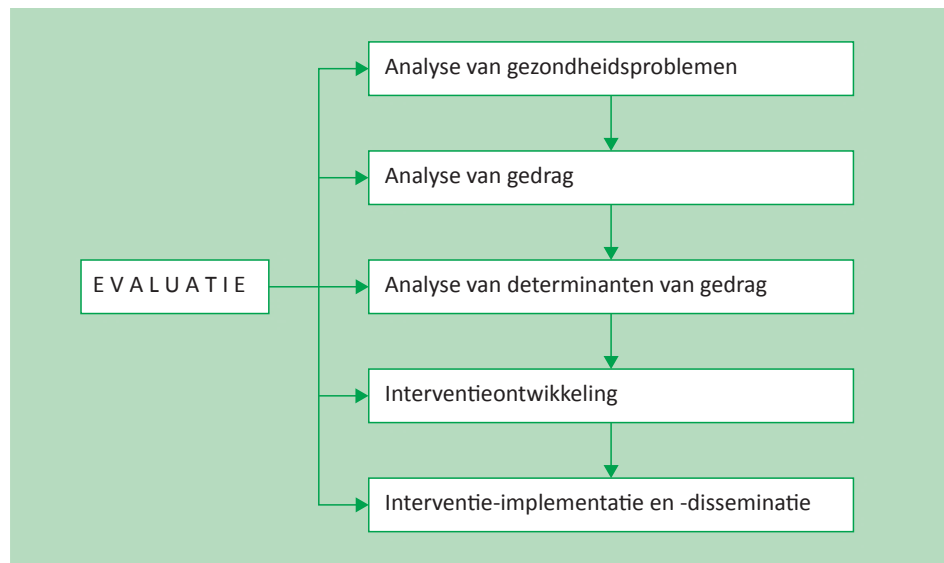
In Nederland werd gezondheidsvoorlichting eerder vaak aangeduid met de oorspronkelijke naam **GVO**: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Vanwege de preventie van geestelijke en gedragsstoornissen is deze term later aangevuld tot **GVO/Preventie**. Gezondheidsvoorlichting is onderdeel van het werk van veel beroepsgroepen, zoals: diëtisten, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, leer-

krachten en jongerenwerkers. Functionarissen voor wie het een hoofdtaak is, worden tegenwoordig **gezondheidsbevorderaar** genoemd, **GB'er**, en zijn bijvoorbeeld werkzaam bij GGD's, organisaties voor verslavingszorg, organisaties voor geestelijke gezondheidszorg en thuiszorgorganisaties. Verder werken GB'ers in ziekenhuizen en andere zorginstellingen. GB'ers zijn ook werkzaam bij landelijke organisaties, zoals het RIVM, of het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), patiënten- of koepelorganisaties. Er werken ook GB'ers als docent in opleidingen voor hoger onderwijs en als onderzoeker in het veld van de gezondheidsbevordering of bij een hbo-instelling, een universiteit of onderzoeksinstituut.

Het Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering

Wanneer gezondheidsvoorlichting stapsgewijs en planmatig wordt ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd is de kans op succes groter. Er zijn daarom diverse protocollen of planningsmodellen ontwikkeld die de GB'er kunnen helpen bij de ontwikkeling van interventies. In figuur 1.1 is een eenvoudig Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering weergegeven. Dit model is sterk geïnspireerd door en gebaseerd op de inzichten uit het zogenaamde *Precede-Proceed Model* van Green en Kreuter en het *Intervention Mapping*-protocol van Bartholomew en anderen (Green & Kreuter, 2005; Bartholomew e.a., 2016).

FIGUUR 1.1
Model voor
Planmatige
Gezondheids-
voorlichting en
Gedrags-
verandering



De stappen van planmatige gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering

Het gebruik van het Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering is te vergelijken met het oplossen van een puzzel. Het model dwingt de voorlichter om op een deductieve wijze gewenste uitkomsten (gezond gedrag, gezondheid) terug te voeren naar oorzaken en oplossingen. In deze paragraaf beschrijven we kort de zes stappen van het model. In de volgende hoofdstukken van dit boek worden deze stappen uitvoeriger beschreven.

1 *Analyse van gezondheidsproblemen*

Dit boek gaat over gezondheidsvoorlichting, en het planningsmodel dat structuur aan dit boek geeft, begint met de vraag naar wat de belangrijke gezondheidsproblemen zijn waarmee een doelgroep wordt geconfronteerd. In lijn met andere modellen, in het bijzonder Precede-Proceed, kan dit ook nog breder worden getrokken naar een analyse van kwaliteit van leven. Deze vraag is belangrijk omdat voorlichters zich niet altijd realiseren dat gezondheid slechts één van de factoren is die van invloed is op de kwaliteit van leven. Andere factoren zijn bijvoorbeeld veiligheid, discriminatie en armoede, die overigens zeker ook weer van invloed zijn op gezondheid. De gezondheidstoestand van een bevolking of groep beschrijven we aan de hand van verschillende indicatoren zoals: sterfte, prevalentie, incidentie en ernst van ziekten, maar ook aan de hand van indicatoren die kwaliteit van leven meewegen, zoals de QALY (zie hoofdstuk 2 voor de analyse van de gezondheidsproblemen en een nadere uitleg van de genoemde begrippen).

2 *Analyse van gedrag*

Deze stap in het model is gericht op de analyse van mogelijke gedragsoorzaken van gezondheidsproblemen en gedragsoplossingen om die problemen het hoofd te bieden. Gedrag van het individu kan bijdragen tot gezondheid, zoals: gezond eten, niet roken, genoeg bewegen, deelname aan programma's voor bevolkingsonderzoek, of adviezen opvolgen over hoe gevolgen van ziekte zo veel mogelijk zijn in te perken. In deze fase moet het belang van gedrag voor het gezondheidsprobleem en mogelijke oplossingen worden geanalyseerd. Vaak gaat het om gedrag van de mensen met het gezondheidsprobleem of risico op het gezondheidsprobleem zelf. Maar vaak gaat het ook om gedrag van mensen die zelf niet direct risico lopen, maar wiens gedrag wel het risico van andere mensen mede beïnvloedt. Omgevingscondities worden immers vaak mede bepaald door het gedrag van zogenoemde beslissers, zoals politici, werkgevers en andere bestuurders. Gedrag van deze beslissers kan dus, via omgevingscondities, van invloed zijn op het risico en op het risicogedrag van individuele personen (zie hoofdstuk 3 voor de analyse van gedrag).

3 *Analyse van determinanten van gedrag*

Tijdens de derde stap worden de determinanten van gedrag geanalyseerd. Globaal onderscheiden we persoonlijke determinanten, zoals kennis, risicoperceptie, attitude en eigen-effectiviteitsverwachtingen; en omgevingsdeterminanten zoals beschikbaarheid en bereikbaarheid van gezonde keuzes, sociale steun of druk, en onvoorziene barrières (zie hoofdstuk 4 voor de analyse van determinanten van gedrag).

4 *Interventieontwikkeling*

Op basis van de inzichten die in de voorafgaande stappen zijn ontwikkeld, kunnen we een interventie ontwikkelen om de determinanten van gedrag en het gedrag zelf te veranderen. Het kan dan gaan om interventies direct gericht op gedragsdeterminanten van het risicogedrag zelf, of op het gedrag van 'beslissers' die de omgevingsdeterminanten weer kunnen beïnvloeden. Het uiteindelijke doel is een verbetering van gezondheid en kwaliteit van leven. In de stap van interventieontwikkeling staat

het **Intervention Mapping**-protocol centraal (hoofdstuk 5) en voor een goede toepassing van Intervention Mapping is een analyse van theorieën en methodieken voor gedragsverandering die bij gezondheidsvoorlichting kunnen worden toegepast, van groot belang (hoofdstuk 6).

5 *Interventie-implementatie en disseminatie*

De volgende stap in het planningsmodel is de **implementatie** (uitvoering zoals bedoeld) en **disseminatie** (planmatige verspreiding of invoering) van de interventie. Zoals wel vaker lijkt ook dit een voor de hand liggende stap. In de praktijk komt het echter regelmatig voor dat zorgvuldig ontwikkelde interventies niet juist en niet op voldoende grote schaal geïmplementeerd worden. Vaak komt dit omdat men bij de ontwikkeling van een interventie onvoldoende rekening houdt met de wensen van degenen van wie wordt verwacht dat zij de interventie gaan uitvoeren en gebruiken, zoals leerkrachten, huisartsen of sociaal verpleegkundigen. Daarnaast gaan programmaontwikkelaars er vaak ten onrechte van uit dat een goed programma zichzelf verkoopt. Een manier om van meet af aan adequaat te anticiperen op implementatieproblemen is het vormen van een verbindingsgroep (*linkage group*), een groep waarin zowel de programmaontwikkelaars als degenen die het programma gaan uitvoeren, vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is het verstandig om een goed inzicht te hebben in de determinanten van implementatiegedrag van potentiële gebruikers. Op basis daarvan kan een strategie worden ontwikkeld om de implementatie van een programma te bevorderen (zie hoofdstuk 7).

6 *Evaluatie*

Ten slotte is het belangrijk dat interventies worden geëvalueerd om na te gaan of de interventie de gewenste resultaten heeft (**effectevaluatie**), en of deze is uitgevoerd zoals gepland (**procesevaluatie**). Bij voorkeur vindt de evaluatie stapsgewijs plaats waarbij de interventie eerst kleinschalig wordt uitgetest en onder gecontroleerde omstandigheden wordt getoetst, daarna op grotere schaal getest, en waarbij ook de eventuele implementatie en disseminatie wordt onderzocht (zie hoofdstuk 9 voor de verschillende manieren om een interventie te evalueren).

In theorie begint het model ook echt bij stap 1: een analyse van de gezondheid van een bepaalde doelgroep. In de praktijk gebeurt dit echter lang niet altijd. In de praktijk is vaak al bij voorbaat een keuze gemaakt om een interventie voor beïnvloeding van een bepaald gezondheidsprobleem of een bepaald gedrag te ontwikkelen, en is het begin veeleer gelegen in een nadere analyse van het al gekozen en afgebakende gezondheidsprobleem en risicogedragingen.

Interventies ter bevordering van gezond gedrag zijn vaak complexe programma's, samengesteld uit interventies met verschillende (intermediaire) doelgroepen om persoonlijke en omgevingsdeterminanten van ongezond en gezond gedrag zo te beïnvloeden dat gezond gedrag wordt gestimuleerd en ongezond gedrag wordt ontmoedigd of onmogelijk gemaakt. Een dergelijke programma richt zich niet alleen op de uiteindelijke doelgroep, de mensen met ongezond gedrag, maar betreft hierbij bij voorkeur de hele gemeenschap van mensen en organisaties die direct of

indirect invloed op dat gedrag hebben. Een aantal settings leent zich relatief goed voor dergelijke samengestelde programma's, zoals wijken, scholen, en werkplekken. Daarom is hier een apart hoofdstuk aan gewijd (hoofdstuk 8).

1.3 VALKUILEN VOOR GEZONDHEIDSVORLICHTING

Het Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering is geen keurslijf en de vaardigheid van de gezondheidsbevorderaar wordt niet afgemeten aan het perfect kunnen plaatsen van begrippen in het model. De essentie van het model schuilt in het stellen van de juiste vragen, en het stapsgewijs komen tot de juiste beslissingen. In de loop van een voorlichtingsproces bestaat het gevaar dat deze vragen te weinig aan bod komen. Het planningsmodel helpt om die vragen wel, én in de juiste volgorde én op het juiste moment, te stellen. Het planningsmodel kan daarom wel gezien worden als een richtlijn en een checklist. Is overal aan gedacht, zijn we wel op het juiste moment met de belangrijkste zaken bezig, en wordt alles uitgevoerd zoals gepland?

Hoe nuttig het gebruik van het planningsmodel is, willen we illustreren met een aantal veelvoorkomende valkuilen, analoog aan de stappen van het planningsmodel.

Valkuil 1: Een niet bestaand probleem

Soms kan het gebeuren dat er een voorlichtingsprogramma wordt ontwikkeld voor een probleem dat bij nader inzien niet of nauwelijks bestaat. Recente voorbeelden hiervan konden we gelukkig niet vinden, maar het is en blijft essentieel om altijd zorgvuldig na te gaan hoe ernstig een probleem is, en hoe vaak het voorkomt, als een campagne wordt overwogen om na te gaan of het de moeite echt waard is.

Valkuil 2: Het verkeerde gedrag

Soms worden interventies ontwikkeld gericht op gedrag waarvan de relatie met het probleem onbekend of onzeker is. Een voorbeeld is een Australische campagne waarin ouders werd aangeraden een gasfornuis te nemen in plaats van een elektrisch fornuis, omdat met een gasfornuis relatief meer brandwonden bij kinderen zouden worden voorkomen. Na een nadere analyse bleek dat juist bij het gebruik van gasfornuizen relatief vaker brandwonden optreden. De oorspronkelijke analyse van het gedrag was dus fout.

Valkuil 3: De verkeerde gedragsdeterminanten

De valkuil schuilt in het ontwikkelen van interventies die zich richten op determinanten die voor de doelgroep niet relevant zijn. De determinanten die voor de voorlichter belangrijk zijn, zoals risico, veiligheid en gezondheid, zijn voor de doelgroep zelf zelden het belangrijkste. Zo heeft voorlichting waarin ouders geïnformeerd worden over de risico's van het niet gebruiken van kinderzitjes in de auto geen zin als vrijwel alle ouders zich allang bewust waren van dit risico. Als velen van hen het zitje toch niet gebruikten omdat ze zich geen raad wisten met kinderen die er per se niet in wilden, moet de voorlichting daarop gericht zijn. Interventies die zich richten op de verkeerde determinanten hebben geen effect, of zelfs ongewenste effecten.

Valkuil 4: De verkeerde interventie

Het komt zeker voor dat de keuze voor een soort interventie niet adequaat is voor het onderliggende probleem en determinanten, bijvoorbeeld het geven van voorlichting terwijl voorzieningen of regelgeving veel geschikter zijn. Een voorbeeld van een dergelijke misplaatste keuze is de voorlichting aan intraveneuze druggebruikers over schone spuiten ter preventie van hiv-infectie, terwijl die schone spuiten voor druggebruikers nauwelijks te krijgen waren. In een dergelijk geval is de eerste prioriteit dat schone spuiten via goede voorzieningen beschikbaar komen. In het verlengde hiervan was ook de keuze voor de doelgroep niet goed. De doelgroep had in plaats van uit druggebruikers, moeten bestaan uit de beleidsmakers die de verkrijgbaarheid van schone spuiten konden verbeteren.

Valkuil 5: De verkeerde implementatie

De valkuil schuilt in de ontwikkeling van een interventie met onvoldoende aandacht voor implementatie. Een voorbeeld is de samenstelling van een verbindingsgroep tussen programmaontwikkelaars en programma-uitvoerders, waarbij alleen programma-uitvoerders betrokken zijn die hoge verwachtingen hebben van het programma, maar die daarmee niet hun achterban vertegenwoordigen. Wanneer de interventie ontwikkeld is, blijken, buiten de enthousiaste vrijwilligers, de meeste beoogde programma-uitvoerders niet te willen meedoen.

Valkuil 6: Evaluatie

Bij de evaluatie van een gezondheidsvoorlichtingsinterventie kan gekeken worden naar het effect op bekendheid met de interventie, op verandering in gedragsdeterminanten of verandering in gedrag (zie hoofdstuk 9). De valkuil schuilt in het onjuist kiezen van dit 'evaluatieniveau'. Bekendheid met een programmaslogan is bijvoorbeeld geen passende effectmaat wanneer het gaat om programma's die alcoholmisbruik beogen tegen te gaan, en andersom is alcoholgebruik geen realistische effectmaat als slechts bekendheid met een slogan wordt nagestreefd. Evaluatiemaaten moeten op het juiste niveau worden gekozen, aansluitend bij de doelstellingen.

Er zijn veel valkuilen voor GB'ers. Hiervoor zijn slechts enkele genoemd. Een planningsmodel zoals dat in dit boek centraal staat, draagt ertoe bij dat de voorlichter dergelijke fouten kan vermijden.

1.4 GEREEDSCHAPPEN VOOR PLANMATIGE GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN HET BELANG VAN THEORIE

Planmatige voorlichting is een systematische activiteit. Het planningsmodel helpt om in die planning de juiste stappen te nemen. Voor het ontwikkelen van de interventie hebben we voldoende gegevens nodig over het gezondheidsprobleem, over gezond en ongezond gedrag, over de persoonlijke en omgevingsdeterminanten van gedrag en over de mogelijkheden voor implementatie en evaluatie. Pas daarna kan de GB'er op professionele wijze een interventie ontwikkelen. GB'ers maken bij de verschillende analyses en de daarop gebaseerde interventieontwikkeling gebruik van drie gereedschappen: literatuur, theorieën over gedrag en gedragsverandering,

en aanvullend onderzoek. Voor een antwoord op elke mogelijke vraag die wordt opgeworpen door het planningsmodel, kan gebruikgemaakt worden van die gereedschappen van de GB'er. Daarbij kan de volgende procedure worden doorlopen (Bartholomew e.a., 2016; Buunk en Van Vugt, 2013):

1 Definieer zorgvuldig de vraagstelling.

Het kan bijvoorbeeld gaan om een vraag naar de omvang van een gezondheidsprobleem, welk gedrag mede oorzaak is van een gezondheidsprobleem, een vraag naar determinanten van gedrag, een vraag naar interventiemethodieken bij bepaalde doelen of een vraag naar barrières voor implementatie.

2 Inventariseer de direct beschikbare kennis; brainstorm over mogelijke voorlopige antwoorden.

Vaak is er binnen of nabij het team dat een interventie ontwikkelt kennis aanwezig waarmee de vraag (voorlopig) beantwoord kan worden. In dit stadium kunnen experts geconsulteerd worden om de werkelijke ernst of omvang van een vermeend volksgezondheidsprobleem in kaart te brengen, maar kan ook een brainstorm worden georganiseerd om een voorlopige inventarisatie van gedragsdeterminanten of interventiemogelijkheden te maken. In dat laatste geval wordt, bij voorkeur samen met anderen, op basis van beschikbare kennis, inzichten, ervaringen en wellicht intuïtie, een lijst met voorlopige antwoorden gemaakt. Hierbij moet getracht worden steeds goed duidelijk te maken waarom dit antwoord een goed antwoord zou kunnen zijn. Hier schuilt een gevaar, want voorlopige antwoorden kunnen erg afhankelijk zijn van welke experts geconsulteerd worden, of met wie een brainstorm wordt georganiseerd. Voorlopige antwoorden moeten in vervolgstappen gecheckt worden.

3 Desk research: zoek literatuur, statistieken of andere documentatie die direct of indirect de vraag kan beantwoorden.

Over veel vragen en antwoorden is al veel gepubliceerd. De wetenschappelijke literatuur is een belangrijke bron van valide informatie over volksgezondheid, gezond en ongezond gedrag, determinanten, interventie-, en implementatiemogelijkheden. En soms zijn de relevante publicaties ook alweer samengevat in systematische reviews of *meta-analyses*. De kunst is om via *desk research* de juiste bron te vinden. Zoeksystemen die beschikbaar zijn via het internet, zoals Google Scholar, PubMed en PsychInfo, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Vooraf ter onderbouwing van de eerste twee stappen in het Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering zijn veel systematische reviews en meta-analyses beschikbaar, en ook over determinanten van gedrag en interventiemogelijkheden verschijnen steeds vaker goede *systematische reviews*. Een systematische review is, het woord zegt het al, een systematische inventarisatie van de wetenschappelijke literatuur over een bepaald onderwerp, waarbij een duidelijke, liefst gestandaardiseerde, gestructureerde methode van literatuur zoeken, selecteren, analyseren en rapporteren wordt gehanteerd. Naast dergelijke systematische reviews worden ook veel zogenaamde 'beschrijvende (*narrative*) reviews' gepubli-

ceerd. Ook dit zijn samenvattingen van de literatuur, maar hoe de samengevatte literatuur is gezocht en geselecteerd blijft soms onduidelijk, of is niet systematisch. Hierdoor blijft het vaak onduidelijk of de review een valide samenvatting van de beschikbare kennis geeft of eerder een mening van de auteurs weergeeft. Een meta-analyse gaat nog een stap verder dan een systematische review. Bij een meta-analyse worden de resultaten uit verschillende gepubliceerde studies niet samengevat, maar opnieuw gezamenlijk geanalyseerd. Samenvattende informatie over volksgezondheid en risicofactoren, determinanten, en interventies is ook beschikbaar via de websites van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (zie www.volksgezondheid-toekomstverkenning.nl).

4 Zoek empirisch ondersteunde theorieën die direct of indirect de vraag kunnen beantwoorden.

Een wetenschappelijke theorie of model is net als een systematische review gebaseerd op integratie van wetenschappelijk bewijs, maar is ook vaak een interpretatie en generalisatie van dat bewijs en daarmee 'subjectiever'. Voor de verklaring van gezond gedrag zijn dan ook verschillende theorieën beschreven. Op basis van dergelijke gedrags- en gedragsdeterminantentheorieën (hoofdstuk 4) kunnen hypothesen geformuleerd worden en voorspellingen gedaan worden over welke gedragsdeterminanten bij welke doelgroepen belangrijk zijn voor welke risicogedragingen. Theorieën over gedragsverandering (hoofdstuk 6) kunnen helpen om voorspellingen te doen over welke strategieën en methodieken ingezet kunnen worden voor beïnvloeding van welke determinanten. Het zoeken en toepassen van inzichten uit theorieën is een lastig maar tevens zeer zinvol gereedschap. In de praktijk blijkt vaak dat voorlichters niet goed met theorieën uit de voeten kunnen. Verstandig gebruik van theorieën kan erg behulpzaam zijn bij het oplossen van praktische problemen. Theorieën zijn echter abstracties van de werkelijkheid. Ze zijn, zoals gezegd, een weergave van wat anderen, collega's of onderzoekers, na veel werk hebben ontdekt over de systematiek van gedrag of gedragsverandering. Een theorie is dus niet meer en niet minder dan een systematische samenvatting en interpretatie van inzichten uit de (onderzoeks)praktijk. Een specifieke vraag kan vanuit diverse theorieën worden belicht, en al die gezichtspunten kunnen suggesties opleveren voor het antwoord op de vraag. Dat hoeven geen theorieën te zijn die de voorlichter al kent; het kunnen ook theorieën zijn die in deze procedure voor het eerst toegepast worden.

5 Doe aanvullend onderzoek.

Ga na welke vragen wel en welke niet beantwoord zijn bij het gebruik van de eerste vier gereedschappen en welke antwoorden aanvullende ondersteuning nodig hebben. Probeer de resterende antwoorden en ondersteuning voor voorlopige antwoorden te vinden via aanvullend onderzoek. Voorbeelden van dergelijk onderzoek worden beschreven in de hoofdstukken 10 tot en met 13.

6 Leid antwoorden af en pas deze toe.

Leid uit (de combinatie van) literatuuronderzoek, theoretische inzichten en de aanvullende onderzoeksgegevens in de ontwikkeling, uitvoering en/of evaluatie van de interventie.