



Praktische Gezondheids- psychologie

Onderzoek vertaald naar praktische toepassingen

Redactie: Dominika Kwasnicka, Gill ten Hoor, Keegan Knittle,
Sebastian Potthoff, Ainslea Cross, Jenny Olson.

Nationale redactie: Anne van Dongen, Isabelle Maussen, Denise van Rijen.

Inhoud

VOORWOORD	4
Gezondheidspsychologie in de dagelijkse praktijk	6
Hoe hou je gezond gedrag vol op de lange termijn?	10
Zwangere vrouwen helpen te stoppen met roken: de beste voorbeelden uit het Verenigd Koninkrijk	13
Het verbeteren van kort advies over alcohol in de gezondheidszorg: standpunten van beide kanten van de praktijk tafel	16
Gezond blijven terwijl je thuisblijft	19
Steek je kop niet in het zand! Het nut van mensen helpen om hun voortgang te bewaken	21
Gedragswetenschappelijke inzichten voor de COVID-19 pandemie	23
Het belang van kijken naar copingstrategieën van cliënten	26
Zijn je cliënten defensief? Zelfbevestiging kan helpen!	28
Een betere versie van jezelf als motivatie om gedrag te veranderen	31
N-is-1 studies: wat kunnen we te weten komen met slechts één casus?	33
Lichaamsbeweging voor ouderen: wat is genoeg?	37
Praten over lichaamsgewicht in een consultatie	39
Self-efficacy: het 'ik kan het' gevoel wat mensen in staat stelt hun levensstijl te veranderen	41
Verhalen vertellen over zorgen voor anderen	44
Motivatie en de eerste stappen naar een actiever leven	46
Positieve psychologie interventies op het werk	48

Inhoud

Patiënten praat: wat de arts duidelijk maakt en wat de patiënt duidelijk niet begrijpt	51
Wat gebeurt er met medicijnen zodra ze mee naar huis worden genomen?	53
Hoe stel je doelen die gehaald worden?	56
Zelfregulatie van theorie naar praktijk: het ondersteunen van veranderdoelen van patiënten	58
Meer bewegen en minder zitten op het werk: laten we niet bij de pakken neer gaan zitten	61
Wilskracht versus ongezonde verleidingen – spoiler alert – wilskracht verliest meestal	63
Het planmatig ontwikkelen van theoretisch en empirisch onderbouwde interventies: Intervention Mapping	65
Sociale ondersteuning en gezondheidsgedrag: van goed bedoelde tot bekwame ondersteuning	68
Korte interventies voor gedragsverandering in de gezondheidszorg	70
Gebruik je fantasie: benut de kracht van je verbeelding om gezondheidsgedrag te veranderen	72
De kracht van plannen	75
Angst is een slechte raadgever	77
E-Health: hypes en hoop	79
Verandert geld echt alles? Het gebruik van financiële stimulans en ontmoediging om gezondheidsgedrag te veranderen	81
Gewoontes: Het toepassen van onze kennis over hoe gewoontes worden gevormd in het dagelijkse leven	83

Voorwoord

Hallo, welkom bij praktische gezondheidspsychologie.



Onderzoeksresultaten uit de gezondheidspsychologie en gedragswetenschappen kunnen mensen die werkzaam zijn in de preventie- en gezondheidssector veel waardevolle inzichten en aanbevelingen geven voor het verbeteren van werk in de praktijk. Helaas zijn deze onderzoeksartikelen vaak lang, technisch en moeilijk te begrijpen. Hierdoor vallen de belangrijkste praktische conclusies vaak in het niets. Bovendien worden dergelijke artikelen over het algemeen alleen in het Engels gepubliceerd en zijn misschien niet beschikbaar voor het grote publiek als gevolg van grote betalingen of landelijke beperkingen. Practical Health Psychology is begonnen met het schrijven van blogs om deze problemen op te lossen. Wij bieden blogs aan die gratis, wetenschappelijk gebaseerd, gemakkelijk te lezen en beschikbaar zijn in verschillende talen om de zorgverleners in de praktijk en het beleid te informeren. Sinds 2016 heeft Practical Health Psychology (www.practicalhealthpsychology.com) veel korte actuele blogs en op wetenschap gebaseerde samenvattingen geplaatst, waarin leidende wetenschappers in de gezondheidspsychologie en gedragswetenschappen hun meest recente ontwikkelingen van hun onderwerp beschrijven. Daarnaast geven zij korte praktische aanbevelingen voor hoe deze bevindingen toe te passen zijn in de dagelijkse praktijk. Deze berichten dekken een breed scala aan onderwerpen en zijn afkomstig van leidende wetenschappers die een breed scala van nationaliteiten, anciënniteiten en achtergronden vertegenwoordigen. Wij willen graag alle mensen die hebben bijgedragen aan de blogs afgelopen jaren bedanken voor hun hulp en onderzoeksbevindingen meer

zichtbaar en toegankelijker te maken voor professionals in de gezondheidszorg, interventie-ontwikkelaars en academici wereldwijd.

De Practical Health Psychology Blog is momenteel vertaald in 28 talen en wordt actief verspreid in 45 landen. Dit werk wordt uitgevoerd door een geweldig team van nationale redacteuren die blogs vertalen in hun lokale talen en verspreiden berichten naar relevante netwerken van zorgverleners en beleidsmakers. We willen graag alle huidige en voormalige Nationale editors bedanken voor hun tijd, enthousiasme, expertise en service aan de gemeenschap. We willen jullie bedanken voor het verzekeren van accurate vertalingen, het toevoegen van land-specifieke perspectieven en het verspreiden van de berichten onder jullie netwerken. Deze blog zou niet mogelijk zijn zonder jullie werk.

Dit e-Book, Praktische Gezondheidspsychologie deel 1, bevat alle berichten gepubliceerd door Practical Health Psychology sinds de oprichting tot het einde van 2020. We hopen dat dit e-Book de inhoud van de blogs nog toegankelijker maakt voor de lezers en helpt om een ander kanaal van verspreiding te openen. Wij willen graag de European Health Psychology Society bedanken voor het betalen van de kosten van deze publicatie en het openstellen van dit E-Book, evenals voor jullie voortdurende steun, sponsoring en geloof in de missie van Practical Health Psychology Blog. Tot slot, dank aan onze lezers. Als u het nog niet gedaan heeft, kunt u zich online abonneren: www.practicalhealthpsychology.com.

Dat is alles. Hopelijk bevat het!

Je kunt ons ook toevoegen op Facebook en volgen op Twitter en Instagram:



Dit boek zou niet mogelijk zijn geweest zonder deze mensen die bijdragen aan de Practical Health Psychology Blog.

Met grote dank aan:

Nationale Redacteurs:

- Australia: Kyra Hamilton
- Belgium: Olivier Luminet
- Bulgaria: Anna Alexandrova-Karamanova
- Canada: Nicola McCleary
- China: Yuhang Zhu and Yingqiu Wu
- Costa Rica: Benjamin Reyes Fernández
- Croatia: Ana Kraljevic
- Czech Republic: Renata Hacklova
- Denmark: Elisabeth Ginnerup-Nielsen
- England: Cathryn Pinto
- Finland: Marleena Vornanen
- France: Alexis Ruffault
- Germany/Austria/Switzerland: Theresa Pauly and Philipp Schwaninger
- Greece/Cyprus: Angelos Kassianos
- Hungary: Piroska Balog
- Indonesia: Astin Sokang
- Ireland: Eimear Morrissey
- Israel (Hebrew): Noa Vilchinsky
- Italy: Veronica Velasco
- Lithuania: Antanas-Zigmantas Gostautas
- Latvia: Kristīne Mārtinsone
- Luxembourg: Nadine Berndt
- Malaysia: Sangeeta Kaur and Anne Jamaludin and Darlina Fadil Azim
- Mexico: Tania Bermudez
- Netherlands: Anne van Dongen, Denise van Rijen, Isabelle Maussen
- Norway: Anastasia Olympiou
- Poland: Alicja Baska and Ewa Gruszczyńska and Zuzanna Kwissa-Gajewska
- Portugal: Marta Marques, Jorge Encantado and Cristina Godhino
- Romania: Catrinel Craciun
- Russia: Evgeny Taratukhin
- Scotland: Craig Donnachie
- Slovakia: Zuzana Dankulinová
- South Korea: JoonHo Park and Jiyoung Park
- Spanish: Alberto Aibar, Javier Sevil and Luis García-González
- Turkey: Çimen Ekici, Gülcan Garip and Selen Ozbek
- Ukraine: Elena Lutsenko and Olga Gabelkova
- United States: Alison Phillips

Steun van:

- Gjalt-Jorn Peters (EHPS Web Officer)
- Rik Crutzen (EHPS Communications Officer)

Voorgaande hoofdredacteers:

- Nelli Hankonen
- Theda Radtke

Voorgaande nationale redacteers:

- Germany/Austria/Switzerland: Corina Berli and Janina Luescher
- Sweden: Olga Perski

Multimedia Team

- Urszula Ambroży

Sponsors:

- Dit boek werd mede mogelijk gemaakt door de afdeling Work & Social Psychology, sectie Applied Social Psychology aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, **Universiteit Maastricht**.



”

gezondheids- psychologie in de dagelijkse praktijk

Ψ



Door **Karen Morgan**, Perdana University Royal College of Surgeons in Ireland Geneeskunde school, Kuala Lumpur, Maleisië en **Robbert Sanderman**, Universiteit van Groningen en Universiteit van Twente, Nederland.



Bevorderen en behouden van gezondheid en voorkomen van ziekte

Hoewel de last van chronische ziektes steeds zwaarder wordt, is dit vaak te voorkomen. Epidemiologisch onderzoek laat zien dat primaire preventie (bijvoorbeeld het verminderen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten) effectiever is dan secundaire preventie bij verlagen van sterfte cijfers door hart- en vaatziekten. Gezondheidspsychologie kan veel bijdragen aan het verlagen van risicofactoren voor ziektes, door specifiek gedrag te identificeren (o.a. roken, ongezond eten, te weinig bewegen, medische screening) en manieren te vinden om deze te veranderen.

Waarom is gezondheidspsychologie praktisch?

Gezondheidspsychologie is een jonge, dynamische en snel groeiende discipline binnen de psychologie. Gezondheidspsychologen richten zich op het toepassen van psychologische theorieën en onderzoeksresultaten bij:

- het bevorderen en behouden van gezondheid en het voorkomen van ziekte
- begrijpen hoe mensen reageren op, omgaan met, en herstellen van ziekte
- persoonlijker maken van behandeling en interventies
- * verbeteren van gezondheidszorg en beleid

Gezondheidspsychologie onderzoekt wat menselijk gedrag, gerelateerd aan gezondheid, drijft en hoe men dit gedrag positief kan veranderen. Het onderzoekt ook hoe emoties en ideeën gekoppeld zijn aan gedrag en consequenties van gedrag. Gezondheidspsychologen werken daardoor op veel verschillende niveaus en met diverse groepen mensen; onder andere patiënten, verzorgers en familie, mensen in een gemeenschap, gezondheidszorg professionals en gezondheidsinstellingen. Daarom is een basis kennis van de gezondheidspsychologie relevant voor iedereen die met patiënten werkt of bezig is met het bevorderen van gezond gedrag in de praktijk.

Gezondheidspsychologie richt zich op psychologische mechanismen (zoals kennis, houding, cognities) en sociale invloed die verandering kunnen tegenhouden en kunnen leiden tot langdurige ongezonde gedragspatronen. Als we deze processen beter kunnen begrijpen, kunnen we de beste manier vinden om mensen te helpen ongezonde gewoontes te doorbreken en, bijvoorbeeld, te stoppen met roken of gezonder te gaan eten. De ontwikkeling en het gebruik van eGezondheids technieken is gestaag aan het stijgen. Het aanbieden van gedragsveranderingstechnieken via apps op telefoons of tablets blijkt zeer nuttig binnen de gezondheidspsychologie.



Beter begrijpen hoe mensen reageren op, omgaan met, en herstellen van ziekte

Ziek zijn heeft een psychologisch effect dat herstel kan beïnvloeden. Patiënten kunnen stress, angst of depressie ervaren, of worstelen met wat de ziekte betekent voor hun identiteit. Gezondheidspsychologen proberen beter te begrijpen hoe patiënten het beste ondersteund kunnen worden, terwijl ze tegelijkertijd onderzoeken hoe cognities, coping, uitkomsten en belangrijke gedragingen met elkaar samenhangen (bijvoorbeeld medicatietrouw in verschillende groepen mensen). Gezondheidspsychologen kijken kritisch naar de definities van belangrijk gezondheidsgedrag en hoe je deze het beste kunt meten. Bijvoorbeeld: hoe kan medicatietrouw gemeten worden? En wat is een acceptabel niveau van medicatietrouw? Wetenschappelijke theorieën en modellen worden gebruikt om ziekte-gerelateerde gedragingen en uitkomsten te verklaren en te voorspellen. Zij vormen de basis voor het ontwerp van interventies die gedrag op een positieve manier verandert. Gezondheidspsychologen proberen er ook achter te komen hoe, en voor wie, deze interventies het meest effectief zijn.

Individualiseren van behandeling en interventie

We willen er achter komen hoe bijvoorbeeld een verandering in doelstellingen of sociale vaardigheden kan leiden tot een betere uitkomst, bijvoorbeeld verbeterde zelfbeschikking of het zoeken van sociale steun. Dit impliceert een mediatie effect. Deze resultaten zijn belangrijk omdat het ons kan helpen onze interventies te verbeteren. Het geeft ons een kijkje in de 'zwarte doos' van de interventie, daarnaast laat het zien welke onderdelen werken en een effect hebben op de uitkomst als het ons lukt ze te veranderen. Daarnaast is het belangrijk om erachter te komen wat het beste werkt voor welke groep mensen. Stel je voor dat een cognitieve gedrags- of mindfulness-interventie kankerpatiënten helpt om te gaan met hun ziekte, dan kan het nog zo zijn dat een gedeelte van de patiënten geen baat heeft bij de interventie. Onderzoek stelt ons in staat erachter te komen welke eigenschappen van patiënten (zoals gender, leeftijd of persoonlijkheid) verklaren waarom de een beter op de behandeling reageert dan de ander. Deze informatie helpt bij het bepalen welke behandeling het beste werkt en bij wie.

Verbeteren van gezondheidssystemen en gezondheidsbeleid

De manieren waarop artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidszorgmedewerkers omgaan met een patiënt kan een grote invloed hebben op hoe de patiënt reageert op ziekte en behandeling. Daarom werken gezondheidspsychologen zowel met gezondheidszorgmedewerkers als met patiënt, verzorgers en familie. Gezondheidspsychologie speelt een belangrijke rol in de opleiding van medewerkers door de focus op de patiënt te bevorderen, waardoor patiënten meer zelfbeschikking krijgen, en daardoor meer controle over hun gezondheid ervaren, wat hen kan helpen om betere keuzes te maken. Het onderzoeken van de communicatiestijl van de gezondheidsprofessionals hoort daarbij, evenals het vinden van manieren waardoor deze beter aansluit bij de behoeftes van de patiënt. In verschillende landen trainen gezondheidspsychologen aan academische ziekenhuizen medische studenten in het verbeteren van communicatie met patiënten.



In contact komen met gezondheidspsychologen

Als u in uw werk tegen de genoemde zaken aanloopt, of als u informatie wil over de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied, dan adviseren wij deze blog in de gaten te houden. Als u daarnaast praktische hulp nodig heeft, kunt u contact opnemen met een gezondheidspsychologie afdeling in uw land of stad en vragen of ze u van dienst kunnen zijn. Dit kan variëren van antwoord op een vraag, tot samenwerking in bijvoorbeeld een gezondheidsbevorderingsproject.



”

Hoe hou je gezond gedrag vol op de lange termijn?

Door **Dominika Kwasnicka**, SWPS Universiteit, Polen en Universiteit van Melbourne, Australië

Het einddoel van **programma's voor gezondheidspromotie** is langdurige gedragsverandering. Medewerkers in de gezondheidszorg kunnen daar een rol in spelen, door patiënten te helpen hun gezondheid te verbeteren door gedrag te veranderen en deze verandering vol te houden. We weten dat het moeilijk is om je gezonder te gaan gedragen en **dat het nog moeilijker** is om dat op langere termijn vol te houden. Een groot vraagstuk in de gezondheidspsychologie is waarom dat zo moeilijk is.

Om deze vraag te beantwoorden heeft onze onderzoeksgroep gekeken naar theorieën die verklaren hoe mensen positieve veranderingen maken in hun gezondheidsgedrag, zoals stoppen met roken en meer lichaamsbeweging en hoe ze dat gedrag vervolgens volhouden. We hebben 100 theorieën geïdentificeerd die verklaren hoe mensen hun gedrag (blijvend) veranderen. Het goede nieuws voor de volksgezondheid is dat deze **100 theorieën** kunnen worden samengevat

in 5 thema's die aangepakt moeten worden om lange termijn verandering te bewerkstelligen.

1. Blijvende motivatie is belangrijk als we met een nieuw gedrag, zoals sporten, gezonder eten, of minder drinken, beginnen. Het is dan ook niet verassend dat motivatie belangrijk is voor langdurige gedragsverandering. **Motivatie fluctueert** en om nieuw gedrag vol te houden moeten we effectieve strategieën verzinnen voor het geval de motivatie daalt. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door in te **plannen** wat je gaat doen als je struikelblokken tegenkomt. Bijvoorbeeld door een plan te maken: "Als het buiten stortregent, dan ga ik binnen oefeningen doen in plaats van naar de sportschool of hardlopen".
2. Zelfregulatie houdt in dat je in de gaten houdt wat je doet. **Toezicht houden op** je eigen gedrag is belangrijk om te herkennen wanneer je huidige gedrag moet veranderen zodat je daar actief mee aan de slag kan, mocht het nodig zijn. Als je bijvoorbeeld wil weten of je **genoeg lichaamsbeweging** krijgt, moet je eerst weten hoeveel je per dag beweegt. Je kunt een app op je telefoon gebruiken om te zien hoeveel stappen je per dag neemt, of je kunt opschrijven hoeveel minuten je per dag actief bent en hoe intensief die activiteit is. **De richtlijnen van de wereldgezondheidsorganisatie** stellen dat we ongeveer 30 minuten per dag matig intensieve beweging nodig hebben. Zodra je je realiseert dat je dat bij lange na niet haalt moet je een **plan** maken, bijvoorbeeld door te specificeren wanneer, waar en hoe je dit gaat veranderen.
3. Geestelijke en lichamelijke hulpbronnen zijn belangrijk voor het volhouden van gezond gedrag. Het is bijvoorbeeld moeilijk om gezond te blijven (sporten, gezond eten) als je moe of gestrest bent, weinig energie hebt, of de nacht ervoor weinig geslapen hebt. Veel psychologische hulpbronnen zijn nodig om gezond gedrag vol te houden, zoals je energiek en uitgerust voelen en niet te veel stress ervaren. Fysieke hulpbronnen zijn ook belangrijk; we hebben een infrastructuur nodig om gezond te leven. We kunnen bijvoorbeeld niet goed eten als we geen (makkelijke) toegang hebben tot gezond voedsel of medicijnen. Geestelijke en fysieke hulpbronnen zorgen ervoor dat we een gezonde levensstijl vol kunnen houden.
4. Gewoontes – iedereen praat over gewoontes, maar psychologen bedoelen **net iets anders** met dit woord. **Gewoonte-associaties** ontwikkelen zich in reactie op een specifieke situatie als iemand consequent iets doet wat een gewenste uitkomst oplevert. Slechte gewoontes zoals roken of 's nachts snacken zijn moeilijk te veranderen aangezien ze een standaard kunnen worden die automatisch en zonder nadenken uitgevoerd wordt. Om gezond gedrag vol te houden moeten we slechte gewoontes doorbreken en goede gewoontes vormgeven. Psychologie geeft ons **goede handvaten** daarvoor. Nieuwe positieve gewoontes hebben vaak **tijd nodig om zich te vormen**, en oude slechte gewoontes hebben tijd nodig om uit te doven. Een belangrijke gedragsveranderingstechniek is om de tekens (die het bepaalde gedrag veroorzaken) bij te houden en met hetzelfde gedrag te reageren op dezelfde tekenen in dezelfde context.
5. Als laatste onze omgeving, de plaats waar we zijn en waar we mensen om ons heen hebben, moet ondersteunend zijn voor ons om ons positieve gedrag vol te houden. Als we ons gedrag veranderen moeten we vaak onze omgeving ook veranderen of **herstructureren**. De mensen om ons heen zijn een belangrijk onderdeel van onze **omgeving**. Familie, vrienden en andere mensen waar we tijd mee doorbrengen hebben een invloed op hoe gezond we zijn. Ze kunnen ons helpen door ons aan te moedigen of een rolmodel te zijn, maar ze kunnen ook een negatieve invloed hebben door roken en drinken in sociale situaties aan te moedigen. We verwachten niet dat je ophoudt met je vrienden die drinken, roken, onvoldoende lichaamsbeweging krijgen en ongezond eten te zien. We moedigen wel aan om je **gezonde planning te delen met anderen** en te besluiten je niet onder druk te laten zetten door anderen. Door bijvoorbeeld nee te zeggen tegen dat derde stuk taart.



Hoe inspireer je je patiënten om niet alleen hun gedrag te veranderen, maar om dat gezonde gedrag ook op de lange termijn vol te houden?

Praktische tips



- **Blijf gemotiveerd** – Dat is makkelijker gezegd dan gedaan. Vraag de patiënt waarom ze willen veranderen en nieuw gezond gedrag vol te houden, benoem eerdere successen, of andere mensen die ook moeite hebben gehad met verandering maar die het wel gelukt is.



- **Zelfregulatie** – Moedig de patiënt aan om hun eigen gedrag in de gaten te houden en te reguleren, zoals slaap, lichaamsbeweging, dieet en middelengebruik.



- **Iedereen heeft hulpbronnen nodig** – Zorg dat de patiënten toegang hebben tot wat ze nodig hebben wat betreft psychische en fysieke hulpbronnen, bijvoorbeeld door genoeg slaap te krijgen en gezond eten in huis te halen.



- **Werk aan gewoontes** – Goede gewoontes zijn de grootste voorspeller van langdurige gedragsverandering. Om goede gewoontes aan te leren kan de patiënt een 'als-dan' plan maken, door tekens met gedrag te verbinden, bijvoorbeeld: "Als ik mijn wandelschoenen bij de deur zie, dan ga ik een wandeling maken."



- **De omgeving moet ondersteunend zijn** – De patiënt moet ingebed zijn in een ondersteunende omgeving met toegang tot hulpbronnen en mensen die steun kunnen verlenen. Het is goed om te checken bij de patiënt of diens omgeving behulpzaam is bij gezonde gedragsverandering op lange termijn en zo niet, hoe dat kan verbeteren. De patiënt kan ook familie of vrienden benaderen voor steun bij de gezonde gedragsverandering op lange termijn.



Zwangere vrouwen helpen te stoppen met roken: de beste voorbeelden uit het Verenigd Koninkrijk



Door **Felix Naughton**, Universiteit van East Anglia, Verenigd Koninkrijk

Tussen 25-50% van de vrouwelijke rokers stopt als ze ontdekken dat ze zwanger zijn. Waarom rookt de rest door tijdens hun zwangerschap?

Weten ze dan niet dat roken tijdens de zwangerschap schadelijk is?

Meestal weten ze dat wel. **Een van onze onderzoeken in het Verenigd Koninkrijk** vond dat 99% het in meer of mindere mate eens was met de stelling 'roken tijdens de zwangerschap kan zeer schadelijk zijn voor mijn baby', waarbij ongeveer 75% het 'zeer eens' of 'extreem eens'

was met deze stelling. Aan dit onderzoek deden zowel zwangere vrouwen mee die wilden stoppen als zij die niet wilden stoppen. Toch was minder dan 10% van hen 12 weken later gestopt. Hoewel vrouwen die sterk geloven dat roken tijdens de zwangerschap schadelijk is **vaker proberen te stoppen, verhoogt dat geloof de kans op succesvol stoppen niet.**

Samengevat: kennis over de schadelijkheid van roken tijdens de zwangerschap speelt slechts een kleine rol bij het stoppen.

Zijn ze niet gemotiveerd genoeg om te stoppen?

Dit klopt in sommige gevallen. Uit **ons onderzoek** blijkt dat in de vroege zwangerschap net minder dan de helft van de vrouwen de komende maand van plan is te stoppen met roken en evenveel vrouwen proberen inderdaad te stoppen. Hoe verder de zwangerschap vordert, hoe lager de motivatie om te stoppen lijkt. Verassend is dat een hogere motivatie om te stoppen **de kans om daadwerkelijk succesvol te stoppen niet verhoogt. Hetzelfde zien we bij rokers die niet zwanger zijn.** Bovendien blijkt uit **literatuuroverzichten van randomised controlled trials** die kijken naar Motivationeel Interviewen (een counselingtechniek die zich richt op het verhogen van motivatie voor gedragsverandering) dat deze techniek niet effectief is bij zwangere vrouwen.

Samenvatting: Motivatie verhoogt de kans dat een vrouw probeert te stoppen met roken, maar is niet voldoende om daadwerkelijk voor langere tijd succesvol te stoppen.

Zijn ze niet geïnteresseerd in hulp zoeken om te stoppen met roken?

Ook dit klopt in sommige gevallen, maar niet altijd. Uit ons onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de zwangere vrouwen in de vroege zwangerschap graag

hulp wil met stoppen met roken. In tegenstelling tot motivatie bleef interesse in ondersteuning hoog tot in de late zwangerschap. Echter, slechts één op de tien vrouwen vertelden dat ze daadwerkelijk hulp hadden gevraagd. Degenen die om hulp hadden gevraagd lieten weten meer geïnteresseerd te zijn in hulp in vroege stadia van de zwangerschap. Een gesprek met een gezondheidszorgmedewerker hield een sterk verband met interesse in het zoeken van ondersteuning, dus dit kan een makkelijke manier zijn om de toegang tot hulp te verhogen.

Samenvatting: Een gesprek met een zwangere vrouw over stoppen met roken kan haar interesse in stoppen verhogen, wat vervolgens haar kans op het inschakelen van hulp kan verhogen.

Zijn er geen effectieve manieren om zwangere vrouwen te helpen?

Gelukkig zijn die er wel. Onderzoek heeft laten zien dat gedragsondersteuning, gestructureerd advies en hulp om te gaan met de gedragsaspecten van roken zwangere vrouwen kan helpen te stoppen met roken. Deze ondersteuning **kan zowel één-op-één gegeven worden of in de vorm van zelfhulp** en kan zowel een **papier** als **digitale vorm** aannemen. Gedragsondersteuning aanvullen met nicotinevervangers bij vrouwen met matige of hoge afhankelijkheid van nicotine **kan de effectiviteit van ondersteuning verhogen.** Het bewijs



hiervoor is echter nog zwak, waarschijnlijk omdat het meeste onderzoek een lage therapietrouw laat zien bij nicotine vervangende therapie. Dit komt gedeeltelijk door de zorg dat nicotine slecht is voor de baby. **Uit een literatuuroverzicht** dat keek naar onderzoek van de hoogste kwaliteit, waarbij tienduizenden vrouwen en baby's betrokken waren bleek echter dat er geen bewijs is voor schadelijke effecten van nicotinevervangers op de zwangerschap. Vrouwen kunnen dus gerust zijn dat het risico van nicotinevervangers laag is in vergelijking met doorgaan met roken. Een minder bekende factor is dat zwangere vrouwen twee keer zo snel **nicotine afbreken in hun lichaam als vrouwen die niet zwanger zijn**, door een verhoogd metabolisme. Dit betekent dat zwangere vrouwen meer nicotinevervangers nodig hebben om behoefte aan sigaretten en afkickverschijnselen tegen te gaan. Normaal gesproken hebben gezondheidszorgmedewerkers en vrouwen zelf echter juist **een voorkeur voor een lagere dosis nicotinevervangers**.

Andere vormen van nicotinegebruik, zoals e-sigaretten, kunnen best net zo effectief zijn gedurende de zwangerschap, maar we hebben momenteel nog niet genoeg onderzoeksresultaten om e-sigaretten aan te bevelen. De gezondheidsrisico's van e-sigaretten zijn waarschijnlijk een stuk lager dan de risico's van tabak. Als zwangere vrouwen e-sigaretten willen gebruiken om hen te helpen te stoppen met roken dan adviseert men in het Verenigd Koninkrijk **dit aan te moedigen**. Een andere effectieve aanpak is om een financiële beloning in het vooruitzicht te stellen bij succesvol stoppen, samen met ondersteuning bij gedragsverandering. Uit **onderzoek** blijkt dat van alle methoden die mensen helpen te stoppen met roken financiële beloning het meest effectief is.

Samenvatting: Gedragsondersteuning, vooral als dit gecombineerd wordt met nicotinevervangers voor mensen die afhankelijk zijn, en/of financiële beloningen, zijn effectief gebleken.

Welke groepen hebben vooral hulp nodig?

Stoppen met roken tijdens de zwangerschap is afhankelijk van **veel factoren**, zoals een lager opleidingsniveau of inkomen. Maar meer praktische factoren zoals een partner hebben die ook rookt en een mate van afhankelijkheid van nicotine zijn belangrijke obstakels voor vrouwen die het moeilijker maken om te stoppen met roken. Andere belemmerende factoren zijn depressiviteit

en stress tijdens de zwangerschap.

Samenvatting: Vrouwen bij wie enkele of al deze factoren een rol spelen, hebben waarschijnlijk meer intensieve en multicomponente ondersteuning nodig.

Praktische tips

- Geef vrouwen die roken tijdens de zwangerschap informatie over de risico's voor henzelf en voor de baby en bied alle vrouwen, ongeacht hun motivatie om te stoppen, hulp aan bij het stoppen met roken. Blijf deze hulp aanbieden gedurende de zwangerschap, ook aan diegenen die hulp afslaan.
- Geef gestructureerde gedragsondersteuning, of het nu één-op-één of zelfhulp betreft, op papier of digitaal, aan degenen die de hulp accepteren. De motivationele interviewtechniek werkt echter niet.
- De effectiviteit van gedragsondersteuning zal waarschijnlijk verhoogd worden door het aanbieden van nicotinevervangers aan vrouwen die een mate van afhankelijkheid hebben laten zien. Vrouwen moeten hierbij wel geholpen worden zodat ze zich aan de voorgeschreven dosis houden en zorgen over het effect op de baby moeten besproken worden. Als vrouwen e-sigaretten willen gebruiken kan dat en dat moet beschouwd worden als minimalisering van risico.
- Als nicotinevervangers gebruikt worden stel dan voor om twee manieren te combineren (bijvoorbeeld pleisters en kauwgom), om nicotine vervanging te maximaliseren en zo behoefte aan sigaretten en afkickverschijnselen te verminderen.
- Als er financiële ruimte voor is, kan het helpen een financiële beloning in het vooruitzicht te stellen en die afhankelijk te maken van bewijs door bijvoorbeeld ademtesten uit te voeren met een koolmonoxide monitor.
- Belangenconflict verklaring: Dr Felix Naughton heeft geen banden met, of financiële betrokkenheid bij, fabrikanten van nicotinevervangers of e-sigaretten.

”

Het verbeteren van kort advies over alcohol in de gezondheidszorg: standpunten van beide kanten van de praktijk tafel

Door **Amy O'Donnell**,
Newcastle
Universiteit,
Verenigd
Koninkrijk



De mate van alcoholgebruik is recentelijk afgenomen in sommige delen van Europa, vooral **onder jongeren**. Helaas blijft excessief alcoholgebruik een groot risicofactor voor gezondheid en voortijdig overlijden. Eenvoudig en kort advies aanbieden aan zware drinkers **kan de alcoholconsumptie verminderen**, vooral als dat advies geleverd wordt door eerstelijns zorgmedewerkers zoals huisartsen en verpleegkundigen. **'Kort alcoholadvies'** is een kort, evidence-based, gestructureerd overleg, met het doel de patiënt te motiveren en te steunen een verandering in het drinkgedrag te overwegen, met

als gevolg de kans op **negatieve gevolgen voor de gezondheid te verlagen**.

Het is echter een moeilijk en langzaam proces om evidence-based behandelingen en interventies te implementeren in de gezondheidszorg. Volgens sommige schattingen duurt het gemiddeld **17 jaar** voor onderzoeksresultaten hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. Na drie decennia, 70+ gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen en vele literatuuroverzichten, wordt kort advies over alcohol nog steeds

niet routinematig aangeboden in de eerstelijnszorg. Om dat te begrijpen moeten we **vele perspectieven** van dat probleem in acht nemen, inclusief de mening van mensen die in de gezondheidszorg werken en zij die die zorg ontvangen.

Wat vertellen de mensen die betrokken zijn bij het leveren én ontvangen van kort advies over alcohol ons over de problemen die zij zijn tegenkomen?

Problemen die veel genoemd worden door artsen en verpleegkundigen zijn niet genoeg tijd, training, of financiën hebben om kort advies over alcohol aan hun patiënten aan te bieden. Extra fondsen beschikbaar maken aan huisartsen om alcohol interventies uit te voeren is echter niet per se een effectieve implementatiestrategie. Een recent onderzoek heeft gevonden dat **financiële stimulans** voor alcoholadvies in de Engelse gezondheidszorg bijna geen effect had op implementatie. Ander onderzoek vond dat de houding en mening van artsen over de relevantie, gevoeligheid van het onderwerp en meerwaarde van praten over alcohol in gesprekken met patiënten een grotere rol speelt in het veranderen van hun dagelijkse praktijk. Sommige artsen betwijfelen bijvoorbeeld of hun patiënten, met name zware drinkers, ontvankelijk zijn voor advies over het veranderen van hun drinkgedrag. Dit komt gedeeltelijk door een gebrek aan vertrouwen in de effectiviteit van psychologische therapieën voor excessief alcoholgebruik, maar ook omdat artsen bang zijn patiënten voor het hoofd te stoten door over alcohol te beginnen.

Minder onderzoek heeft zich gericht op het perspectief van patiënten. Enkele studies laten zien dat de meeste mensen het prima vinden als huisartsen en verpleegkundigen vragen naar alcoholgebruik, en zien advies over levensstijl als een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg, vooral voor die patiënten met onderliggende en/of alcohol gerelateerde aandoeningen. Patiënten zijn er, net als artsen, minder zeker van dat zware drinkers open zullen staan voor gesprekken over hun alcoholconsumptie, en als ze daarvoor openstaan, of

ze eerlijk zullen zijn over hun drinkgedrag. Een grotere uitdaging is echter dat veel patiënten zich weinig bewust lijken te zijn van de mate van drinken. Dit is gedeeltelijk omdat het lastig is om in te schatten hoeveel alcohol er werkelijk in dat glas wijn of gin en tonic zit. Bovendien blijkt het moeilijk bij te houden hoeveel je precies drinkt als je een avondje uit bent.

Een bijkomend probleem is dat velen van ons alcohol zien als onderdeel van plezier en feesten en niet als iets wat ons risico op bepaalde ziektes en aandoeningen verhoogt (zoals artsen, gezondheidswetenschappers, en epidemiologen dat doen). Daardoor kunnen sommige patiënten terughoudend zijn in (h)erkennen dat ze te veel drinken, en/of zich afvragen waarom de gezondheidszorgmedewerker hen vraagt minder te drinken. Hieraan gerelateerd vertellen patiënten dat ze vaak al **verschillende strategieën** hebben om niet te veel te drinken, maar ze zien deze strategieën eerder als 'levenslessen' van hun familie, vrienden en sociale groepen. Daardoor zien patiënten weinig voordeel in het advies wat huisartsen of verpleegkundigen geven, aangezien dat advies weinig met hun dagelijks leven te maken lijkt te hebben.





Praktische tips

Hoe kunnen al deze inzichten, percepties en ervaringen helpen met de implementatie van kort advies over alcohol in de eerstelijnsgezondheidszorg?

- Wees allereerst gerust dat het prima is om patiënten te vragen over hun drinkgedrag. Er is weinig bewijs dat patiënten daar aanstoot aan nemen.
- Vraag naar 'wanneer' en 'waarom' patiënten drinken, niet alleen naar 'hoeveel' ze drinken. Dit helpt de patiënt het advies te relateren aan de sociale en culturele normen die drinkgedrag vormgeven en maakt het advies relevanter.
- Help de patiënt vervolgens preventie strategieën te ontwikkelen gericht op belangrijke risico momenten, met behulp van de informatie die patiënten geven. Link deze strategieën waar mogelijk aan de tactieken die mensen al als haalbaar en effectief zien. Bijvoorbeeld door alcoholgebruik te beperken in bepaalde situaties zoals thuis, of in specifieke sociale groepen, zoals kinderen of jongeren.
- Tot slot, aangezien er altijd weinig tijd is in klinische gesprekken, focus de gesprekken over kort alcoholadvies op patiënten die bij u komen met aandoeningen waarbij er een bekende relatie is met alcoholgebruik, zoals hoge bloeddruk, geestelijke gezondheid, of maag-darmproblemen. Dit helpt om het advies acceptabeler en relevanter te maken voor de patiënt.

”

Gezond blijven terwijl je thuisblijft



Door **Dr Federica Picariello** en Professor **Rona Moss-Morris**, King's College London, Verenigd Koninkrijk.

Binnen enkele weken veranderde overal ter wereld het dagelijks leven in het kielzog van de COVID-19 pandemie en onzekerheid nam onze toekomstplannen over. Naast de onmiddellijke en dringende noodzaak om de verspreiding van COVID-19 te vertragen door **wijdverspreide gedragsverandering** (bijvoorbeeld thuisblijven, afstand houden en quarantaine), moet er gekeken worden naar de impact op geestelijk en fysiek welzijn om vroeg in te kunnen grijpen en lange termijneffecten te verzachten.

Een literatuuroverzicht toonde een negatieve impact van quarantaine aan, met consequenties op de lange termijn. Factoren die de negatieve psychologische effecten versterkten waren een langere tijdsduur van de quarantaine, angst om besmet te raken en preoccupatie met fysieke symptomen, frustratie, verveling, stigma en praktische problemen. Een **position paper** schetst de geestelijke gezondheidsonderzoeksprioriteiten, waaronder het juist inschatten van de impact van en het verminderen van deze gevolgen in een pandemische situatie. Dit position paper wijst ook het belang aan van hulp aan individuen bij het opbouwen van structuren om hun welzijn te verhogen, wat waarschijnlijk ook de naleving van gedragsadvies faciliteert in reactie op COVID-19.

Hierop anticiperend hebben wij – **de Gezondheidspsychologie afdeling van King's College London** – een **publiek betrokkenheidsevenement** gehouden over hoe gezondheid en welzijn behouden kunnen worden tijdens de COVID-19 pandemie, met behulp van gezondheidspsychologische theorieën en kennis. We focussen hier op vier gebieden voor fysieke en geestelijke gezondheid: 1) een nieuwe gezonde routine voor thuis ontwikkelen, 2) een gezonde balans vinden in het monitoren van symptomen, 3) nieuwe manieren om verbonden te blijven en vorm te geven aan vrije tijd en 4) omgaan met onzekerheid.

1) Een nieuwe gezonde routine voor thuis ontwikkelen

De maatregelen tegen de verspreiding van COVID-19 zorgen voor ingrijpende veranderingen in de dagelijkse routine. Het kan moeilijk zijn om aan een nieuw dagritme te wennen en je aan tijdsschema's te houden als het oude houvast verdwijnt. Echter, deze veranderingen zijn ook een mogelijkheid om nieuwe gezondere routines te ontwikkelen, die cruciaal zijn voor geestelijk en lichamelijk welzijn tijdens de pandemie.

Er zijn duidelijke aanbevelingen **voor lichaamsbeweging, zitten, slaap, voeding en alcoholconsumptie**. Een recent literatuuroverzicht van effectieve technieken voor het promoten van gezond eetgedrag en lichaamsbeweging wees aan dat zelfcontrole gecombineerd met een of meerdere technieken, zoals doelen stellen, cruciale gedragsveranderingsmethoden zijn. Voor het stellen van doelen is specifiek zijn over het **'wat' en 'wanneer'** ook belangrijk. Het is bijvoorbeeld moeilijker **om je aan het doel** 'Ik drink drie dagen per week geen alcohol' te houden, dan aan 'Ik drink op maandag, dinsdag, en donderdag geen alcohol'.

2) Een gezonde balans vinden in het monitoren van symptomen

Symptomen in de gaten houden en de keuze voor zelfisolatie bij een nieuwe en aanhoudende hoest en koorts is een andere maatregel die genomen is in reactie op de pandemie. Het is onder de huidige omstandigheden heel logisch om bezorgd te zijn over lichamelijke sensaties en lichamelijke reacties constant in de gaten te houden. Echter, ongeveer 80% van de mensen ervaart **een of meerdere van deze symptomen** regelmatig en ook luchtwegklachten komen veel voor. Dagelijkse lichamelijke symptomen kunnen in relatie staan tot de 'vechten of vluchten' reactie van ons lichaam op stress. Een mate van bezorgdheid is nuttig om mensen te motiveren de maatregelen op te volgen, maar te veel angst kan symptomen versterken en kan tegenwerken bij het doorgaan met het dagelijks leven. Bewustwording van gedachtes en emoties en afleiding kan helpen, net als herwaarderen en herinterpreteren van symptomen (bijvoorbeeld: mijn ademloosheid kan komen door de stress). **Ontspanningstechnieken** kunnen ook helpen bij angst als symptomen versterkt worden door **stress**. Het blijft moeilijk de balans te vinden, aangezien het ook belangrijk is om in quarantaine te gaan als je echt COVID-19 symptomen hebt en om medische hulp in te schakelen als deze verergeren.

3) Nieuwe manieren om verbonden te blijven en vorm te geven aan vrije tijd

De term 'sociale afstand' om de lockdown te omschrijven is wellicht ongelukkig gekozen, aangezien we fysieke afstand moeten houden en tegelijkertijd manieren moeten vinden om sociaal contact te blijven houden. Sociale isolatie en eenzaamheid zijn gerelateerd aan **hogere mortaliteit en ziekenhuisopnames**. Daarom zijn op afstand in contact

blijven met vrienden en familie, tijd doorbrengen met huisgenoten en vrijetijdsbesteding belangrijke **copingsstrategieën** tijdens de quarantaine.

4) Omgaan met onzekerheid

Zorgen maken over de toekomst en onzekerheid voelen over wanneer het leven weer terug naar 'normaal' gaat **is gebruikelijk**. Emoties, zowel positieve als negatieve, maken deel uit van het normale leven. Zorgen, angst en bezorgdheid als reactie op de huidige omstandigheden zijn in feite passend. Dr. Russ Harris, een wereldberoemde 'acceptance and commitment therapy' (ACT-) therapeut heeft **behulpzame bronnen** samengesteld voor strategieën om beter om te gaan met de huidige onzekerheid. Bijvoorbeeld, neem je gedachtes naar een gedachte waar je mee worstelt (bijvoorbeeld "Ik kan mijn familie niet zien vanwege de lockdown."), concentreer je dan voor 30 seconden op deze gedachte. Vervolgens voeg je die zin samen met de zin "Ik heb de gedachte dat ..." en focus je dan gedurende 30 seconden hierop. Tenslotte, plaats je jouw gedachte in de zin "Ik merk op dat ik de gedachte heb dat ..." en dan concentreer je hier 30 seconden op. Met elke stap, kun je merken dat je meer afstand meent van de gedachte.

Praktische tips

- Help mensen om thuis nieuwe routines te ontwikkelen, door het aanmoedigen van zelfcontrole van lichaamsbeweging, slaap-waak ritme, voeding, alcoholconsumptie en het gebruik van **SMART doelen** (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) om veranderingen vorm te geven.
- Normaliseer negatieve emoties zoals boosheid, schuldgevoel, frustratie, angst, bezorgdheid en verdriet, als passend bij een moeilijke en onzekere situatie.
- Leg uit dat het cruciaal is om prioriteit te geven aan leuke en ontspannende activiteiten, niet alleen werk en klussen. Dit kan bijvoorbeeld door iets nieuws te leren of tijd te maken voor een hobby waar anders nooit tijd voor is. Tijdens het thuisblijven moeten we creatief zijn met activiteiten verzinnen, met name voor scherm-vrije activiteiten.
- Aanvullende nuttige tips vindt u **hier**.

”

Steek je kop niet in het zand! Het nut van mensen helpen om hun voortgang te bewaken



Door **Thomas L. Webb**, Department of Psychology,
De universiteit van Sheffield, Verenigd Koninkrijk.

Hoe gaat het met je voornemen om minder te snoepen en 10 kg af te vallen? De kans is groot dat je dat niet goed weet – of misschien niet eens wil weten. In dit soort situaties hebben mensen de neiging hun kop in het zand te steken en doelbewuste informatie die hen zou moeten helpen met het bewaken van hun voortgang te vermijden of verwerpen. Onderzoek naar dit **'struisvogel effect'** geeft aanwijzingen dat mensen hun voortgang vaak niet bijhouden (bijvoorbeeld door regelmatig op een weegschaal te gaan staan, of de voedingsinformatie van een product bestuderen), gedeeltelijk omdat ze zich slecht over zichzelf gaan voelen als ze dat wel doen. Ze realiseren zich dan bijvoorbeeld dat ze nog steeds meer wegen dan gehoopt en dat ze nog steeds te veel suiker eten.

Uit onderzoek blijkt echter dat voortgang bijhouden helpt om het verschil te zien tussen het huidige en het gewenste niveau, wat vervolgens aanzet geeft tot het ondernemen van actie. Dit impliceert dat het vermijden van het bijhouden van voortgang het moeilijk maakt om de noodzaak tot handelen in te zien, waardoor er geen actie wordt ondernomen. Het struisvogel effect is daarom een mogelijkheid voor medewerkers in de gezondheidszorg om mensen te helpen hun voortgang bij te houden en daar voordeel uit te halen. Daarom is het waarschijnlijk niet verassend dat we bewijs hebben gevonden dat het mensen helpt hen **aan te sporen om hun voortgang bij te houden**, op verschillende vlakken.

Voortgang bijhouden houdt in de huidige situatie te inventariseren (bijvoorbeeld hoeveel suiker die dag is gegeten, wanneer en waar), en dit te vergelijken met een doel of referentiekader (bijvoorbeeld maximaal 6 theelepels suiker per dag). Dit kan in een dagboek of op een notitieblok, maar er zijn tegenwoordig ook digitale mogelijkheden om voortgang te meten. Men spreekt tegenwoordig zelfs over een beweging die 'zelf-kwantificatie' heet. Onze telefoons kunnen bijvoorbeeld **automatisch bijhouden** hoeveel stappen we hebben genomen, onze horloges kunnen ons vertellen **hoe lang en hoe goed** we geslapen hebben en mensen kunnen apps gebruiken om **streepjescodes op verpakkingen te scannen** om meer te weten te komen over voedingswaarde. Veel van deze apparaten vragen ons zelfs om een doel te stellen voor onszelf en dit te vergelijken met onze voortgang richting dit doel.

Het gebruik van deze apparaten kan mensen helpen inzien wanneer en hoe het beste actie te ondernemen. Door bijvoorbeeld streepjescodes te scannen kan iemand

die minder suiker wil eten beter begrijpen hoeveel suiker er in een glas sinaasappelsap of een schaal cornflakes zit en dit kan helpen met het vinden en overstappen op alternatieven met minder suiker. Monitoren kan daarom de basis vormen voor het ontwikkelen van interventies om mensen te helpen hun gezondheidsdoelen te behalen. Er is zelfs bewijs dat monitoren nog effectiever is als het gecombineerd wordt met het helpen van mensen om **geschikte doelen te bepalen**, waartegen voortgang afgezet kan worden en actie te ondernemen als duidelijk wordt dat dat noodzakelijk is (**bijvoorbeeld als-dan plannen**).

Aangezien mensen defensief kunnen worden over de informatie die ze ontvangen (bijvoorbeeld door te suggereren dat de informatie geen typisch voorbeeld is van hun normale gedrag, of dat het apparaat een meetfout weergeeft) kunnen psychologische technieken als **zelfbevestiging** (waarbij mensen worden aangemoedigd hun normen en waarden te bevestigen) ook helpen om de informatie en de implicaties daarvan juist te interpreteren.

Praktische tips

Voortgang bijhouden betekent vaak simpelweg een methode kiezen om je gedrag en/of de uitkomsten van je gedrag bij te houden (zoals een app of dagboek) en je voornemen deze methode te gebruiken. Helaas steken mensen, zoals beschreven, vaak hun kop in het zand en houden ze hun voortgang niet bij. Je kunt daarom proberen om:

- **Mensen te helpen te bepalen wat ze precies kunnen bijhouden.** Als mensen bijvoorbeeld willen afvallen kan nagedacht worden over wat ze het beste kunnen bijhouden: gedrag zoals lichaamsbeweging of eten, of uitkomsten zoals gewicht of buikomvang, of wellicht een combinatie van beiden. **Ons onderzoek** laat zien dat mensen aangemoedigd moeten worden datgene bij te houden wat ze het meeste willen veranderen, of dat nu uitkomsten of gedrag is.
- **Mensen te helpen objectief te reflecteren over de informatie die ze verzamelen over zichzelf.** **Uit onderzoek blijkt dat zelfbevestiging kan helpen te voorkomen dat mensen defensief reageren over de informatie die ze ontvangen.** Als je vermoedt dat iemand defensief gaat reageren op het bijgehouden gedrag of de uitkomsten, hen aanmoedigen om hun waarden te bevestigen (bijvoorbeeld dat ze een vriendelijk en behulpzaam persoon zijn) voordat ze hun voortgang zien, kan helpen om hen de informatie te laten accepteren.
- **Steun mensen in het maken van beslissingen en aanpassingen die nodig blijken.** Laten zien dat er iets moet veranderen en dat gemotiveerd zijn slechts de eerste stappen bij gedragsverandering zijn. **Als mensen hun goede voornemens in gedrag gaan omzetten**, vraag hen dan om **als-dan plannen** te maken die expliciet zijn over wanneer en hoe ze dit gaan doen. Als iemand bijvoorbeeld ziet dat ze te veel suiker eten kunnen ze het plan: "Als ik ontbijt, dan neem ik havermoutpap in plaats van cornflakes" maken.





Gedragswetenschappelijke inzichten voor de COVID-19 pandemie

Door **Shane Timmons**,
Economisch en Sociaal
Onderzoeksinstituut,
Ierland

Over de hele wereld zijn regeringen in actie gekomen om de verspreiding van het nieuwe coronavirus onder controle te houden. **Het gedrag van individuen is essentieel** voor het succes van de maatregelen. Wij – **de afdeling gedragsonderzoek van het Instituut** voor Eco-

nomisch en Sociaal Onderzoek in Dublin – werken samen met het Ierse Departement voor Gezondheidszorg om hen te adviseren over hun reactie op de COVID-19 pandemie. Hiervoor lazen we onder andere **meer dan 100 wetenschappelijke artikelen** en zijn we begonnen met **onderzoeken hoe het beste te communiceren** met de bevolking met informatie die relevant is voor gezondheidspsychologen. Ons literatuuroverzicht richt zich op drie gebieden die de basis vormen voor de communicatie over volksgezondheid in de meeste landen: handhygiëne, gezicht aanraken en afstand houden van anderen. We kijken ook naar de bredere literatuur over behulpzaamheid en goede crisiscommunicatie.

Handhygiëne

Er is veel onderzoek gedaan naar handhygiëne in de gezondheidszorg. Er zijn sterke aanwijzingen dat **kennis en bewustzijn niet genoeg** zijn en dat kleine aanpassingen zeer effectief kunnen werken. De aandacht vestigen op desinfecterende handgel, door deze bijvoorbeeld op looproutes te plaatsen met felgekleurde bijschriften, zorgt voor een **duidelijke stijging van het gebruik** van deze producten, dan dat **enkel het aantal beschikbare handgels verhoogd worden**. Aangeven dat het gebruik een verwachte norm is, kan ook helpen. Beleefde maar directe vragen zoals bijvoorbeeld "Heeft u de handgel al gebruikt?" als patiënten of bezoek arriveren, zijn een eenvoudige manier om deze normen door te geven. Het is belangrijk hier nu een gewoonte van te maken en dit vol te houden als de maatregelen versoepeld worden.

Aanraken van gezicht

In tegenstelling tot handhygiëne hebben we geen onderzoek gevonden naar interventies om het aanraken van je gezicht te verminderen. Bewustzijn kweken is waarschijnlijk niet effectief: mensen bewust maken van hoe vaak ze hun gezicht aanraken kan zelfs leiden tot **versterking van dit gedrag**. Bij gebrek aan bestaande interventies kunnen medewerkers in de gezondheidszorg gebruik maken van meer algemene modellen voor gedragsverandering, zoals het **Behaviour Change Wheel**, **Intervention Mapping**, of het **EAST Framework**. Wij, **en anderen** met ons, hebben aangeraden om manieren te onderzoeken om het aanraken van het gezicht te vervangen door alternatieven (bijvoorbeeld het gebruik van een mouw of tissue), in plaats van het volledig af te raden.

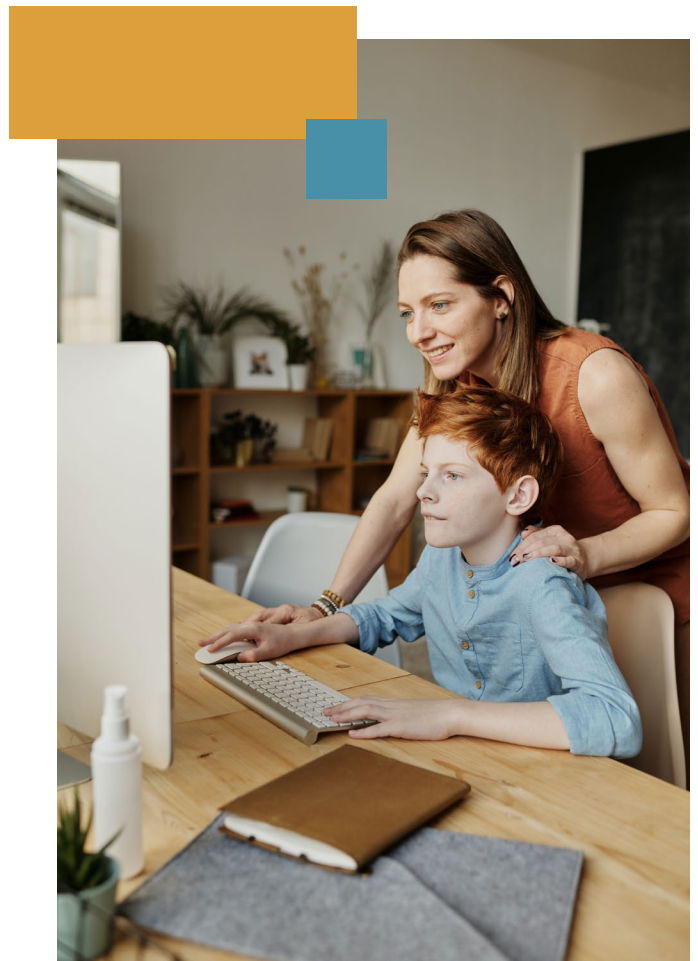
Thuisblijven

Mensen die symptomen hebben, of in contact zijn gekomen met zieke mensen, **redden levens** door thuis te blijven. Helaas kan dat negatieve psychologische gevolgen hebben. Sociale afzondering en eenzaamheid hebben vergelijkbare effecten op het welzijn als bekende **risicofactoren** zoals roken. **Een literatuuroverzicht van 24 onderzoeken** naar mensen die (in andere periodes) in quarantaine hebben gezeten, liet zien dat de risico's ook na de quarantaineperiode blijven. Zelfs na drie jaar kwamen depressies nog vaker voor. Gezondheidszorgmedewerkers kunnen extra risico lo-

pen, aangezien de negatieve psychologische effecten versterkt kunnen worden door zorgen over het niet kunnen helpen van collega's en patiënten. De overheid zou extra online geestelijke gezondheidszorg beschikbaar moeten maken, specifiek voor kwetsbare groepen. **De Wereld Gezondheid Organisatie** kan mensen helpen hun quarantaine goed te plannen. Nationale gezondheidsorganisaties, zoals de **NHS in Groot-Brittannië**, hebben aanbevelingen gedaan over hoe om te gaan met sociale isolatie, bijvoorbeeld contact houden met anderen via de telefoon of online, te sporten als je je goed genoeg voelt en het aanhouden van een dagelijkse **routine**.

Het motiveren van behulpzaamheid

De gevolgen van het oplopen van COVID-19 zijn niet voor iedereen hetzelfde. Ouderen en mensen met bestaande gezondheidsproblemen lopen veel **meer risico dan jongere en gezondere mensen**. Maar de gezondheid van de mensen die het meeste risico lo-



pen hangt niet alleen af van hun eigen gedrag, maar ook van het gedrag van anderen. Er is veel bewijs voor strategieën die samenwerking promoten als gedrag, dat voordelig is voor het individu, niet noodzakelijk voordelig is voor de grotere groep/samenleving. **Effectieve communicatie** is essentieel. Het versterken van een **groepsidentiteit** door taalgebruik zoals: “we moeten dit samen doen” maakt actie ten bate van de maatschappij waarschijnlijker, net als **afkeuring** van onbehelpzaam gedrag, zoals hamsteren. Experimenten laten zien dat behulpzaam gedrag gemotiveerd wordt door nadruk te leggen op de **offers die anderen brengen**. Een snelgroeïende hoeveelheid bewijsmateriaal over COVID-19 communicatie laat zien dat nadruk leggen op **het risico voor anderen** en oproepen tot **prosociaal gedrag** helpen verspreiding van het virus tegen te houden. Dit blijkt effectiever te zijn dan alleen advies geven over hoe je zorgt dat je zelf niet besmet raakt.

Crisisinformatie overbrengen

Praktische tips

- Verbeter handhygiëne door bewustzijns campagnes te combineren met beschikbaarheid van opvallende desinfecterende handgel en beleefde signalen dat het gebruik daarvan een sociale norm is.
- Puur het afraden van het aanraken van het gezicht is niet genoeg. Verander de fysieke en sociale omgeving om gedrag te veranderen, bijvoorbeeld door nieuwe normen te creëren die het oude gedrag vervangen, zoals het aanraken van het gezicht met de mouw of een tissue.
- De negatieve psychologische effecten kunnen verminderd worden door mensen te helpen sociale netwerken op een afstand te onderhouden, maar ook aanvullende geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk.
- Benadruk dat we een gezamenlijk probleem hebben en onderstreep de risico's voor de meest kwetsbaren in de samenleving om behulpzaam gedrag te motiveren, maar laat onbehelpzaam gedrag niet onopgemerkt voorbijgaan.
- Bied tegenwicht aan de angst die mensen voelen door optimistisch te zijn over de effectiviteit van individueel gedrag in het bestrijden van COVID-19.

De psychologie van risicocommunicatie benadrukt **aanvullende uitgangspunten** die bruikbaar zijn voor gezondheidszorgmedewerkers die met hun cliënten en patiënten over de COVID-19 pandemie communiceren. Snelheid, eerlijkheid en geloofwaardigheid zijn belangrijk. **Over het algemeen** kunnen medewerkers zowel hun eigen onzekerheid en empathie voor de moeilijke situaties van mensen erkennen als nadruk leggen op het nut van individueel gedrag, **om een evenwicht te vinden tussen de angst die mensen voelen en optimisme over de toekomst**. Om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan zijn bijdrages van meerdere wetenschappelijke velden nodig. Theorieën en methoden van de **gedragswetenschap** kunnen een bijdrage leveren. Snel pre-testen van aanbevelingen uit de gedragswetenschap met experimenten van hoge kwaliteit zal belangrijk zijn voor een maximale uitkomst.





”

Het belang van kijken naar copingstrategieën van cliënten

Door **Nadia Garnefski** en **Vivian Kraaij**, Department of Clinical Psychology, Leiden Universiteit, Nederland.

“Rob heeft net gehoord dat hij HIV heeft (negatieve gebeurtenis). Hij geeft zichzelf de schuld van de infectie (zelfschuld) en hij vermijdt zijn vrienden (vermijding). De situatie maakt hem somber. Als hij thuis zit kan hij niet stoppen met denken over zijn gevoelens (piekeren) en hij gelooft dat wat er met hem is gebeurd een ramp is (doemdenken). Omdat hij somber is, heeft hij weinig energie. Daardoor vermijdt hij steeds meer, met als gevolg dat hij steeds somberder wordt. Hierdoor belandt Rob in een neerwaartse spiraal.”

Mensen ervaren vaak veel sterke emoties in reactie op een negatieve gebeurtenis in hun leven. Om om te gaan met deze emoties gebruiken mensen verschillende cognitieve en gedragsstrategieën. Dit proces wordt ook wel 'coping' genoemd. **Lazarus definieert coping** als iemands manier om om te gaan met de psychologische stress die komt kijken bij verlies, dreiging, of uitdaging. In het voorbeeld van Rob, de negatieve gebeurtenis was het bericht dat hij HIV positief was. Er zijn vele andere voorbeelden van stressvolle gebeurtenissen, variërend van een enkele gebeurtenis als een overlijdensgeval, een scheiding, of het verliezen van een baan, tot langdurige situaties zoals gepest worden, een drukke baan, of relatieproblemen. Coping verwijst dus naar het omgaan met allerlei soorten stressvolle levensgebeurtenissen.

Copingstrategieën kunnen gesplitst worden in cognities (wat je denkt) en gedrag (wat je doet). Een voorbeeld van een cognitieve coping strategie (gedachten) is schuldgevoel. Mensen die deze strategie gebruiken geven zichzelf de schuld van wat er gebeurd is (Rob gaf zichzelf de schuld van zijn HIV infectie). Andere voorbeelden van cognitieve strategieën zijn piekeren en doemdenken. Piekeren betekent dat iemand maar blijft nadenken over de emoties, gevoelens en gedachten die geassocieerd zijn met de negatieve gebeurtenis. Doemdenken verwijst naar de expliciete focus op de desastreuze aspecten van de gebeurtenis. Rob gebruikte beide strategieën. Andere voorbeelden van cognitieve strategieën zijn: anderen de schuld geven, acceptatie, focussen op positievere zaken, plannen wat nu te doen, positieve herwaardering of een positieve draai aan de gebeurtenis geven en de gebeurtenis in perspectief plaatsen (vergelijken met andere ergere gebeurtenissen). **In totaal worden in de literatuur negen cognitieve coping strategieën onderscheiden.** Een voorbeeld van een gedrag copingstrategie is terugtrekken, wat verwijst naar verminderde deelname aan sociale situaties en contacten, wat gebeurde bij Rob. Andere gedrag copingstrategieën zijn afleiding zoeken, stappen nemen om met de situatie om te gaan, sociale steun zoeken en negeren, wat verwijst naar net doen alsof er niks gebeurd is. **In totaal kunnen vijf gedrag copingstrategieën onderscheiden worden.**

Twee instrumenten zijn ontwikkeld en gevalideerd om cognitieve en gedrag coping te onderzoeken, namelijk de Cognitieve Emotie Regulatie Vragenlijst (CERQ) en de Gedrag Emotie Regulatie Vragenlijst (BERQ). De eerste is vertaald en gevalideerd in verschillende talen. De laatste wordt momenteel vertaald.

Onderzoek naar de rol van cognitieve en gedrag coping strategieën (met de CERQ en de BERQ) heeft helpende en minder helpende copingstrategieën gevonden. Wat de cognitieve strategieën betreft piekeren, doemdenken en jezelf de schuld geven zijn minder helpend en positieve herwaardering, de gebeurtenis in perspectief plaatsen en focussen op positievere zaken zijn daarentegen meer helpend. Wat gedragstrategieën betreft zijn terugtrekken en negeren minder helpend en zijn afleiding zoeken, stappen nemen om met de situatie om te gaan en sociale steun zoeken meer helpend. Dit zijn algemene conclusies, dus in specifieke situaties met andere specifieke stressoren kan dat anders zijn.

Kennis over de specifieke copingstrategieën van een cliënt kan helpen om de vicieuze cirkel van iemands psychologische problemen te begrijpen en kan aanwijzingen geven om niet-functionele patronen te veranderen in functionele patronen.

"Rob is begonnen met therapie. De therapeut heeft gekeken naar Rob's cognitieve en gedrag copingstrategieën en vond dat hij hoog scoorde op zichzelf de schuld geven, piekeren, doemdenken en terugtrekken. Hij legt Rob uit dat deze strategieën hem niet helpen en zijn depressie zelfs kunnen verergeren, doordat ze hem in een neerwaartse spiraal doen belanden. Ze zijn gaan werken aan minder terugtrekgedrag en het doorbreken van de negatieve gedachtenpatronen door Cognitieve Gedragstherapie technieken te gebruiken. Na een aantal sessies begon Rob weer af te spreken met zijn vrienden en voelt zich een stuk beter."

Praktische tips

- Kijk altijd naar de copingstrategieën die cliënten gebruiken in combinatie met hun pathologie. Dit kan belangrijke informatie zijn voor de focus van hun therapie.
- Geef psycho-educatie over het feit dat copingstrategieën onderdeel kunnen zijn van een neerwaartse spiraal naar depressie.
- Technieken vanuit Cognitieve Gedragstherapie kunnen gebruikt worden om niet-functionele copingstrategieën, zoals gedragsactivatie en negatieve gedachten uitdagen, te veranderen.



Zijn je cliënten defensief? Zelfbevestiging kan helpen!

Door **Peter Harris** en **Ian Hadden**, The Self-Affirmation Research Group, School of Psychology, Universiteit van Sussex, Verenigd Koninkrijk.

Ben je ooit terughoudend geweest om iets onder ogen te zien wat je liever negeert? Misschien een voorliefde voor lekkere trek waar je te vaak aan toegeeft, of de neiging om oproepen voor gezondheidschecks te negeren? Je bent niet de enige. De meeste mensen zien zichzelf als verstandig en competent. Daarom is het moeilijk om te horen dat je je soms niet zo verstandig en competent gedraagt. We zijn daarom erg goed in ons verzetten tegen dingen die we liever niet over onszelf **horen**.

Helaas kan weerstand tegen berichten over gezondheidsrisico's – zoals het risico van overgewicht, roken, of het niet houden aan instructies in de bijsluiter – serieuze consequenties hebben voor zowel kwaliteit van leven als **levensduur**. Hoe kun je als gezondheidszorgmedewerker cliënten helpen om te luisteren naar adviezen die ze liever negeren? De 'zelf-bevestigingstechniek' kan hierbij helpen.

Een zelfbevestiging is een handeling waarbij iemand zichzelf geruststelt dat **hij/zij een goed en competent persoon is**. Dit vermindert de neiging om zichzelf te beschermen tegen een boodschap over hun gezondheid die impliceert dat de persoon niet competent is, wat er vervolgens voor zorgt dat men de boodschap

objectiever beoordeelt en de focus komt te liggen op relevantie en implicaties voor henzelf. Dit verhoogt de kans dat men daadwerkelijk iets met het advies gaat doen. Je kunt **hier** meer vinden over de theorie achter zelfbevestiging.

Zelfbevestiging kan op veel manieren gedaan worden, zoals het denken aan goede dingen die je gedaan hebt, talenten, goede karaktereigenschappen, of belangrijke sociale relaties. Momenteel wordt '**waardenbevestiging**' veel onderzocht, waarbij mensen vragen beantwoorden of schrijven over hun belangrijkste waarden, zoals gulheid of eerlijkheid.

Experimentele **studies** hebben bewijs gevonden dat zelfbevestiging kan werken. Deelnemers die gevraagd werden een zelfbevestigingsoefening te doen (vaak maar één keer) hadden vaker de neiging gezondheidsadvies te accepteren en voelden zich meer geneigd om een verandering door te voeren, dan mensen aan wie dat niet gevraagd werd. Zelfbevestiging werkt zelfs door op gedrag **enkele maanden later**. De voordelen van zelfbevestiging zijn bij veel gezondheidsgedragingen gevonden, inclusief alcoholconsumptie, roken, veilig rijden, vis, fruit en groente eten, dopinggebruik, lichaamsbeweging, flossen en gebruik van zonnebrand-

crème. Sommige onderzoeken hebben gevonden dat de effecten zelfs het sterkst kunnen zijn bij mensen die moeilijk te motiveren zijn, zoals **zware drinkers** of **rokers**, of mensen die vaak gebruik maken van de **zonnebank**.

Het meeste onderzoek is gedaan naar preventief gedrag buiten gezondheidszorg settings, maar er is ook onderzoek gedaan bij cliënten. Bijvoorbeeld, dialyse cliënten die gevraagd werden om herinneringen op te halen aan goede daden, lieten een verbetering zien in **fosfaat controle** en hielden zich beter aan adviezen om **genoeg te drinken** tot wel 12 maanden later. Afrikaanse Amerikanen met een hoge bloeddruk **hielden zich beter aan adviezen in de bijsluiter** na een interventie waarvan zelfbevestiging een onderdeel was.

Hoe kan zelfbevestiging in de praktijk gebruikt worden? Stel je een spreekuur voor met een cliënt aan wie je een gezondheidsadvies wil geven, wat lastig kan zijn voor de cliënt om te horen, zoals de schadelijke effecten van het roken, of het niet correct innemen van hun medicatie. Als je 5-15 minuten beschikbaar hebt en de cliënt goed kan lezen en schrijven, dan zou je de afspraak kunnen beginnen met een eenvoudige waardenoefening. Je zou de cliënt kunnen vragen om wat te schrijven of te vertellen over hun belangrijkste waarde en waarom deze waarde belangrijk voor hen is, of om wat vragen in te vullen die ontworpen zijn om hen aan hun waar-

den te herinneren. Zodra ze dit gedaan hebben kan het gezondheidsadvies gegeven worden.

Als tijd, of lees- en schrijfvaardigheid, een probleem is, kan een korte **vragenlijst over vriendelijkheid** en behulpzaamheid gebruikt worden. Recentelijk zijn ook andere korte technieken ontwikkeld, zoals het verkorten van de waardenoefening **tot een paar zinnen**, een **waardenvragenlijst**, de **bevestiging integreren** in het advies, of het vormen van plannen **om zelfbevestiging te gebruiken** in moeilijke situaties. Deze technieken zijn echter nog niet vaak getoetst in onderzoek, dus tot nog toe weten we niet zeker hoe goed ze werken.

Sommige van deze oefeningen zijn (in het Engels) te vinden op [onze website](#) van de Universiteit van Sussex, de Self-Affirmation Research Group (SARG). We adviseren graag over deze, of andere technieken, die je zou willen gebruiken.



Tips voor in de praktijk



- **Wanneer kan zelfbevestiging gebruikt worden?**

Je kunt zelfbevestiging gebruiken als je een cliënt een belangrijk gezondheidsadvies moet geven en je vermoedt dat dit advies genegeerd of afgewezen zal gaan worden. Zelfbevestiging kan de kans vergroten dat het advies ter harte genomen gaat worden en dat de cliënt actie zal gaan ondernemen om hun gezondheid te verbeteren.



- **Hoe kan ik zelfbevestiging het beste in de praktijk gebruiken?**

Het is het beste om zelfbevestiging te gebruiken in één-op-één gesprekken of in kleine groepen en als je wat tijd ter beschikking hebt. Een gezondheidsadvies kan in deze gevallen voorafgegaan worden door een van de waarde bevestigingsmethoden waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze werken. Zie de [SARG-website](#) voor voorbeelden (in het Engels).

Overleg met de cliënt of ze de bevestigingsoefeningen liever alleen doen of met jou erbij. Probeer hen zelf enthousiast te maken om de oefening te doen, in plaats van dat je hen dit opdraagt. Er zijn aanwijzingen dat de vrijheid om de keuze te maken om een oefening te doen belangrijk is voor het positieve effect van de oefening.

- **Waar moet ik voor oppassen?**

Zorg dat het gezondheidsadvies overtuigend is. Zelfbevestiging zorgt ervoor dat cliënten meer open staan voor nieuwe informatie waardoor ze een duidelijk advies aannemen. Daarentegen zijn ze ook sneller geneigd een zwak advies af te wijzen. Gebruik zelfbevestiging alleen bij cliënten waarvan je weet dat ze gezondheidsadvies niet op gaan volgen. Er zijn aanwijzingen dat zelfbevestiging niet of zelfs averechts kan werken als cliënten van nature geneigd zijn advies aan te nemen.



**Als je twijfelt,
vraag om
advies – we zijn
hier om te helpen**



”

Een betere versie van jezelf als motivatie om gedrag te veranderen

Door **Winifred Gebhardt**, Leiden Universiteit, Nederland

Zo'n negen jaar geleden werd ik van de een op de andere dag vegetariër. In het boek dat ik aan het lezen was, vertelde de hoofdpersoon dat hij niets kon eten "waar ooit een hart in heeft geklopt". Dit sloeg bij mij in als een bom. Ik realiseerde me dat ik precies hetzelfde voelde. Ik stopte meteen met vlees en vis eten en ik heb nooit moeite gehad om dit vol te houden. Dit nieuwe patroon paste precies bij "wie ik ben". Aan de andere kant jogde ik vroeger regelmatig en kon ik makkelijk zeven kilometer hardlopen. Ik heb mezelf echter nooit als een "sportief persoon" gezien en elke keer als een hindernis zich voordeed, zoals een verkoudheid, bleef ik makkelijk gewoon op de bank hangen. Ik doe nu niet langer mijn best om "sportief" te zijn, maar probeer wel zoveel mogelijk te wandelen. Ik zie mezelf als een "actief persoon."

Ons gedrag zegt iets over onszelf

Mijn patroon van "geen dieren eten" komt overeen met mijn zelfbeeld. Vegetariër zijn en vegetarisch eten geeft

me een positief beeld van mijn "zelf" als een zorgzaam en attent persoon die van dieren houdt. Elke keer dat ik over deze keuze praat, of een maaltijd met vlees afsla, wordt mijn zelfbeeld **bevestigd**.

Het feit dat we het idee hebben dat wat we doen onderdeel is van wie we zijn en we ons goed willen voelen over onszelf, is een zeer nuttig startpunt voor gezondheidsinterventies. Als we bijvoorbeeld kijken naar hoe een positief zelfbeeld afgeleid wordt van ongezond gedrag (zoals veel wijn drinken bij het diner omdat ik mezelf zie als iemand die van het goede leven houdt), kan het vervangen worden door ander, minder schadelijk of zelfs gezond, gedrag (zoals het drinken van een non-alcoholisch drankje wat nog steeds geassocieerd wordt met een relaxte levensstijl). Om gedrag te veranderen moeten we dit dus relevant maken voor het soort persoon wat we willen zijn. Deze zogenaamde **geïntegreerde motivatie om te veranderen komt, volgens de Zelfbeschikkingstheorie**, het dichtst in de buurt van intrinsieke motivatie (iets doen puur voor het plezier).

Een deel van ons zelfbeeld bestaat in de toekomst

Mensen zijn ontzettend goede tijdreizigers en we zijn **bijna de helft van onze tijd bezig met denken** aan de toekomst. We overdenken een veelvoud aan mogelijkheden voor onszelf in de toekomst. Die mogelijkheden worden 'mogelijke zelfbeelden' genoemd. **Deze leiden ons voorstellingsvermogen** en verhogen onze openheid voor doelgerichte mogelijkheden. Een toekomstig zelfbeeld als niet-roker bijvoorbeeld kan stopvoornemens, -pogingen en -succes versterken. Rokers moeten zichzelf daarom voor kunnen stellen als toekomstige niet-roker voordat ze daadwerkelijk kunnen stoppen met roken. Mijn collega Eline Meijer en ik zijn momenteel bezig met onderzoek waarin we rokers vragen zich voor te stellen wat voor persoon ze zullen worden als ze stoppen en als ze doorgaan met roken. De deelnemers schrijven over deze voorstellingen en kiezen foto's of plaatjes die ze daarmee associëren. De interventie zorgt voor ideeën als: 'als ik stop, word ik een sterke, wijze vrouw met karakter', of een 'evenwichtigere, zorgeloze vader en partner', en omgekeerd: als ik doorga met roken, word ik een hoestende, hijgende en ellendige oude vrouw, of een 'asociale, stinkende, zwakke man die altijd pijn heeft'. Een opvallend resultaat van het onderzoek is dat de meeste foto's en plaatjes symbolisch zijn, waarop geen rokende mensen of tabaksproducten staan. Associaties die de plaatjes bij mensen oproepen zijn 'zorgeloos', 'compleet' en 'beslist' versus 'verslaafde', 'depressief' en 'hopeloos'. We weten nog niet of het voornemen om te stoppen met roken ook daadwerkelijk leidt tot stoppen, maar we denken dat het helpt als mensen dit toekomstige zelfbeeld beschikbaar hebben, bijvoorbeeld bij de neiging om een sigaret op te steken. Bewijs voor de effectiviteit van toekomstige zelfbeeld interventies is al gevonden bij ander **gezondheidsgedrag zoals lichaamsbeweging**.

We gedijen in groepen waarin we ons thuis voelen

In het dagelijks leven is weerstand bieden aan verleidingen extra moeilijk in sociale situaties. Mensen die stoppen met roken kunnen bang zijn dat hun relatie met vrienden en familie verandert nu ze zich niet meer in lijn met de verwachtingen gedragen. Het kan ook dat ze niet langer mee kunnen doen aan gedeelde activiteiten. Veel van ons zelfbeeld hangt af van de sociale groepen waartoe

we behoren. **De meeste mensen die roken of drugs gebruiken bijvoorbeeld gaan om met mensen die hetzelfde gebruiken.** Dit gebruik is een belangrijke sociale norm dat bepaalt wie onderdeel is van de groep. Dit wordt vervolgens geassocieerd met allerlei andere voordelen. **Jongeren die afgekickt zijn** bijvoorbeeld kunnen het idee hebben dat hun blowende vrienden nog steeds het best bij hen passen. Mensen die niet blowen worden snel gezien als mensen met andere waarden en normen, saai, of minder 'slim, loyaal en volwassen'. Dit geeft aan dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan het behouden van eigen plaats in de sociale groep als je gaat werken aan gezonde gedragsverandering.

Om dus een blijvende verandering te bewerkstelligen moeten we zorgen dat mensen een positief zelfbeeld creëren, waarin ze hun toekomstige zelf het nieuwe gezondere gedrag zien uitvoeren wat zowel strookt met hun eigen waarden als met hun sociale omgeving.

Praktische tips

- Gedrag heeft een direct effect op onze ervaring en zelfbeeld. Laat mensen creatief nadenken over wie ze kunnen worden, bijvoorbeeld door 'mood boards' te maken van zowel hun ideale toekomstige zelf als hun negatieve toekomstige zelf.
- Zoek manieren waarop positieve toekomstige zelfbeelden die gelinkt zijn aan gezonder gedrag gebruikt kunnen worden op momenten dat het nodig is, bijvoorbeeld bij de neiging een sigaret op te steken, of bij lekkere trek. De 'mood boards' kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden als achtergrond op de PC of smartphone als reminders.
- Help mensen hun nieuwe gedrag in te passen in hun sociale omgeving, bijvoorbeeld door te oefenen met afwijken van de groepsnorm. Als iemand bijvoorbeeld een glas wijn aanbiedt, kan beleefd gereageerd worden met "Dank je wel voor het aanbod, maar nee (ik heb genoeg gehad vandaag)", of versterk de gezamenlijke band: "Wow, je zorgt altijd zo goed voor mij, je bent zo'n goeie vriend. Hoe gaat het de laatste tijd met jou?".

”

N-is-1 studies: wat kunnen we te weten komen met slechts één casus?



Door **Marie Johnston** en **Derek Johnston**, Universiteit van Aberdeen, Schotland

Medische deskundigen willen vaak een antwoord op een probleem van één persoon, één gezondheidszorg team, één ziekenhuis, één regio, enz. Het kan bijvoorbeeld belangrijk zijn om te weten hoe vaak een obese man snacks eet, wanneer en waar hij snackt en of stress snackgedrag verhoogt. Je wil misschien weten hoe vaak een team van verpleegkundigen niet de regels voor handhygiëne

opvolgt, of dat vaker is als ze onderbezet zijn en of het ophangen van instructies effect heeft. Je kunt ook een onderzoek doen naar medische fouten om te zien of die vaker voorkomen op sommige afdelingen of bij sommige personeelsgroepen. Op beleidsniveau kan het nuttig zijn te onderzoeken of een nieuwe regel, zoals het rookverbod in de horeca, invloed heeft gehad op het aantal rokers.

Je kunt deze vragen proberen te beantwoorden door mensen te vragen wat ze denken of zich herinneren, maar het is beter om te vragen of observeren op kritieke momenten om problemen met geheugen of systematische afwijkingen te voorkomen. Nieuwe technologie zoals het bijhouden van gedrag op een mobiele telefoon maakt het gemakkelijker te volgen wat daadwerkelijk op het moment gebeurt en een N-is-1 studie kan het mogelijk maken antwoord te krijgen op je vraag.

N-is-1 studies kunnen gedaan worden als het probleem **herhaaldelijk beoordeeld** kan worden om te kijken naar verandering na verloop van tijd. Dan kan het probleem beschreven worden en kan gekeken worden naar of het beter of slechter gaat onder verschillende omstandigheden. Ook kan een nieuwe interventie of behandeling gestart worden om te kijken of dit het beoogde effect heeft.

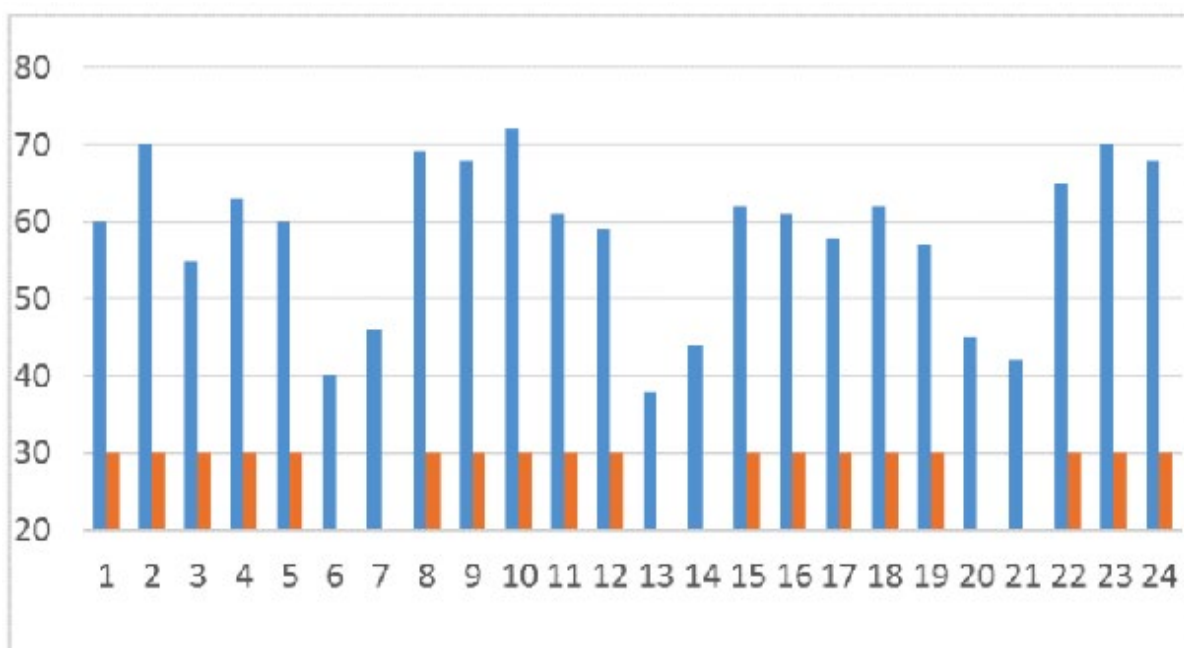
De simpelste manier om te kijken naar de data is kijken naar patronen in een grafiek, zoals de grafieken hieronder. Dit is een essentiële stap in N-is-1 analyse en kan genoeg zijn om het probleem in kaart te brengen. Er zijn ook **geavanceerdere statistische analyse** methoden voor N-is-1 studies en steeds complexere methoden worden ontwikkeld (o.a. **methoden om dynamische verandering te beoordelen**).

N-is-1 studies gebruiken om het probleem te beoordelen

Een studie kan opgezet worden om de ernst of frequentie van een probleem na verloop van tijd te beoordelen. In Figuur 1 variëren angstmetingen per dag, maar het is mogelijk een patroon te vinden. Als werkdagen meegenomen worden, zien we een verschil tussen de werkweek en het weekend, wat kan betekenen dat **deze persoon** angstig is op het werk maar niet thuis. Dit kan nuttige informatie zijn om de beste behandeling voor deze patiënt te kiezen. Toen bijvoorbeeld de stemming en tijdstip van de dag bij **een stervende vrouw** werd bijgehouden hielp dit patroon om depressie te verlichten.

De informatie die verzameld wordt in deze N-is-1 studie kan niet alleen gebruikt worden om het probleem te beschrijven, maar kan ook meehelpen te verklaren wat we zien. Medische deskundigen kunnen een theorie hebben over de factoren die invloed kunnen hebben op het probleem en het kan mogelijk zijn om te testen **tot op welke hoogte de theorie het geobserveerde fenomeen kan verklaren**. In het voorbeeld van de stervende vrouw bevestigde het volgen van haar gedachten en gevoelens de theorie dat haar stemming beïnvloed werd door bepaalde gedachten, en dat deze gedachten gekoppeld waren aan ochtend activiteiten.

Figuur 1: N-is-1 studies gebruiken om een probleem te beschrijven: blauw zijn angst scores en rood zijn werkdagen, gedurende 24 dagen

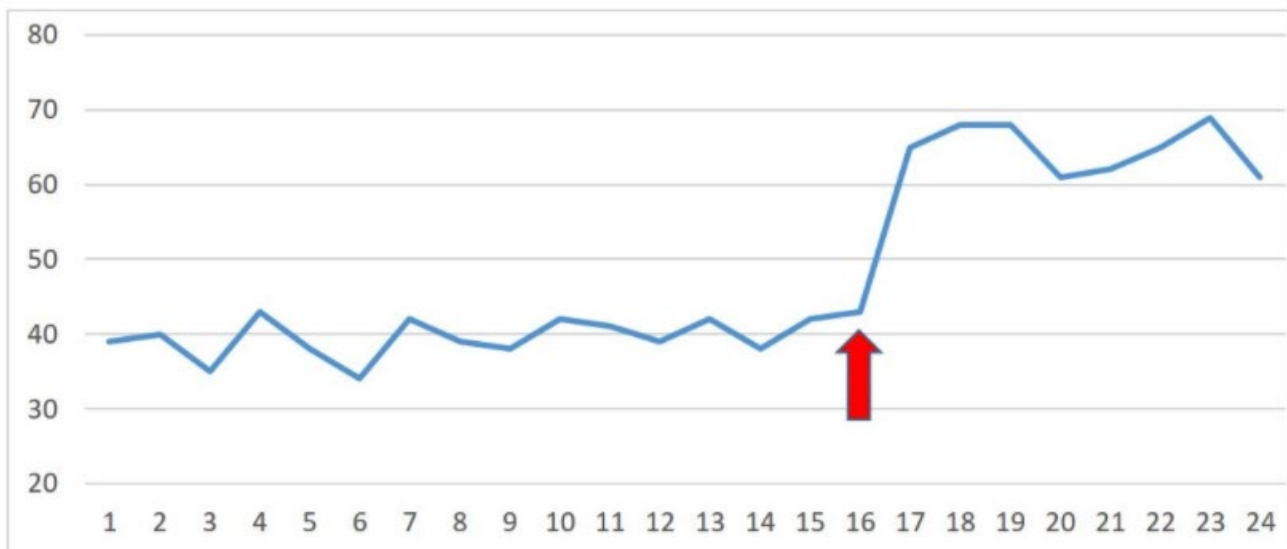


N-is-1 studies gebruiken om te bepalen of een gebeurtenis een probleem heeft verbeterd of verergerd.

Problemen kunnen verbeteren of verergeren door natuurlijke of geplande gebeurtenissen zoals een overlijden in de familie, een televisie programma over gezondheid, het sluiten van een fabriek, of zelfs door het weer. De hypothetische illustratie in figuur 2 laat een stijging zien van griepafspraken bij huisartsen in de week na een TV programma over dit onderwerp. Het tijdstip van de stijging suggereert dat de stijging niet het gevolg was

van een aanstaande epidemie en dat gezondheidszorg instellingen zich voortaan op zulke stijgingen kunnen voorbereiden als ze weten dat er een TV programma uitgezonden gaat worden. Een N-is-1 analyse van ziekenhuisopnames liet het effect zien van sport – er was een stijging van opnames voor hartproblemen tijdens en vlak na een belangrijke voetbalwedstrijd tijdens de wereldbeker in 1998.

Figuur 2: N-is-1 studies gebruiken om het effect van een gebeurtenis te beoordelen: er zijn ongeveer 40 griepafspraken per dag tot het TV programma (de rode pijl) een stijging in huisarts afspraken lijkt te veroorzaken



N-is-1 studies gebruiken om te beoordelen of een interventie of behandeling het gewenste effect heeft

N-is-1 studies kunnen gebruikt worden om **nieuwe interventies te ontwikkelen**, zoals klinische- en beleidsinterventies. In het hypothetische voorbeeld in figuur 3 eet een obese patiënt ongeveer 7 keer per dag een snack. Na de interventie (de rode pijl) verminderd het snacken snel tot 2 keer per dag.

Vergelijkbare methoden kunnen gebruikt worden om te kijken naar **het rookgedrag** in een land en naar de impact van beleidsveranderingen zoals het rookverbod in openbare gebouwen, bijvoorbeeld **hoe nationaal beleid rookgedrag beïnvloedt**.

Een goed voorbeeld van praktisch gebruik van N-is-1 studies om het effect van een interventie te evalueren is beschreven door medische deskundigen in een ziekenhuis district. Ze keken naar het probleem van vertraging in het rapporteren van bijwerkingen tussen 2001 en 2006. Ze vonden dat, hoewel de lengte van de

vertraging varieerde, het problematisch was voor hun patiënt veiligheidsprogramma en dat de vertraging na verloop van tijd niet minder werd. In 2007 en 2008 werd een programma opgezet waarin erkenning gegeven werd voor een goede performance, wat leidde tot een vermindering van de vertraging en liet zien **hoe erkenning bijdroeg aan een tijdige rapportage**.



Figuur 3: N-is-1 studies gebruiken om het effect van een interventie te beoordelen: de eerste 15 dagen laat de snack frequentie zien; de interventie die start op dag 16 (aangegeven met de rode pijl) zorgt voor een vermindering van snacks.



Uitdagingen

Dataverzameling kan lastig zijn. Frequente herhaalde metingen kunnen belastend zijn en kunnen leiden tot missende data. De huidige ontwikkelingen op het gebied van betaalbare digitale en mobiele technologie (inclusief mobiele telefoons, draagbare technologie, en sensors) maakt dataverzameling makkelijker en betrouwbaarder.

Aanbevelingen

- Gebruik een N-is-1 studie in praktische situaties om een probleem te beschrijven of om het effect van een interventie of gebeurtenis te beoordelen
- Kijk naar een probleem, of een ander relevant fenomeen, dat herhaaldelijk gemeten kan worden
- Interpreteer de data met descriptieve methoden zoals grafieken of met statistische methoden
- **Gratis mobiele telefoons apps** die kunnen helpen met dataverzameling zijn beschikbaar





”

Lichaams- beweging voor oud- eren: wat is genoeg?

Door **Anne Tiedemann**,
Universiteit van Sydney,
Australië

“Gebrek aan activiteit vernietigt de conditie van ieder mens terwijl lichaamsbeweging en sport deze bewaren en behouden” ... Plato, 400 BC.

Het is algemeen bekend dat het belangrijk is voor gezondheid en welzijn om van lichaamsbeweging een gewoonte te maken. Echter, campagnes richten zich vaak op kinderen en jongeren, met minder focus op 65 plussers. Dit terwijl dagelijks bewegen op oudere leeftijd juist belangrijk is.

De aanbevelingen over lichaamsbeweging van de Wereld Gezondheids Organisatie stellen dat 65 plussers ten minste 150 minuten matig-intensieve activiteit gedurende de week moeten krijgen, of ten minste 75 minuten hoog-intensieve activiteit, of een combinatie van

beide. Een andere aanbeveling is dat ouderen minstens drie keer per week balans oefeningen doen en minstens twee keer per week spieroefeningen, om vallen te voorkomen. Ondanks deze duidelijke richtlijnen krijgt een derde van de populatie niet of nauwelijks lichaamsbeweging, waarbij **ouderen** nog het minst actief zijn.

Het is belangrijk om te vermelden dat iets doen beter is dan niets, zelfs als mensen de aanbevolen hoeveelheid niet halen. Er zijn veel verschillende manieren om lichaamsbeweging te krijgen, van sportlessen, tot minder vaak de auto pakken, tot tuinieren en klussen. Klein beginnen en de hoeveelheid en intensiteit opbouwen en iets kiezen wat je leuk vindt, zijn de beste start punten. Voor mensen die al bezig zijn met hardlopen, roeien, of fietsen is ouder worden geen reden om te stoppen zolang de gezondheid het toestaat.

Vallen is een veelvoorkomend probleem bij ouderen. Jaarlijks maakt een op de drie 65 plussers een val. Dit heeft vaak langdurige gevolgen voor de oudere en hun familie en kan tot gevolg hebben dat de oudere naar een verzorgingstehuis moet. Vallen kan voorkomen worden met regelmatige **balans oefeningen**, zoals voetje-voor-voetje lopen (als een koorddanser) of herhaaldelijk zitten en opstaan zonder de handen te gebruiken.

Ouderen kunnen hindernissen ervaren als ze actiever willen worden, zowel financieel, fysiek, sociaal, of praktisch. Sommige **ouderen** vinden elektronische gadgets (zoals stappentellers) die de dagelijkse beweging bijhouden nuttig als reminder en om gemotiveerd te blijven.

Sommige mensen hebben meer steun nodig bij het lichamelijk actief blijven. Gezondheidscoaching is een persoongerichte aanpak waarbij gebruik wordt gemaakt van motivationele interview technieken en oplossings- en doelgericht denken om gezondheidsgedrag te bevorderen. Een recent **literatuuroverzicht** van het effect van gezondheidscoaching op lichaamsbeweging bij 60 plussers liet significante verbetering zien in lichaamsbeweging.

Doelen stellen is een andere strategie die bijdraagt aan gedragsverandering wat betreft lichaamsbeweging. Doelstellingen motiveren mensen om tijd en energie te steken om de doelen te behalen. Voor maximale effectiviteit moeten mensen **hun eigen persoonlijke SMART** (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) doelen stellen.

De sociale voordelen van lichaamsbeweging zijn vaak belangrijk met name voor ouderen. Er zijn veel mogelijkheden voor mensen die een voorkeur hebben voor georganiseerde activiteiten. Er zijn lokale initiatieven voor bijvoorbeeld gratis hardloop groepen – dit is een leuke en sociale manier om actief te blijven. Voor een wat grotere uitdaging is het internationale **Parkrun** (Parklopen in Nederland) een optie.

De boodschap over lichaamsbeweging is op welke leeftijd dan ook eenvoudig – wees zo actief mogelijk, op zoveel mogelijk manieren, zo vaak als je kan. Iets doen is beter dan niets doen en elke activiteit draagt bij aan een betere gezondheid.

Praktische aanbevelingen

- Zorg dat lichaamsbeweging een onderdeel wordt van elk preventie- of behandelplan om gezondheid en welzijn te bevorderen.
- Help patienten om beweging te zien als een mogelijkheid om gezondheid te verbeteren, in plaats van een bron van ongemak. Stel bijvoorbeeld voor de trap te nemen in plaats van de lift en om naar de supermarkt te lopen in plaats van met de auto te gaan, waar dat mogelijk is.
- Ouderen die nog niet vaak over lichaamsbeweging nagedacht hebben, moeten aangemoedigd worden om iets te kiezen wat ze leuk vinden en klein te beginnen en de duur en intensiteit langzaam op te bouwen.
- **Oefeningen** die de balans bevorderen zijn het meest effectief om het risico op vallen te verminderen.
- Moedig mensen aan om **doelen te stellen** een stappenteller te gebruiken, of een gezondheidscoach in te schakelen om actiever te worden en te blijven.

”

Praten over lichaamsgewicht in een consultatie



Door **Jane Ogden**, Universiteit van Surrey,
Verenigd Koninkrijk

Het is lastig om in een consult over lichaamsgewicht te beginnen. Sommige patiënten hebben er genoeg van om elke keer te horen dat ze 'wel wat af mogen vallen', of ze nu voor een zere keel, een uitstrijkje of mogelijke hartproblemen komen. Wellicht hebben ze hun hele leven lang met stigma te maken gehad en denken ze dat **hun overgewicht het enige is wat mensen ooit zien**. Anderen hebben hun gewicht wellicht nog nooit als een probleem gezien en kunnen beledigd of verrast zijn als je erover begint. Sommige mensen willen het advies niet horen en denken bijvoorbeeld 'wat weet jij er nou van – je bent zelf te dun/dik/jong/oud' of 'ik heb geen vertrouwen in de wetenschap'. Beginnen over

lichaamsgewicht vereist daarom behoedzaamheid en voorbereiding op 'wanneer', 'hoe' en 'wat' je precies zegt tegen een persoon met overgewicht.

Wanneer...

De meeste mensen zijn erg goed in hun leven lang goede raad te negeren. De beste manier om mensen naar advies te laten luisteren is de juiste timing te kiezen en te koppelen aan een '**leermoment**'. Dit kan bijvoorbeeld gaan om nieuwe symptomen zoals ademnood of gewrichtspijn, een diagnose zoals diabetes of verhoogde

bloeddruk, een nieuwe levensfase zoals ouder worden of pensioen, of als iets in het dagelijks leven moeilijk begint te worden zoals traplopen, kinderen dragen, of schoenveters strikken. Deze **leermomenten** kunnen ervoor zorgen dat mensen echt gaan luisteren naar advies, dus grijp het moment aan als de in de plaats van patiënten het aangeeft en begin over lichaamsgewicht.

Hoe...

Helaas is dat niet altijd makkelijk! Zeg je 'dik', 'gewicht', 'overgewicht', of zelfs 'obees'? Moet je een slag om de arm houden en vragen 'Is het goed als we het over uw gewicht hebben?' of moet je directer optreden en zeggen 'U moet afvallen.'. Dit is niet altijd duidelijk, maar in mijn boek '**De Psychologie van Diëten**' leg ik de resultaten van onderzoek als volgt uit: medewerkers in de gezondheidszorg vinden het vaak moeilijker om over dit onderwerp te praten dan patiënten. Medewerkers in de gezondheidszorg moeten over gewicht beginnen, zelfs als ze daar huiverig voor zijn. Het woord 'obesitas' kan als een schok komen, maar een kleine schok (niet teveel) kan positief uitpakken. Elke patiënt is anders, elke medewerker in de gezondheidszorg is anders en elk consult is een dynamiek tussen twee verschillende personen. Het komt dus neer op een oordeel op het juiste moment en je aanpak proberen aan te passen aan deze patiënt op dit moment. Zolang je de boodschap brengt met warmte en empathie moet het goedkomen. 'Wist je dat overgewicht je bloeddruk kan verhogen' kan **bijvoorbeeld** een nuttige start van een gesprek zijn, omdat het gewicht linkt aan een specifiek gezondheidsprobleem.

'Afvallen kan de pijn in uw rug verminderen' kan ervoor zorgen dat afvallen als oplossing van het probleem wordt gezien. Zodra het gesprek is gestart, is het zaak goed te letten op de reactie van de patiënt en **de eigen reactie hierop aan te passen**. Dit kan helpen met een (werk) relatie die ook in vervolg consulten verder werkt. Meer over dit onderwerp is te vinden in **onderzoek** over '**gezonde gesprekken**' en '**elk consult telt**'.

Wat...

En dan? Nadat het onderwerp is aangesneden, bepaalt het vervolg hoe succesvol de patiënt zal zijn in gewicht verliezen. De vervolgstappen moeten de patiënt helpen **realiseren dat hun gewicht inderdaad een probleem vormt** en hen overtuigen dat hun **gewicht wordt bepaald door hun gedrag** (dus niet genetisch is, of veroorzaakt wordt door hormonen, medicatie, of de overheid – ongeacht of dat klopt of wat de patiënt denkt). Geef de patiënt het zelfvertrouwen dat ze hun levensstijl kunnen veranderen, zorg dat ze jou vertrouwen en terug willen komen voor een vervolg consult en zorg er uiteindelijk voor dat ze er klaar voor zijn om hun gedrag te veranderen.

Gewichtsverlies is een lange termijn project. Het is goed om gewicht bespreekbaar te maken. Maar dit moet gebeuren met inachtnaam van 'wanneer', 'hoe' en 'wat', op een manier dat het lange termijn project succesvol voltooid wordt, in plaats van te eindigen voor het goed en wel begonnen is.

Praktische aanbevelingen



- Wanneer, hoe en wat zijn essentieel
- Wees zorgvuldig met timing – probeer over lichaamsgewicht te beginnen op een 'leermoment'
- Pas je taalgebruik aan aan dat van de patiënt en wees niet bang om over lichaamsgewicht te beginnen
- Moedig patiënten aan om te kijken naar hun eigen rol in hun gewichtsverlies – maar met compassie en zonder hen een schuldgevoel te geven



”

Self-efficacy: Het ‘ik kan het’ gevoel wat mensen in staat stelt hun levensstijl te veranderen.

Door **Ralf Schwarzer**,
Vrije Universiteit van
Berlijn, Germany en
SWPS University of Social
Sciences and Humanities,
Polen

Gedragsverandering is vaak gewenst, maar vaak moeilijk te realiseren. Stoppen met roken, gezond eten en sporten vereisen allemaal motivatie, moeite en doorzettingsvermogen. Hoewel veel psychologische factoren een rol spelen bij gedragsverandering is **self-efficacy** (vrij vertaald als zelfredzaamheid: het gevoel dat je een bepaald gedrag kunt uitvoeren) een van de meest belangrijke.



Wat is self-efficacy en wat doet het?

Heb je het ooit moeilijk gevonden om geen wijn te bestellen als je uit eten gaat? Hoewel je misschien vindt dat niet drinken goed voor je is, kan het moeilijk zijn om dit vol te houden te houden. Dit gevoel duidt op een lage self-efficacy om alcohol te vermijden. Self-efficacy is de hoeveelheid persoonlijke controle die we verwachten te hebben over een gedrag in lastige situaties. Het is het optimistische geloof in ons eigen vermogen om nieuwe en moeilijke uitdagingen aan te gaan. Als we sterk geloven in ons vermogen een taak te volbrengen (dus een hoge self-efficacy hebben), dan is het waarschijnlijk dat we er moeite voor doen. Als we vertrouwen hebben dat we een probleem of uitdaging (bijvoorbeeld een examen of toets) aankunnen, is het waarschijnlijker dat we de uitdaging aangaan, dan dat we deze gaan vermijden. Maar als we aan onszelf twifelen (dus een lage self-efficacy hebben) dan aarzelen we wellicht om ergens aan te beginnen. Self-efficacy is daarom een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering en ondersteunt optimaal functioneren.

Wat kunnen we leren van onderzoek over gedragsverandering?

Literatuur overzichten geven aan dat een hoge self-efficacy gezondheidsgedrag voorspelt, zoals stoppen

met roken, diëten, anticonceptiegebruik, alcohol gebruik, **eten van groente en fruit**, flossen en lichaamsbeweging. Ook laten interventie studies zien dat het verhogen van self-efficacy leidt tot verbetering van gezondheidsgedrag (zoals **diëten** en lichaamsbeweging). Deze resultaten laten zien dat mensen een bepaalde hoeveelheid self-efficacy nodig hebben om belangrijk gezondheidsgedrag te veranderen en gewenste uitkomsten te bereiken (zoals **gewichtsverlies**).

Aangezien self-efficacy duidelijk belangrijk is in het proces van gedragsverandering, vragen we ons in deze blog af: hoe komen we erachter of iemand een hoge of lage self-efficacy heeft? En wat kunnen we doen om self-efficacy te verhogen?

Hoe kunnen we het self-efficacy niveau inschatten?

De meest voorkomende manier is om mensen bepaalde stellingen te laten beoordelen. Een regel voor de gedrag specifieke meting van self-efficacy is: "Ik heb er vertrouwen in dat ik [een bepaald gedrag uit kan voeren], zelfs als [een barrière tot dat gedrag]." Een voorbeeld van een self-efficacy stelling is: "Ik heb er vertrouwen in dat ik toetjes kan laten staan, zelfs als mijn familie toetjes blijft eten." Voor het meten van allerlei gezondheidsgedrag zijn self-efficacy schalen (groepen van stellingen) ontwikkeld. Self-efficacy schalen voor diëten, lichaamsbeweging, gebruik van zonnebrand, flossen, handen wassen en alcohol gebruik kun je **hier** en **hier** vinden. Bij het bepalen van self-efficacy is het

belangrijk te beseffen dat een lage self-efficacy voor het ene gedrag niet automatisch betekent dat self-efficacy voor het andere gedrag ook laag is. Self-efficacy moet daarom specifiek in relatie tot een bepaald gedrag gemeten worden.

Hoe kunnen we self-efficacy verhogen?

De meeste interventies die zich richten op het verhogen van self-efficacy kunnen ingedeeld worden in **vier verschillende groepen** die een hiërarchie vormen. Allereerst, bovenaan de hiërarchie, kan self-efficacy verbeterd worden door persoonlijke prestaties. Om deze succeservaringen te cultiveren kun je cliënten begeleiden naar kleine doelen die naar alle waarschijnlijkheid gehaald zullen worden. Je kunt dan positieve feedback geven om de succeservaring te versterken en de cliënt aanmoedigen om uitdagendere vervolgstappen te zetten. Zo'n stapsgewijze aanpak kan nuttig zijn zowel in klinische settings als fysiotherapie (stapsgewijze vooruitgang van balans- en krachtsoefeningen), of cognitieve gedragstherapie voor fobieën.

De tweede groep is indirecte ervaring, ofwel het observeren van anderen. Als mensen anderen (met wie ze zich kunnen identificeren) een uitdaging zien overwinnen, kan sociale vergelijking en imitatie van het gedrag self-efficacy versterken. Stel je bijvoorbeeld voor dat je bezig bent te stoppen met roken, maar het lukt je partner niet om te stoppen door een lage self-efficacy. Probeer

dan je partners self-efficacy te verhogen door in kleine stappen je eigen ervaringen met barrières (bijvoorbeeld de sterke behoefte aan een sigaret) en hoe je deze hebt overwonnen en je optimisme te delen. Zodanig kun je een positief rolmodel zijn als het even te zwaar wordt voor de ander.

De derde manier om self-efficacy te verhogen is door overtuigingskracht. Dit werkt minder goed dan de persoonlijke en indirecte ervaring, maar kan soms nuttig zijn. Je kunt bijvoorbeeld je cliënt geruststellen door te benadrukken dat ze zich aan het nieuwe dieet kunnen houden aangezien ze competent zijn en goed zijn in plannen. Je kunt de cliënt ook vertellen dat ze alles voor elkaar kunnen krijgen waar ze moeite voor doen. Dit soort overreding kan self-efficacy verhogen.

De vierde manier, de perceptie en interpretatie van fysiologische alertheid, is minder relevant in interventies voor gezondheidsgedrag. Je kunt je cliënten echter wel voorbereiden op potentieel fysiologisch ongemak wanneer ze nieuw gezonder gedrag gaan vertonen (het sterke verlangen naar een sigaret, spierpijn na sporten, etc.), wat terugval kan verminderen.

Concluderend kunnen we zeggen dat self-efficacy een belangrijke overtuiging is die vatbaar is voor verandering en die belangrijk is om gezond gedrag te beginnen en vol te houden. Als self-efficacy laag is kan het met de juiste stappen verhoogd worden wat mensen kan helpen hun gedrag te veranderen.

Praktische aanbevelingen

- **Bepaal self-efficacy.** Als je een bepaalde gedragsverandering met een cliënt bespreekt, bepaal dan ook het niveau van self-efficacy. Dit kun je doen door middel van een vragenlijst, of door te vragen naar hun vertrouwen in zichzelf dat ze het gedrag uit kunnen voeren in lastige situaties.
- **Help self-efficacy verhogen.** Als iemand een lage self-efficacy heeft, probeer deze dan te verhogen met behulp van:
 - ▶ **Aanzetten tot succeservaringen.** Help de persoon om structuur te geven aan hun pogingen om gedrag te veranderen, zodat ze snel en vaak kleine successen boeken.
 - ▶ **Identificeer indirecte ervaringen.** Wijs op gepaste rolmodellen die de uitdaging met succes zijn aangegaan.
 - ▶ **Overtuiging.** Laat de persoon weten dat je vertrouwen hebt in hun vaardigheden en karakter.

”

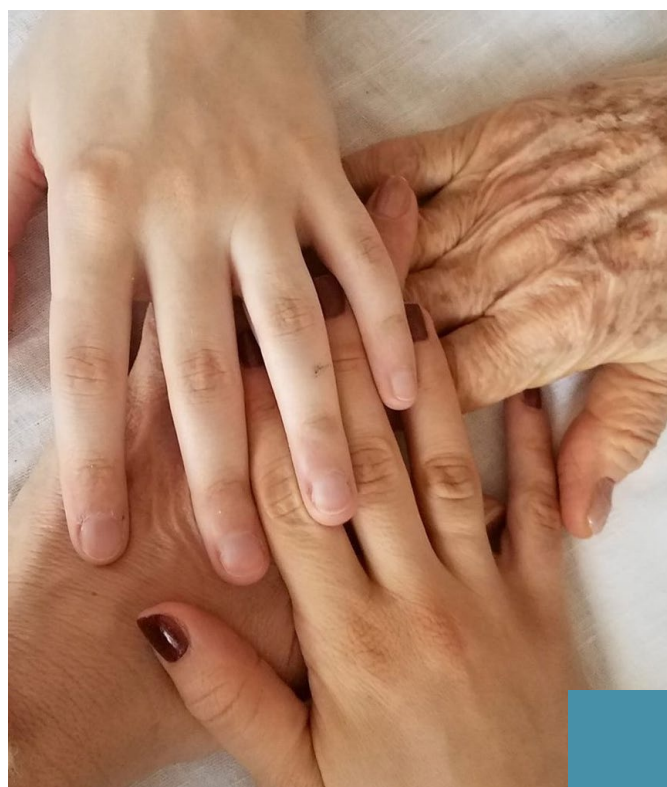
Verhalen vertellen over zorgen voor anderen

Door **Irina Todorova**, Health Psychology Research Center in Sofia, Bulgarije

Zorgen voor oudere familie of vrienden, die soms met gezondheidsproblemen kampen, kan een moeilijke en verwarrende ervaring zijn die zowel dankbaar als frustrerend kan voelen. De medische wetenschap heeft ervoor gezorgd dat mensen langer en gezonder leven en soms wordt de cognitieve achteruitgang die vaak gepaard gaat met ouder worden ook vertraagd. De manier waarop families voor hun ouderen zorgen en de betekenis van ouder worden, dementie en mantelzorg, varieert per **cultuur**. De meeste mensen blijven thuis wonen als onderdeel van hun gemeenschap, wat psychosociale voordelen heeft voor zowel de oudere als voor de andere generaties binnen de familie. Tegelijkertijd gaat het zorgen voor mensen met gezondheidsproblemen gepaard met fysieke inspanning, psychologische spanning, rouw om verlies en mogelijke financiële problemen.

Verhalende gezondheidspsychologie probeert menselijke ervaring en betekenisgeving in het dagelijks leven te begrijpen door het vertellen van verhalen, vooral voor het begrijpen van onderwerpen als gezondheid, ziekte, en het daaraan gerelateerde gevoel van identiteitsverandering. Door verhalen te vertellen kunnen mensen betekenis geven aan onverwachte "**biografische verstoringen**" en kunnen zij verbindingen gaan leggen tussen verleden, heden en toekomst en continuïteit vinden in de veranderingen in zichzelf en hun relaties. Door afzonderlijke gebeurtenissen te verbinden tot een lopend verhaal kunnen mensen betekenis geven aan wat er gebeurd is, wat dat voor hen

betekent en hoe dit hen heeft gevormd. In ons **onderzoek naar mantelzorg** hebben we gezien dat verhalen betekenis kunnen geven aan hoe de relatie met partner, familie of vriend metertijd geherdefinieerd wordt. Verhalende gezondheidspsychologie benadrukt dat verhalen **gelaagd**, persoonlijk, sociaal en cultureel zijn, wat licht kan werpen op gezondheidsverschillen. Verhalen van



patiënten en hun officiële en onofficiële verzorgenden kunnen ook nuttig zijn in de **medische gezondheidszorg**.

Zorgen voor de mantelzorger: onderzoekers en medewerkers in de gezondheidszorg zijn geïnteresseerd in hoe mantelzorgers ondersteund kunnen worden. Evaluatie onderzoek heeft laten zien dat verschillende benaderingen mogelijk zijn. Deze benaderingen kunnen ingedeeld worden in vier groepen:

- **Educatie en training** – Verhogen van de kennis over ouder worden en de fasen en aard van dementie.
- **Sociale steun** – Steun van lotgenoten in groepsverband, online, of van vrienden en familie.
- **Rust** – Sociale netwerken of organisaties kunnen de zorg verlichten om oververmoeidheid en overbelasting tegen te gaan.
- **Gezondheidsbevorderende activiteiten** voor de mantelzorger, zoals lichaamsbeweging en bezigheden die stress helpen verminderen.

Daarnaast is het belangrijk om te pleiten voor beleid om mantelzorgers en patiënten te ondersteunen. De wetgevende macht van Massachusetts heeft bijvoorbeeld recentelijk de **Mass Alzheimer en Dementie** wet goedgekeurd, als reactie op input van familie en professionals in de gezondheidszorg en de lobby van de lokale Alzheimer Vereniging. Deze wet maakt training voor medewerkers in de gezondheidszorg mogelijk, waardoor zij dementie kunnen diagnosticeren, steun kunnen geven aan patiënten en hun families en acute hulp en bescherming tegen misbruik mogelijk maakt.

Verhalende gezondheidszorg: verhalende zorg is persoonsgericht, gericht op de dialoog en ingebed in de culturele en structurele context waarin zorg plaatsvindt. Als verzorgenden de kans krijgen **hun eigen verhaal** te vertellen kunnen ze betekenis geven aan hun ervaring. Daarnaast kunnen ze hun communicatieve vaardigheden ontwikkelen om beter te luisteren en af te stemmen op de verhalen en ervaringen van de persoon voor wie ze zorgen.

Een conclusie die getrokken wordt in de **meta-analyse van interventies** om het welzijn van mantelzorgers te verhogen, is dat deze het meeste effectief zijn als zowel de mantelzorger als de patiënt hierbij betrokken worden. Er zijn proeven gedaan met verhaal vertellende programma's in verzorgingshuizen (bijvoorbeeld: '**levensverhaal**' en 'herinneringen'). Hoewel de meesten zich richten op ouderen zijn sommigen opgezet als

samenwerking of gedeelde verhalen, die familie en mantelzorgers erbij betrekken.

Zorg kan belastend zijn voor mantelzorgers. Het wordt beleefd door verhalen die vermoeidheid en rouw samenbrengen, die vervolgens sterke banden kunnen creëren. Het helpen van mantelzorgers om hun eigen verhalen te omarmen kan bijdragen tot een nieuw ge-voel van betekenis en zingeving.

Vanuit een verhalende praktijk perspectief geven we de volgende suggesties voor medewerkers in de gezondheidszorg, die mantelzorgers ook zelf kunnen gebruiken in hun dagelijkse zorgtaken.

Praktische tips

- Moedig mantelzorgers aan om hun verhalen over de zorg voor en de veranderende relatie met de persoon voor wie ze zorgen te delen. Stel open vragen ("vertel eens over...") en luister met empathie en moedig hen aan met vrienden te praten of zich aan te sluiten bij een lotgenoten groep.
- Stel mantelzorgers voor een dagboek bij te gaan houden en boeken en poëzie te gaan lezen. Nadenken over die verhalen kan helpen om hun zorg ervaringen een plek te geven en kan op **meerdere manieren** bijdragen aan hun gezondheid.
- Verhalen van mantelzorgers zijn relationeel. Stel daarom voor dat de verzorgende en de verzorgde de tijd nemen om te praten over hun heden en verleden. Geef ideeën hoe mantelzorgers dit het beste aan kunnen pakken, zoals herinneringen oproepen door het bekijken van foto's, objecten met een gezamenlijk verhaal, of het maken van collages.
- Deze manier van verhalen vertellen kost tijd en is niet per se geschikt voor iedereen. Er moet daarom zorgvuldig en terughoudend mee om gegaan worden. Aangezien de verhalen veel emoties op kunnen roepen kan een korte sessie soms beter zijn dan een lange sessie.

”

Motivatie en de eerste stappen naar een actiever leven



Door **Keegan Knittle**,
Universiteit van Helsinki, Finland

Het is een bekend verhaal in de gezondheidszorg: iemand die duidelijk baat zal hebben bij meer lichaamsbeweging komt naar de kliniek. We bespreken hun lichamelijke (in)activiteit en uiteindelijk zegt de patiënt toch niet gemotiveerd genoeg te zijn om meer te gaan bewegen. Wat moet de arts doen? Hoe kunnen we deze persoon motiveren om tenminste te overwegen hun gedrag te veranderen? Of nog beter: hoe kunnen we hen helpen om goede voornemens voor meer lichaamsbeweging te formuleren?

In overleg met ongemotiveerde mensen beginnen artsen vaak met informatie over de voordelen van lichaamsbeweging. Ze adviseren de persoon ook vaak om actiever te worden, maar vergeten daarbij vaak de voorkeuren van de persoon in acht te nemen. Hoewel goed bedoeld, is het niet waarschijnlijk dat deze adviezen en informatie leiden tot gedragsverandering. Sterker nog,

als 26 mensen die weinig lichaamsbeweging krijgen advies ontvangen over beweging is het waarschijnlijk dat slechts 1 van hen ook daadwerkelijk het aanbevolen niveau bereikt.

Andere gezondheidszorgmedewerkers gaan nog een stap verder en sporen patiënten aan door dingen te zeggen als: "je moet veranderen" of "je moet NU meer gaan bewegen". Deze wat sterkere aansporingen tot bewegen kunnen averechts werken en kunnen weerstand oproepen. In extreme gevallen kan de arts zelfs **angst oproepen bij de patiënt**, door de risico's van beperkte lichaamsbeweging op te sommen. Helaas zijn strategieën die mensen angstig maken **vaak niet effectief**, behalve als mensen zichzelf al zeer bekwaam achten. De vraag blijft dus: hoe kunnen we mensen het beste motiveren om meer te gaan bewegen?

In 2018 heeft onze **onderzoeksgroep** een **meta-analyse** gepubliceerd om antwoord te vinden op deze vraag. We vonden meer dan 100 interventies in de wetenschappelijke literatuur om lichaamsbeweging te bevorderen. We keken naar de gedragsveranderingstechnieken die gebruikt werden in deze interventies. Daarna probeerden we te bepalen welke technieken echt leiden tot een verhoging van motivatie om te bewegen. Twee groepen van gedragsveranderingstechnieken bleken motivatie te verhogen.

De eerste groep technieken bestond uit **zelfregulatie technieken**. In onze analyses hadden alle zelfregulatie technieken (d.w.z., zelfcontrole, feedback krijgen, doelen stellen voor lichaamsbeweging, **actie plannen** maken en probleemoplossend denken om hindernissen te overwinnen) een positief effect op motivatie. Bovendien verhoogden interventies die zelfcontrole combineerden met ten minste een andere zelfregulatie techniek motivatie meer dan andere interventies. Eerdere onderzoeken hebben ook al laten zien dat zelfregulatie erg belangrijk is om gedrag (zoals **lichaamsbeweging, gezond eten, stoppen met roken**) te veranderen en onze studie laat zien dat ze ook belangrijk zijn in het verhogen van motivatie. Het kan dus helpen om mensen zelfregulatie technieken te laten uitproberen, zowel om hen meer te laten bewegen als om hen gemotiveerd te houden.

De tweede groep technieken bestond uit deelnemen aan lichaamsbeweging lessen, inclusief instructies over hoe je het beste kunt bewegen, demonstraties en mogelijkheden om manieren van bewegen te oefenen en uit te proberen. Interventies die deze technieken gebruikten en interventies die één-op-één of in groepen gebracht werden, leiden tot verhoogde motivatie. Dit kan te maken hebben met de sociale steun die mensen ervaren van de trainers, of met de mogelijkheid tot competitie en plezier met anderen in de les. Aangezien het wellicht wat overweldigend is voor iemand die nooit beweegt om meteen aan een groepsles te beginnen is de kans groot dat hun motivatie wel zal verhogen.

Concluderend kunnen we zeggen dat er geen manieren zijn die 100% succesvol zijn om iemand te motiveren om actiever te zijn, maar uit onderzoek blijkt dat zelfcontrole en deelname aan sportlessen een goed begin kan zijn. Dus, de volgende keer dat je een cliënt of patiënt ziet die baat zou kunnen hebben bij wat meer lichaamsbeweging, lees dan de onderstaande tips. Ze werken misschien niet voor iedereen, maar ze geven tenminste wat ideeën om patiënten te motiveren. **Motiveer-ze!**

Praktische tips

- Vraag patiënten om hun lichaamsbeweging bij te houden met **een app, een stappenteller**, of op **papier**. Geef ze een lijst met een aantal opties om hun activiteiten bij te houden.
- Laat de patiënt hun activiteitsoverzicht bekijken om te zien of ze werkelijk zoveel bewegen als ze denken en om momenten te bepalen waarin ze meer lichaamsbeweging in zouden kunnen plannen.
- **Stel een doel en maak een planing**. Zorg dat de patiënt voor zichzelf een doel stelt dat realistisch is (in vergelijking met wat de patiënt nu doet, zie stap 1 en 2). Maak een planning wanneer, waar, en hoe ze dit doel gaan bereiken.
- Gewoon doen. Geef de patient een lijst van groepslessen, sportverenigingen, of parken in de buurt en help hen om te kiezen wat voor een activiteit het beste bij hen past. Erken dat het begin erg moeilijk is, maar dat het motiverend werkt om bezig te zijn.
- Focus op motivatie. Laat de patiënt weten dat het normaal is om je ongemotiveerd te voelen en dat uit onderzoek blijkt dat de voorgenoemde strategieën kunnen helpen om een actiever leven te leiden en tegelijkertijd motivatie te verhogen.



”

Positieve psychologie interventies op het werk

Door **Alexandra Michel**, Federal Institute for Occupational Health and Safety Duitsland, en **Annekatriin Hoppe**, Humboldt Universiteit, Berlijn, Duitsland

Werknemers brengen een groot gedeelte van hun tijd door op het werk. Het is dan ook niet opzienbarend dat lagere werkdruk en meer hulpmiddelen (met hulpmiddelen bedoelen we hier zaken als autonomie, sociale steun, zelfredzaamheid, etc.) belangrijk zijn voor balans tussen werk en privé leven, welzijn en gezondheid. In

de laatste jaren heeft onderzoek zich niet alleen gericht op hulp bij de negatieve consequenties van werkstress, maar ook op manieren om het welzijn van werknemers te verhogen. Vooral het promoten van positieve **psychologie interventies op het werk** is een **nieuwe richting** in de arbeidsgezondheidspsychologie. Positieve psychologie

interventies richten zich op het opbouwen van hulpmiddelen en het voorkomen van verlies van die hulpmiddelen. De interventies bevatten **activiteiten** die tot doel hebben om positieve gevoelens, gedrag en cognities te bevorderen. In deze blog laten we drie korte interventies zien die werknemers helpen om hun hulpmiddelen op te bouwen en welzijn op het werk te verhogen.

Hoe kan ik meer positieve aspecten van mijn werk zien, ervaren en waarderen?

Cognitieve strategieën, zoals positief denken en het waarderen van positieve ervaringen op het werk, kunnen werknemers helpen om positieve emoties te verhogen en zich beter te voelen. In onze **interventie studie** vroegen we zorgverleners om aan een positieve en zinvolle gebeurtenis te denken die ze op het werk hadden meegemaakt. Dit kon bijvoorbeeld een leuke interactie met een patiënt zijn, een fijn gesprek met een collega, of een behandelingsucces. We vroegen de zorgverleners om een tijdje na te denken over de positieve ervaring en te genieten van de herinnering. Deze oefening met audio instructies duurde vijf minuten en werd tien opeenvolgende werkdagen herhaald. Na deze periode rapporteerden zorgverleners die de oefening hadden gedaan minder vermoeidheid en emotionele uitputting



dan zorgverleners die de instructies niet hadden gekregen. Voornamelijk zorgverleners met een grote behoefte aan herstel, bijvoorbeeld omdat ze over het algemeen weinig energie ervaarden, hadden veel aan de oefening in positief denken.

Hoe kan ik nieuwe energie krijgen in mijn werk? Het voordeel van een pauze.

Werkdruk kan energie opslokken en kan leiden tot verminderde betrokkenheid bij het werk, gevoelens van uitputting en vermoeidheid. Korte pauzes kunnen werknemers helpen tijdelijk hun gedachten af te leiden van het werk om zo weer nieuwe energie op te bouwen. We hebben daarvoor twee korte oefeningen **ontwikkeld**: een gesimuleerde natuuractiviteit (luisteren naar natuurgeluiden, zoals het geluid van vogels of golven); en een spierontspanningsoefening. We noemen zo'n korte pauze een 'micro-interventie'. Deze kan op de werkplek gedaan worden en geeft de werknemer even rust en afleiding van het werk. In **ons onderzoek** werden mensen willekeurig ingedeeld in de natuurgeluiden groep of de spierontspanningsgroep. De resultaten laten zien dat beide korte activiteiten, die makkelijk op de werkplek uitgevoerd kunnen worden, de vitaliteit verhogen en vermoeidheid verlagen in de loop van de tien dagen.

Hoe kan ik gedachten over werk uitschakelen en een goede balans vinden tussen werk en privé?

Werknemers die in hun vrije tijd veel over het werk nadenken en emotioneel betrokken blijven, vinden het vaak moeilijk zich af te sluiten of los te maken van het werk. Dit kan leiden tot een slechtere balans tussen werk en privé leven. Op basis van '**boundary theory**' (grenstheorie) hebben we een interventie ontwikkeld die werknemers helpt om op hun eigen manier werk en privé dan wel te scheiden, dan wel te integreren. Onze online **interventie** leert mindfulness als een cognitief-emotionele strategie om grenzen te bepalen. **Mindfulness** is een toestand waarin iemand zich bewust is van ervaringen zonder daarover te oordelen. In onze interventie reflecteerden werknemers op hun segmentatie strategieën (de strategieën die bedoeld zijn om werk en privé van elkaar gescheiden te houden) en leerden ze mindful ademhalingstechnieken die hen hielpen zich op het moment te richten en ongewenste werkgerelateerde cognities en gevoelens los te laten. Dit hielp werknemers om zich te richten op een specifieke privé activiteit (bijvoorbeeld spe-



len met de kinderen thuis) en werk-gerelateerde zorgen te vergeten. Onze **resultaten** lieten zien dat werknemers in de interventiegroep, vergeleken met een controle groep, minder emotionele uitputting, negatieve gevoelens, minder stress over de balans tussen werk en privé leven ervaren en meer psychologische loskoppeling en tevredenheid ervaren.

Conclusie

Interventies voor positieve werk reflectie, rustpauzes en scheiding van werk en privé leven kan werknemers helpen hulpmiddelen op te bouwen en hun welzijn te verhogen. Voor organisaties en werknemers zien we de volgende voordelen: de interventies kunnen gemakkelijk geïntegreerd worden in de werkdag tijdens korte pauzes, of in de avonduren. Ze kunnen toegepast worden in veel soorten banen en kunnen online beschikbaar gemaakt worden via mobiele telefoon apps of op papier. Organisaties en werknemers moeten in gedachten houden dat vooral werknemers met een hoge werkdruk of emotioneel veeleisende taken voordeel hebben bij deze interventies en dat lange termijn effecten van de interventies nog niet bekend zijn. Tot slot zijn deze individuele interventies niet noodzakelijk een vervanging

voor uitgebreidere gezondheidspromotie activiteiten op de werkplek die werkomstandigheden op een meer holistische manier pogen te verhogen (bijvoorbeeld werkdruk verminderen, teambuilding, training voor leidinggevenden, etc.).

Praktische tips

- Denk tijdens de lunchpauze, of na het werk, aan iets wat goed ging op het werk. Bijvoorbeeld een goed gesprek met een collega, een succesvolle presentatie, of een taak waar je plezier in had.
- Plan korte pauzes gedurende de werkdag om je even los te maken en op te laden. Gebruik de pauzes om te ontspannen, te mediteren of om een wandeling te maken.
- Probeer je los te koppelen van werk. Korte mindfulness ademhalingstechnieken kunnen je helpen om te focussen op het moment en ongewenste gedachten en emoties los te laten.

”

Patiënten praat: wat de arts duidelijk maakt en wat de patiënt duidelijk niet begrijpt

Door **Anne Marie Plass**,
University Medical Center of
Göttingen, Duitsland

Een tijd geleden klaagde een dermatoloog, werkzaam in een academisch ziekenhuis en gespecialiseerd in psoriasis (een chronische huidaandoening), dat veel patiënten zich niet aan hun behandeling houden, zelfs als gezamenlijke doelen waren gesteld en beslissingen in overleg waren genomen.



Gezamenlijke besluitvorming wordt gedefinieerd als “een benadering waarbij de clinicus en de patiënt de best passende informatie uitwisselen als **beslissingen** genomen moeten worden”. Meestal gebeurt dit als er twee of meer behandelingen mogelijk zijn, of als er meer dan één persoon betrokken is. Zowel de patiënt als de arts dragen bij aan de **besluitvorming** en patiënten worden ondersteund bij het overwegen van opties om geïnformeerde voorkeur en gewenste uitkomsten te bereiken. Gezamenlijke besluitvorming wordt steeds gangbaarder in de gezondheidszorg en veel medewerkers in de **gezondheidszorg** doen hun best om de **patiënt centraal** te stellen. Een groot voordeel hiervan is dat deze aanpak het vertrouwen in de behandeling en de therapietrouw verhoogt.

In de kern is gezamenlijke besluitvorming gebaseerd op wederzijds vertrouwen en **respect**. De arts en de patiënt zijn gelijkwaardige gesprekspartners in dit proces en ze dragen beide bij aan de besluitvorming door hun ervaring en expertise in te brengen. Op deze manier draagt de arts bij met medische kennis en expertise en de patiënt draagt informatie en kennis bij over het eigen leven. Dit is echter vaak gemakkelijker gezegd dan gedaan. Hoewel veel gezondheidszorgmedewerkers van mening zijn dat ze al aan gezamenlijke besluitvorming doen, geven resultaten van **patiënt ervaringsonderzoek** aan dat **dit over het algemeen niet klopt**.

”
De dermatoloog met wie ik sprak zorgde er altijd voor om geen beslissingen te nemen voor haar patienten, maar om

samen te besluiten wat voor behandeling het beste bij hen paste. Ze begreep daarom totaal niet waarom haar patiënten nog steeds niet gemotiveerd waren om hun medicatie zoals voorgeschreven in te nemen, zelfs niet nadat ze de behandeling aangepast had op de voorkeuren van de patiënt. Toen ze de manier beschreef waarop ze gedeelde besluitvorming implementeerde in haar dagelijkse praktijk, vertelde ze dat zodra de patiënt de praktijk binnenkomt, ze meteen aan hen uitlegt dat gedurende de consultatie ze samen gaan beslissen over de behandeling en dat ze daarom alle mogelijke behandelingen samen gaan bespreken.

Soms heeft een patiënt tijd nodig om nieuwe informatie te bekijken en hun persoonlijke voorkeur te overwegen voordat ze zich vastleggen. Dit is vooral het geval als de ziekte een onduidelijke prognose heeft en het tijd kost om verschillende uitkomsten te **verwerken**. Als dan blijkt dat ze een rol in de besluitvorming krijgen, kunnen de verschillende opties overweldigend zijn en onzekerheid scheppen over wat de beste keuze is. Door patiënten **op voorhand** te informeren over verschillende behandelingen en dat ze zelf geacht worden deel te nemen aan de besluitvorming, kan wellicht de **effectiviteit** van gezamenlijke besluitvorming verbeteren.

Om haar patiënten te helpen met hun beslissing over de beste behandeling in hun persoonlijke situatie stelt deze dermatoloog procentuele doelstellingen voor zoals 10%, of 20% verbetering. Nadat een patiënt het percentage kiest dat het best bevalt legt de dermatoloog uit welke behandeling en medicatie nodig zijn om dit doel te behalen, om daarmee de patiënt actief deel te laten nemen aan het beslissingsproces. Ondanks dat de patiënten zelf de optie hebben gekozen die het beste bij hun situatie past, houden zij zich nog steeds niet aan de therapie. Ik vroeg haar of haar patiënten begrepen wat 20% of 30% verbetering inhield en of ze zich begrijpelijk konden maken als ze uitlegden wat voor doel ze voor ogen hadden.

Onderdeel van het **probleem** ligt in de diep gewortelde neiging van medewerkers in de gezondheidszorg om **taal te gebruiken** die voornamelijk begrepen wordt door collega's. Medisch jargon kan moeilijk zijn en onderzoek wijst uit dat **bijna de helft van de patiënten** moeite heeft met het begrip van medisch taalgebruik. Jargon en abstracte termen zijn vaak multi-interpretabel en het berisping ervan kan flink afwijken van wat de arts duidelijk wilde maken. Bovendien blijkt uit onderzoek dat assessment vragen ook subjectief geïnterpreteerd kunnen worden, of

toch **niet goed meten wat men voor ogen had**. Iemand kan bijvoorbeeld aangeven op een vragenlijst dat ze het moeilijk vinden om 500 meter te lopen. In een follow-up gesprek blijkt dan echter dat ze vaak meer dan een uur naar het winkelcentrum lopen.

Ik antwoordde de dermatoloog dat als ik de patiënt was, ik als einddoel van de psoriasis therapie met een gerust hart handen zou willen schudden of een t-shirt met korte mouwen zou willen kunnen dragen. Ze keek me aan en schoot in de lach zo had ze het nog nooit bekeken. Verder had ze er nooit aan gedacht dat het effectiever zou kunnen zijn om de patiënt van te voren te informeren over het besluitvormingsproces.

Het is daarom cruciaal dat gezondheidszorgmedewerkers zich realiseren wat voor soort patiënten ze behandelen en hoe bepaalde vragen over kunnen komen. Dit is niet alleen belangrijk bij patiënten met beperkte kennis en vaardigheden wat betreft gezondheidszorg. Elke patiënt heeft baat bij heldere en beknopte informatie zonder jargon. Bovendien is het belangrijk dat artsen de taal spreken waar patiënten aan gewend zijn en zich uitdrukken op de manier waar patiënten aan gewend zijn.

Praktische tips:

- Het betrekken van de patiënt bij besluitvorming kan therapietrouw verhogen en uitkomsten verbeteren.
- Probeer jezelf altijd uit te drukken in taal die patiënten zelf zouden gebruiken (vermijd medisch jargon).
- Besef dat zelfs als je het idee hebt dat je je boodschap glashelder klinkt, er toch misverstanden kunnen ontstaan. Controleer daarom altijd of de patiënt begrepen heeft wat je zei.
- Bied patiënten tijd, nuttige en makkelijk te verteren informatie. Zorg dat je goed voorbereid bent voor belangrijke consultatiegesprekken.
- Laat patiënten van te voren weten wat er van ze verwacht wordt als je gezamenlijke besluiten neemt.

”

Wat gebeurt er met medicijnen zodra ze mee naar huis worden genomen?

Door **Kerry Chamberlain**, Massey Universiteit, Auckland, Nieuw Zeeland

Wat doen mensen met hun medicatie zodra ze thuis zijn? Vreemd genoeg is hier niet veel onderzoek naar gedaan. Hoewel het wel een belangrijke vraag is – de meeste medicatie wordt immers thuis ingenomen. Medicatie wordt voorgeschreven door artsen, maar zodra de medicijnen zijn opgehaald uit de apotheek wordt maar aangenomen dat ze op de juiste manier worden gebruikt. Daarnaast hebben mensen toegang tot een flinke hoeveelheid medicatie die zonder recept gekocht kan worden (zoals pijnstillers), alternatieve geneesmiddelen (zoals homeopathische middelen) en andere gezondheidsgerelateerde middelen die niet worden aangezien als medicatie (zoals vitaminen of probiotische drankjes). De toegang tot medicatie zonder recept kan **per land erg verschillen**.

Alle soorten medicatie zijn complexe zogenaamde **sociale objecten**, die niet enkel gezien moeten worden

als medische technologie die medische aandoeningen geneest of verzacht als ze volgens voorschrift gebruikt worden. De dosis-respons- (of concentratie-effect) relatie verschilt per medicijn. Sommige (zoals paracetamol) hebben een brede therapeutische index (worden makkelijk verdragen in veel verschillende doseringen), terwijl andere (zoals levothyroxine) een nauwe therapeutische index hebben (wat inhoudt dat kleine verschillen in dosering kan leiden tot verminderde werking en/of sterke bijwerkingen). Elke medicatie heeft bepaalde bijwerkingen; sommige zijn minimaal en blijven onopgemerkt door de meeste gebruikers, andere zijn zwaarder en potentieel gevaarlijk. Hoewel het effect van medicatie kan variëren kunnen mensen zelf ook verschillen in hun tolerantie voor verschillende soorten medicatie en tolerantie kan **veranderen** naar mate het medicijn vaker gebruikt wordt.



We hebben sterk bewijs dat slechts de helft van de voorgeschreven medicatie **volgens voorschrift genomen wordt**. Hier zijn **verschillende redenen** voor, zoals bijwerkingen, zorgen over verslaving en persoonlijke meningen over de **ziekte**, medicatie en behandeling.

Daarom is het belangrijk te begrijpen hoe mensen denken over medicatie in het dagelijks leven. We hebben onderzoek gedaan bij mensen in 55 huishoudens in vier steden in Nieuw-Zeeland. We waren niet geïnteresseerd in medicatietrouw, maar we vroegen naar **gebruik van medicatie**, waar medicatie in huis werd bewaard en we bespraken elk afzonderlijk medicijn wat ze in huis hadden.

Sommige belangrijke resultaten van dit onderzoek waren:

- In elk huishouden waren een grote hoeveelheid medicijnen, zowel voorgeschreven, niet voorgeschreven en homeopatische varianten aanwezig, verspreid door het hele huis. De plaatsing was bewust gekozen en relevant voor het gebruik. Medicijnen die door meerdere mensen in het huishouden gebruikt werden, lagen centraal geplaatst (keukens en woonkamers), persoonlijke medicatie in meer privé-ruimtes (slaapkamers en badkamers) en oudere medicatie opgeborgen (in kasten en op zolders). De plaatsing van medicatie weerspiegelde de **familie relaties en de zorgtaken** in het huishouden.

- Mensen begrepen en gebruikten medicatie verschillend. Sommigen voelden **weerstand**, terwijl anderen zelf het gebruik aanpasten of verlengden, afhankelijk van de soort medicatie en de aandoening waarvoor deze gebruikt werd.

- ▶ **Sommige mensen hadden een duidelijke mening over antibiotica:** "Ik neem liever geen antibiotica ... antibiotica moet alleen in noodgevallen gebruikt worden".
- ▶ **Mensen die psychofarmaca gebruikten verminderden het gebruik vanwege bijwerkingen en gewenning:** "Ik wilde functioneren in de maatschappij ... om beter te worden moest ik stoppen met de medicatie".
- ▶ **Mensen die alternatieve middelen gebruikten voelden vaak weerstand tegen allopathische medicatie:** "Ik wacht liever wat langer af ... ik wil gewoon geen medicatie gebruiken".
- ▶ **Anderen pasten de dosis aan op basis van symptomen:** "Ik had een hogere dosis geschreven gekregen maar ik besloot dat ik wilde proberen de dosis zo laag mogelijk te houden".

- Dit alledaagse medicatiegebruik werd geleid door begrip van de waarde en plaats van medicatie in de maatschappij. Medicatie kan verwarring brengen, als angsten die gevoed worden door pharma marketing en de media het 'onnatuurlijke' en een gevoel van chaos oproepen. Medicatie kan ook orde scheppen als ze begrepen wordt als iets wat balans brengt en orde en controle herstelt. Medicatie roept ook een moreel oordeel op, als ze begrepen wordt als '**noodzakelijk kwaad**' waarbij je constant op je hoede moet zijn, of als gebruik impliceert dat een ziek persoon 'faalt', of als er een stigma rustte op een ziek 'falend lichaam'.

In plaats van het gebruik van medicatie te zien als irrationeel of slecht geïnformeerd, denken wij dat hier een eigen logica achter schuil gaat, die voortkomt uit een '**leken farmacologie**'. Waaruit patiënt perspectieven op medicatie voortkomen uit zowel de aanleiding voor het gebruiken van medicatie als een persoonlijk gezondheidsbegrip. Deze leken farmacologie beïnvloedt en verandert het gebruik van medicatie in huishoudens op bovengenoemde manieren en geeft een perspectief dat tot nu toe achterwege is gebleven in **onderzoek** naar **medicijn gebruik**. Thuismedicatie heeft een eigen sociaal leven.



**Medicijnen
in huis
hebben een
eigen sociaal
leven.**

Aanbevelingen

- Medewerkers in de gezondheidszorg moeten begrijpen dat medicatiegebruik een sociaal proces is en het als zodanig behandelen, in plaats van enkel vanuit biomedisch perspectief naar medicatietrouw kijken.
- Medicijngebruik kan beter begrepen worden als het geplaatst wordt in de praktijk, met name in de tijdelijke en plaatselijke praktijk van een huishouden. Gezondheidspsychologen die interventies willen ontwikkelen voor medicatiegebruik en medicatietrouw moeten deze praktijk onderzoeken en advies geven wat gerelateerd is aan de sociale en contextuele dynamiek die dagelijks medicatiegebruik van patiënten beïnvloedt.
- Gezondheidspsychologen moeten medicatie open bespreken met patiënten en proberen aanbevelingen te formuleren die passen bij het beeld wat de patiënt heeft bij de ziekte, hoe deze de eigen medicatie ziet en begrijpt en hoe medicatiegebruik in het dagelijks leven opgenomen kan worden.



”

Hoe stel je doelen die gehaald worden?

Door **Tracy Epton**,
Universiteit van
Manchester, Verenigd
Koninkrijk

Doelstelling is een veel gebruikte techniek voor gedragsverandering

Er zijn veel verschillende technieken die gebruikt kunnen worden bij gedragsverandering (**93 volgens een recente lijst!**). Doelstelling is een bekende techniek die bijna iedereen wel eens gebruikt heeft in het dagelijks leven. Het wordt gebruikt door gezondheidsorganisaties (bijvoorbeeld door Alcohol Concern, een organisatie in Engeland, die mensen vroeg het doel te stellen om de hele maand **januari** niet te drinken), als onderdeel van commerciële **dieetprogrammas** en zelfs in **fitness apps**. Een **recent literatuuroverzicht** bekeek 384 onderzoeken naar de effectiviteit van doelstelling in verschillende contexten om te toetsen of doelstelling echt werkt, welke soorten doelen het beste werken en of het voor iedereen werkt.

Werkt doelstelling om gedrag te veranderen?

Doelstelling werkt bij het veranderen van veel soorten gedrag (**recyclen, sporten, leerdoelen en gezondheid**),

zelfs als het als enige techniek gebruikt wordt (d.w.z. niet in combinatie met andere gedragsveranderingstechnieken). Verrassend is dat doelstelling niet noodzakelijk beter werkt in combinatie met andere gedragsveranderingstechnieken. Het toevoegen van bijvoorbeeld feedback (mensen laten weten waar ze momenteel staan en/of hoe het staat met hun vooruitgang) aan een doelstellingsinterventie verhoogt de effectiviteit van die interventie niet. Belangrijker nog, mensen expliciet laten beloven zich aan een doel te houden, of zelfs slechts vragen hoe betrokken ze zijn bij het doel, vermindert het effect van doelstelling.

Het toevoegen van doelstelling verhoogde de effectiviteit van gedragsveranderingstechnieken. Interventies die zich richten op het bijhouden van iemands vooruitgang zonder feedback te geven (bijvoorbeeld bijhouden hoeveel porties fruit en groente je eet) zijn effectiever als ook expliciete doelen worden gesteld.

Er moet rekening gehouden worden met een flink aantal factoren bij het stellen van doelen. Sommige factoren zijn bekend (bijvoorbeeld **doelen SMART maken**), maar andere factoren worden nog wel eens vergeten.

Hoe kan de effectiviteit van doelstelling op gedragsverandering verbeteren?

Er wordt wel eens **beweerd** dat het effectiever is om een makkelijk bereikbaar doel te stellen als je bijvoorbeeld gewicht wil verliezen. Echter, gedragsverandering verbetert juist als moeilijkere doelen worden gesteld. 'Moeilijke' doelen zijn doelen waarvan verwacht wordt dat ze alleen gehaald worden door een klein aantal mensen. Moeilijke

doelen zijn effectiever dan gemiddelde doelen (waarvan men verwacht dat 15-50% van de mensen ze halen) of makkelijke doelen (waarvan verwacht wordt dat meer dan de helft van de mensen ze kan halen).

Je doelen delen met mensen is een goede manier om succes te verhogen. Doelen worden vaker gehaald als het doel openbaar gemaakt wordt (bijvoorbeeld door vrienden of collega's te vertellen dat je wil stoppen met roken). Doelen **opschrijven en ze delen met anderen** wordt ook aangeraden in de sport psychologie.

Samenwerken met anderen helpt ook om doelen te bereiken. Een groepsdoel stellen met de hele familie, met collega's, met een sportteam, of met een groep vrienden, is effectiever dan dat iedereen in de groep een individueel doel stelt.

Sommige factoren hebben geen effect bij doelstelling

Doelen die zich op gedrag richten (dieetprogramma's bijvoorbeeld laten mensen vaak een gedragsdoel stellen, zoals 1200 calorieën per dag eten) zijn net zo effectief als doelen die zich richten op uitkomsten (bijvoorbeeld een bepaalde hoeveelheid gewicht verliezen per week). Doelen die focussen op een verbetering (**bijvoorbeeld 5000 meer stappen per dag zetten**) zijn even effectief als doelen gericht op een absolute standaard (**bijvoorbeeld 10.000 stappen per dag zetten**).

Doelen die je zelf stelt, door iemand anders gesteld worden, of samen met iemand anders gesteld worden zijn allemaal even effectief. Het is ook prima om meerdere doelen tegelijk te stellen of hetzelfde doel vaker te gebruiken.

Praktische tips

Als gezondheidszorgmedewerkers patiënten willen helpen om zelf doelen te stellen, of als ze doelen stellen voor hun patiënten, zouden ze de volgende punten in gedachten moeten houden.

Vraag mensen om:

- Stel een redelijk moeilijk doel – Dit helpt om vooruitgang te boeken
- Vertel anderen over het doel – Doelen die gedeeld worden zijn succesvoller dan doelen die voor jezelf gehouden worden.
- Zet collectieve doelen – Een groepsdoel is effectiever dan een aantal individuele doelen.

Dingen die je beter niet kunt doen:

- Vraag de patiënt niet expliciet hoe gemotiveerd ze zijn – Als ze niet erg toegewijd zijn aan het behalen van het doel kan dit averechts werken.



”

Zelfregulatie van theorie naar praktijk: het ondersteunen van veranderdoelen van patiënten

Door **Stan Maes & Véronique De Gucht**, Universiteit van Leiden, Nederland



Gedurende de afgelopen decennia is de rol van individuen binnen de gezondheidszorg ontwikkeld van het 'volgen van medische regels'; waarbij gehoorzaamheid werd geïmpliceerd, tot 'zelfmanagement', gekenmerkt door eigen verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en ziekte. Dit heeft zich recentelijk nog verder ontwikkeld tot 'zelfregulatie', een systematisch proces dat inhoudt dat men zelf gezondheidsdoelen vaststelt en gedrag verandert om deze doelen te behalen. Om het continue zelfregulatie proces te illustreren hebben we het oude 'ouroboros' symbool (een slang die zijn eigen staart opeet) gekozen bij deze blog.

Zelfregulatie gebeurt in fasen: (1) bewustworden van doelen en het vaststellen van doelen, (2) bewust doelen nastreven, en (3) doelen behalen, volhouden of los laten. In de volgende paragrafen illustreren we deze fasen door het voorbeeld te geven van patiënt John, die een hartaanval heeft gehad.

Fase 1

In de eerste fase zou men zich bewust moeten worden van gezondheidsgerelateerde (verander) doelen en realistische en relevante doelen voor zichzelf moeten

stellen. John zou bijvoorbeeld gevraagd kunnen worden: 'Hoe zie jij je herstel voor je?', waarop hij zou kunnen antwoorden dat wandelen in de natuur met zijn kleinkind belangrijk voor hem is en dat hij weer fit genoeg wil worden om dat te bereiken. Als eerste stap zou John dan bijvoorbeeld het doel 'korte wandelingen maken in de omgeving' kunnen stellen. Het is belangrijk dat zulke doelen door de persoon zelf benoemd worden en realistisch zijn gezien het huidige functioneren. Dit geeft een gevoel van eigendom waardoor eigen doelen sneller bereikt worden dan doelen die door anderen voor de patiënt gesteld worden. **Motivationale interview** technieken kunnen helpen bij het stellen van persoonlijke doelen in minder gemotiveerde personen.

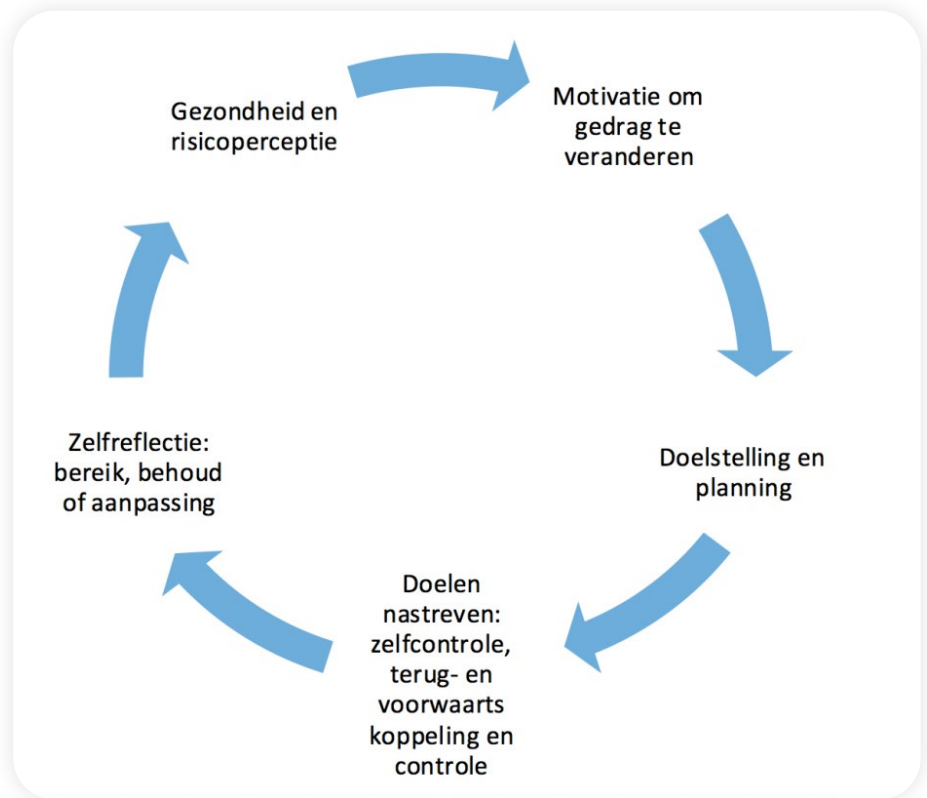
Fase 2

De tweede fase bestaat uit het nastreven van doelen. In deze fase moeten mensen de **veel voorkomende kloof** tussen cognities (intenties) en actie overbruggen.

Hiervoor is een specifiek actie plan nodig, gebaseerd op zelfreflectie, dat specificeert wanneer, waar en hoe actie te ondernemen. In ons voorbeeld zou dit er zo kunnen uitzien: 'Vanaf volgende week ga ik met mijn vrouw op maandag, woensdag en vrijdag om drie uur 's middags naar de supermarkt wandelen'. Onderzoek heeft laten zien dat dit soort gedetailleerde actie plannen de kans verhogen dat doelen gerelateerd aan **lichaamsbeweging, gezond eten** en **ander gezondheidsgedrag** daadwerkelijk gehaald worden.

Daarnaast spelen drie regulatie mechanismen een belangrijke rol bij het nastreven van doelen. De eerste is terugkoppeling (feedback), waarbij het bewaken en evaluatie van vooruitgang een rol speelt. In ons voorbeeld kan John gevraagd worden om zijn wandelingen bij te houden, om te controleren of hij zijn doelen gehaald heeft. Het resultaat kan dan samen met John bekeken worden om succes te bepalen, of om problemen te signaleren die in de toekomst opgelost moeten worden. Het tweede mechanisme zijn verwachtingen en voorwaartskoppeling (feedforward),

bestaand uit verwachtingen over de uitkomst (wat de patiënt denkt dat er gaat gebeuren als de patiënt zelf actie onderneemt) en ideeën over zelfredzaamheid (of de patiënt het gevoel heet dat de patiënt zelf het doel daadwerkelijk kan behalen). Deze verwachtingen en ideeën worden positief beïnvloed door anderen te zien



Figuur: De zelfregulatie cyclus.

Verwachtingen van resultaten en zelfeffectiviteit worden beide verbeterd door observatie van succesvolle anderen, voortgang van het doel en aanmoediging.





slagen, door vooruitgang bij het nastreven van de eigen doelen en door steun van anderen. Medewerkers in de gezondheidszorg doen er daarom goed aan om contact met andere patiënten die doelen hebben behaald te stimuleren, om de kans dat doelen worden behaald te verhogen en om te zorgen dat mensen steun krijgen bij het nastreven van hun doelen.

Het derde mechanisme bestaat uit het activeren van controle processen, om te zorgen dat de patiënt het nastreven van doelen volhoudt ondanks obstakels en eventuele terugval. Afleiding van het doel, bijvoorbeeld door persoonlijke omstandigheden, kan een negatief effect hebben op het nastreven van gezondheidsdoelen. Gebrek aan waarneembare vooruitgang gaat vaak gepaard met een negatieve stemming. Als dit gebeurt moet de patiënt ondersteund worden zowel in het omgaan met deze emoties als met herstel na de terugval, door deze aan te grijpen als leer momenten.

Fase 3

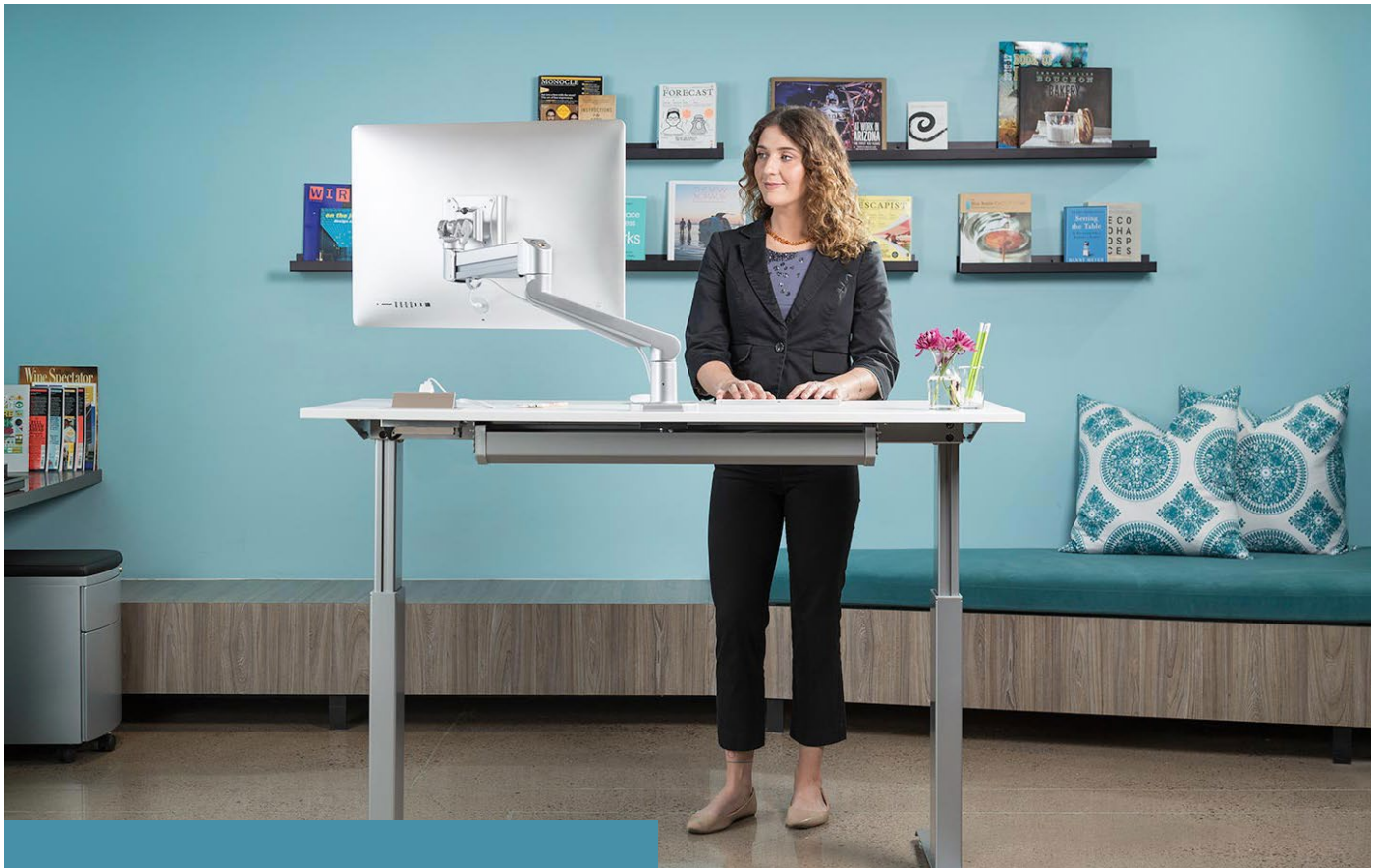
De derde fase houdt het behalen van doelen in en het volhouden of los laten ervan. Het behalen van een doel is niet de eindfase, maar eerder een nieuw begin. Men moet aangemoedigd worden om nieuwe doelen te stellen om vooruitgang in de toekomst vol te houden. Als een doel echter onbereikbaar blijkt, is het vaak beter om dit specifieke doel los te laten en **een haalbaarder doel** te kiezen. In ons voorbeeld kan John bijvoorbeeld besluiten om zijn doel vast te houden, of het bij te stellen naar een korte dagelijkse wandeling met de hond. Ook in deze fase zijn verhogen van zelfredzaamheid en sociale steun belangrijke voorspellers van succes.

Veel onderzoek heeft de effectiviteit laten zien van zelfregulatie interventies voor gezondheidsgedrag in ge-

zonde en chronisch zieke mensen, bijvoorbeeld **voor afvallen bij patiënten met type 2 diabetes, lichaamsbeweging in mensen met artritis, aanpassing van de levensstijl bij patiënten na een hartaanval en voor het stimuleren van een slaap-waak ritme in mensen met chronische vermoeidheid.**

Praktische tips

- Steun de patiënt bij het formuleren van veranderdoelen om hun gezondheid te verbeteren (bijvoorbeeld: 'Hoe ziet u uw herstel voor u?'). Deze doelen moeten specifiek zijn, belangrijk, niet te makkelijk of te moeilijk te bereiken en haalbaar in een bepaald tijdsbestek.
- Help de patiënt om een actieplan op te stellen door wanneer, waar, hoe en hoe lang- vragen te stellen wat betreft gedrag om het doel te bereiken.
- Vraag de patiënt een stappenplan op te stellen met (zelf-)controleerbare stappen op weg naar het einddoel.
- Verhoog de zelfredzaamheid van de patiënt door voorbeelden van andere patiënten die een vergelijkbaar doel hebben bereikt aan te halen, de patiënt aan te moedigen en vooruitgang te prijzen. Leer de patiënt om te gaan met obstakels en terugval.
- Steun het volhouden van gezond gedrag en help de patiënt hun doel te herdefiniëren om het haalbaarder te maken, mocht dat nodig zijn.



”

Meer bewegen en minder zitten op het werk: laten we niet bij de pakken neer gaan zitten

Door **Stuart Biddle**, Universiteit van Southern Queensland, Australië

Ik schrijf deze blog op valentijnsdag! De non-gouvernementele organisatie (NGO) die zich in Australië bezig houdt met gezondheidsbevordering heet Bluearth. Bluearth heeft wat grappige filmpjes gemaakt om mensen aan te sporen minder te zitten, door het 'uit te maken' met je stoel of bank' ([zoals een break-up met je partner, zie video's hierover hier](#)). Wat is namelijk het probleem? De verandering in werksituatie die velen van ons meemaken zorgt ervoor dat we te veel tijd zittend doorbrengen. Uit onderzoek is gebleken dat dat slecht is voor onze gezondheid. Veel mensen gaan met de auto naar het werk, zitten het grootste gedeelte van de dag aan hun bureau, rijden in de auto weer naar huis en zitten een groot deel van de avond voor de TV of achter hun computer. De werkplek zou daarom klaar gemaakt moeten worden voor gezonde gedragsverandering. Helaas is zitten zo'n gewoonte geworden dat sterke sociale normen en omgevingsfactoren beweging ontmoedigen en zitten makkelijk maken. Het is niet makkelijk daar iets aan te veranderen.

Het is belangrijk om op te merken dat minder zitten niet de enige oplossing is. We moeten mensen motiveren om meer te bewegen, bij voorkeur gemiddeld tot intensieve sport training. Daarnaast is de overstap maken van lange periodes zitten tot lichte lichaamsbeweging ook belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door vaker op te staan en met een collega te gaan praten in plaats van een email te sturen, de trap nemen in plaats van de lift, of eens staand te vergaderen.

Wat is de beste manier om dit te bereiken? We hebben **een literatuur overzicht gemaakt van gedragsveranderingsmethoden**, inclusief methoden die gebruikt kunnen worden op de werkplek. Van de 38 interventies die we bekeken waren er 20 die op de werkplek getest waren. Vijftien daarvan bleken 'erg geschikt' voor gedragsverandering. Interventies die gericht waren op omgevingsfactoren (bijvoorbeeld het installeren van bureaus waaraan de werknemer zowel kan zitten als staan), overtuiging, of onderwijs (bijvoorbeeld een workshop over de gezondheidseffecten van zitten en bewegen op kantoor) hadden het meeste effect. Zelfcontrole (bijvoorbeeld een bewegingslogboek bijhouden), probleem oplossend denken (bijvoorbeeld zelf

nadenken over oplossingen voor het eigen kantoor) en het herinrichten van de sociale of fysieke kantooromgeving waren veelbelovende gedragsveranderings methoden.

Om mensen te helpen minder te zitten en meer te bewegen op kantoor, maar wel te zorgen dat men productief blijft, is het installeren van bureaus waaraan de werknemer zowel kan zitten als staan populair aan het worden. Het advies hierbij is zoveel mogelijk af te wisselen, in plaats van lange periodes alleen maar te staan. Gebaseerd op ons literatuur overzicht verwachten we daarom dat deze bureaus zullen zorgen voor gedragsverandering, aangezien ze het mogelijk maken omgevingsveranderingen aan te brengen. Tegelijkertijd moeten we mensen informatie geven over de voordelen en hen zelfcontrole bijbrengen. In **een onderzoek** waarin we geen bureaus hadden geïnstalleerd werd de zelfcontrole methode niet goed ontvangen en bereikten we niet de gedragsverandering die we gehoopt hadden. Dit geeft aan dat het ook belangrijk is de praktische implementatie van zulke gedragsveranderingsmethoden in de gaten te houden. Een methode voor zelfcontrole die acceptabel en haalbaar is voor de deelnemers is een belangrijk ingrediënt voor een geslaagde interventie.



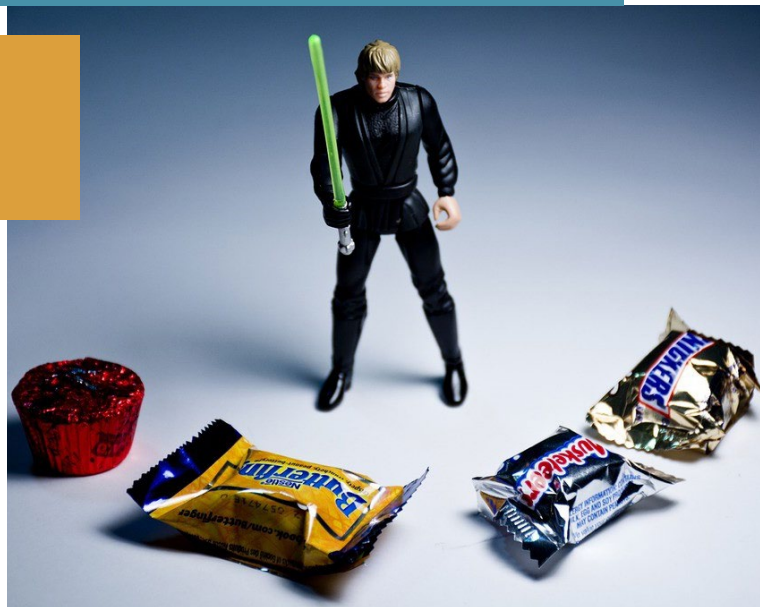
Praktische tips:

- Moedig het management aan om initiatieven die minder zitten en meer beweging promoten te steunen.
- Verstrek informatie over meer bewegen en minder zitten op kantoren, bij voorkeur in combinatie met zelfcontrole instrumenten (bijvoorbeeld een bewegingslogboek bijhouden).
- Maak beleid, of versterk in ieder geval een sociale norm, dat medewerkers aanmoedigt minder te zitten en meer te staan tijdens vergaderingen. Wandelen tijdens overleg ook een optie zijn.
- Geef zo mogelijk toegang tot bureaus waaraan de werknemer zowel kan zitten als staan.
- Als dat niet mogelijk is kan, improviseer dan met tijdelijke sta-plekken (bijvoorbeeld door een laptop op een hogere werkplek te zetten)

”

Wilskracht versus ongezonde verleidingen – spoiler alert – wilskracht verliest meestal

Door **Amanda Rebar**,
Universiteit van Central
Queensland, Australië



Het zal geen verrassing zijn dat onderzoek aantoont dat mensen zich niet altijd gedragen op een manier die het beste is voor hun gezondheid op de lange termijn. De meeste mensen weten bijvoorbeeld wel dat lichaamsbeweging goed is voor hun **fysieke en geestelijke gezondheid**, maar **weinig** mensen zorgen ervoor dat ze regelmatig genoeg lichaamsbeweging krijgen. De kans dat iemand die zich voornemt om te gaan sporten ook daadwerkelijk gaat sporten **is slechts 50%**. Dat is hetzelfde als kop of munt! Vraag je je wel eens af waarom mensen zich, ondanks hun goede intenties, vaak zo ongezond gedragen? Meer en meer

gezondheidspsychologische onderzoekers denken dat menselijk gedrag beïnvloed wordt door twee systemen. Deze **'dual process' modellen** vormen een nieuwe kijk op hoe we mensen kunnen helpen een gezond leven te leiden, zonder een constante strijd te moeten voeren van wilskracht versus ongezonde verleidingen.

Er zijn **vele iteraties** van duale proces modellen, maar het algemene idee is dat gedrag beïnvloed wordt door twee systemen; een systeem voor reflectieve processen en een voor **automatische processen**. Het reflectieve systeem beïnvloedt gedrag door bewuste en geplande processen, die meestal veel tijd in beslag nemen en

wilskracht vereisen. Het automatische systeem beïnvloedt gedrag door ongeplande, spontane impulsen. Hoewel de processen verschillend zijn kunnen ze zelfde uitkomst opleveren. Stel, een vrouw heeft haar eetpatroon veranderd. Het is mogelijk dat iemand haar heeft geïnformeerd over haar verhoogde risico op hart- en vaatziekten, waarna ze besloten heeft dat er iets moest veranderen. Dat is het werk van het reflectieve proces. Het is echter ook mogelijk dat haar eetpatroon is veranderd, enkel omdat ze geen trek meer heeft gehad in hetzelfde soort eten als dat ze normaal at. Dat is het automatische proces.

Het automatische systeem heeft een slechte reputatie. Het wordt meestal aangewezen als de veroorzaker van ongezonde verleidingen die met veel **wilskracht** overwonnen moeten worden. Meestal informeren we mensen over waarom ze hun gedrag zouden moeten veranderen en we vertrouwen erop dat die informatie overtuigend genoeg is voor hen om doelen te stellen,

verandering te plannen, hun gedrag nauwlettend in de gaten te houden en een manier te vinden om hun nieuwe gezondere gedrag vol te houden. **Het probleem** is dat deze vorm van gedragsverandering niet altijd werkt, of alleen voor een korte periode.

Om een gezonde levensstijl vol te houden moet men uiteraard verleidingen weerstaan, maar er zijn ook manieren om te zorgen dat mensen hun automatische systeem in kunnen zetten **in plaats van er constant tegen te moeten strijden**. Onderzoek laat zien dat het makkelijker kan worden om ongezonde automatische processen te weerstaan en zelfs om automatische processen en lange termijn gezondheidsdoelen op een lijn te zetten. Met kleine veranderingen in de manier waarop we gezondheidsadvies geven, kunnen we wilskracht verhogen, of zelfs zorgen dat ongezonde verleidingen omgezet worden in gezonde verleidingen.

Praktische tips

1. Stel kleine veranderingen voor in de dagelijkse routine waardoor ongezonde verleidingen weerstaan kunnen worden. Er zijn meestal situaties, locaties of gevoelens waarin/ waardoor mensen sneller geneigd zijn iets ongezonds te gaan doen. Het bewust worden van triggers neemt iets van hun kracht weg en schept ruimte voor wilskracht.
 - ▶ Voorbeeld: Iemand die net gestopt is met roken kan een andere route van/ naar werk kiezen om het tankstation waar de persoon altijd sigaretten koopt te vermijden.
2. Bedenk manieren om gezond gedrag makkelijker en prettiger te maken dan het ongezonde alternatief.
 - ▶ Voorbeeld: Bewaar geen snacks in huis. Mensen zullen minder snel gaan snoepen als ze er helemaal voor naar de winkel moeten als er gezondere opties in huis aanwezig zijn.
3. Maak gezondere opties zichtbaarder dan ongezonde opties. Reclame werkt door herhaling en zichtbaarheid van het merk.

Dezelfde tactiek kan aangewend worden om gezond gedrag te promoten.

- ▶ Voorbeeld: Als iemand het moeilijk vindt medicatie op tijd in te nemen, vraag hen dan de medicatie op een prominente en veilige plek neer te zetten (zoals op het raamkozijn in plaats van in de kast). Op die manier is de medicatie meerdere keren per dag zichtbaar.
4. Kies gezond gedrag dat prettig is. Zo kost het minder wilskracht en is de kans dat het gedrag op de lange termijn wordt volgehouden groter. Als gezond gedrag gezien wordt als iets onprettigs wat volgehouden moet worden is de kans niet groot dat het lang duurt.
 - ▶ Voorbeeld: als een kind geen gekookte groenten lust, dwing niet om de groente op te eten en koop het kind niet om met een snoepje of toetje als het de groente toch opeet. Probeer in plaats daarvan groente op een manier te bereiden die het kind wel lekker vindt, zodat het kind groente echt lekker gaat vinden en geen aversie tegen groente ontwikkelt.



”

Het planmatig ontwikkelen van theoretisch en empirisch onderbouwde interventies: Intervention Mapping

Door **Gerjo Kok**, Universiteit van Maastricht, Nederland, Universiteit van Texas in Houston, VS

Er bestaat een divers aanbod van campagnes en interventies die trachten de volksgezondheid en gezond gedrag in het algemeen te verbeteren. Helaas zijn veel van deze campagnes en interventies niet theoretisch en empirisch onderbouwd. Deze blog beschrijft in het kort welke stappen gezondheidspsychologen nemen als ze interventies ontwikkelen en laat zien hoe deze verschillen van (en beter zijn dan) interventies die op een andere manier ontwikkeld worden.

Stappen

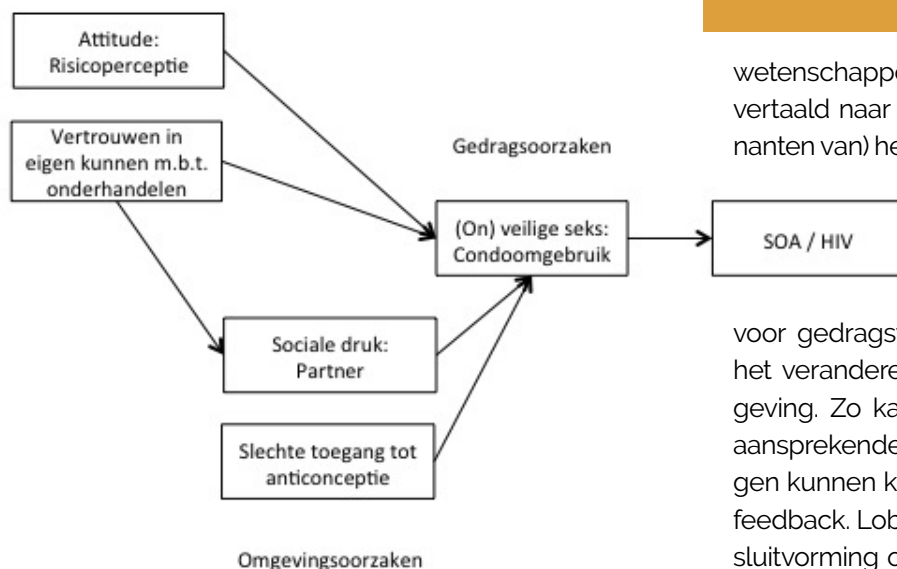
Het planmatig ontwikkelen van interventies voor gedragsverandering is een stap voor stap proces. Vaak betekent dit: twee stappen vooruit en een stap terug. Dit is belangrijk omdat elke stap voortbouwt op de vorige stappen. Het verwaarlozen van een stap kan leiden tot fouten en verkeerde beslissingen in de volgende stappen. Het zogenaamde **Intervention Mapping** (IM) protocol (vrij vertaald: in kaart brengen van interventiestappen) onderscheidt **zes stappen in de ontwikkeling van een interventie** die de planner helpen een interventie te ontwikkelen die theoretisch en empirisch onderbouwd is.

Stap 1: Analyse van het probleem

In deze eerste stap kijkt een planningsgroep – bestaand uit de doelgroep, andere belanghebbenden, experts, onderzoekers en uitvoerders – naar het probleem. Dit betreft het identificeren van de gedrags- en omgevingsfactoren die het probleem veroorzaken, en van de determinanten van deze factoren. Deze factoren worden vervolgens afgebeeld als een logisch model van het probleem – zoals het (vereenvoudigde) model hieronder van SOA/ HIV preventie bij adolescenten – die een duidelijk beeld vormt van hoe alle factoren samenhangen.

Stap 2: Doelstellingen bepalen

Zodra het probleem en de oorzaken duidelijk zijn gedefinieerd kunnen specifieke doelstellingen en gewenste resultaten worden bepaald. Dit proces omvat het specificeren hoe de determinanten van gedrag van individuen



en van besluitvormers in de omgeving veranderd moeten worden om het probleem te verminderen. In het bovenstaande voorbeeld: om condoomgebruik onder jongeren te bevorderen, moet de interventie de risicoperceptie verhogen, maar ook het idee dat condooms effectief zijn om het risico te verlagen. De interventie zou ook de partner moeten beïnvloeden, het liefst direct en het vertrouwen in eigen kunnen van de adolescent versterken om condoomgebruik ter sprake te brengen. Ten slotte, afhankelijk van de maatschappelijke normen in de doelgroep, kan betere toegang tot anticonceptie mogelijk gemaakt worden.

Stap 3: Ontwerpen van de interventie

In deze stap wordt een coherente en uitvoerbare interventie ontworpen. Interventiemethoden, gebaseerd op

wetenschappelijke theorie, worden geselecteerd en vertaald naar praktische toepassingen om (de determinanten van) het gedrag te veranderen. Het thema van het programma, de programmacomponenten en de volgorde van deze componenten worden ontwikkeld. IM onderscheidt een aantal 'methoden' (of technieken) voor gedragsverandering, die bewezen effectief zijn in het veranderen van determinanten van gedrag of omgeving. Zo kan risicoperceptie verhoogd worden door aansprekende informatie over risico. Vertrouwen in eigen kunnen kan verhoogd worden door rolmodellen en feedback. Lobbyen en belangenbehartiging kunnen besluitvorming op hoger niveau beïnvloeden. Al deze veranderingen vereisen een juiste 'vertaling' van de methode naar de praktische toepassing, met in acht nemen van de condities waaronder ze effectief zijn (gebaseerd op theorie en evidentie). Bij het verschaffen van rolmodellen bijvoorbeeld, moet de persoon zich kunnen identificeren met het rolmodel, moet het duidelijk zijn dat het model beloond wordt, de doelgroep moet genoeg vertrouwen in eigen kunnen en vaardigheden hebben om het gezondere gedrag uit te kunnen voeren en het rolmodel moet duidelijk laten zien dat er obstakels zijn die toch worden overwonnen.

Stap 4: De productie van de interventie

Deze fase behelst de productie van de interventie. De programmastructuur wordt verfijnd en materi-

aal wordt ontworpen, uitgetest en geproduceerd. In het bovenstaande voorbeeld werd het Nederlandse programma 'Lang Leve de Liefde' ontwikkeld en geïmplementeerd. Van dat programma is herhaaldelijk aangetoond dat het effectief is in het bevorderen van veilig vrijen bij leerlingen in het voortgezet onderwijs.

Stap 5: Implementatieplan

Voor de implementatie van het interventieprogramma wordt een plan gemaakt. Door opnieuw gebruik te maken van de IM stappen worden potentiële gebruikers geïdentificeerd, uitvoerings- en veranderingsdoelen voor het gebruik van het programma specifiek gemaakt en interventies voor implementatie ontworpen. In bovenstaand voorbeeld wilden de interventiemakers 14-15 jarigen op school bereiken. De interventie voor de implementatie richtte zich op verspreiding naar de scholen toe, adoptie door schooldirecteuren en docenten, de juiste uitvoering van het programma door docenten en uiteindelijk op het opnemen van het programma in het lange-termijn beleid van de school.

Stap 6: Evaluatie- en effectiviteitsplanning

Als een interventie eenmaal ontwikkeld is, zijn we er nog niet. Het is ook belangrijk om te evalueren of een interventie het doel bereikt heeft (de effectevaluatie) en of de interventie geïmplementeerd is zoals de bedoeling was (de procesevaluatie). Activiteiten voor stap 5 en 6 moeten zo vroeg mogelijk in het proces begonnen worden. Informatie uit de evaluaties kan weer gebruikt worden om de interventies te verfijnen en te verbeteren; een wederkerig proces.

Breed perspectief

De planmatige ontwikkeling van interventies voor gedragsverandering moet altijd:

1. wetenschappelijke theorie en evidentie als basis hebben;
2. een ecologische aanpak kiezen voor het bestuderen en aanpakken van het (gezondheids) probleem; en
3. de doelgroep en andere belanghebbenden betrekken bij het proces; participatie.

Een persoon met een gezondheidsprobleem, alsook de potentële oplossing van het probleem, staat niet op zichzelf maar is onderdeel van een systeem. Daarom kan een

brede participatie op verschillende niveaus van dat systeem meer vaardigheden, kennis en expertise in een project brengen. Daardoor verbetert de toepasbaarheid van de interventie in de echte wereld, alsook de kennis over hoe die interventie het beste kan worden geëvalueerd.

Kernprocessen

IM stelt ook kernprocessen voor, sleutelactiviteiten voor het toepassen van theorie en evidentie. Dit zijn onder andere: vragen stellen, brainstormen, empirische uitkomsten bekijken en beoordelen, gebruik maken van wetenschappelijke theorieën, bepalen waar nieuw onderzoek nodig is en uiteindelijk het opstellen van een lijst van antwoorden op de oorspronkelijke vragen. Juist het proces van het beoordelen en gebruik maken van wetenschappelijke theorieën, is het specialisme van gezondheidspsychologen. Tijdens het zoeken in de literatuur naar evidentie over een onderwerp zal de programma ontwikkelaar zowel theoretische ideeën tegenkomen, als concepten die verbonden kunnen worden aan theorieën. Bovendien kunnen ontwikkelaars theorieën gebruiken waar ze bekend mee zijn, zoals de theorie van gepland gedrag om gedrag te begrijpen en zelfreguleringstheorieën om gedrag te veranderen.

Praktische tips

- In elke planingsgroep voor een gedragsveranderingsinterventie zou een gedragsveranderingsexpert (bijvoorbeeld een goed getrainde gezondheidspsycholoog) moeten participeren.
- Maak gebruik van theorie en evidentie als je gedragsveranderingsinterventies ontwikkelt, pak niet (alleen) het individu aan maar het hele systeem en verhoog participatie aan de interventie.
- Het planmatig ontwikkelen van gedragsveranderingsinterventies is een stapsgewijs proces, waarbij elke stap informatie levert voor de volgende stap. Het IM protocol biedt hulp en begeleiding door het stappenplan.
- Gebruik van de kernprocessen kan gezondheidspsychologen helpen bij het vinden van theoretische antwoorden op planningsvragen.

”

Sociale ondersteuning en gezondheidsgedrag: van goed bedoelde tot bekwame ondersteuning

Door **Urte Scholz**, Universiteit van Zurich, Zwitserland en Universiteit van Aberdeen, Schotland.

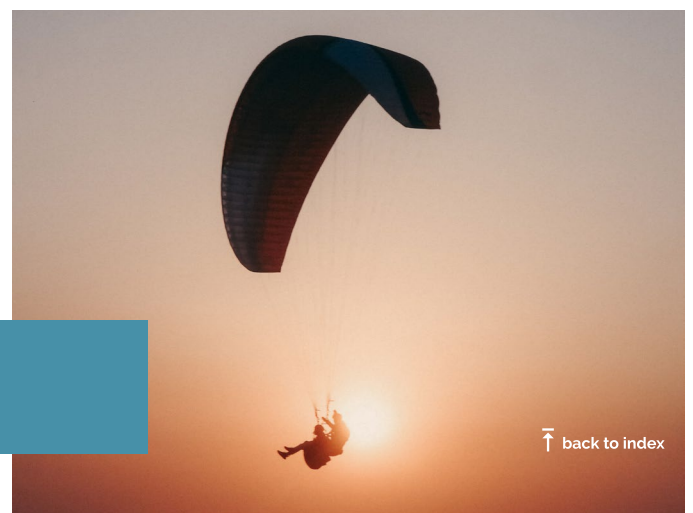
Sociale steun lijkt uitsluitend positief te zijn. Wat kan er verkeerd zijn aan anderen een beetje te helpen? Iemand die een gezonde maaltijd bereidt als je gezonder probeert te eten, of iemand die je troost omdat je laatste poging om te stoppen met roken is mislukt. Deze voorbeelden geven al de indruk dat uitsluitend goede bedoelingen om iemand te steunen wellicht niet genoeg zijn. Een partner die gezond voor je kookt of een zus die je 1001 dieet tips geeft, kunnen je ook het gevoel geven dat ze beter weten wat goed voor je is dan jijzelf. Heb je hen gevraagd om te helpen? Vertrouwen ze er niet op dat je uit jezelf gezonder kunt gaan eten? Werkt sociale steun bij gedragsverandering altijd positief? Deze blog geeft behandelaars handvaten om hun cliënten te adviseren in het creëren van nuttige sociale steun. We beginnen met een definitie van wat sociale steun wel en niet is.

Wat is sociale steun?

Sociale steun is hulp die iemand geeft aan een ander die voor een probleem of uitdaging staat, zoals gezonder willen eten. Steun heeft als doel het probleem op te lossen, of ten minste de stress te verlichten die bij het probleem komt kijken. Er zijn drie veelvoorkomende manieren om steun te verlenen, die vaak door elkaar lopen. De eerste is emotionele steun. Emotionele steun bestaat uit bijvoorbeeld de persoon troosten, of zorgen dat de persoon zich geliefd en gesteund voelt als blijkt hoe moeilijk het is om gezonder te gaan eten en het even

teveel wordt. Een tweede manier is praktische steun bieden, iets concreets doen om de ander te helpen, zoals gezond eten kopen. Een derde manier is informatieve steun bieden, zoals tips geven over hoe je meer groente kunt eten. Hoewel letterlijk iedereen steun kan bieden, blijkt uit onderzoek dat mensen die dichtbij staan (zoals partners, familie en vrienden) het vaakst steun aanbieden. Belangrijke bronnen van steun voor mensen met gezondheidsproblemen zijn vaak gezondheidsexperts, of andere mensen die met dezelfde gezondheidsproblemen kampen.

Er zijn twee verschillende soorten steun. Enerzijds is er de steun die men in de toekomst van anderen verwacht, anderzijds de ondersteuning die men in het verleden heeft ontvangen. Men kan bij de eerste denken aan de steun die men van anderen verwacht in stressvolle situaties in de toekomst. Een roker die wil stoppen kan de steun die wordt gegeven voorstellen. Dit soort steun



wordt verwachte steun genoemd. Deze steun is meer gerelateerd aan een min of meer optimistische kijk op de toekomst dan aan daadwerkelijk ontvangen steun. Verwachte steun kan deels ingebeeld zijn, aangezien de verwachting niet noodzakelijk getoetst wordt door een daadwerkelijke uitdaging. Een tweede manier om naar sociale steun te kijken, is na te vragen welke steun de persoon in het verleden ontvangen heeft. Dit zijn terugblikken op daadwerkelijke steun 'transacties'. Je kan bijvoorbeeld nagaan welke steun iemand ontvangen heeft in de afgelopen week terwijl de persoon gezonder probeerde te gaan eten. Deze twee soorten steun hangen niet noodzakelijk met elkaar samen. Iemand kan verwachten dat naasten te hulp zullen schieten wanneer dat nodig is, maar zich tegelijkertijd niet kunnen herinneren veel steun te hebben gekregen bij een recente dieetpoging.

Bekwame hulp bij gezond gedrag

Veel onderzoeken rapporteren positieve effecten van sociale steun op gezondheidsgedrag. Als we echter beter naar deze onderzoeken kijken, zien we dat de meeste zich richten op de eerste vorm, namelijk verwachte steun. Een positieve verwachting van de steun die men gaat ontvangen hangt samen met gezonder gedrag. Naar de tweede vorm, daadwerkelijk ontvangen steun, wordt minder gekeken in onderzoek. De studies die deze vorm onderzocht hebben, vonden gemengde resultaten. Deze gemengde resultaten komen soms voort uit het feit dat het moeilijk is om daadwerkelijke sociale steun te verhogen in interventies. Over het algemeen lijkt er geen garantie dat goedbedoelde sociale steun behulpzaam is als iemand zijn eigen gezondheidsgedrag wil veranderen. Het succes van hulp hangt af van verschillende factoren:

- wie levert de steun (soms kan de steun van een vriend(in) beter helpen dan van een partner)
- het geslacht van de helper (uit onderzoek blijkt dat vrouwen betere hulp kunnen bieden aan zowel mannen als vrouwen)
- de match tussen hulp behoeften en ontvangen hulp
- en onder welke omstandigheden de hulp gegeven wordt (of er een balans is tussen geven en ontvangen van hulp)

Er zijn zelfs onderzoeken gedaan die aantonen dat hulp schadelijk kan zijn. Hulp kan bijdragen aan het gevoel dat iemand de uitdaging zonder hulp niet aan kan. **Bekwame hulp** – hulp van iemand die je vertrouwt, die afgestemd is op je behoeftes en die je het gevoel geeft begrepen en gewaardeerd te worden als je bezig bent je gedrag te veranderen – is waarschijnlijk het beste. Bekwame hulp ontstaat als beide partijen met elkaar communiceren: de persoon die veranderingen wil doorvoeren moet over zijn eigen behoeftes nadenken en deze duidelijk communiceren en actief hulp vragen aan personen waarvan hij/zij weet dat ze betrouwbaar zijn en klaar staan voor de ander. Degene die hulp biedt moet zorgen dat de behoeftes van de ander vervuld worden op een respectvolle en toegankelijke manier.

Aanbevelingen voor de praktijk

Wat kunnen mensen doen om iemand die gezondheidsgedrag wil veranderen te steunen? Behandelaren kunnen cliënten adviseren om iemand te zoeken die bekwame steun kan bieden, en om behoeften goed te communiceren met anderen. Dit zijn de vuistregels om iemand effectief te helpen:

- Moedig mensen die hun gedrag willen veranderen aan om steun te zoeken bij vrienden en familie en om duidelijk aan te geven wat voor hulp zij graag ontvangen. Dit kan ook betekenen af en toe met rust gelaten te worden!
- Oefen met cliënten hoe ze hun behoeften duidelijk aan kunnen geven en hoe ze kunnen zorgen dat de gegeven steun inderdaad behulpzaam is. Rollenspel kan een goede methode zijn om te oefenen met verschillende situaties. Het moet duidelijk zijn dat ondersteuning erg persoonlijk is en niet altijd positief uitpakt. De cliënt zal moeten oefenen met feedback geven om anderen te helpen hun steun aan te passen aan de behoeften.
- Oefen met het herkennen van bekwame steun. Aangezien gedragsverandering een dynamisch proces is en behoeften met de tijd veranderen, vereist dit regelmatig bijsturen.

”

Korte interventies voor gedragsverandering in de gezondheidszorg

Door **Stephen Sutton**,
Universiteit van
Cambridge, Engeland



Grootschalige problemen vereisen grootschalige oplossingen. Om de 'Grote vier' (te weinig lichaamsbeweging, roken, overmatig eten en alcohol gebruik) aan te pakken, hebben we schaalbare interventies nodig die grote groepen mensen bereiken om een beduidend effect te hebben op de volksgezondheid. Een veelbelovende aanpak is het gebruik van korte interventies die aangeboden worden door een behandelaar in de gezondheidszorg. In Groot-Brittannië bijvoorbeeld beveelt het **Nationale Instituut voor Kwaliteit in Gezondheid en Zorg** aan dat primaire zorgverleners kort advies geven over lichaamsbeweging aan niet actieve volwassenen en dit herhalen bij volgende afspraken. Er is **bewijs voor de effectiviteit** van korte interventies. Een probleem bij het interpreteren van het onderzoek is echter dat er **verschillende definities** bestaan van 'kort advies' en 'korte interventies'. Een **overzichtsartikel** definieerde 'kort advies' als "minder dan 30 minuten, ofwel geleverd in een enkele sessie". Veel van dit soort 'korte' interventies duren te lang om toegevoegd te worden aan routine afspraken in de gezondheidszorg. In ons werk hebben we ons daarom gericht op 'zeer korte' interventies die niet langer dan 5 minuten duren, om lichaamsbeweging aan te kaarten.

Deze zeer korte interventies kunnen

in verschillende omstandigheden gebruikt worden. Wij hebben deze ontworpen voor het Gezondheidscheck programma van de Nationale Gezondheidszorg in Engeland. Dit programma nodigt volwassenen van 40 – 74 jaar, die niet in een ziekteregister staan, uit om elke vijf jaar een hart- en vaatcontrole te laten doen. De meeste van deze controles worden uitgevoerd door verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. Ze zijn een ideale gelegenheid om een zeer korte gedragsveranderingsinterventie uit te voeren bij potentieel miljoenen mensen.

Voor het ontwikkelen van **de interventies** gebruikten we een iteratieve aanpak die bewijs en expertise uit verschillende bronnen (zoals overzichtsartikelen, overleg met belanghebbende partijen, interviewstudies, kosten analyses en team discussies) combineerde. We ontleden de inhoud van erg korte interventies op **gedragsveranderingstechnieken**. Onze **erg korte interventie met behulp van een stappenteller** bijvoorbeeld bestond uit negen verschillende gedragsveranderingstechnieken, zoals het vastzetten van einddoelen, planning en zelfcontrole. Deze werden toegepast door de deelnemer een stappenteller met een stappenoverzicht te geven en instructies als: "elke week kun je een doel voor jezelf stellen, bijvoorbeeld 6000 stappen per dag zetten en

dan kun je elke dag je stappen noteren om te zien of je je doel hebt bereikt". We ontwikkelden ook een drie uur durende trainingssessie en een handboek voor de behandelaar.

Zulke erg korte interventies die gebaseerd zijn op technieken onderscheiden zich van enkel het geven van advies. Advies komt meestal neer op het aansporen tot verandering en informatie over de schade die gebrek aan beweging kan veroorzaken en over de voordelen van een actiever leven leiden. Hoewel advies belangrijk is, is het ook van belang om technieken zoals het stellen van doelen en zelfcontrole aan te leren om mensen te helpen bij het veranderen van hun gedrag.

We hebben laten zien dat het haalbaar is om erg korte interventies toe te voegen aan gezondheidschecks en dat deze korte interventies acceptabel zijn voor zowel de behandelaar als de patiënt. Onze eerste resultaten wat betreft effectiviteit waren veelbelovend. Gebaseerd op objectief gemeten activiteit met een versnellingsmeter had de **erg korte interventie met de stappenmeter** een geschatte 73% kans op effectiviteit (namelijk, op meer lichaamsbeweging in vergelijking met een controle groep die geen interventie kreeg). Echter, toen we deze interventie testten in een groter experiment (met 1007 deelnemers) had het slechts een klein, niet significant positief effect op lichaamsbeweging na 3 maanden. Ondanks dat, wijst de economische evaluatie erop dat er 60% kans is dat de interventie op de lange termijn kosten-effectief is, in vergelijking met alleen een Gezondheidscheck. Daarom lijkt het erop dat het aanbieden van de korte interventie beter is dan dit niet doen.

Mogelijk kan de effectiviteit van zeer korte interventies verbeterd worden door componenten toe te voegen aan de interventie. De uitdaging bestaat uit dit te doen zonder veel extra kosten. Een mogelijkheid is om een zeer korte persoonlijke interventie, geleverd door een

behandelaar te combineren met een digitale interventie die de patiënt helpt het gezonde gedrag vol te houden. De combinatie van persoonlijke en digitale interventies kan effectiever zijn dan beide apart. We hebben een versie van dit interventiemodel gebruikt in ons werk om mensen te **helpen te stoppen met roken**. Het digitale component bestond hier uit een programma van 90 dagelijkse smsjes toegespitst op de persoon.

Aanbevelingen

- Er is bewijs dat korte interventies gedrag zoals roken en lichaamsbeweging kunnen veranderen. Helaas zijn veel van deze interventies te lang om in routine afspraken te includeren.
- In plaats daarvan moeten we overwegen om zeer korte interventies, die niet meer dan 5 minuten duren, te gebruiken.
- Zeer korte interventies zijn niet slechts adviezen, maar bevatten een of meer gedragsveranderingstechnieken. Het kan bijvoorbeeld nuttig zijn om de patiënten te vragen hun gedrag te bewaken door een specifiek actieplan te maken door op te schrijven wanneer, waar en hoe ze aan lichaamsbeweging gaan doen, of tussendoortjes te gaan vermijden.
- Patiënten de weg wijzen naar nuttige hulpmiddelen (zoals een mobiele telefoon app, of een lokale wandel groep) is makkelijk en snel en kan de impact van een interventie verhogen. Het plannen van een vervolg afspraak kan ook helpen.
- Zorg dat elke afspraak telt. Elke keer dat je een patiënt ziet is een mogelijkheid iets over te brengen over gezonder gedrag. Het toegevoegde effect van het gebruik van zeer korte interventies door meerdere behandelaars kan een belangrijk effect hebben op de volksgezondheid.





Gebruik je fantasie: benut de kracht van je verbeelding om gezondheidsgedrag te veranderen

Door **Martin S. Hagger**, Curtin Universiteit, Australië en de Universiteit van Jyväskylä, Finland; en door **Dominic Conroy** Birkbeck Universiteit van Londen, Engeland

Wat is verbeelding?

Mensen zijn over het algemeen vrij goed in het zich dingen inbeelden. Je fantaseert bijvoorbeeld over verschillende scenario's die zich voor kunnen doen, of je dagdroomt over allerlei mogelijkheden. Deze denkbeeldige situaties komen meestal spontaan in je op. Psychologen hebben

onderzocht of het mogelijk is **om gebruik te maken van verbeelding om beter te worden in het bereiken van bepaalde doelen.**

Verbeeldingskracht is een algemene term die psychologen gebruiken om strategieën te beschrijven die gebruik maken van fantasie, met als doel motivatie om bepaalde

doelen te bereiken te verhogen. Er zijn verschillende verbeeldingsmethoden. Dit zijn meestal oefeningen die ofwel door de persoon zelf, ofwel door een professional geleid worden. Tijdens de oefening stellen mensen zich voor dat ze een doel behaald hebben, of ze bedenken hoe ze zich zouden voelen als ze een bepaald gedrag uitvoeren of uitgevoerd hebben. Iemand die wil stoppen met roken kan zich bijvoorbeeld de stappen voorstellen die ze moeten nemen als ze zin krijgen in een sigaret. Dit soort interventies werkt door motivatie te verhogen. Het is een manier om je mentaal voor te bereiden op mogelijke situaties die zich voor kunnen doen en je eigen reactie daarop, om je doel te bereiken.

Verbeelding kan mensen vertrouwen geven dat ze in een bepaalde situatie het gewenste gedrag kunnen uitvoeren. Dit wordt ook wel zelfwerkzaamheid genoemd. Een hoger niveau van zelfwerkzaamheid verhoogt motivatie of intentie om een gedrag uit te voeren en helpt om hindernissen te overwinnen. Door je bijvoorbeeld voor te stellen dat je slaagt in het vermijden van frisdrank met veel suiker tijdens pauzes en in je verbeelding uitdagingen te trotseren zoals het vinden van een drankje met weinig suiker, zal je meer vertrouwen geven dat je dieet kan slagen. Door zichzelf voor te stellen als iemand die gedrag succesvol kan uitvoeren creëert de persoon het ultieme rolmodel – zichzelf!

Hoe wordt verbeeldingskracht gebruikt?

Hoewel er verschillende manieren zijn om gebruik te maken van verbeelding (bijvoorbeeld begeleide inbeelding, mentale simulatie) zijn er bepaalde onderdelen die bij allen aanwezig zijn. Verbeelding wordt vaak gebruikt als oefening waarbij de persoon een dynamische voorstelling maakt van zichzelf terwijl ze het gedrag uitvoeren. Tijdens de oefening visualiseer je je acties in real-time en zo precies mogelijk, terwijl je aandacht besteed aan belangrijke details en je je probeert voor te stellen hoe je je zal voelen. Soms wordt gevraagd je in te beelden dat je je doel bereikt en de positieve gevoelens voor te stellen die je daarbij waarschijnlijk ervaart. Je kunt zelf de verbeelding sturen, of deze kan gestuurd worden door een professional die de oefening begeleidt en stuurt. De professional hoeft niet noodzakelijk een psycholoog te zijn, maar dient wel ervaren te zijn in het begeleiden van verbeelding. Oefeningen kunnen ook in groepsverband plaatsvinden waarbij elk groepslid een eigen scenario voorstelt.

En, werkt het?

Gebruik maken van verbeeldingskracht is een relatief makkelijke, goedkope en laagdrempelige methode om motivatie en zelfwerkzaamheid in gezondheidsgedrag te stimuleren. Onderzoek heeft aangetoond dat het visualiseren van de stappen die genomen moeten worden om het gewenste gezondheidsgedrag uit te voeren leidt tot hogere motivatie en zelfwerkzaamheid en daadwerkelijke uitvoering van het gedrag. Er is aangetoond dat verbeeldingsoefeningen effectief zijn in **vermindere**
van alcoholconsumptie, meer bewegen, gezonder eten en **stoppen met roken**. Gebruik maken van verbeeldingskracht is ook effectief **in combinatie met andere gedragsveranderingsmethoden zoals actie planning en ALS-DAN plannen** (zie de volgende blog post door Gollwitzer). We hebben recentelijk **een groot aantal studies bekeken waarin verbeeldingskracht gebruikt werd als middel voor gedragsverandering**. Uit dit overzicht bleek dat verbeeldingsinterventies effectief zijn, vooral als ze herhaaldelijk gebruikt worden en als mensen expliciete instructies krijgen over hoe ze een verbeeldingsoefening uit moeten voeren.



Praktische aanbevelingen

Gebruik maken van verbeeldingskracht is een relatief makkelijke, goedkope en laagdrempelige methode om motivatie en zelfwerkzaamheid in gezondheidsgedrag te stimuleren. Hieronder worden een aantal aanbevelingen gegeven voor hoe gezondheids professionals deze oefeningen het beste uit kunnen voeren.



- **Doelgroep.** Verbeeldingsoefeningen zijn het meest geschikt voor mensen die op zijn minst al geïnteresseerd zijn om hun gedrag te veranderen en nog niet voor degenen die dat nog nooit overwogen hebben. Het is vaak belangrijk om een doel te hebben (bijvoorbeeld 20 minuten non-stop joggen).



- **Verbeeldingsoefeningen.** Verbeelding dient gebruikt te worden als een oefening waar iemand een tijd mee bezig is. Oefeningen dienen uitgevoerd te worden op een rustige, comfortabele plek zonder afleiding.



- **Het begeleiden van de verbeelding.** Voor mensen die nog nooit gebruik hebben gemaakt van deze techniek is het aan te raden een begeleider te zoeken, of op zijn minst duidelijke instructies te gebruiken over hoe de oefening uit te voeren.



- **Tijdsduur.** Verbeeldingsoefeningen kunnen in weinig tijd uitgevoerd worden, soms in minder dan 5 minuten. Langere oefeningen kunnen echter effectiever zijn en ervoor zorgen dat het beeld meer gaat leven en langer vast gehouden wordt.



- **Inhoud.** In een verbeeldingsoefening kan de persoon die gedrag wil veranderen de stappen inbeelden die genomen moeten worden om het gedrag uit te voeren in een specifieke situatie. Men kan ook gestimuleerd worden om obstakels in te beelden en zich voor te stellen hoe deze overwonnen kunnen worden. Iemand die meer wil bewegen kan zich bijvoorbeeld 5 minuten (liggend of zittend) voorstellen hoe een wandeling in de dagelijkse routine ingepland kan worden en zich vervolgens inbeelden dat ze de wandeling uitvoeren.

Professionals die meer willen weten, kunnen gebruik maken van [recent gepubliceerde richtlijnen voor het inzetten van verbeelding om gedrag te veranderen](#).



”

De kracht van plannen

Door **Peter M. Gollwitzer**, New York Universiteit, VS

Iedereen heeft slechte gewoontes. Je snoept als je gestresst bent, of drinkt teveel alcohol op een avond met vrienden. Je creëert onnodige stress door je af te laten leiden van je werk door social media, of door onnodige woordenwisselingen met collega's, familie en vrienden. Hoe kun je deze slechte gewoontes veranderen?

Veel mensen zullen je vertellen dat je gewoon moet focussen op het stoppen van deze slechte maar veel voorkomende gewoontes en na een tijdje, als je maar hard genoeg je best doet, zul je ervan af komen. Echter, **uitgebreid onderzoek** in de motivatie wetenschap heeft aangetoond dat er een grote kloof is tussen goede voornemens, en het daadwerkelijk stoppen met slechte gewoontes. Dit geldt voor slechte gewoontes op zowel gezondheid, werk, als sociaal gebied. Wat kun je doen om deze kloof te overbruggen?

In mijn onderzoek in de Verenigde Staten en Duitsland, naar zelfregulatie bij het bereiken van persoonlijke doelen, vond ik dat mensen plannen zouden moeten

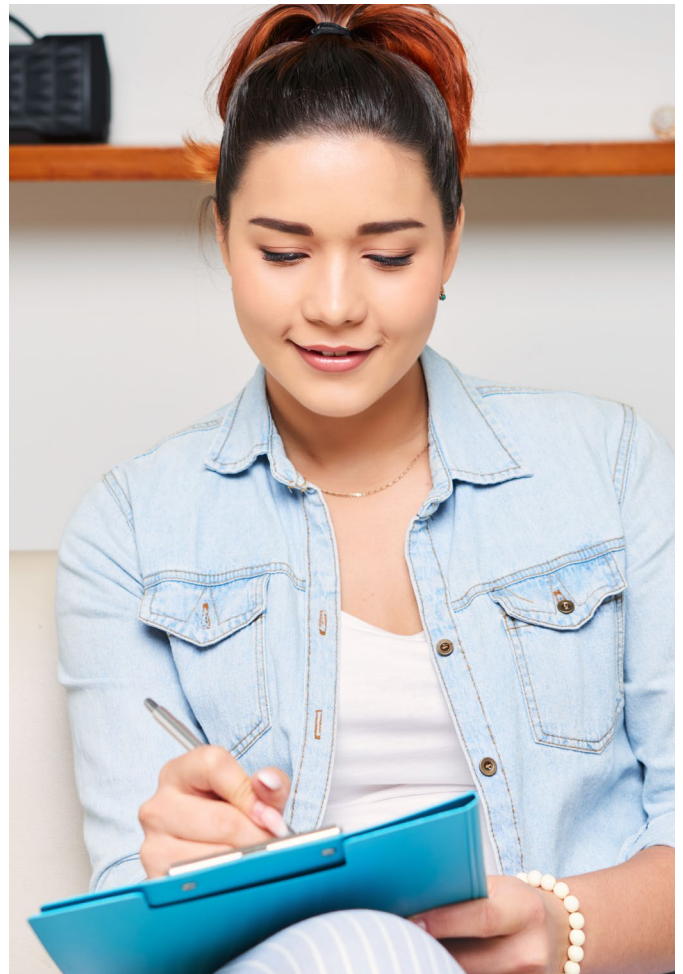
maken over hoe ze hun doelen gaan bereiken. De meest effectieve plannen zijn plannen die specificeren wanneer, waar en hoe je je doel gaat bereiken, door een ALS-DAN vorm te gebruiken. Neem teveel drinken als je uit bent met vrienden. In het ALS-gedeelte van het plan identificeer je de risico situatie die aanzet tot de slechte gewoonte. Wellicht is de aanzet dat je vriend je een drankje aanbiedt. In het DAN-gedeelte specificer je een actie die ervoor kan zorgen dat je de het drankje afslaat, door bijvoorbeeld te zeggen dat je vandaag liever een glas water drinkt. Vervolgens verbind je het ALS- en DAN-gedeelte door een ALS-DAN plan te maken: "ALS mijn collega's me op vrijdag vragen een drankje te gaan doen, DAN zal ik antwoorden: "Ik ga vandaag liever naar huis om tijd met mijn familie door te brengen."

Klinkt dit te makkelijk? Een waslijst met onderzoeken die gepubliceerd zijn in wetenschappelijke tijdschriften en uitgevoerd zijn onder kinderen, volwassenen en ouderen over de hele wereld hebben aangetoond

dat ALS-DAN plannen de kans op het bereiken van persoonlijke doelen significant verhogen. Dit is aangetoond voor doelen op zowel gezondheid, werk, als sociaal gebied, bij mensen met verschillende culturele en sociale achtergrond en zelfs bij mensen die normaal gesproken meer moeite hebben met zelfregulatie van hun gedrag (bijvoorbeeld kinderen met ADHD, mensen met verslavingsproblematiek, en patiënten met schade aan de frontale kwab).

Hoe kunnen eenvoudige ALS-DAN plannen zo effectief zijn in het veranderen van gedrag?

In laboratorium experimenten hebben we ontdekt dat dit plan het uitvoeren van het gedrag in het DAN gedeelte veel makkelijker maakt als de risico situatie zich voordoet. Het doorbreken van een slechte gewoonte kost daardoor veel minder energie. Door het ALS-DAN plan start het tegenkomen van de risicovolle ALS situatie het geplande DAN gedrag op een snelle, moeiteloze manier. Omdat het ALS-DAN plan de aanzet van de geplande reactie op de specifieke situatie delegeert, wordt het als het ware uit handen genomen van de persoon, die daardoor niet langer de rol van bewuste actor hoeft te spelen. In plaats daarvan heeft de persoon nu een voorgeprogrammeerde, bijna automatische reactie op de risico situatie.



Aanbevelingen voor de praktijk

Het is niet moeilijk om goede ALS-DAN plannen te leren maken. Het enige wat je hoeft te doen is specifieke situaties benoemen die de aanzet vormen tot je slechte gewoonte en het kiezen van gedrag wat je kan en wil uitvoeren in plaats van je slechte gewoontes. Gabriele Oettingen, een collega aan de Universiteit van New York, heeft een zelfregulatie strategie ontwikkeld genaamd **WOOP** (wat staat voor Wens-Uitkomst-Obstakel-Plan) bestaand uit vier stappen die je helpen het ALS en het DAN gedeelte en van je ALS-DAN plan te specificeren. In de eerste stap benoem je je Wens om een slechte gewoonte te veranderen. In de tweede stap stel je je levendig voor hoe de beste Uitkomst zou voelen als je je wens vervuld hebt. In de derde stap vraag je je af wat je tegenhoudt je wens te vervullen: wat is je persoonlijk Obstakel? Als je dit innerlijke Obstakel

hebt gevonden en het ingebeeld en onderzocht hebt, ga je door met stap 4. Je maakt een ALS-DAN Plan wat het Obstakel in het ALS gedeelte verwerkt, met een actie waardoor je dit Obstakel kunt overwinnen in het DAN gedeelte. Uiteindelijk rond je de vierde stap van WOOP af door je gehele ALS-DAN plan in te beelden. Klaar!

Dus, als je je slechte gewoontes wil veranderen, of als je anderen wil leren hoe ze zich het beste tegen slechte gewoontes kunnen wapenen, maak dan het volgende ALS-DAN plan: "Als ik vandaag een rustig moment heb, DAN zal ik naar www.woopmylife.org gaan om te leren hoe ik WOOP kan gebruiken!". Je kunt zelfs een WOOP app downloaden. Deze app is gratis en zal je beste vriend zijn tijdens het bereiken van je doel om je slechte gewoontes te veranderen, of anderen te helpen hun doel te bereiken.

”

Angst is een slechte raadgever

Door **Gjalt-Jorn Peters**,
Open Universiteit,
Nederland



Angst oproepen is een veelgebruikte strategie om menselijk gedrag te veranderen. Kijk bijvoorbeeld naar de angstaanjagende en expliciete beelden die vaak op **tabak verpakkingen** staan en naar campagnes voor het gebruik van **autogordels** en **tegen alcohol- en drugsgebruik**. Ondanks de populariteit en veelvuldig gebruik van deze angst oproepende methoden blijkt uit onderzoek dat dit niet de beste manier is om gedrag te veranderen, om bewustwording te creëren, of om mensen kennis bij te brengen.

De aantrekkingskracht van angst

Een reden dat bangmakerij vaak gebruikt wordt in gezondheidszorg campagnes is dat mensen andermans gedrag denken te begrijpen of te kunnen voorspellen. Men denkt dat wat henzelf tegenhoudt om iets gevaarlijks te doen hetzelfde is als wat anderen zal tegenhouden. "Als mensen eenmaal weten wat het risico is..."

Natuurlijk worden de risico's van veel ongezond gedrag al veel en vaak belicht in de media, op school en op sociale media. Hebben deze campagnes de mensen die risico lopen niet bereikt? Of zijn de berichten niet confronterend en krachtig genoeg?

Men denkt dat een nog enger of confronterender bericht beter werkt om tot mensen door te dringen, hen te confronteren met hoe gevaarlijk dit gedrag is, en hen wel twee keer na te laten denken voor ze een sigaret opsteken of een pil gebruiken op een feestje. En inderdaad, **als je een leek vraagt wat hen zou tegenhouden** om iets ongezonds te doen, wordt dit **vaak als antwoord gegeven**.

We weten echter al langer dat dit **'zelfinzicht' gebreken vertoont**. Mensen kunnen niet altijd correct redeneren waarom ze iets wel of niet doen. Mensen zelf vragen waarom ze iets doen, of niet doen, kan heel nuttig zijn, en hen betrekken bij de ontwikkeling van interventies is essentieel voor het succes ervan. Echter, leken zijn geen experts op het gebied van gedragsverandering en die verantwoordelijkheid zouden zij ook niet moeten dragen.

Een andere reden voor de populariteit van angstaanjagende communicatie, naast de intuïtieve aantrekkingskracht, is het vermeende gebrek aan alternatieven. Niet alle interventie ontwikkelaars of reclamebureaus zijn bekend met interventie ontwikkelingsprotocollen die vrij beschikbaar zijn, zoals **Intervention Mapping** of de **lijst van gedragsveranderingstechnieken**.

Het is begrijpelijk dat interventie ontwikkelaars vaak angst gebruiken in hun gezondheidsbevorderende campagnes, aangezien deze makkelijk te implementeren zijn en gezien worden als 'gezond verstand'. Maar waarom is dat een probleem?

Niets te vrezen behalve de angst

Het probleem is dat mensen zich niet altijd rationeel gedragen en de evolutie ons niet heeft voorbereid op de meeste situaties die we tegenwoordig tegenkomen. Mensen zijn over het algemeen redelijk goed in het behouden van een positief zelfbeeld. En een manier waarop we dat doen is het vertekenen van onze perceptie. Hoewel we over het algemeen geïnteresseerd zijn in informatie over risico's, kunnen mensen risico informatie negeren als de omstandigheden daarom vragen. Voor eenvoudig gedrag is dat geen probleem. Als je iemand waarschuwt dat ze bijvoorbeeld geen rauwe kip moeten eten zullen ze dat over het algemeen niet doen. Bij complexer gedrag komt het zelfbeeld echter om de hoek kijken.

Het is bekend dat stoppen met roken moeilijk is. **De meeste rokers willen graag stoppen**, maar als ze denken dat stoppen hen niet zal gaan lukken wordt hun zelfbeeld bedreigd. Het is niet leuk om iets ongezonds te doen terwijl je je volledig en pijnlijk bewust bent van de gevaren. Daarom hebben mensen mechanismen om zich minder bewust te maken van de risico's. Als iemand niet overtuigd is dat ze een risico kunnen vermijden zal de persoon zich defensief opstellen om het zelfbeeld te beschermen, ofwel door de risico's te bagataliseren, ofwel door op positieve aspecten van hun zelfbeeld te focussen. Een roker kan bijvoorbeeld hun oma citeren die al 40 jaar 2 pakjes per dag rookt en nog steeds gezond is ("Roken is niet zo gevaarlijk"). Of de roker kan benadrukken dat er 5 dagen in de week naar de sportschool wordt gegaan, of elke dag een halve kilo broccoli eet ("Ik ben een gezond persoon"). Deze defensieve reacties zorgen ervoor dat de roker een positief zelfbeeld behoudt, waardoor ze door kunnen gaan met het gevaarlijke gedrag.

Deze processen **worden al meer dan 60 jaar onderzocht**. Het onderwerp is echter nog steeds enigzins controversieel. Om deze controversie op te lossen heeft ons onderzoeksteam **alle onderzoek op dit gebied kritisch bekeken**. We keken naar waarom sommige onderzoeken hebben geconcludeerd dat angstaanjagende berichten werken, terwijl andere onderzoeken (in lijn met psychologische theorieën) juist vonden dat ze niet werken.

In het onderzoeksoverzicht vonden we dat angst oproepen alleen gedrag verandert als ze gecombineerd werden met interventies die mensen het vertrouwen gaf dat ze de dreiging konden uitschakelen. In andere woorden, het had alleen zin om mensen angst aan te jagen als je ze ook het vertrouwen geeft het gevaar te kunnen elimineren. Als mensen geen vertrouwen hadden in hun eigen vermogen hun gedrag te kunnen veranderen om het gevaar af te wenden waren angstaanjagende berichten niet effectief en soms werkten ze zelfs averechts.

Als mensen bedreigen of confronteren niet de effectieve gedragsveranderingstechniek is, wat is het dan wel?

Aanbevelingen voor de praktijk

- **Onderzoek eerst de oorzaken (determinanten)** van gedrag als je menselijk gedrag wil veranderen. Is de belangrijkste determinant risicoperceptie, sociale normen, of een gebrek aan vaardigheden?
- Vind dan methoden die deze determinanten kunnen veranderen ([klik hier voor een uitgebreide lijst en de meest toegankelijke richtlijnen](#))
- Als je angstaanjagende berichten gaat gebruiken, houd dan rekening met het volgende:
 1. De groep mensen die je wil bereiken heeft er al vertrouwen in dat ze het gewenste gedrag uit kunnen voeren (dit wordt ook hoge zelfredzaamheid genoemd), of
 2. Je interventie bevat een of meer effectieve componenten die ervoor zorgen dat de zelfredzaamheid tot een acceptabel niveau wordt verhoogd.



”

E-Health: hypes en hoop

Door **Rik Crutzen**,
Maastricht Universiteit,
Nederland

Tegenwoordig gebruiken mensen het internet vaak en voor veel verschillende zaken: van boodschappen doen tot grappige katten plaatjes delen met vrienden aan de andere kant van de wereld. Alles is mogelijk. Het internet wordt ook steeds meer gebruikt in de gezondheidszorg – ook wel e-gezondheid genoemd.

Wat is e-gezondheid?

E-gezondheid verwijst naar diensten en informatie in de gezondheidszorg, die overgebracht of ondersteund worden via het internet en verwante technologieën. Binnen de gezondheidspsychologie richt e-gezondheid zich op een verscheidenheid aan gedragingen zoals bijvoorbeeld stoppen met roken of meer bewegen. **In een literatuuroverzicht van onderzoeken** naar e-gezondheid die sinds het begin van deze eeuw uitgevoerd zijn, wordt geconcludeerd dat deze internet interventies effectief kunnen zijn. Het is daarbij wel belangrijk dat bij de ontwikkeling van de interventies gebruik gemaakt wordt van **bestaande theorieën en beschikbare kennis uit eerder onderzoek**.

De voordelen van internet interventies

Het gebruik van het internet en verwante technologieën heeft meerdere voordelen. Mensen voelen zich bijvoorbeeld meer anoniem in vergelijking met interventies die één-op-één worden uitgevoerd. Deze anonimiteit kan een voordeel zijn bij interventies die schaamte kunnen oproepen (bijvoorbeeld over condoom- of alcoholgebruik). Ook kunnen interventies gebruik maken van GPS navigatie door mensen te attenderen op locaties in de buurt waar je gezond eten kunt krijgen. Let wel op, beide voorbeelden moeten gezien worden als mogelijkheden van e-gezondheid en zullen niet gebruikt kunnen worden bij alle internet interventies. Ze zullen alleen nuttig zijn als blijkt dat gebrek aan anonimiteit of beschikbaarheid van gezond eten inderdaad bijdragen aan ongezond gedrag. Anders gezegd, de eigenschappen van het medium en de voordelen ervan moeten gezien worden als middel en niet als doel op zich.

Onderzoek naar interventies

Een voordeel van alle internet interventies is dat ze de mogelijkheid bieden om het gebruik van de interventie

ook te onderzoeken. Ze kunnen bijvoorbeeld inzicht bieden in wanneer gebruikers een interventie website verlaten, of wanneer ze stagneren. Dit kan gebruikt worden om interventies verder aan te passen aan behoeftes van gebruikers en om de blootstelling aan, en positief resultaat van, de interventie te verhogen. Bovendien biedt het inzicht in hoe intensief bezoekers aan de website de interventie gebruiken (bijvoorbeeld hoe vaak en hoe lang ze de site bezoeken) en waarin ze geïnteresseerd zijn (de onderwerpen die aangeklikt worden).

Conclusie

E-gezondheid interventies hebben bepaalde eigenschappen en mogelijkheden die erg nuttig kunnen zijn in de gezondheidspsychologie. Maar het is geen wondermiddel. Gedragsverandering is een complex proces en we moeten gebruik maken van alle bestaande theorieën en beschikbare kennis uit eerder onderzoek om de kans dat interventies effectief zijn te vergroten, zowel online als offline.



Aanbevelingen voor de praktijk

- E-gezondheid kan gebruikt worden om gedrag te veranderen. Het is daarbij wel belangrijk om internet interventies systematisch te ontwikkelen, net als andere gedragsveranderingsinterventies.
- Gebruik e-gezondheid niet als doel maar als middel: de eigenschappen van het internet en de mogelijkheden die het biedt dienen alleen doelgericht gebruikt te worden. Blijf altijd bewust van waarom je een bepaald medium wil gebruiken en welk doel je ermee wil bereiken.
- Als je e-gezondheid gebruikt, onderzoek dan ook het gebruik van de interventie. Dit kan inzicht bieden in op welke manier men je interventie gebruikt en deze informatie kan helpen bij het verbeteren van de interventie.

”

Verandert geld echt alles? Het gebruik van financiële stimulans en ontmoediging om gezondheidsgedrag te veranderen.

Door **Jean Adams**, Onderzoekscentrum voor Voeding & Activiteit, Universiteit van Cambridge, Engeland.

Sinds oktober vorig jaar brengen grote detailhandelaren in Engeland €0.06 (5p) in rekening bij hun klanten voor 'eenmalig te gebruiken plastic tasjes'. Dit zijn de dunne plastic zakjes die u in de supermarkt krijgt om uw boodschappen te vervoeren naar huis en wordt ondersteund door de wet. De opbrengst wordt door de winkeliers gedoneerd aan goede doelen. In de eerste zes maanden van deze regeling daalde het gebruik van plastic zakjes in de supermarkt met **meer dan 90%** (dat zijn 7 miljard zakjes minder!) en meer dan €32 miljoen (£29m) werd gedoneerd aan goede doelen. Het is niet moeilijk om te concluderen dat een kleine financiële ontmoediging een grote impact kan hebben op ons gedrag.

Werkt financiële ontmoediging voor het veranderen van gezondheidsgedrag?

Dus, hoe zit het met het gebruik van financiële stimulans en ontmoedigingen voor het veranderen van gezondheidsgedrag van mensen? Dit idee slaat steeds meer aan. Sommige landen in Midden- en Zuid-Amerika hebben

grote financiële stimulans programma's uitgetoetst ter bevordering van prenatale zorg door moeders, het immuniseren en naar school sturen van hun kinderen. Steeds wanneer moeders het, volgens het programma, gewenste gedrag uitvoeren ontvangen zij een betaling direct van de regering. Er is aanmoedigend bewijs dat deze programma's een positieve impact kunnen hebben op de gezondheid van kinderen in landen met een laag en gemiddeld inkomen.

Landen met een hoger inkomen zijn langzamer in het omarmen van het idee van financiële aanmoediging voor gedragsverandering. Echter, het bewijs groeit en **twee systematische reviews** binnen de literatuur hebben geconcludeerd dat deze programma's effectief kunnen zijn en dat de effecten lang kunnen aanhouden nadat de stimulans is gestopt. Er is **weinig bewijs** dat de financiële aanmoediging de 'interne motivatie' om deel te nemen aan gezond gedrag ondermijnt. De financiële stimulans werkt zelfs voor de zogenoemde 'complexe gedragingen', zoals het **stoppen met roken**, welke moeilijk te veranderen zijn.

Waarom worden financiële stimulan- sen in de praktijk niet meer gebruikt voor gedragsverandering?

Echter, terwijl financiële stimulans voor gezondheidsgedrag in theorie werkt, kan dit in de praktijk zeer problematisch zijn. Om de volledige potentie van een interventie te bereiken **moet iedereen het eens zijn met de basis van het idee** – van beleidsmakers tot uitvoerders van het programma, het publiek, diegene die aan de interventie deelnemen. Wanneer we met **mensen spraken** over het bieden van een financiële aanmoediging om te stoppen met roken, vergroten van de hoeveelheid lichaamsbeweging, **laten inenten** of deelnemen aan een routine screeningsprogramma voor kanker, stuiten we op negatieve reacties. In het algemeen wordt geaccepteerd dat sommige mensen financieel kunnen worden aangemoedigd om gezonder gedrag te vertonen. Echter, dit lijkt te worden overheerst door sterkere gevoelens dat deze financiële aanmoediging oneerlijk is voor de mensen die al gezond gedrag vertoonden zonder deze aanmoediging. Daarnaast is men bezorgd dat mensen gaan 'valsspelen' en liegen over hun gedrag om een beloning te krijgen waar zij eigenlijk geen recht op hebben. Het huidige financiële klimaat lijkt achter het gevoel te staan dat het weggeven van geld niet kosteneffectief kan zijn, of zelfs betaalbaar en dat de financiële stimulans klein in waarde moet zijn. Er is ook enige bezorgdheid dat de ontvangers hun beloning aan ongezonde producten besteden. **Beleidsmakers** zijn ook bezorgd dat de stimulans de **brede determinanten** van ongezond gedrag niet aangrijpt en dat deze interventies moeilijk te verdedigen zijn tegenover politici en de media.

In al onze kwalitatieve studies boden onze deelnemers graag alternatieve benaderingen ter verbetering van gezondheidsgedrag – voornamelijk door middel van educatie en informatie. We hebben dit nooit direct opgezocht. In plaats daarvan lijkt het bieden van een financiële aanmoediging voor de meesten geen voor de hand liggende

oplossing en vinden zij dat andere gebieden eerst moeten worden gebruikt.

Interessant genoeg vinden we echter andere resultaten wanneer we een online onderzoek uitvoeren. Tweemaal werd gevonden dat mensen gezondheidsbevorderende programma's met financiële aanmoediging hen **meer aanspreken** dan programma's zonder een financiële stimulans. Mogelijk zijn mensen meer comfortabel hun handels-eigenschappen te uiten wanneer zij beschermd worden door de anonimiteit van het internet! Zeker kan verwacht worden dat een bias door sociale wenselijkheid beïnvloedt wat mensen acceptabel vinden om te uiten over financiële aanmoediging in een focus groep of interview.

Cultuur en context lijken er zeker toe te doen, daarnaast is er bewijs dat financiële stimulansen voor gezondheidsgedrag meer acceptabel zijn in de Verenigde Staten dan in het Verenigd Koninkrijk – mogelijk omdat het in de Verenigde Staten meer gebruikelijk is om geld te verbinden aan gezondheid (szorg) dan in het Verenigd Koninkrijk (waar er sprake is van een genationaliseerd gezondheidszorg systeem).

Aanbevelingen voor de praktijk

Financiële stimulansen kunnen zeker een effectieve manier zijn om gezondheidsgedrag te veranderen. Echter, ze zijn niet universeel aanvaard. Ieder programma moet worden uitgevoerd met inachtneming van de zorgen over deze programma's. Dit zijn bijvoorbeeld:

- Het aanbieden van stimulansen van kleinere waarde, om de bezorgdheid dat geld wordt 'verspild' te doen afnemen.
- Het aanbieden van tegoedbonnen in plaats van contant geld, om de mogelijkheid dat de beloning aan ongezonde producten wordt uitgegeven te voorkomen.
- Zorgen voor een goede controle zodat mensen niet kunnen 'valsspelen'.
- De financiële stimulans toevoegen aan bredere programma's met educatie en informatie over gezond gedrag.

Daarnaast zou het ook helpend zijn om open en eerlijke gesprekken te beginnen binnen gemeenschappen om te verkennen wanneer, waar en hoe financiële stimulerende maatregelen als meest acceptabel worden ervaren.



”

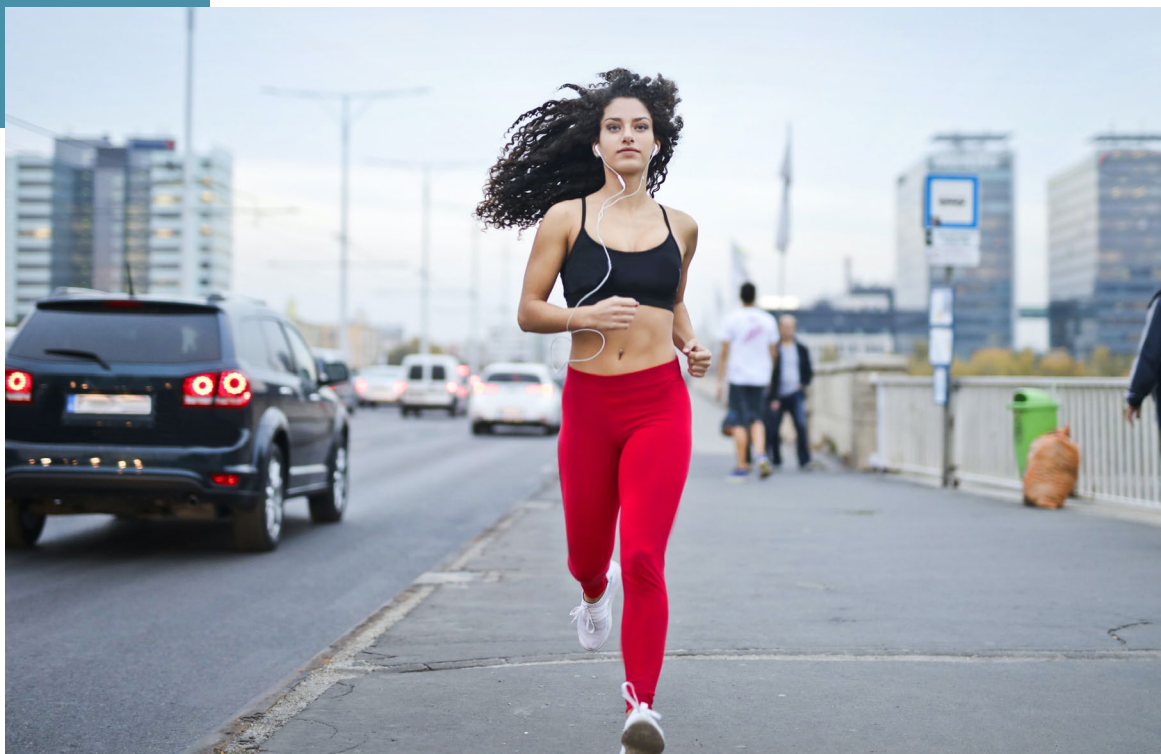
Gewoontes: het toepassen van onze kennis over hoe gewoontes worden gevormd in het dagelijks leven.

Door **Benjamin Gardner**, King's College Londen, Engeland

Wat is een 'gewoonte'?

Waarom eten we popcorn als we een film kijken? Het antwoord, voor de meesten, is dat het eten van popcorn een gewoonte is als we een film kijken. Psychologen definiëren '**gewoontegedrag**' als een actie die automatisch plaatsvindt in een specifieke situatie: we koppelen deze bepaalde situatie (het zijn in de bioscoop) aan een geleerde reactie (het eten van popcorn).

Gewoonte associaties ontstaan wanneer we in een specifieke situatie (wanneer we bij de bioscoop aankomen) vaak hetzelfde gedrag vertonen (het eten van popcorn) om een specifiek resultaat te bereiken (de aangename smaak van popcorn). Na verloop van tijd zal de relatie tussen de situatie en het gedrag sterker worden en op zeker moment automatisch plaatsvinden zonder dat men



over het gedrag nadenkt. Door het nadenken over het gedrag over te slaan, zorgt het gewoontegedrag ervoor dat je meer ruimte hebt om na te denken over andere, belangrijkere taken.

Hoe leren we gewoonten?

Al meer dan 150 jaar bestuderen **onderzoekers** het aanleren van gewoonten, meestal bij dieren. Gezondheidspsychologen zijn vrij recent begonnen met het onderzoeken van gewoontevorming in de praktijk en hoe dit gezond gedrag kan bevorderen. **Een studie** toonde aan dat vooral de eerste paar keer dat een bepaald gedrag iets opleverde zorgt dat gewoontegedrag sterker wordt totdat een bepaald niveau is bereikt. **Observationele studies** laten zien dat verschillende gezondheidsgedragingen, zoals voedselkeuze, fysieke activiteit en overmatig drankgebruik, worden uitgevoerd vanuit gewoonte – zonder erbij na te denken.

Hoe lang duurt het om een gewoonte te vormen?

Het bewijs hierover is verdeeld. **Een studie** suggereert dat gewoonten zich in 66 dagen vormen terwijl **een andere studie** vond dat mensen die bijvoorbeeld nieuw lid zijn bij een sportschool minstens 6 weken lang 4 keer per

week hun nieuwe gedrag moesten uitvoeren om deze gewoonte aan te leren. Hoe dan ook, waarschijnlijk is het niet de mythe van 21 dagen zoals werd beweerd door de plastische chirurg dokter Maxwell Maltz, welke door ons **elders** is ontkracht.

De vraag over gewoontevorming is niet zo duidelijk als het lijkt. **Er zijn geen objectieve criteria voor het vaststellen van gewoonten.** Hierdoor is het onmogelijk om met zekerheid te zeggen of iemand een gewoonte heeft of niet. Het is realistischer om gedragingen als meer of minder vanuit gewoonte te beschouwen, in plaats van een gewoonte of niet. Dit maakt het moeilijk om de duur van gewoontevorming betrouwbaar te schatten.

Het goede nieuws is dat deelnemers in **interventiestudies** waarbij zij nieuw gedrag uitvoeren melden dat deze gedragingen binnen twee weken 'een tweede natuur' of 'deel van hun routine' worden.

Hoe kunnen we gewoonte gebruiken om gedragsverandering te bewerkstelligen?

Gewoontevorming heeft belangrijke implicaties voor gedragsverandering omdat verondersteld wordt dat gewoonten lange termijn gevolgen kunnen hebben. De verrassend weinig studies die gewoontevorming hebben gebruikt als strategie voor verandering van gezondheids-

gedrag hebben **veelbelovende** resultaten opgeleverd. Bijvoorbeeld, **ouders** die advies ontvangen over het vormen van gewoonten met betrekking tot het aanbieden van gezonde voeding (fruit, groenten, gezonde snacks en water) aan hun kinderen, rapporteren acht weken later de vorming van gezondere voedingsgewoonten en verbeteringen in de kwaliteit van het dieet van hun kind. **Een interventie** onder oudere volwassenen, ter bevordering van lichte fysieke activiteit in routines die normaal zittend worden uitgevoerd zorgde ervoor dat het sedentaire gedrag werd verminderd en het loopgedrag waardoor de matige activiteit verhoogd werd.

Er is echter een keerzijde voor dit alles. Wat betekent het als we zeggen dat gedrag een 'gewoonte' is? Wanneer iemand **'30 minuten beweegt zonder hierover na te denken'**, wat wordt hier dan mee bedoeld? Het gebeurt zelden dat we 30 minuten bewegen en ons hier helemaal niet van bewust zijn. Onlangs is voorgesteld dat er twee manieren zijn waarop gedrag een gewoonte kan zijn: we kunnen 'beslissen' om iets te doen vanuit een gewoonte (dit is 'habituële instigatie'), of uit gewoonte 'handelen' (dit is 'habituële uitvoering'). Uit **'gewoonte beslissen om te bewegen'** (wanneer een situatie automatisch een impuls activeert om te bewegen) voorspelt hoe vaak mensen bewegen. Echter, 'handelen uit gewoonte' met betrekking fysieke activiteit, waarbij een deel van een routine (bijvoorbeeld stoppen met het gebruik van de loopband) het volgende deel van de routine activeert (bijvoorbeeld te starten met de losse gewichten), voorspelt niet hoe vaak mensen bewegen.



Praktische aanbevelingen:

Mensen die werkzaam zijn in de praktijk moeten overwegen om de principes van gewoonten in hun adviezen toe te voegen. Er zijn verschillende manieren om dit te doen.

- **Herhaal het gedrag consequent.** Hulpverleners moeten aanbevelen dat mensen gedrag consistent herhalen als reactie op een situatie. Zo worden gewoonte associaties gevormd.
- **Kies specifiek gedrag en een specifieke trigger.** Zorg ervoor dat bij het vormen van gewoonten het geselecteerde gedrag specifiek is en dat men de gekozen situationele trigger vaak tegenkomt. Het helpt bijvoorbeeld niet wanneer een gewoonte wordt gevormd bij een trigger die maar een keer per jaar voorkomt.
- **Zorg ervoor dat het gedrag iets is dat je wilt doen.** Mensen zijn meer geneigd gedrag uit te voeren dat zij zelf gekozen hebben om te doen dan gedrag waarbij ze het gevoel hebben onder druk te worden gezet door een ander.
- **Begin met eenvoudige gedragsveranderingen.** Eenvoudig gedrag kan eerder een gewoonte worden dan complex gedrag.
- **Houd verwachtingen realistisch.** Wees duidelijk over wat mensen kunnen verwachten wanneer hun gedrag een gewoonte wordt. Het vormen van gewoonten kan het beste worden gezien als een interne herinnering om iets te doen in een bepaalde situatie.

Een plek waar je kunt starten om een slechte gewoonte voor een goede te vervangen is de bioscoop. Je zult verrast zijn hoe bevredigend vooraf gekochte druiven kunnen zijn in plaats van de gebruikelijke popcorn - als je voorbij de geur van de popcorn kan komen...



Abonneer u op onze blog voor up-to-date evidence based berichten:
www.practicalhealthpsychology.com

Dit boek is gepubliceerd onder 'Open Access'. Open Access wil wetenschappelijk publiceren terugbrengen naar het oorspronkelijke doel: kennis verspreiden en op die kennis voortbouwen. Prijsbarrières mogen niet voorkomen dat beoefenaars, studenten (of wie dan ook) toegang krijgen tot onderzoek dat ze nodig hebben. Aarzel niet om dit boek onder uw netwerken te verspreiden. Om dit boek te citeren: Kwasnicka D., Ten Hoor G.A., Knittle K., Potthoff S. Ten Hoor G.A., Knittle K., Potthoff S., Kwasnicka D., Cross A., and Olson J. (2021), Praktische Gezondheidspsychologie: onderzoek vertaald naar praktische toepassingen - Vol.1 (Van Dongen A, Maussen I.E.G.M.C., Van Rijen D, translation). DOI: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/M72P5>

Met een speciaal bedankje aan



Volg ons op social media →



