

The logo for RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) is displayed in white lowercase letters on a yellow rectangular background.

Rapport 270091012/2010

H.H. Hamberg-van Reenen | I. Bovendeur | S.A. Meijer | M. Savelkoul | M. van den Berg

Kosteneffectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid

Overzicht van preventieve interventies uit de leeflijnen
Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht
en Depressiepreventie

RIVM rapport 270091012/2010

Kosteneffectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid
Overzicht van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie,
Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie

H.H. Hamberg-van Reenen
I. Bovendeur
S.A. Meijer
M. Savelkoul
M. van den Berg

Contact:
H.H. Hamberg-van Reenen
Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen
heleen.hamberg@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van project V/270091, Kosteneffectiviteit van preventie

© RIVM 2010

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

Rapport in het kort

(Kosten)effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid

Overzicht van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie

Van de meeste interventies voor lokaal gezondheidsbeleid is de effectiviteit niet bekend. Van een minderheid van deze interventies is bewezen dat deze bijdragen aan het terugdringen van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en depressie. Dit blijkt uit een literatuuronderzoek van het RIVM dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd.

Sinds 2007 bestaan handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid. Onderdeel hiervan zijn overzichten van de beschikbare maatregelen die de leefstijl preventief verbeteren. Gemeenten kunnen kiezen welke interventies zij hieruit aanbieden.

In het onderzoek zijn gegevens over effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventieve leefstijlinterventies uit Nederlands en buitenlands onderzoek verzameld. De meeste interventies die in Nederlandse gemeenten worden aangeboden zijn niet onderzocht in onderzoek met voldoende bewijskracht. Een ander deel van de interventies is alleen onderzocht op determinanten om risicofactoren te verminderen, zoals meer kennis over gezonde voeding of de intentie te stoppen met roken. Of deze interventies er daadwerkelijk aan bijdragen dat roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en depressie op lange termijn afnemen is niet bekend. Bovendien was er zeer weinig informatie beschikbaar over de kosteneffectiviteit van de interventies.

De (kosten)effectiviteit van preventieve interventies zou veel meer voorop moeten staan bij lokaal beleid en in de praktijk. In de nieuwe interventieoverzichten die eind 2010 als onderdeel van de Handleiding Gezonde Gemeente verschijnen is hier meer aandacht voor. Voor effectieve gezondheidsbevordering op lokaal niveau moet echter ook voldaan worden aan praktische randvoorwaarden, zoals voldoende begeleiders en deelnemers onder de doelgroep tegen acceptabele kosten. Meer onderzoek naar langetermijneffecten van leefstijlinterventies op risicofactoren of ziekte is nodig.

Trefwoorden: effectiviteit, kosteneffectiviteit, preventie, leefstijlinterventies

Abstract

(Cost)effectiveness of local health policy

Overview of preventive interventions on smoking, excessive alcohol consumption, overweight and depression

Information regarding the efficacy of preventive interventions in Dutch local health policy is often lacking. Only a minority of interventions is effective on the prevalence of smoking, excessive alcohol consumption, or overweight, or on the incidence of depression. This can be concluded from a research conducted by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) by order of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS).

In 2007, guides on local health policy were published including intervention lists on smoking, excessive alcohol consumption, overweight and depression. Local authorities are able to offer interventions from these lists at local scale.

For this study, a literature search was performed on efficacy and cost-effectiveness of lifestyle interventions in Dutch local health policy. Information on efficacy from high evidence studies was often lacking. Furthermore, some interventions were only analysed on determinants of risks factors, such as increased knowledge on healthy food or intention to quit smoking. If these interventions contribute to a decrease in risk factors or depression in the long term remains unknown. Moreover, very less information was available on cost-effectiveness.

Efficacy and cost-effectiveness should be more pronounced in local policy and in practice. In 2010, updated intervention lists will be published in the Netherlands, which pay more attention on these issues. However, next to efficacy, conditions such as enough intermediaries, sufficient reach and acceptable costs are needed as well. More research is needed on long term effects of lifestyle interventions on risk factors and diseases.

Key words: effectiveness, cost-effectiveness, prevention, lifestyle interventions

Inhoud

Rapport in het kort	3
Abstract	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	11
1.1 Speerpunten voor preventie	11
1.2 Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid	11
1.3 Doel	12
1.4 Aangrijpingspunten voor preventie	12
1.5 Leeswijzer	13
2 Methoden	15
2.1 Beoordelen effectiviteit	15
2.2 Beoordelen kosteneffectiviteit	18
2.3 Beschrijving interventies	18
3 (Kosten)effectiviteit van leeflijninterventies	19
3.1 Leeflijn Tabakspreventie	19
3.2 Leeflijn Integraal alcoholbeleid	25
3.3 Leeflijn Overgewicht	30
3.4 Leeflijn Depressiepreventie	36
4 Discussie	41
4.1 Methodologie	41
4.2 Interventiedoelen en hoofddoelen	42
4.3 Bereik en uitvoerbaarheid	42
5 Conclusies en aanbevelingen	45
5.1 (Kosten)effectiviteit leeflijninterventies in samenhang	45
5.2 Aanbevelingen voor beleid	47
Dankwoord	49
Literatuur	51
Bijlage 1: Totaaloverzicht geëvalueerde interventies naar leeftijdsgroep	59
Bijlage 2: Totaaloverzicht niet-geëvalueerde interventies	101

Samenvatting

Rapport beschrijft (kosten)effectiviteit van interventies op de leeflijnen

In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vijf speerpunten voor preventiebeleid aangegeven: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Voor vier van deze speerpunten zijn Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid ontwikkeld: Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie. Deze ondersteunen gemeenten bij de praktische invulling van het preventiebeleid. Elke handleiding bevat een 'leeflijn': een overzicht van de beschikbare preventieve interventies gerangschikt naar leeftijd. Het doel van dit rapport is het beschrijven van de (kosten)effectiviteit van de interventies uit de leeflijnen. Het gaat hierbij om de vraag in hoeverre op basis van wetenschappelijk onderzoek met voldoende bewijskracht bekend is of deze interventies bijdragen aan het bereiken van een afname van de risicofactoren roken, alcoholgebruik en overgewicht en aan het voorkomen van de ziekte depressie, en daarnaast of dit in verhouding staat tot de benodigde kosten.

Leeflijninterventies beogen een afname van risicofactoren of ziekte

De leeflijninterventies beogen een afname van roken, alcoholconsumptie en gewicht en van de ziekte depressie. In dit rapport zijn dit de 'hoofddoelen' van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid genoemd. 'Subdoelen' zijn determinanten van roken, alcoholconsumptie, overgewicht en depressie. Voorbeelden van subdoelen zijn een toename van kennis over bewegen, of de intentie te stoppen met roken. De (kosten)effectiviteit van de leeflijninterventies is beschreven aan de hand van een afname in roken (stoppen of minderen), aan afname in alcoholgebruik, gewichtsafname of –behoud (inclusief meer bewegen en/of een verbeterd voedingspatroon) en het voorkomen van depressie (inclusief een afname in depressieklachten).

(Kosten)effectiviteit beoordeeld aan de hand van grootte effect en bewijskracht

Van concrete leefstijlinterventies binnen de leeflijnen, zoals cursussen, lesprogramma's en campagnes, is gezocht naar informatie over (kosten)effectiviteit. Er is gezocht naar Nederlandse studies en buitenlandse studies van vergelijkbare interventies. De resultaten van studies met voldoende bewijskracht (een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek of een quasi-experimentele studie), die een effect hebben laten zien op de hoofddoelen, zijn in dit rapport beschreven. Interventies die een effect laten zien op een subdoel of zijn onderzocht met een studiedesign met onvoldoende bewijskracht zijn in een bijlage beschreven.

Dertien interventies op de leeflijn Tabakspreventie leiden tot minder roken

De leeflijn Tabakspreventie bestaat uit 35 interventies. In dit rapport is de (kosten)effectiviteit van 27 van deze interventies geïnventariseerd. Voor dertien interventies is wetenschappelijk bewijs met voldoende bewijskracht dat deze een effect hebben op rookgedrag gedurende tenminste zes maanden: drie lespakketten voor jongeren en tien interventies voor volwassenen. Van één interventie is de kosteneffectiviteit vastgesteld. Van vier interventies is op basis van onderzoek met voldoende bewijskracht gebleken dat ze niet effectief zijn op rookgedrag. Bij twee interventies is een effect aangetoond op een determinant van rookgedrag. Ten slotte is van zeven interventies onbekend of ze bijdragen aan stoppen met (mee)roken, minder roken of niet beginnen met roken, omdat ze niet onderzocht zijn in een studie met voldoende bewijskracht.

Zes interventies op de leeflijn Integraal alcoholbeleid leiden tot een afname in alcoholconsumptie

De leeflijn Integraal alcoholbeleid bestaat uit veertig verschillende interventies. In totaal zijn 34 interventies voor dit rapport op (kosten)effectiviteit beoordeeld. Voor zes interventies is wetenschappelijk bewijs dat deze het alcoholgebruik verminderen. Twee interventies hebben een positief effect op determinanten van alcoholgebruik. Eén interventie is niet effectief in het verminderen

van alcoholgebruik. Twee interventies zijn kosteneffectief. Het merendeel van de interventies is niet onderzocht, en een klein deel is alleen onderzocht in studies met lage bewijskracht.

Tien interventies op de leeflijn Overgewicht hebben een positief effect op gewicht, bewegen of voeding

De leeflijn Overgewicht bestaat uit bijna 150 interventies. In dit rapport zijn zeventig overgewichtinterventies onderzocht op (kosten)effectiviteit. Twee interventies gericht op jongeren hebben een positief effect op gewicht. Vier interventies voor volwassenen hebben een positief effect op bewegen. Vier interventies leiden tot een gezonder voedingspatroon; hiervan zijn er drie gericht op jongeren. Voor vier interventies is vastgesteld dat deze een positief effect hebben op een determinant van gewicht, bewegen of voeding. Voor twee interventies is vastgesteld dat zij niet bijdragen aan gewichtsvermindering. Tweederde van de interventies is niet geëvalueerd of alleen onderzocht met een studiedesign met lage bewijskracht. Eén interventie heeft een gunstige kosteneffectiviteitsratio.

Tien interventies op de leeflijn Depressiepreventie leiden tot een afname in klachten of preventie van depressie

De leeflijn Depressiepreventie bestaat uit veertig interventies. Van alle veertig is de (kosten)effectiviteit geïnventariseerd. Twee interventies leiden tot het voorkómen van het ontstaan van depressie; deze zijn ook kosteneffectief. Voor acht interventies werd wetenschappelijk bewijs gevonden dat de interventie bijdraagt aan een vermindering in depressieklachten. Voor tien interventies werd een effect op een determinant van depressie aangetoond. Van twee interventies staat vast dat ze hier niet aan bijdragen.

Samenvattend: van een minderheid van de leeflijninterventies is bewezen dat ze bijdragen aan een afname van risicofactoren of de ziekte depressie

Samenvattend: van een minderheid van de leeflijninterventies is met onderzoek van voldoende wetenschappelijke bewijskracht vastgesteld dat ze bijdragen aan de hoofddoelen van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid: het terugdringen van roken, alcoholgebruik, overgewicht of depressie. Meer dan de helft van de interventies is niet geëvalueerd of alleen onderzocht met een studiedesign met een lage bewijskracht. Er was zeer weinig informatie beschikbaar over kosteneffectiviteit. Een ander deel van de interventies is alleen onderzocht op subdoelen. Of deze interventies bijdragen aan het behalen van de hoofddoelen is niet bekend.

Meer onderzoek nodig naar lange termijn-effecten van gezondheidsbevorderende interventies op risicofactoren of ziekte

Er is meer onderzoek nodig, met een onderzoeksdesign van voldoende wetenschappelijke bewijskracht, naar de lange termijn-effecten van (reeds bestaande) gezondheidsbevorderende interventies op risicofactoren of ziekte. In het preventieprogramma van ZonMw wordt expliciet aandacht gevraagd voor onderzoek dat leidt tot kennis over (kosten)effectiviteit van reeds breed ingevoerde interventies. In de uitwerking van het onderzoek zouden bovengenoemde aandachtspunten meegewogen moeten worden. Om ook in de praktijk effectief te kunnen zijn is het van belang dat interventies voldoen aan een aantal randvoorwaarden, zoals voldoende bereik onder de doelgroep. Het is daarom van belang dat er (meer) bereikcijfers komen. De recentelijke koppeling van een monitorsysteem voor bereik en implementatie aan de I-database van RIVM Centrum Gezond Leven is hierin een belangrijke eerste stap, maar zou uitgebreid moeten worden. Ten slotte zouden evaluatiegegevens meer openbaar beschikbaar en eenvoudig toegankelijk moeten zijn. Ook op dit gebied heeft de I-database een belangrijke rol, maar het proces van erkenning en openbaar maken van gegevens van gezondheidsbevorderende interventies duurt lang. Dit zou geïntensiveerd moeten worden. De (kosten)effectiviteit van preventieve interventies zou veel meer voorop moeten staan bij lokaal beleid en praktijk. In de bijgestelde interventieoverzichten, die de leeflijnen eind 2010 in de Handleiding Gezonde Gemeente gaan vervangen, zal hier meer aandacht voor zijn.

1 Inleiding

1.1 Speerpunten voor preventie

Roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie zijn speerpunten voor preventie

In de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2006 vijf 'speerpunten' voor het preventiebeleid aangegeven: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijken effectieve preventieve interventies versnipperd aangeboden en beperkt gebruikt te worden (IGZ, 2005). Daarom heeft VWS ingezet op regie en ondersteuning bij de uitvoering van het preventiebeleid door gemeenten (VWS, 2006). Eén van de belangrijkste maatregelen hiervoor is de oprichting van het Centrum Gezond Leven binnen het RIVM. Een andere maatregel betrof het ontwikkelen van lokale handleidingen voor de speerpunten. Deze moeten gemeenten ondersteunen bij de praktische invulling van het preventiebeleid.

1.2 Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid

Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid ondersteunen gemeenten bij invulling preventieactiviteiten

Voor vier van de vijf speerpunten zijn Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid ontwikkeld: Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie (Stivoro, 2007b; Voedsel en Warenautoriteit, 2007b; Voedingscentrum, 2007c; Trimbos-instituut, 2007b). De handleidingen bestaan elk uit drie delen. Het eerste deel biedt hulp bij het opnemen van een speerpunt in de lokale nota. Met het tweede deel kan een actieprogramma worden opgesteld. Het derde deel, de leeflijn, biedt een overzicht van beschikbare preventieve interventies gerangschikt naar leeftijd (Stivoro, 2007a; Voedsel en Warenautoriteit, 2007a; Voedingscentrum, 2007b; Trimbos-instituut, 2007a).

Gebruik Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid onderzocht

In 2008 zijn de handleidingen door het RIVM Centrum Gezond Leven onderzocht op bruikbaarheid (Van Dijk & Van Kesteren, 2009). Gemeenteambtenaren en GGD- en GGZ-functionarissen bleken behoefte te hebben, meer duidelijkheid in de leeflijnen over:

- waarom interventies zijn opgenomen;
- kwaliteit, effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies;
- implementatiekosten en financieringsmogelijkheden;
- interventies gericht op de omgeving en wetgeving;
- interventies specifiek gericht op personen met een lage sociaaleconomische status;
- welke interventies elkaar kunnen ondersteunen en versterken;
- afstemming tussen de verschillende handleidingen;
- samenwerking met verschillende partners.

In een onderzoek onder GGD'en naar aanbod en gebruik van leefstijlinterventies (Kroeze & Blokdijk, 2009) blijkt dat ruim 90% van de aangeboden interventies op één van de leeflijnen is terug te vinden. Tussen de 18 en 44% van de interventies op de leeflijnen wordt echter niet of nauwelijks ingezet.

Eind 2010 bijgestelde Handleiding Gezonde Gemeente gereed

Mede naar aanleiding van deze resultaten heeft het ministerie van VWS opdracht gegeven de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid in 2010 bij te stellen tot een 'Handleiding Gezonde Gemeente'. Deze moet eind 2010, voor de start van de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid, klaar zijn

voor gebruik (De Hollander et al., 2009). De handleiding zal een gezamenlijk algemeen gedeelte bevatten en daarnaast een themagewijze uitwerking van interventieoverzichten. Het thema ‘seksuele gezondheid’ wordt toegevoegd aan de huidige vier thema’s. De bijstelling wordt uitgevoerd door de thema-instituten STIVORO, Pharos, VWA, STAP, het Voedingscentrum, het Trimbos-instituut, NISB, RNG en SOA Aids Nederland in samenwerking met RIVM Centrum Gezond Leven.

Bijgestelde leeflijnen zullen ‘interventieoverzicht’ gaan heten

De bijgestelde leeflijnen zullen ‘interventieoverzicht’ gaan heten. Deze moeten een overzicht gaan bieden van goed beschreven en effectieve interventies voor de verschillende gezondheidsthema’s. Naast losse interventies komt er ook aandacht voor een samenhangende en effectieve mix van interventies (Van Zoest & Sturkenboom, 2009). De resultaten uit dit rapport worden meegenomen bij de opstelling van deze nieuwe interventieoverzichten.

1.3 Doel

Het ministerie van VWS heeft in 2008 binnen kennisvraag 1.5 ‘kosteneffectiviteit van preventieve interventies’ de volgende deelvraag aan het centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen (cVTV) gesteld:

*“Wat is er bekend over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van bestaande preventieve interventies?”
Focus hierbij op de leeflijnen roken, alcohol, overgewicht en depressie.*

Het doel van dit rapport is het beschrijven van de (kosten)effectiviteit van de interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie die zijn opgesteld naar aanleiding van de Preventienota uit 2006. Het gaat hierbij om de vraag in hoeverre de interventies op de leeflijnen bijdragen aan het bereiken van een afname van de risicofactoren roken, alcohol en overgewicht en aan het voorkomen van depressie, en daarnaast of dit in verhouding staat tot de benodigde kosten.

1.4 Aangrijpingspunten voor preventie

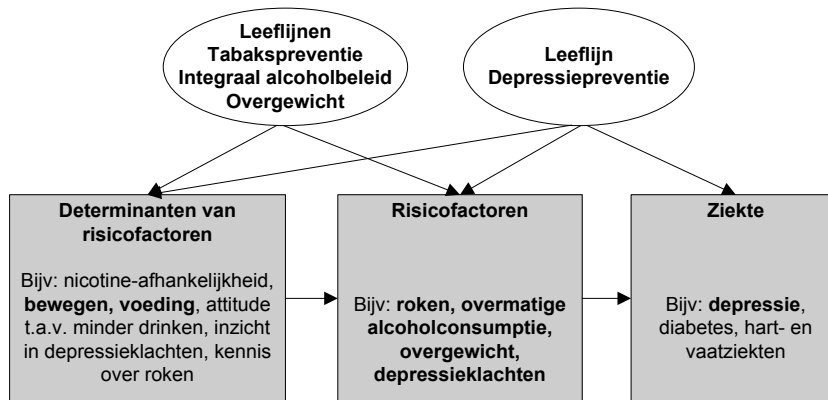
Leeflijninterventies beogen een afname van risicofactoren of ziekte

De leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid en Overgewicht hebben een afname in de prevalentie van risicofactoren tot doel. De leeflijnen Tabakspreventie en Integraal alcoholbeleid hebben een directe afname in rook- en drinkgedrag tot doel. De leeflijn Overgewicht heeft een verbetering van de energiebalans tot doel via een toename van het bewegen en/of een verbetering van het voedingspatroon. Dit moet leiden tot gewichtsvermindering of gewichtsbehoud. Uiteindelijk zal een vermindering van risicofactoren effect hebben op de volksgezondheid: een afname in ziekte en sterfte. De leeflijn Depressiepreventie richt zich primair op een afname in de incidentie van depressie en niet op een afname in risicofactoren voor depressie.

Hoofddoelen en subdoelen

Een afname van roken, alcoholconsumptie en gewicht en van de ziekte depressie beschouwen we in dit rapport als ‘hoofddoelen’ van de leeflijnen. Determinanten van roken, alcoholconsumptie, overgewicht en depressie, beschouwen we als ‘subdoelen’ van de leeflijnen. Voorbeelden van subdoelen zijn meer bewegen, een afname van depressieklachten, of een toename van kennis over roken. Hoofddoelen en subdoelen, maar ook de uiteindelijke ‘hogere doelen’, zoals minder ziekte en een hogere levensverwachting, vormen verschillende aangrijpingspunten van preventie. De onderlinge relaties hiertussen zijn uitgewerkt in Figuur 1. De pijlen geven aan op welke onderdelen leeflijninterventies aan

kunnen grijpen. De uitkomstmaten waarop de (kosten)effectiviteit van de leeflijninterventies in dit rapport worden beoordeeld, zijn vetgedrukt. Dit zijn de genoemde hoofddoelen en een drietal ‘dichtbij gelegen’ subdoelen: subdoelen die een sterke causale relatie hebben met de hoofddoelen. Het gaat om meer bewegen of een verbeterd voedingspatroon als determinanten van overgewicht en een afname van depressieklachten als determinant van een depressie.



Figuur 1: Aangrijpingspunten voor preventie binnen de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie

Deze figuur is een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Zo zijn er naast de interventies uit de leeflijnen tal van andere factoren die een rol spelen in de genoemde aangrijpingspunten voor preventie. Gedacht kan worden aan voorwaarden voor het effectief aan kunnen bieden van een preventieve interventie, zoals voldoende capaciteit (menskracht, geld en middelen) en voldoende bereik onder de doelgroep. Verder spelen verschillende preventieve interventies naast elkaar: interventies die genoemd worden in de verschillende leeflijnen, maar ook andere preventieve interventies. Hierbij kan gedacht worden aan landelijk beleid, wetgeving en prijsmaatregelen. Al deze factoren samen spelen een rol in het uiteindelijke doel van preventie: het verbeteren van de volksgezondheid.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden beschreven waarmee effectstudies en kosteneffectiviteitanalyses zijn gezocht en beoordeeld. In hoofdstuk 3 worden de resultaten per leeflijn beschreven. Eerst worden de algemene kenmerken van de leeflijnen beschreven. Daarna zijn de effecten op hoofddoelen beschreven aan de hand van de volgende vraag:

“Welke interventies dragen bij aan het terugdringen van de risicofactoren roken, schadelijk alcoholgebruik of overgewicht, of het voorkomen van de ziekte depressie?”

In de beschrijving van de resultaten komen effectgrootte en bewijskracht aan bod. Ook wordt aangegeven of de resultaten afkomstig zijn uit Nederlands onderzoek of buitenlands onderzoek van vergelijkbare interventies. Van de interventies die bijdragen aan het behalen van het hoofddoel van de leeflijn wordt aangegeven of deze kosteneffectief zijn. Elke paragraaf over een leeflijn wordt afgesloten met een discussie en conclusies. In hoofdstuk 4 volgt de discussie. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 de resultaten geïntegreerd over de vier leeflijnen en worden aanbevelingen voor beleid gedaan. Details over alle interventies zijn terug te vinden in Bijlage 1 (A t/m D) en 2 (A t/m D). Bijlage 1 geeft een overzicht van alle geëvalueerde interventies, waaronder interventies die een effect op een subdoel laten zien. Hierin zijn ook interventies opgenomen die alleen onderzocht zijn met een studiedesign met lage bewijskracht. In Bijlage 2 staan de interventies beschreven die niet zijn geëvalueerd.

2 Methoden

2.1 Beoordelen effectiviteit

In dit hoofdstuk komen de criteria aan bod waarop effectiviteit en kosteneffectiviteit beoordeeld zijn. Ook wordt beschreven hoe de zoektocht naar literatuur heeft plaatsgevonden.

Voor de beoordeling van de effectiviteit is gebruikgemaakt van de principes van GRADE

Voor de beoordeling van de effectiviteit van de leeflijninterventies is gebruikgemaakt van de principes van GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Guyatt et al., 2008a; Guyatt et al., 2008b; Guyatt et al., 2008c; Atkins et al., 2004). GRADE wordt door steeds meer instituten en tijdschriften gehanteerd om de ‘quality of evidence’ van interventies samen te vatten en te beoordelen. GRADE is voortgekomen uit onduidelijkheden in de interpretatie van effectiviteit in medische richtlijnen (zie Tekstblok 1 voor een voorbeeld).

Tekstblok 1. Zorgverleners ondervinden vaak onduidelijkheid in interpretatie effectiviteit

Een zorgverlener kan niet veel met slechts de mededeling dat er sterk bewijs is dat interventie X effectief is. In plaats daarvan wil hij/zij antwoord op een praktische vraag: ‘Moet ik interventie X aan patiënt Y voorschrijven?’ (Ofwel: ‘Is er een aanzienlijke kans dat het voorschrijven van interventie X aan patiënt Y zal leiden tot een verbetering van het gezondheidsprobleem van patiënt Y?’) Daarvoor heeft hij/zij informatie nodig over de grootte van het effect, hoe zeker dit effect tot een afname van het gezondheidsprobleem leidt en of er eventuele bijwerkingen optreden.

Eerst worden de belangrijkste uitkomstmaten voor het gezondheidsprobleem bepaald

De eerste stap in de GRADE-methode is het bepalen van de belangrijkste uitkomstmaten voor het gezondheidsprobleem. Daarna wordt de grootte van het effect op deze uitkomstmaten bepaald in combinatie met de bewijskracht waarop het effect is gebaseerd. GRADE hanteert hierbij de indeling: hoge bewijskracht vanuit een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) en lage bewijskracht vanuit observationeel onderzoek. RCT’s met (ernstige) tekortkomingen worden lager gescoord als ‘matig’ of ‘laag’. Observationeel onderzoek van hoge kwaliteit kan juist hoger gescoord worden naar ‘matig’. Alle onderzoeksdesigns anders dan observationeel onderzoek worden als ‘laag’ beoordeeld (Atkins et al., 2004).

Dit rapport richt zich, zoals gezegd, op de hoofddoelen van de leeflijnen. Veel interventies op de leeflijnen beogen echter helemaal niet bij te dragen aan deze hoofddoelen, maar richten zich op subdoelen. Deze subdoelen vormen het doel van de interventie. In de discussie komen we terug op de consequenties van deze keuze (zie ook Tekstblok 2).

Tekstblok 2. Interventiedoelen niet altijd betrekking op terugdringen risicofactor of ziekte

Voor een interventie die ‘het vergroten van de kennis met betrekking tot bewegen en gezonde voeding’ als doel heeft, is een positief effect op kennis de belangrijkste uitkomst. Voor de leeflijn Overgewicht als geheel is dit echter minder van belang, omdat de vraag of deze interventie bijdraagt aan het voorkomen van overgewicht of gewichtsvermindering onbeantwoord blijft. Een interventie kan dus effectief zijn in het behalen van zijn eigen doelen, waarbij het niet bekend is of de interventie ook effectief is in het terugdringen van de risicofactor of ziekte.

Niet alle leeflijninterventies op (kosten)effectiviteit beoordeeld

In de beoordeling van de effectiviteit van de leeflijninterventies is de keuze gemaakt te focussen op concrete leefstijlinterventies zoals cursussen, lesprogramma's en campagnes. Interventies die slechts uit ondersteunend materiaal (waaronder brochures en handleidingen) bestaan, zijn niet meegenomen, omdat hier op de hoofddoelen weinig effecten van te verwachten zijn. Ondersteunend beleid (zoals 'schoolgezondheidsbeleid') en veranderingen in de fysieke omgeving zijn ook niet meegenomen, omdat het effect hiervan in het algemeen niet gemeten wordt. Interventies die voor meerdere leeftijdsgroepen bedoeld zijn en daardoor meer dan eenmaal op een leeflijn staan, worden slechts eenmaal beoordeeld.

Bij het zoeken naar Nederlandse rapportages zijn verschillende routes bewandeld

Voor het zoeken naar Nederlandse rapportages tot 2010 is contact geweest met de thema-instituten die de leeflijnen hebben opgesteld. Daarnaast zijn interventie-eigenaren rechtstreeks benaderd en is digitaal gezocht. Achtereenvolgens zijn de volgende stappen gezet:

1. Er is contact geweest met de thema-instituten die de leeflijnen hebben opgesteld met de vraag welke gegevens gebruikt zijn bij het opstellen van de leeflijnen. Ook is gevraagd naar effectevaluaties die daarna zijn uitgekomen.
2. Daarnaast is gebruikgemaakt van informatie die het RIVM Centrum Gezond Leven heeft verzameld in het kader van het certificeringstraject van leefstijlinterventies.
3. Wanneer dit samen onvoldoende gegevens opleverde is verdere informatie verzameld via (auteurs van) overzichtsrapporten, via internet (PubMed en google) en via directe benadering van interventie-eigenaren. Daarbij is gezocht of gevraagd naar beschikbare Nederlandse effectevaluaties. Wanneer we na herhaling geen reactie ontvingen, zijn we ervan uitgegaan dat er geen effectevaluaties beschikbaar waren.

Daarnaast is in de buitenlandse literatuur gezocht naar vergelijkbare interventies

Voor het zoeken naar buitenlandse literatuur van vergelijkbare interventies is in eerste instantie gezocht naar evaluaties van buitenlandse 'moederinterventies', of verwijzingen naar vergelijkbare buitenlandse interventies in de Nederlandse studies. Daarnaast is gezocht in PubMed naar Engelstalige studies van vergelijkbare interventies gepubliceerd in de laatste 5 jaar. De verschillende interventie-elementen, de doelgroep en de belangrijkste interventiedoelen werden daarbij als zoektermen gebruikt. Afhankelijk van het aantal gevonden titels zijn meta-analyses of reviews als startpunt genomen, of is gezocht naar originele studies.

Effectiviteit wordt beschreven per uitkomstmaat

De resultaten uit Nederlandse of buitenlandse effectevaluaties worden gepresenteerd aan de hand van de grootte van het effect, de onzekerheid rondom de effectschatting, de grootte van de onderzoekspopulatie en de duur van het onderzoek. De uitkomsten zijn beschreven voor de langst mogelijke duur van de studie. Dit hebben we gedaan, omdat alleen effecten die zich op de lange termijn kunnen behouden, uiteindelijk tot een effect op de volksgezondheid kunnen leiden. Wanneer een effect maar kort aanwezig is en daarna weer teruggaat naar het oude niveau, is een langetermijneffect op de volksgezondheid niet aannemelijk. Ten slotte wordt een uitspraak gedaan over de bewijskracht aan de hand van het type studie.

Wij hebben de volgende indeling in bewijskracht gehanteerd, die grotendeels gebaseerd is op de GRADE-indeling:

- **Hoge bewijskracht:**
 - RCT's.
- **Matige bewijskracht:**
 - RCT's met serieuze tekortkomingen;
 - quasi-experimenteel onderzoek: onderzoek met een voor- en nameting en een interventie- en controlegroep, maar geen randomisatie;

- observationeel onderzoek (met een voor- en nameting) van hoge kwaliteit, dat wil zeggen: een grote onderzoekspopulatie en een lange studieduur.
- **Lage bewijskracht:**
 - observationeel onderzoek (met een voor- en nameting) van matige kwaliteit;
 - quasi-experimenteel onderzoek van matige kwaliteit;
 - andere onderzoeksdesigns.

We beschouwen hoge en matige bewijskracht samen als ‘**voldoende bewijskracht**’ en lage bewijskracht als ‘**onvoldoende bewijskracht**’.

Beoordeling effectiviteit in dit rapport in relatie tot erkenningscriteria RIVM Centrum Gezond Leven

De criteria die in dit rapport zijn gebruikt om effectiviteit van interventies te beoordelen wijken in enkele opzichten af van de criteria die door de Erkenningscommissie Interventies worden gehanteerd. Deze commissie van het RIVM Centrum Gezond Leven, het Centrum Jeugdgezondheidszorg en het Nederlands Jeugdinstituut beoordeelt interventies uit de praktijk van preventie en gezondheidsbevordering.

In dit rapport noemen we een interventie ‘effectief’, wanneer met tenminste één studie met tenminste een quasi-experimenteel design is vastgesteld dat het op de langst mogelijke termijn tot positieve veranderingen van de hoofddoelen kan leiden. De Erkenningscommissie maakt onderscheid in ‘bewezen effectief’ en ‘waarschijnlijk effectief’ en kent daarnaast nog een categorie ‘theoretisch goed onderbouwd’. Verder beperken wij ons in dit rapport tot hoofddoelen. De Erkenningscommissie beoordeelt ook op determinanten van risicofactoren (wat wij subdoelen noemen). Een interventie kan daarbij effectief beoordeeld worden als aannemelijk wordt gemaakt dat het uiteindelijk leidt tot gedragsverandering. Zie Tekstblok 3 voor meer details over de erkenningscriteria.

Tekstblok 3. Criteria Erkenningscommissie Interventies

De onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies bestaat uit deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk. De commissie beoordeelt interventies op het gebied van: jeugd(gezondheids)zorg en -welzijn, psychosociale/pedagogische preventie, ontwikkelingsstimulering, educatie, preventie en gezondheidsbevordering. Het RIVM Centrum Gezond Leven en het Centrum Jeugdgezondheid coördineren de beoordeling van interventies voor preventie en gezondheidsbevordering. Naast onderstaande beoordelingscategorieën door de Erkenningscommissie heeft het RIVM Centrum Gezond Leven nog een beoordeling van interventies door professionals uit de praktijk ingesteld. Interventies met een goede beschrijving, handleiding en procesevaluatie kunnen de vermelding ‘**goed beschreven**’ krijgen (zie ook www.loket.gezondleven.nl, www.nji.nl/jeugdinterventies en www.jeugdgezondheidszorg.nl).

Beoordelingscategorieën:

Theoretisch goed onderbouwd: De interventie is naar het oordeel van de Erkenningscommissie voldoende beschreven en onderbouwd. Ze beoordeelt dit aan de hand van de (theoretische) onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en de uitvoering in de praktijk.

Waarschijnlijk effectief: Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie enigszins aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig: tenminste één Nederlandse studie met tenminste een quasi-experimenteel design, of tenminste drie studies met een observationeel design, waarvan twee studies van vergelijkbare interventies uit het buitenland mogen komen.

Bewezen effectief: Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningscommissie sterk aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een sterke bewijskracht nodig: tenminste twee Nederlandse of buitenlandse studies met tenminste een quasi-experimenteel design.

2.2 Beoordelen kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van effectieve interventies is beschreven aan de hand van een aantal aspecten

Van de effectieve interventies is, indien daarover gegevens beschikbaar waren, ook de kosteneffectiviteit beschreven. Dit is gedaan aan de hand van de volgende aspecten uit de kosteneffectiviteitanalyses (KEA's):

- **Welke effecten zijn meegenomen?** Hierbij wordt beschreven of de (kortetermijn)effectiviteit is gebaseerd op een originele studie of dat (langetermijn)effectiviteit is gebaseerd op een modelsimulatie. In het geval van een modelsimulatie wordt aangegeven wat de geschatte gezondheidswinst is als een preventieve interventie op grote schaal wordt aangeboden ten opzichte van een situatie van 'niets doen' of 'de huidige praktijk' (het zogenaamde 'referentiescenario'). Daarbij wordt gezondheidswinst meestal uitgedrukt als QALYs: Quality Adjusted Life-Years (voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaren). De tijdsduur waarop de gezondheidswinst geschat wordt, de zogenaamde tijdshorizon, wordt hierbij ook aangegeven. Ten slotte wordt aangegeven of de kortetermijneffecten van de interventie (bijvoorbeeld het percentage stoppers) gebaseerd zijn op originele studies of op aannames.
- **Welke kosten zijn meegenomen?** Er wordt aangegeven of alleen gezondheidszorgkosten zijn meegenomen (een zogenaamd 'gezondheidszorgperspectief'), of dat ook andere kosten zijn meegenomen, zoals kosten van productiviteitsverlies of reiskosten (een 'maatschappelijk perspectief').
- **De hoogte van de kosteneffectiviteitratio.** Er wordt aangegeven of het om kosten per korte termijn effectiviteitmaat gaat (bijvoorbeeld kosten per stopper) of om kosten per gewonnen levensjaar, QALY (voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaren) of DALY (voor ziekte gecorrigeerde gewonnen levensjaren).
- **Onzekerheid.** De robuustheid van de kosteneffectiviteitratio wordt aangegeven: voor welke aannames is de kosteneffectiviteitratio gevoelig. Dit wordt gedaan aan de hand van een zogenaamde sensitiviteitsanalyse waarin onder andere kosten, effecten en bereikcijfers zijn gevarieerd tussen laagste en hoogste schattingen.

Voor het zoeken naar KEA's zijn dezelfde routes bewandeld als voor effectiviteitsstudies

Bij het zoeken naar KEA's zijn dezelfde routes bewandeld als bij het zoeken naar effectiviteitdata. Daarnaast is gericht gezocht naar RIVM-rapporten die de afgelopen jaren zijn verschenen waarin modelberekeningen met het RIVM Chronische Ziekten Model zijn uitgevoerd. Voor het zoeken naar buitenlandse studies zijn in PubMed zoektemen toegevoegd die betrekking hebben op KEA's.

2.3 Beschrijving interventies

Alleen interventies beschreven waarvan bewezen is dat ze een bijdrage leveren aan terugdringen roken, alcoholgebruik, overgewicht of depressie

In de hoofdtekst zijn alleen die interventies beschreven waarvan met een studiedesign van voldoende bewijskracht is vastgesteld dat ze een bijdrage leveren aan het terugdringen van de risicofactoren roken, alcoholgebruik, overgewicht of de ziekte depressie. Daarnaast wordt weergegeven hoeveel interventies een effect laten zien op een subdoel, geen effect laat zien, of niet-experimenteel geëvalueerd is. Hierbij zijn alle interventies eenmaal meegerekend. Daarbij is gestart bij het hoofddoel. Interventies die hieraan bijdragen worden hierbij meegeteld, onafhankelijk van een eventueel additioneel effect op een subdoel. Interventies waarvoor is aangetoond dat deze *niet* effectief zijn in het behalen van het hoofddoel, maar *wel* effectief zijn in het behalen van een subdoel, zijn meegeteld bij de groep 'effectief in het behalen van een subdoel'. Interventies waarvoor is aangetoond dat deze *niet* effectief zijn in het behalen van het hoofddoel, en waarbij effectiviteit van subdoelen niet is onderzocht, zijn als 'niet-effectief' geteld.

3 (Kosten)effectiviteit van leeflijninterventies

In dit hoofdstuk worden de resultaten per leeflijn beschreven. Eerst worden de algemene kenmerken van de leeflijnen beschreven. Daarna zijn de effecten op hoofddoelen beschreven, voor zowel Nederlands onderzoek als buitenlands onderzoek van vergelijkbare interventies. Van de interventies die bijdragen aan het behalen van het hoofddoel van de leeflijn wordt aangegeven of deze kosteneffectief zijn. Elke paragraaf wordt afgesloten met een discussie en conclusies.

3.1 Leeflijn Tabakspreventie

3.1.1 Beschrijving leeflijn

De leeflijn Tabakspreventie is in 2006 opgesteld door STIVORO

STIVORO heeft jarenlang geïnvesteerd in het faciliteren van gemeenten bij het uitvoeren van tabakspreventie. Dit heeft geleid tot het inzicht dat het op lokaal niveau ontbrak aan inzicht en regiovoering. Hiertoe heeft STIVORO in 2006 de Handleiding Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid ontwikkeld. Als gevolg hiervan heeft het ministerie van VWS besloten om deze handleiding als voorbeeld te stellen voor de overige speerpunten uit de preventienota.

Deze handleiding is bestemd voor beleidsmakers volksgezondheid van gemeenten en regionale GGD'en en voor gezondheidsbevorderaars van GGD'en, Instellingen voor Verslavingszorg en de Thuiszorg (Stivoro, 2007a).

In de leeflijn Tabakspreventie staat het aanbod van interventies gericht op tabakspreventie. Hieruit kunnen GGD'en een keuze maken om aan te bieden in hun regio. Tabakspreventie gaat over het voorkómen van beginnen met roken, het voorkómen van meerroken en het stimuleren en ondersteunen van stoppen met roken (Stivoro, 2007a).

De leeflijn bestaat uit 35 interventies

In totaal staan er 35 interventies op de leeflijn, verdeeld over de volgende zes leeftijdscategorieën:

- -12 maanden tot 0 jaar
- 0-4 jaar
- 5-12 jaar
- 12-15 jaar
- 15-18 jaar
- 19-65+ jaar

In dit rapport is van een selectie van deze interventies geïnventariseerd wat bekend is over effectiviteit en kosteneffectiviteit. Interventies die in verschillende leeftijdscategorieën worden genoemd (n=6) zijn maar één keer meegeteld als interventie. Daarnaast is een tweetal maatregelen niet als interventie meegenomen, omdat het om adviezen gaat op het gebied van organisatiemanagement. Dit betekent dat wij bij het inventariseren van de (kosten)effectiviteit zijn uitgegaan van 27 interventies.

De leeflijn bevat veel individuele voorlichting voor volwassenen

Tabel 1 geeft van de 27 geselecteerde interventies de verdeling over methode naar leeftijdscategorie. De aangeboden interventies bestaan voor een groot deel uit individuele voorlichting door een professional (n=13). Verder wordt een aantal interventies aangeboden in de vorm van een lespakket (n=5). De overige interventies worden uitgevoerd in de vorm van een campagne (n=2), een groepscursus (n=3), een afspraak om te stoppen met roken (n=3) of zelfhulpmateriaal (n=1).

Het grootste gedeelte van de interventies is gericht op volwassenen (n=15). Daarnaast worden veel interventies aangeboden op scholen (n=8). Een tweetal interventies is gericht op kinderen die nog niet naar school gaan en op ongeboren kinderen en hun moeders.

Tabel 1: Aantal interventies op de leeflijn Tabakspreventie naar methode¹

	Campagne	Lespakket	Groeps-cursus	Individuele voorlichting	Afspraak	Zelfhulp-materiaal	Totaal
Kinderen/jongeren (<0 – 18 jaar)	1	5	-	3	3	-	12
Volwassenen (19+)	1	-	3	10	-	1	15
Totaal	2	5	3	13	3	1	27

¹ Aantallen gegroepeerd naar kinderen/jongeren (<0, 0-4, 5-12, 12-15 en 15-18 jaar) en volwassenen (19+).

3.1.2 Effectiviteit

In totaal hebben dertien interventies een positief effect op rookgedrag

In Tabel 2 is te zien dat er voor dertien interventies op de leeflijn Tabakspreventie wetenschappelijk bewijs met voldoende bewijskracht (gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) of quasi-experimentele studie) is voor een effect op rookgedrag gedurende tenminste zes maanden.

Van vier interventies is op basis van onderzoek met voldoende bewijskracht gebleken dat ze niet effectief zijn op rookgedrag. Eén interventie is alleen onderzocht met een studie van onvoldoende bewijskracht. Bij twee interventies is een effect aangetoond op een determinant van rookgedrag. Ten slotte is van zeven interventies onbekend of ze bijdragen aan stoppen met (mee)roken, minder roken of niet beginnen met roken, omdat ze niet geëvalueerd zijn of resultaten nog niet bekend zijn. Alle interventies zijn van links naar rechts slechts eenmaal meegeteld. Bijvoorbeeld: als een interventie zowel een effect op rookgedrag als op een determinant hiervan laat zien, is deze alleen bij rookgedrag meegerekend, onafhankelijk van het effect op de determinant.

De dertien interventies met een positief effect op rookgedrag worden hieronder toegelicht. Voor de resultaten van alle geëvalueerde interventies wordt verwezen naar Bijlage 1A. De niet-geëvalueerde interventies worden beschreven in bijlage 2A.

Tabel 2: Aantal interventies op de leeflijn Tabakspreventie met een effect op rookgedrag, een determinant hiervan, geen effect, of niet bekend¹

	Effect op rookgedrag ²	Effect op determinant van roken ³	Niet effectief ⁴	Alleen onderzocht in onderzoek met lage bewijskracht ⁵	Niet onderzocht ⁶	Totaal
Kinderen/jongeren (<0 – 18 jaar)	4	1	1	1	4	11
Volwassenen (19+)	9	1	3	-	3	16
Totaal	13	2	4	1	7	27

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

² In onderzoek met voldoende bewijskracht (meta-analyse, review, RCT, of quasi-experimenteel onderzoek) vastgesteld dat er een effect is op stoppen met roken, minder roken, niet beginnen met roken of het voorkomen van meer roken gedurende tenminste zes maanden.

³ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op determinant(en) van roken, zoals meer kennis over roken of een hogere intentie om te stoppen met roken.

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

⁵ Onderzocht in studies met lage bewijskracht, zoals observationeel onderzoek, dwarsdoorsnede-onderzoek, procesevaluatie of quasi-experimenteel onderzoek met tekortkomingen. Of tegenstrijdige resultaten in verschillende studies.

⁶ Niet onderzocht, of niet bekend of de interventie geëvalueerd is (als geen reactie is ontvangen van interventie-eigenaar).

Effectieve interventies voor kinderen/jongeren

Eén interventie voor zwangeren en hun ongeboren kinderen is effectief

De 'V-MIS' (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk) bestaat uit een stappenplan voor verloskundigen om zwangere vrouwen te motiveren en te begeleiden bij het stoppen met roken. Deze interventie is onderzocht met een RCT. De interventiegroep kreeg advies en informatie van de verloskundige volgens de V-MIS (n=141); de controlegroep kreeg een stop-roken-advies van verloskundigen die geen speciale training hebben gevolgd (n=177). Tijdens een meting zes weken na de bevalling gaf 38% uit de interventiegroep aan een stoppoging te hebben gedaan tegen 23% uit de controlegroep. 21% van de zwangeren uit de interventiegroep gaf aan gedurende tenminste zeven achtereenvolgende dagen niet gerookt te hebben (zevendagse abstinentie); in de controlegroep was dit 12%. Voor de gehele onderzoeksperiode van zes weken na de interventie tot zes weken na de bevalling waren deze percentages respectievelijk 12% en 3% (De Vries et al., 2006).

Drie lespakketten dragen bij aan niet beginnen met roken of stoppen met roken voor jongeren

Drie lespakketten gericht op kinderen of jongeren laten een positief effect zien op niet beginnen met roken of stoppen met roken: 'Ik (r)ook niet', 'De Gezonde School en Genotmiddelen' (DGSG) en 'Smoke Alert'.

'Ik (r)ook niet' is een lessenserie voor de hoogste groepen van het basisonderwijs. Het lesprogramma bevat een docentenhandleiding, informatiebladen voor het maken van een werkstuk, spreekbeurt of presentatie, een knipblad en een video. De interventie heeft als doel het voorkomen dat jongeren beginnen met roken. In een RCT krijgen leerlingen uit de interventiegroep de eerste drie lessen van het lesprogramma in groep 7 en de overige drie lessen in groep 8 (n=1.817). De controleleerlingen krijgen alleen de normale lessen (n=1.500). Na één jaar zijn leerlingen in de interventiegroep minder vaak begonnen met roken, vergeleken met de controlegroep. In de interventiegroep was het percentage rokers toegenomen van 2,5 naar 3,6% en in de controlegroep was dit gestegen van 3,2 naar 6,5% (Crone et al., 2005; Spruijt, 2008).

'De Gezonde School en Genotmiddelen' (DGSG) is een preventieprogramma over alcohol, roken en drugs. Het bestaat uit voorlichtingslessen, het betrekken van ouders, het opstellen van een genotmiddelenreglement en het signaleren en begeleiden van leerlingen die (problematisch) middelen gebruiken. Scholen krijgen bij de uitvoering van DGSG ondersteuning van de GGD of instelling voor verslavingszorg. Het doel van de interventie is leerlingen te informeren en leerlingen bewust te laten omgaan met genotmiddelen. Deze interventie is onderzocht in een studie met een quasi-experimenteel design onder leerlingen in de leeftijd van 12-18 jaar (n=1.156). De controlegroep bestond uit leerlingen die tot drie jaar na afronding van de studie niet aan DGSG meededen (n=774). Na één jaar rookten er significant minder leerlingen in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (9,2 versus 13,1% rokers). Na drie jaar was dit effect echter niet meer significant (3,1 versus 3,4%). Na drie jaar is het percentage rokers dat dagelijks rookt iets minder gestegen in de interventiegroep dan in de controlegroep (5,06% versus 5,07%). Dit verschil was zeer klein, maar wel statistisch significant tussen de interventie- en controlegroep (Cuijpers et al., 2002).

Het project 'Smoke Alert' is voor leerlingen uit de eerste twee klassen van het voortgezet onderwijs. De leerlingen leren een mening over roken te vormen en ze leren vaardigheden om sigaretten te weigeren. De deelnemende scholen krijgen een plan van aanpak waarmee structureel aandacht wordt besteed aan rookpreventie. Het doel van de interventie is leerlingen niet te laten beginnen met roken en rokende leerlingen te laten stoppen met roken. De resultaten van een RCT onder leerlingen die de interventie via internet kregen (n=179) of via een brief (n=125) laten na zes maanden stoppercentages van 26,8 en 19,2% zien. Het stoppercentage onder controleleerlingen (n=192) was 17,2%. De resultaten van de internetgroep verschilden significant vergeleken met de controlegroep (odds ratio (OR)=1,77;

95% betrouwbaarheidsinterval (BI)=1,07-2,91). Er is geen significant verschil gevonden tussen de briefgroep en de controlegroep, of tussen de briefgroep en de internetgroep (Dijk & de Vries, In press).

Effectieve interventies voor volwassenen

Zeven individuele voorlichtingsinterventies voor volwassenen dragen bij aan stoppen met roken

Zeven individuele voorlichtingsinterventies dragen bij aan stoppen met roken. Het gaat om voorlichting via e-mail ('**Advies op Maat**' en '**Aftercare/Stopmail**'), via telefoon ('**Telefonische coaching**'), of in direct contact met een zorgverlener ('**Kortdurend stopadvies**', '**H-MIS**', '**Persoonlijke coaching**' en '**Rookvrij kan ik de hele wereld aan**').

'**Advies op Maat**' is een via de computer gegenereerde voorlichting gericht op rokers die behoefte hebben aan informatie en advies over hun eigen rookgedrag en/of toekomstig stopgedrag. Zij vullen een vragenlijst in en ontvangen een persoonlijk stop-roken-advies. In een RCT kregen drie interventiegroepen verschillende vormen van Advies op Maat. De groep 'OC' kreeg informatie over de positieve gevolgen van stoppen (n=386), 'SE' kreeg informatie over manieren om met sociale, emotionele en/of verslavende omstandigheden om te gaan (n=387) en 'BO' kreeg alle informatie (n=387). De controlegroep kreeg geen informatie (n=386). Wat betreft de zevendaagse abstinentie is er geen verschil gevonden tussen de verschillende doelgroepen en de controlegroep: in SE, BO en de controlegroep lag het percentage stoppers op 11%. Wat betreft continue abstinentie was er onder deelnemers uit BO een significant hoger percentage stoppers (4,8%) vergeleken met de controlegroep (1,6%) ($p < 0,05$). OC en SE toonden geen significante verschillen vergeleken met de controlegroep (Dijkstra et al., 1998).

De digitale ondersteuningsmethode '**Aftercare/Stopmail**' bestaat uit een aantal gratis e-mails. Iemand die wil stoppen geeft zijn of haar stopdatum op. Daarna krijgt deze persoon tien e-mails in drie maanden. In deze e-mails staan informatie en tips over oplossingen voor mogelijke problemen bij het stoppen. Deze e-mails zijn afgestemd op het individuele stopproces. In een RCT onder rokers die van plan zijn om binnen zes maanden te stoppen met roken, is 17,7% na zes maanden, zeven dagen voorafgaand aan het meetmoment, abtinent (n=423) vergeleken met 12,4% uit de controlegroep (n=508): OR=1,52; 95% BI=1,09-2,13 (Willemsen et al., 2008).

'**Telefonische coaching**' ondersteunt rokers voor en tijdens hun stoppoging. Speciaal opgeleide coaches ondersteunen stoppers via een geautomatiseerd protocol, registratiesysteem en planningsysteem. De basis van de telefonische coaching is het 'Advies op Maat'. Uit een Cochrane-review van RCT's en quasi-experimentele studies is het relatieve risico (RR) berekend voor abstinentie na tenminste zes maanden. 56 trials zijn geïncludeerd waarin de interventiegroep bestaat uit rokers of recent gestopte rokers die proactieve ondersteuning of telefonische hulp hebben gehad. De controlegroep bestaat uit rokers die geen interventie krijgen aangeboden. Onder rokers die een hulplijn hebben geraadpleegd en meerdere sessies met proactieve ondersteuning hebben gehad, waren de stoppercentages hoger dan voor rokers die geen hulp hadden ontvangen (negen studies, >24.000 deelnemers, RR voor abstinentie=1,37; 95% BI=1,26-1,50). Telefonische coaching (waarbij rokers worden gebeld door een coach) stimuleerde het stoppen met roken ook (44 studies, >24.000 deelnemers, RR 1,29; 95% BI=1,20-1,38) (Stead et al., 2006).

Het '**Kortdurend stopadvies**' is een eenduidig advies van de huisarts om te stoppen met roken. Bij dit advies hoort ook een website waarnaar de huisarts kan verwijzen. In een Cochrane-review is in 17 RCT's onderzocht wat het effect is van een kortdurend stopadvies op het rookgedrag. De interventiegroep bestond uit rokers die stopadvies ontvingen van hun huisarts en de controlegroep uit rokers die de gebruikelijke zorg ontvingen van hun huisarts. Het gezamenlijke effect van zeventien trials resulteerde in een significante toename in stoppercentage gedurende tenminste zes maanden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (RR=1,66; 95% BI=1,42-1,94). Als een intensiever

stopadvies gegeven werd, resulteerde dit in een hoger stoppercentage vergeleken met geen stopadvies (11 trials RR=1,84; 95%CI=1,60-2,13) (Stead et al., 2008).

De **‘H-MIS’** (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk) is een korte ondersteunende interventie uitgevoerd door huisartsen en praktijkassistenten. De interventie bestaat uit zes stappen, verdeeld over twee à drie consulten en is vooral bedoeld voor patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen. De resultaten van een Nederlandse RCT laten na twaalf maanden een significant verschil in continue zelfgerapporteerde onthouding tussen de interventiegroep (n=269) en de controlegroep (n=261) zien (respectievelijk puntprevalenties van 13,4 en 7,3%). Hierbij kregen de patiënten uit de controlegroep de gebruikelijke zorg. Van de interventiegroep was 8,2% meer dan zes maanden abstinente vergeleken met 3,1% van de controlegroep (Pieterse et al., 2001).

‘Persoonlijke coaching’ is een intensief individueel begeleidingstraject door zorgprofessionals voor mensen die echt van het roken af willen of moeten, bijvoorbeeld door een aan roken gerelateerde aandoening. Persoonlijke coaching is onder andere bedoeld voor patiënten met COPD of hart- en vaatziekten, maar ook voor mensen zonder ziekte die moeite hebben met stoppen met roken. Persoonlijke coaching wordt gegeven door professionals uit de eerste en tweede lijn, zoals praktijkondersteuners en verpleegkundigen. In een Cochrane-review van RCT’s en quasi-experimentele studies is het effect van persoonlijke coaching op het rookgedrag onderzocht. In totaal zijn dertig trials geïncludeerd met in totaal 7.000 deelnemers. 22 trials vergeleken persoonlijke coaching met een minimale interventiestrategie. Persoonlijke coaching bleek effectiever te zijn dan de minimale interventiestrategie (RR voor abstinentie na tenminste zes maanden=1,39; 95% BI=1,24-1,57). In een subgroep van vier trials waarin zowel de interventie- als controlegroep nicotinevervangers kreeg, bleek het extra effect van persoonlijke coaching kleiner te zijn, maar nog net significant (RR=1,27; 95% BI=1,02-1,59). Er is geen significant verschil op rookgedrag aangetoond tussen intensieve coaching en kortere coaching (vijf trials, RR=0,96; 95%CI=0,74-1,25) (Lancaster & Stead, 2005a).

De werkmap **‘Rookvrij kan ik de hele wereld aan’** is ontwikkeld voor rokers die een depressie hebben gehad in het verleden. Deze groep heeft bij het stoppen met roken een hogere kans om opnieuw depressieklachten te ontwikkelen in vergelijking met rokers zonder een depressieverleden. Rokers met een depressieverleden gebruiken roken vaak om hun stemming onder controle te houden en wanneer zij stoppen, vervalt deze manier van ‘medicatie’. Door andere vaardigheden aan te leren kunnen zij hun stemming mogelijk beter onder controle houden, zodat het stoppen met roken makkelijker zou kunnen worden voor hen. De interventie bestaat uit proactieve telefonische coaching (tien gesprekken) met zelfhulpmateriaal over ‘mood management’. Deze interventie is onderzocht door middel van een RCT. Continue abstinentie na zes en twaalf maanden was respectievelijk 30,5 en 23,9% voor de interventiegroep (n=243). Voor de controlegroep (n=242) was dit 22,3 en 14,0% (Van der Meer et al., Submitted).

Eén onderdeel van een multimediale campagne gericht op volwassenen leidt tot stoppen

Als onderdeel van een multimediale campagne is het **‘Startpakket voor Stoppers’** ontwikkeld. Het startpakket bestaat uit een doos met daarin een brochure met bestaande behandelingsmethoden, een video waarin bekende en onbekende Nederlanders vertellen over hun stoppoging en een aantal gadgets zoals ansichtkaarten, folders en vragenformulieren. Het doel van dit pakket is het motiveren van rokers om een effectieve stopmethode te gebruiken en hen te informeren over de verschillende manieren die er zijn. Het effect van het startpakket is onderzocht door middel van een RCT met als uitkomstmaten het aantal stoppogingen, zevendaagse abstinentie en continue abstinentie. Na zes maanden werd een significant verschil aangetoond in het percentage stoppogingen tussen de interventiegroep (n=500) en de controlegroep (n=514) (31 versus 22%) en het niet roken gedurende zeven dagen (20% versus 14%). Er is geen significant verschil gevonden voor continue abstinentie gemeten na zes maanden (5,0% versus 5,1%) (Willemsen et al., 2006).

Eén groepscursus voor volwassenen is effectief op basis van Cochrane-review

'Pakje Kans' is een training waarbij mensen in groepsverband in negen bijeenkomsten (van 1,5 uur) binnen twaalf weken worden begeleid bij het stoppen met roken. In een Cochrane-review van RCT's is het effect van een groepsprogramma op het rookgedrag onderzocht, vergeleken met zelfhulpmateriaal of een andersoortige interventie. Dertien trials met in totaal ruim 4.000 deelnemers vergeleken een groepsprogramma met een zelfhulpprogramma. Het groepsprogramma bleek effectiever (RR voor abstinentie na tenminste zes maanden=1,98; 95% BI=1,60-2,46) (Stead en Lancaster, 2005).

3.1.3 Kosteneffectiviteit

H-MIS is een kosteneffectieve interventie

Alleen van de effectief bevonden interventie 'H-MIS' is een kosteneffectiviteitanalyse (KEA) beschikbaar. Deze kosteneffectiviteitsstudie is gebaseerd op effectiviteitscijfers afkomstig uit een Nederlandse RCT (Pieterse, 2001). Met behulp van het RIVM Chronische Ziekten Model (CZM) is berekend wat het effect op populatieniveau zou zijn als H-MIS voor een periode van vijf jaar wordt toegepast bij 25% van alle rokers. Het CZM is een dynamisch populatiemodel waarmee schattingen gemaakt worden over de prevalenties van ziektes, de gemiddelde kwaliteit van leven, de sterfte en de kosten van zorg.

De effecten in gewonnen levensjaren en QALY's zijn berekend vanuit een zogenaamde 'levenslange' tijdshorizon (gedurende 100 jaar). De berekeningen zijn gedaan vanuit een gezondheidszorgperspectief, waarbij alleen gezondheidszorgkosten zijn geschat. Dit is vergeleken met een referentiescenario waarin geen aanpassingen zijn gemaakt in de huidige situatie. Op de lange termijn levert dit voor Nederland 31.000 gewonnen levensjaren of 27.000 QALY's op. De kosteneffectiviteitsratio bedraagt € 8.800 (€ 6.000 - € 15.000) per QALY. Uit een gevoeligheidsanalyse blijkt dat het disconteringspercentage, de tijdshorizon en de implementatieperiode van de H-MIS van invloed waren op de ratio (Feenstra et al., 2005).

3.1.4 Discussie en conclusies

Samenvattend: 13 van de 27 onderzochte interventies hebben een effect op rookgedrag

In totaal hebben 13 van de 27 onderzochte interventies op de leeflijn Tabakspreventie een effect op stoppen met roken, minder roken, niet beginnen met roken of voorkomen van meer roken gedurende tenminste zes maanden. Het gaat om drie lespakketten gericht op kinderen/jongeren, zeven individuele voorlichtingsinterventies gericht op volwassenen en één voor zwangeren en hun ongeboren kinderen. Verder dragen een groepscursus en een campagneonderdeel bij aan het stoppen met roken. Bij twee interventies is een effect gevonden op een determinant van stoppen met roken. Of deze interventies bijdragen aan het daadwerkelijk stoppen met roken is niet bekend. Van vier interventies is aangetoond dat er geen effect was op roken of een determinant daarvan. Eén interventie is alleen onderzocht met een studie met lage bewijskracht. Van zeven interventies, ten slotte, is het onbekend of ze mogelijk een effect hebben op rookgedrag, omdat dit niet onderzocht is of de resultaten van lopend onderzoek nog niet bekend zijn. Van één interventie is de kosteneffectiviteit berekend: 'H-MIS'. Deze interventie heeft een gunstige kosteneffectiviteit.

Verschillen in aangetoonde effecten niet zonder meer met elkaar te vergelijken

De effecten van de preventieve interventies gericht op kinderen om te voorkomen dat zij beginnen met roken, lijken minder 'hard' vergeleken met interventies gericht op volwassenen. De interventies met als doelgroep volwassenen zijn dan ook specifiek gericht op rokers, soms met gezondheidsklachten. Het is goed mogelijk dat deze verschillen in doelgroepen tot uitdrukking komen in de aangetoonde effecten. Overigens is het lastig om de verschillen in de aangetoonde effecten met elkaar te vergelijken. Het effect kan afhangen van nicotineafhankelijkheid, motivatie om te stoppen, eigen verwachtingen van effectiviteit, opleiding, leeftijd, geslacht en het hebben van aan roken gerelateerde ziekten. Vaak is

rookgedrag zelfgerapporteerd; dit kan tot onderschattingen leiden. Daarnaast verschillen de uitkomstmaten van een effect op rookgedrag, bijvoorbeeld zevendaagse abstinentie, puntprevalentie, continue abstinentie, een stoppoging doen of minder roken. Per studie is ook de lengte van de follow-up verschillend.

Twee interventies laten een korte termijneffect op rookgedrag zien, maar dit is op de lange termijn verdwenen

Twee interventies laten op de korte termijn een positief effect zien op rookgedrag met een studiedesign van voldoende bewijskracht, maar dit effect is bij een follow-upmeting verdwenen. We hebben deze interventies niet meegerekend bij bovenbeschreven effectieve interventies, omdat een langetermijneffect op de volksgezondheid niet aannemelijk is wanneer een effect maar kort aanwezig is en daarna weer teruggaat naar het oude niveau. Het gaat hier om de schoolinterventie ‘Actie Tegengif’ en Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Cardiologieafdeling (‘C-MIS’). ‘Actie Tegengif’ is in dit onderzoek niet meegenomen als interventie met een effect op het rookgedrag op de lange termijn. Wel is er bij deze interventie een significant effect op het rookgedrag aangetoond kort na afloop van de interventie. Actie Tegengif bestaat uit een klassikale niet-rokenafpraak. De klas gaat gezamenlijk de uitdaging aan om een half jaar niet te roken. De leerlingen uit de klassen die de wedstrijd volhouden, krijgen een kleine prijs. Actie Tegengif heeft als doel het voorkomen dat jongeren uit de eerste twee klassen van het voortgezet onderwijs van het vmbo beginnen met roken (Willemsen, 2007). De effectiviteit van Actie Tegengif is onderzocht in een Nederlandse RCT (Crone et al., 2003b). Leerlingen uit de interventiegroep zijn significant minder begonnen met roken direct na afloop van de interventie. Een jaar na de interventie was het verschil echter niet meer significant. De ‘C-MIS’ (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Cardiologieafdeling) is een interventie, ontwikkeld voor patiënten op cardiologieafdelingen, die bestaat uit stopadvies en begeleiding. Patiënten krijgen een stop-roken-advies van de cardioloog, korte begeleiding van verpleegkundige, zelfhulpmateriaal en nazorg van de cardioloog. In een Nederlands quasi-experimenteel onderzoek (Bolman et al., 2002a). Vergeleken met de gebruikelijke zorg is de C-MIS direct na afloop van de interventie effectiever in het laten stoppen met roken. Na twaalf maanden zijn er geen significante verschillen meer waarneembaar tussen beide groepen (Bolman et al., 2002b).

3.2 Leeflijn Integraal alcoholbeleid

3.2.1 Beschrijving leeflijn

De leeflijn Integraal alcoholbeleid is in 2007 opgesteld door de Voedsel en Waren Autoriteit

In 2007 is de handleiding alcoholbeleid opgesteld door de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), in samenwerking met het NIGZ, het Partnership Vroegsignalering Alcohol, de Stichting Alcoholpreventie en het Trimbos-instituut. De leeflijn biedt een overzicht van alle producten, programma’s of activiteiten (interventies) die op dit moment beschikbaar zijn voor de preventie van schadelijk alcoholgebruik. De leeflijn geeft een brede weergave van verschillende typen interventies voor verschillende leeftijdsklassen waaruit GGD’en, scholen en werkgevers binnen gemeenten kunnen kiezen.

De leeflijn bestaat uit veertig verschillende interventies

De leeflijn Integraal alcoholbeleid bestaat uit veertig interventies voor vier leeftijdsgroepen:

- < 0 jaar
- 0-16 jaar
- 16-25 jaar
- volwassenen

Interventies die voor meerdere doelgroepen worden ingezet (n=4), zijn in dit rapport eenmaal meegeteld. Onderdelen van dezelfde interventie zijn in dit rapport samengenomen. Tenslotte is een interventie die niet meer bestaat niet meegerekend. Daarmee zijn in dit rapport 34 interventies op (kosten)effectiviteit beoordeeld.

De interventies op de leeflijn zijn ingedeeld naar pijlers voor lokaal gezondheidsbeleid

De interventies zijn onderverdeeld naar vier pijlers voor lokaal gezondheidsbeleid: publiek draagvlak, regelgeving, handhaving en vroegsignalering. Doelen van de pijler ‘Publiek draagvlak’ zijn: 1) kennisvergroting en bewustwording omtrent de risico’s van alcoholgebruik bij het algemene publiek of bij specifieke doelgroepen, en 2) het publiek informeren over de inhoud, onderliggende normen en de resultaten van beleidsmaatregelen. De pijler ‘Regelgeving’ betreft het stellen van regels rondom drankgebruik. De pijler ‘Handhaving’ betreft interventies gericht op het handhaven van de regels. Doelen van de pijler ‘Vroegsignalering’, ten slotte, zijn: 1) voorkomen van alcoholverslaving, ernstige gezondheidsproblemen en schade aan de omgeving van de drinker (onder meer ongeboren kinderen en gezinsleden), en 2) het stimuleren van laagrisico alcoholgebruik (matig drinken voor mensen zonder verslavingskenmerken en stoppen met drinken voor mensen die wel verslaafd zijn). In verschillende studies naar interventies op de leeflijn wordt verwezen naar de oude drinknorm voor verantwoord alcoholgebruik: het alcoholgebruik blijft onder het niveau van 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen per week voor vrouwen. De huidige drinknorm is echter strenger: niet meer dan twee standaardglazen alcohol per dag voor gezonde volwassen mannen en niet meer dan één standaardglas voor gezonde volwassen vrouwen (www.alcoholinfo.nl).

De meeste interventies op de leeflijn zijn gericht op kinderen of jongeren

Van de 34 verschillende interventies zijn er 25 gericht op kinderen en jongeren en negen op volwassenen. De interventies binnen de pijlers publiek draagvlak, regelgeving en handhaving zijn uitsluitend gericht op kinderen en jongeren. De interventies binnen de pijler ‘Vroegsignalering’ zijn voor alle leeftijdsgroepen, maar vooral voor volwassenen (zie Tabel 3).

Tabel 3: Aantal interventies op de leeflijn Integraal alcoholbeleid naar pijlers¹

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

¹Aantallen gegroepeerd naar kinderen/jongeren (<0, 0-16 en 16-25 jaar) en volwassenen. Als interventies binnen verschillende leeftijdsgroepen in de categorie kinderen/jongeren meerdere malen genoemd worden op de leeflijn, worden deze hier eenmaal meegerekend.

3.2.2 Effectiviteit

In totaal hebben zes interventies een positief effect op alcoholconsumptie

In Tabel 4 is te zien dat voor zes interventies wetenschappelijk bewijs (met voldoende bewijskracht) is gevonden dat deze het alcoholgebruik verminderen. Eén interventie is niet effectief in het verminderen van alcoholgebruik. Twee interventies hebben een positief effect op determinanten van alcoholgebruik. Van 25 interventies, ten slotte, is niet bekend of ze bijdragen aan het verminderen van het alcoholgebruik, omdat ze onderzocht zijn in een studie met lage bewijskracht, of omdat ze niet geëvalueerd zijn.

De zes interventies met een positief effect op alcoholgebruik worden hieronder toegelicht. Voor de resultaten van alle geëvalueerde interventies wordt verwezen naar Bijlage 1B. De niet-geëvalueerde interventies worden beschreven in Bijlage 2B.

Tabel 4: Aantal interventies op de leeflijn Integraal alcoholbeleid met een effect op alcoholgebruik, een determinant hiervan, geen effect, of niet bekend¹

	Effect op alcoholgebruik ²	Effect op determinant van alcoholgebruik ³	Niet effectief ⁴	Alleen onderzocht in onderzoek met lage bewijskracht ⁵	Niet onderzocht ⁶	Totaal
Kinderen/jongeren (<0 – 25 jaar)	3	2	0	5	15	25
Volwassenen	3	0	1	0	5	9
Totaal	6	2	1	5	20	34

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

² In onderzoek met voldoende bewijskracht (meta-analyse, review, RCT, of quasi-experimenteel onderzoek) vastgesteld dat er een effect is op alcoholgebruik (zoals wekelijks aantal glazen alcohol, drinkfrequentie, bingedrinken, dronkenschap, drinkniveau in relatie tot de richtlijn voor verantwoord drinken, alcoholconcentratie in het bloed).

³ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op determinant(en) van alcoholgebruik, zoals kennis over alcohol, attitude met betrekking tot alcoholgebruik, maatregelen van ouders met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kind, schenkgedrag van barmedewerkers, alcoholverkoop of intentie om minder te gaan drinken.

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

⁵ Onderzocht in studies met lage bewijskracht, zoals observationeel onderzoek, dwarsdoorsnede-onderzoek, procesevaluatie of quasi-experimenteel onderzoek met tekortkomingen. Of tegenstrijdige resultaten in verschillende studies.

⁶ Niet onderzocht, of niet bekend of de interventie geëvalueerd is (als geen reactie is ontvangen van interventie-eigenaar).

Effectieve interventies voor kinderen/jongeren

Eén interventie voor zwangeren en hun ongeboren kinderen is effectief

Er is geen Nederlandse studie waarin de effecten van de ‘**minimale interventiestrategie**’ voor zwangeren uit de pijler ‘Vroegsignalering’ zijn onderzocht. Wel is in een Amerikaanse RCT naar het effect van screening en advies tijdens de zwangerschap bij 255 zwangere vrouwen gevonden dat de vrouwen die deelnamen vijf keer zoveel kans hadden om in de laatste drie maanden van hun zwangerschap niet te drinken dan de vrouwen uit de controlegroep (OR=5,4; 95% BI=1,6-18,3) (O’Connor & Whaley, 2007).

Ook Manwell et al. (2000) voerde een RCT uit naar de effectiviteit van een minimale interventiestrategie. In de interventiegroep waren 22 zwangere vrouwen, in de controlegroep 19 zwangere vrouwen. De gemiddelde alcoholconsumptie en het aantal bingedrinkepisodes daalde significant meer in de interventiegroep dan in de controlegroep. Het *alcoholgebruik* daalde in de interventiegroep van 13,6 naar 3,5 glazen per week; in de controlegroep daalde dit van 13,5 naar 10,1. Het aantal *bingedrinkepisodes* per maand daalde in de interventiegroep van 5,7 naar 1,5; in de controlegroep was de daling van 5,5 naar 4,2. De significantiewaarden van deze subanalyses zijn niet vermeld.

Twee interventies voor kinderen of jongeren hebben een positief effect op drinkgedrag

Uit de pijler ‘Vroegsignalering’ draagt de website ‘**watdrinkjij.nl**’ bij aan minder alcoholconsumptie. Ook een interventie uit de pijler ‘Publiek draagvlak’ heeft een positief effect op drinkgedrag: ‘**De Gezonde school en genotmiddelen**’ (DSGS).

Het effect van de website ‘**watdrinkjij.nl**’ op verantwoord alcoholgebruik (wekelijks drinken, maandelijks drinken en bingedrinken) is onderzocht in een Nederlandse RCT (Roek & Spijkerman, 2009). De steekproef bestond uit 320 jongeren van 15-20 jaar. Er zijn twee interventiegroepen: een groep die een online drinktest mét normatieve feedback uitvoerde en een groep die een online drinktest deed zonder normatieve feedback. Binnen de subgroep hoogopgeleiden werd een maand na de drinktest door de interventiegroep met normatieve feedback significant meer verantwoord gedronken dan door beide andere groepen (een afgeleide maat voor *wekelijks alcoholgebruik*: gemiddelde in de interventiegroep was 0,75, ten opzichte van 0,49 in de controlegroep en 0,64 in de groep zonder normatieve feedback). Na drie maanden bestond ditzelfde verschil alleen bij middenopgeleiden (een

afgeleide maat voor *wekelijks alcoholgebruik en bingedrinken samen*: gemiddelde in de interventiegroep was 0,20, ten opzichte van 0,04 in de controlegroep en 0,06 in de groep zonder normatieve feedback. Bij laagopgeleiden werkte de normatieve feedback averechts.

De website watdrinkij.nl is gebaseerd op een Australische drinktest. Deze is onderzocht in een RCT onder 975 studenten van 17-29 jaar. Het betreft studenten met een verhoogd risico op schadelijk alcoholgebruik. Vergeleken met de controlegroep rapporteerde de interventiegroep na zes maanden een lagere *drinkfrequentie* (RR=0,79; 95% BI=0,63-0,95) en een lagere *hoeveelheid alcoholgebruik* (RR=0,77; 95% BI=0,63-0,95). Het effect op de hoeveelheid alcoholgebruik bleef ook na twaalf maanden bestaan (Kypri et al., 2008).

Er is een Nederlandse quasi-experimentele studie gedaan naar de effecten van de lessen ‘**Gezonde school en genotmiddelen**’ (DGSG) op het alcoholgebruik van middelbare scholieren (Cuijpers et al., 2002). Uitkomstmaten waren het aantal glazen dat een leerling drinkt en het percentage drinkers. De nameting was een jaar na afloop van het lesprogramma over alcohol. Het *gemiddeld aantal glazen alcohol* dat kinderen en jongeren *per gelegenheid* drinken is bij beide groepen toegenomen, maar de toename in de interventiegroep (n=783) was significant kleiner dan in de controlegroep (n=622): bij de interventiegroep van 1,9 naar 4,8; bij de controlegroep van 1,7 naar 5,8. Voor het gemiddelde aantal glazen alcohol *per week* geldt globaal hetzelfde (bij de interventiegroep van 0,6 naar 4,1; bij de controlegroep van 0,5 naar 5,3). Ook het *percentage wekelijkse drinkers* is bij de interventiegroep significant minder toegenomen dan bij de controlegroep (respectievelijk van 12 naar 44% en van 13 naar 57%). Ook het *percentage drinkers* was in de interventiegroep significant minder toegenomen: van 27 naar 74% vergeleken met 32 naar 81% voor de controlegroep.

Recent is in Duitsland een RCT uitgevoerd naar alcoholeducatie op school (Morgenstern et al., 2009). Het betreft vier interactieve lessen door de leerkracht, aangevuld met schriftelijk materiaal voor de leerlingen en voor ouders. De interventie is iets anders dan het lesprogramma van DGSG. Bij het lesprogramma van DGSG is aandacht voor houding ten aanzien van alcohol (leren nee-zeggen), maar dit geldt niet voor het Duitse programma. De uitkomstmaten waren alcoholgebruik zonder medeweten van de ouders, dronkenschap en bingedrinken. Er is alleen een effect gevonden op bingedrinken. Zowel bij de nameting als bij de follow-up na een jaar gaven meer leerlingen uit de interventiegroep dan uit de controlegroep aan dat ze nog nooit aan bingedrinken hadden gedaan (OR na een jaar=0,74; 95% BI=0,57-0,97).

Effectieve interventies voor volwassenen

Drie interventies voor volwassenen dragen bij aan minder drinken

Er zijn drie interventies voor volwassenen gevonden die tot minder drinken leiden. Dit zijn interventies uit de pijler ‘Vroegsignalering’ en betreffen ‘**kortdurende interventies in de eerstelijnszorg**’ (aanbevolen in de NHG-standaard, de Europese PHEPA-richtlijn en het ‘Preventieprogramma Vroegsignalering Alcohol’), de website ‘**drinktest.nl**’ en de **Teleaccursus ‘Minder drinken? Doe het zelf!’**.

In de NHG-standaard en de Europese PHEPA-richtlijn (en ook in het preventieprogramma Vroegsignalering alcohol) wordt verwezen naar diverse meta-analyses van buitenlandse effectstudies van ‘**kortdurende interventies in de eerstelijnszorg**’ bij volwassenen (Anderson et al., 2005; Anderson & Baumberg, 2007). Er zijn minstens veertien meta-analyses en/of systematische reviews die tot de conclusie komen dat kortdurende interventies effectief zijn in het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik tot laag-risicoverbruik (Anderson & Baumberg, 2007). Het effect blijft minimaal een jaar bestaan en kan tot vier jaar blijven bestaan. Van de acht personen zonder alcoholafhankelijkheid die een kortdurende interventie hebben ontvangen, zal er één minder gaan drinken. Per jaar moeten 282 patiënten geconsulteerd worden om één alcoholgerelateerd sterfgeval te vermijden. De effecten zijn groter bij minder ernstige problemen in drankgebruik. Er is geen bewijs gevonden dat de interventies tijdens zwangerschap effectief zijn op de alcoholconsumptie.

In 2008 is een Nederlandse RCT uitgevoerd naar het effect van een online drinktest (website ‘**drinktest.nl**’) op de mate van *verantwoord alcoholgebruik* volgens de Nederlandse richtlijn (Boon et al., In press). De drinktest bestaat uit zes vragen voor iedereen die wel eens drinkt en 33 vragen voor stevige drinkers. Op basis van de antwoorden wordt een computergegenereerd advies gegeven. Het onderzoek is uitgevoerd bij 225 mannen die meer drinken dan verantwoord is volgens de Nederlandse richtlijn. Een maand na de drinktest daalde het percentage overmatig drinkende mannen meer dan in de controlegroep. In de interventiegroep was de daling 42%, in de controlegroep 31%. Na zes maanden was het verschil tussen de twee groepen niet meer significant (46 versus 37%). In een wat kleinere Nederlandse RCT onder alleen vrouwen is het effect van de drinktest eveneens geëvalueerd op verantwoord alcoholgebruik (Meijer et al., 2006). Negen maanden na de drinktest was het percentage overmatig drinkende vrouwen 20% meer afgenomen in de interventiegroep (n=46) dan in de controlegroep (n=46) (40 versus 17%).

De effectiviteit van de **Teleaccursus ‘Minder drinken? Doe het zelf!’** is in een RCT geëvalueerd (Kramer et al., 2009). Uitkomstmaten waren het percentage deelnemers die hun drankgebruik reduceren tot onder de richtlijn en de afname in gemiddelde wekelijkse consumptie. De interventiegroep bestond uit 90 tv-kijkers die dvd’s van de uitzending kregen, voordat deze op tv verscheen. Ze gebruikten ook het Teleac-cursusboek en de website ‘minderdrinken.nl’. De controlegroep bestond uit een groep van 91 mensen die de Teleac-uitzendingen later op tv bekeken. Vijf weken na de start van de interventie was het aantal deelnemers met drankgebruik onder de richtlijn 40% in de interventiegroep, vergeleken met 2,2% bij de controlegroep. Ook was het wekelijkse alcoholgebruik meer gedaald in de interventiegroep dan in de controlegroep. Het verschil was 16,6 glazen. Dit effect was nog steeds aanwezig drie maanden na de start van de interventie.

3.2.3 Kosteneffectiviteit

Eén interventie op de leeflijn Integraal alcoholbeleid is kosteneffectief

Van slechts één effectieve interventie is de kosteneffectiviteit berekend: van ‘**kortdurende interventies in de eerstelijnszorg**’; deze interventie is kosteneffectief. Anderson et al. (2005) hebben de kosteneffectiviteit onderzocht. Voor iedere duizend patiënten van een huisartspraktijk kost het € 1.644 om een screening uit te voeren en een programma op te zetten voor kortdurende interventies. De WHO schat op basis van modelberekeningen dat per 100.000 mensen 91 jaren van ongezondheid en voortijdige sterfte voorkomen kunnen worden, als in een kwart van de huisartspraktijken kortdurende interventies worden uitgevoerd. Dit is 9% van alle ongezondheid en voortijdige sterfte veroorzaakt door alcohol. De kosten voor het voorkomen van één jaar ongezondheid en voortijdige sterfte worden geschat op ongeveer € 1.960 (Lemmers & Riper, 2007).

3.2.4 Discussie en conclusies

Samenvattend: zes van de 34 onderzochte interventies hebben een effect op alcoholgebruik

Van zes van de 34 interventies is in onderzoek met voldoende wetenschappelijke bewijskracht aangetoond dat ze een positief effect hebben op het (verminderen van) alcoholgebruik. Het gaat om één interventie gericht op zwangeren en hun ongeboren kind, twee interventies gericht op kinderen en jongeren en drie interventies voor volwassenen. Twee interventies hebben een effect op determinanten van alcoholgebruik. Of deze interventies ook daadwerkelijk bijdragen aan het verminderen van het alcoholgebruik is niet bekend. Het merendeel (twintig interventies) is niet onderzocht, en een klein deel (vijf interventies) is alleen onderzocht in studies met lage bewijskracht. Er is weinig bekend over de kosteneffectiviteit. Van slechts één effectieve interventie is de kosteneffectiviteit berekend.

Meeste bewijs voor interventies uit de pijler ‘Vroegsignalering’

Voor interventies uit de pijler ‘Vroegsignalering’ is in vergelijking tot de andere pijlers het meeste bewijs dat ze effectief zijn. Twee van de vijf effectieve interventies in de pijler ‘Vroegsignalering’ waren internetinterventies. Uit de pijler ‘Publiek draagvlak’ is van één van de tien interventies de effectiviteit aangetoond. We hebben geen kwalitatief goede studies gevonden die de effectiviteit van interventies uit de pijlers ‘Handhaving’ en ‘Regelgeving’ aantoonen.

Eén interventie laat een korte termijneffect op alcoholgebruik zien, maar dit is op de lange termijn verdwenen

Eén interventie laat op de korte termijn een positief effect zien op alcoholgebruik met een studiedesign van voldoende bewijskracht, maar dit effect is bij een follow-upmeting verdwenen. We hebben deze interventie niet meegerekend bij bovenbeschreven effectieve interventies, omdat een langetermijneffect op de volksgezondheid niet aannemelijk is. Het gaat om de website ‘**minderdrinken.nl**’.

De website ‘**minderdrinken.nl**’ was in een RCT effectief na zes maanden (Riper et al., 2007), maar werd in een KEA na twaalf maanden niet meer effectief bevonden (Riper, 2008). De interventie leidde na zes maanden tot een groter percentage personen met drankgebruik onder de richtlijn in vergelijking met de controlegroep. Na twaalf maanden was dit verschil echter niet meer statistisch significant. Deze twaalfmaandcijfers zijn gebruikt als input voor een Amerikaanse kosteneffectiviteitsstudie. Met behulp van een model is de kosteneffectiviteit geschat. De gemiddelde kosteneffectiviteitsratio werd geschat op \$ 13.950; de mediaan werd geschat op \$ 5.273. De kans dat de interventie kostenbesparend is, werd geschat op 69% (Riper, 2008).

3.3 Leeflijn Overgewicht

3.3.1 Beschrijving leeflijn

De leeflijn Overgewicht is in 2007 opgesteld door het Voedingscentrum

In 2007 is de handleiding overgewicht opgesteld door het Voedingscentrum (Voedingscentrum, 2007c). De leeflijn Overgewicht biedt een overzicht van alle producten, programma’s en activiteiten die op dit moment beschikbaar zijn voor de preventie van overgewicht. Bij de opstelling van de leeflijn is gezocht naar een brede weergave van verschillende typen activiteiten (inclusief beleid en omgeving) voor verschillende leeftijdsklassen. Hieruit kunnen GGD’en, scholen en werkgevers binnen gemeenten kiezen. Er is gezocht naar een brede mix van landelijk beschikbare ingrediënten voor de aanpak van overgewicht te weten: lesprogramma’s, onderzoek/signalering/advisering, campagnes, cursussen, ondersteunende materialen/ondersteunend beleid en omgevingsveranderingen (Voedingscentrum, 2007b). De digitale versie van de leeflijn wordt door het Voedingcentrum regelmatig geactualiseerd. Daarom is de meest recente digitale versie anders dan de papieren versie. In dit rapport is uitgegaan van de digitale versie zoals die in januari 2009 op de site van het Voedingscentrum stond.

De leeflijn bestaat uit bijna 150 interventies

De leeflijn Overgewicht bestaat uit bijna 150 interventies, verdeeld over acht leeftijdsgroepen:

- <0
- 0-1 jaar
- 1-4 jaar
- 4-12 jaar
- 12-19 jaar
- 19-25 jaar
- 25-55 jaar
- 55+

Interventies die vallen onder een aanpassing van de fysieke omgeving (n=10), een beleidsmaatregel (n=12) of ondersteunend materiaal (n=46) hebben wij in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Sommige interventies (n=6) staan bij verschillende leeftijdsgroepen. Deze zijn binnen de categorieën kinderen/jongeren (<0-19 jaar) en volwassenen (19-55 jaar) steeds eenmaal meegeteld. Andere interventies bestaan uit verschillende bij elkaar horende onderdelen. Ook deze zijn steeds eenmaal meegeteld. Ten slotte zijn drie interventies buiten beschouwing gelaten, omdat hierover geen enkele informatie te vinden was. Daarmee zijn in dit rapport zeventig interventies onderzocht op effectiviteit.

Op de leeflijn staan veel schoolprogramma's

In Tabel 5 staan de aantallen interventies naar methode weergegeven. De meeste interventies zijn gericht op kinderen (n=47). Dit zijn veelal lesprogramma's (n=20). Verder worden veel campagnes (n=23) en cursussen (n=16) aangeboden.

Tabel 5: Aantal interventies op de leeflijn Overgewicht naar methode¹

	Onderzoek, signalering, advisering	Cursus	Les-programma	Campagne	Overig	Totaal
Kinderen/jongeren (<0- 19 jaar)	7	7	20	10 ³	3	47
Volwassenen (19-55 jaar)	-	2 ²	-	9 ^{3,4}	1	12
Ouderen (55+)	-	7 ²	-	4 ^{3,4}	-	11
Totaal	7	16	20	23	4	70

¹ Aantallen gegroepeerd naar kinderen/jongeren (<0, 0-1, 1-4, 4-12 en 12-19 jaar), volwassenen (19-25 en 25-55 jaar) en ouderen (55+). Als interventies binnen verschillende leeftijdsgroepen in de categorie kinderen/jongeren meerdere malen genoemd worden op de leeflijn, worden deze hier eenmaal meegerekend. Verder wijkt de indeling in methoden in dit rapport soms af van de gehanteerde indeling op de leeflijn. De aantallen in deze tabel kunnen dus afwijken van de aantallen op de leeflijn.

² Hiervan wordt één interventie ('Bewegen op recept') zowel bij volwassenen als bij ouderen genoemd (in totaal tweemaal meegeteld).

³ Hiervan wordt één interventie ('Wateetenbeweegikbus') bij alle leeftijdsgroepen genoemd (in totaal driemaal meegeteld).

⁴ Hiervan wordt één interventie ('30minutenbewegen') zowel bij volwassenen als bij ouderen genoemd (in totaal tweemaal meegeteld).

Tabel 6: Aantal interventies op de leeflijn Overgewicht met een effect op gewicht, bewegen of voeding, een determinant hiervan, geen effect, of niet bekend¹

	Effect op gewicht ²	Effect op bewegen of voeding ³	Effect op determinant van gewicht, bewegen, of voeding ⁴	Niet effectief ⁵	Alleen onderzocht in onderzoek met lage bewijskracht ⁶	Niet onderzocht ⁷	Totaal
Kinderen (<0 - 19 jaar)	2	3	4	-	16 ⁹	21	47
Volwassenen (19 - 55 jaar)	-	3 ⁸	-	-	7 ⁹	6 ¹⁰	16
Ouderen (55+)	-	2 ⁸	-	2	1 ⁹	1 ¹⁰	7
Totaal	2	8	4	2	24	28	70

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

² In onderzoek met voldoende bewijskracht (meta-analyse, review, RCT, of quasi-experimenteel onderzoek) vastgesteld dat er een effect is op gewicht, BMI of percentage mensen met overgewicht.

³ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op beweeg- of voedingsgedrag.

⁴ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op determinant(en) van gewicht, bewegen of voeding, zoals meer kennis over gezonde voeding of sportlidmaatschap.

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

⁶ Onderzocht in studies met lage bewijskracht, zoals observationeel onderzoek, dwarsdoorsnede-onderzoek, procesevaluatie of quasi-experimenteel onderzoek met tekortkomingen. Of tegenstrijdige resultaten in verschillende studies.

⁷ Niet onderzocht, of niet bekend of de interventie geëvalueerd is (als geen reactie is ontvangen van interventie-eigenaar).

⁸ Eén interventie ('Bewegen op recept') is zowel bij volwassenen als bij ouderen onderzocht (in totaal tweemaal meegeteld).

⁹ Eén interventie ('Wateetenbeweegikbus') is in alle leeftijdsgroepen onderzocht (in totaal driemaal meegeteld).

¹⁰ Eén interventies ('30minutenbewegen') wordt zowel bij volwassenen als bij ouderen genoemd, maar is niet onderzocht (in totaal tweemaal meegeteld).

3.3.2 Effectiviteit

In totaal hebben elf interventies een positief effect op gewicht, bewegen of voeding

In Tabel 6 is te zien dat voor twee interventies wetenschappelijk bewijs met voldoende bewijskracht is dat ze een positief effect op gewicht hebben. Daarnaast zijn er acht interventies gevonden die een positief effect hebben op één van de pijlers van de energiebalans, namelijk meer bewegen of een verbeterd voedingspatroon. Voor twee interventies is vastgesteld dat zij niet bijdragen aan gewichtsvermindering. Vier interventies hebben een positief effect op een determinant van gewicht, bewegen of voeding. Tweederde van de interventies, ten slotte, is niet geëvalueerd of alleen onderzocht met een studiedesign met lage bewijskracht.

De tien interventies met een positief effect op gewicht, bewegen of voeding worden hieronder toegelicht. Voor de resultaten van alle geëvalueerde interventies wordt verwezen naar bijlage 1C. De niet-geëvalueerde interventies worden beschreven in bijlage 2C. Hierin worden de interventies die in verschillende leeftijdsgroepen worden aangeboden steeds alleen bij de jongste leeftijdsgroep beschreven.

Effectieve interventies op gewicht voor kinderen/jongeren

Twee interventies gericht op jongeren hebben een positief effect op gewicht

Het lesprogramma ‘**Lekker fit**’ leidt (op de korte termijn) tot een lagere stijging in het percentage basisschoolleerlingen met overgewicht. De cursus ‘**Real fit**’ voor jongeren met overgewicht leidt tot gewichtsvermindering.

Het lesprogramma ‘**Lekker fit**’ voor basisschoolleerlingen bestaat uit theorielessen over voeding, beweging en het maken van gezonde keuzes en omvat daarnaast ook drie keer per week gym op school en buitenschoolse beweegactiviteiten. De interventie is onderzocht in een RCT onder basisschoolleerlingen met metingen in 2006/2007 (Jansen et al., In press) en 2007/2008 (Meima et al., 2008). Interventiescholen (n=1149) deden in de schooljaren 2006/2007 en 2007/2008 mee, controlescholen (n=1267) alleen in 2007/2008. Deze interventie draagt niet bij aan gewichtsvermindering, maar op de korte termijn wel aan een minder sterke groei in het percentage kinderen met overgewicht in de middenbouw van de basisschool. Onder interventieerlingen was de groei van 24,4 naar 25,7% en onder controleerlingen was dit van 24,4 naar 28,7%; OR=0,53 (95% BI=0,36-0,78). In het eerste jaar is de toename in middelomtrek in de middenbouw onder de interventieerlingen statistisch significant minder groot dan onder de controleerlingen: een verschil van 1,29 cm (95% BI=0,42-2,16). Dit effect bestond in 2007/2008 echter niet meer.

Wat op de lange termijn wel bleef bestaan, was een effect op voedingsgedrag. In het tweede jaar was het percentage kinderen dat minimaal twee stuks fruit per dag eet op de interventiescholen statistisch significant gestegen, maar dit was niet het geval op de controlescholen. In de interventiescholen steeg dit percentage onder meisjes van 69 naar 74% en onder jongens van 67 naar 70%.

In een quasi-experimenteel onderzoek van een vergelijkbaar Chileens lesprogramma wordt een toename van BMI onder controleerlingen gevonden (van 18,9 naar 19,2 kg/m²) bij een gelijkblijvende BMI onder interventieerlingen (19,5 kg/m²) (Kain et al., 2004).

De groepscursus ‘**Real fit**’ omvat bewegingslessen, voedingsadvies en gedragstherapie. In een observationeel onderzoek onder 32 jongeren was de BMI na de cursusduur van twaalf weken statistisch significant gedaald van 29,2 naar 28,3 kg/m²; vijf maanden later was dit echter weer gestegen naar 28,9 kg/m² (Slinger et al., In press). Wanneer een psychologische component wordt toegevoegd aan de cursus is er een statistisch significant verschil tussen de interventie- (n=12) en de wachtlijstgroep (n=12). Voor de wachtlijstgroep was de BMI gelijk gebleven op 28,6 kg/m² en voor de interventiegroep was de BMI na afloop van de twaalf weken durende cursus gedaald van 28,7 naar 27,3 kg/m² (Mulken et al., In press). Een Cochrane-review van leefstijlinterventies voor jongeren met overgewicht, vergelijkbaar met Real fit, rapporteert een gepoold statistisch significant verschil tussen

de interventie- en controlegroep van respectievelijk $-3,04 \text{ kg/m}^2$ na zes maanden of $-3,27 \text{ kg/m}^2$ na twaalf maanden (Oude Luttikhuis et al., 2009).

Effectieve interventies op voeding voor kinderen/jongeren

Drie schoolprogramma's hebben een positief effect op voeding

Drie interventies voor kinderen of jongeren leiden tot een verbeterd voedingspatroon: '**Schoolgruiten**', '**Automatenproject**' en '**Krachtvoer**'. Van deze interventies is niet gemeten of ze ook tot gewichtsvermindering (of –behoud) leiden.

In het lesprogramma '**Schoolgruiten**' eten basisschoolleerlingen tenminste twee keer per week (gratis) fruit of knabbelgroente in de klas. Deze interventie is onderzocht in een quasi-experiment onder 425 kinderen uit groep 6 en 287 ouders. Na twee jaar was de zelfgerapporteerde fruitconsumptie onder interventieerlingen significant minder gedaald dan onder controleerlingen. Deze daling was onder interventieerlingen van 1,74 naar 1,52 stuks per dag en onder controleerlingen van 1,73 naar 1,34 stuks per dag. Het verschil was 0,145 stuks per dag (95% BI=0,004-0,286). Gewicht is niet gemeten. Vergelijkbare buitenlandse interventies ('European Prochildren Study' en 'Norwegian Fruit and Vegetables Makes the Marks (FVMM) project' laten vergelijkbare effecten op de fruitconsumptie zien (Tak et al., 2009).

Het '**Automatenproject**' bestaat uit voedingslessen in combinatie met een aanpassing van de frisdrank- en snoepautomaten. In de automaten worden meer laag-caloriehoudende snoep, snacks en frisdranken aangeboden (eerste fase). Daarna worden ook labels met productinformatie geplaatst (tweede fase) en wordt de prijs van caloriearme producten verlaagd (derde fase). Een RCT onder dertien experimentele middelbare scholen en zestien controlescholen laat zien dat in de experimentele groep meer matig-caloriehoudende snacks worden verkocht dan in de controlegroep (in fase één, twee en drie is respectievelijk 44, 45 en 47% van de verkochte snacks matig-caloriehoudend; in de controlegroep is dit 20, 18 en 20%). In de experimentele groep worden meer laag-caloriehoudende frisdranken verkocht dan in de controlegroep (in fase één, twee en drie is respectievelijk 38, 37 en 42% van de verkochte frisdranken caloriearm; in de controlegroep is dit 22, 26 en 27%). Het invoeren van labels of prijsreductie levert geen significant extra effect op (Kocken et al., In press).

Het lesprogramma '**Krachtvoer**' is voor leerlingen uit de eerste twee groepen van het vmbo. Er is in acht lessen aandacht voor ontbijt, fruit en tussendoortjes. Naast de lesmaterialen en een website kunnen leerlingen producten proeven en een gezond recept bereiden. De resultaten van een cluster-RCT tonen dat Krachtvoer tot een hogere fruitinname per dag leidt, vooral in de groep die op baseline matig fruit eet. Kinderen uit de interventiescholen (n=781) eten drie maanden na de interventie significant vaker fruit dan leerlingen uit de controlescholen (n=469). In de interventiescholen treedt een stijging op van gemiddeld 0,91 keer per dag naar 1,10 keer per dag; in de controlescholen is dit een stijging van 0,89 keer per dag naar 0,96. Dit betekent een gecorrigeerd verschil in stijging van 0,04 keer per dag. Er zijn geen effecten gevonden op het eten van vette snacks en ontbijten (Martens et al., 2008).

Effectieve interventies op bewegen of voeding voor volwassenen

Voor volwassenen dragen drie interventies bij aan meer bewegen of een gezonder voedingspatroon

Twee interventies voor volwassenen leiden tot een toename van het beweeggedrag: een campagne ter stimulering van '**lunchwandelen**' en '**Bewegen op recept**' (BOR). Eén interventie draagt bij aan een verbetering van het voedingspatroon: de groepscurcus '**Goede voeding hoeft niet veel te kosten**'.

In een quasi-experimenteel onderzoek (De Kraker et al., 2005) onder 74 werknemers leidt een campagne ter stimulering van '**lunchwandelen**' tot meer bewegen. In twee interventiebedrijven zijn werknemers met campagnemateriaal (onder meer een website en postermateriaal) gestimuleerd een half

uur per dag tijdens de lunchpauze te gaan wandelen. In de interventiegroep is het percentage werknemers dat duurzaam minimaal één keer week wandelt tijdens de lunch sterker gestegen dan in de controlegroep: respectievelijk een significante stijging van 52 naar 71% en een niet-significante stijging van 39 naar 47%. Het gemiddeld aantal wandelingen per week nam in de interventiegroep ook meer toe dan in de controlegroep: respectievelijk een significante stijging van 3,9 naar 4,7 keer per week en een significante stijging van 2,9 naar 3,9 keer per week. Het verschil tussen de groepen was hier echter niet statistisch significant. Er was geen effect op het aantal werknemers dat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) haalt. Wel neemt het aantal werknemers dat tenminste één keer per week sport in de interventiegroep toe, terwijl dat in de controlegroep niet gebeurt.

‘Bewegen op recept’ (BOR) wordt door een huisarts voorgeschreven aan patiënten met overgewicht, diabetes, bewegingsarmoede, rugklachten of spanningsklachten. Hiermee kunnen patiënten gedurende twintig weken één keer per week onder deskundige begeleiding tegen een geringe eigen bijdrage sporten. Resultaten van een Nederlandse observationele studie onder 130 mensen laten tien weken na de start zien dat 43% van de deelnemers meer is gaan bewegen. Echter, 55% is minder gaan bewegen en voor 2% is het beweegpatroon gelijk gebleven (Schmidt et al., 2006).

In buitenlandse reviews en meta-analyses worden tegenstrijdige resultaten gerapporteerd, maar de meeste resultaten wijzen erop dat een recept bewegen stimulerend is voor het beweeggedrag.

In een meta-analyse van vijf RCT's is een RR van 1.20 (95% BI=1.06-1.35) gevonden voor 90 tot 150 minuten per week bewegen op recept (Williams et al., 2007). In een review onder enigszins actieve volwassenen, ouderen en mensen met overgewicht is gevonden dat BOR op de korte termijn tot meer bewegen leidt, maar het effect beklijft niet op de lange termijn (Morgan, 2005). In een RIVM-rapport (Bemelmans et al., 2008) is gevonden dat een zogenaamde ‘Beweegkuur’ voor mensen met overgewicht tot een toename van bewegen tussen de twintig en veertig minuten per week leidt. Ten slotte is in een review van drie RCT's van interventies ter promotie van bewegen onder chronische patiënten in twee studies geen effect gevonden en in één studie een klein kortetermijneffect (Hudon et al., 2008).

BOR lijkt niet te leiden tot gewichtsvermindering. Onder de deelnemers aan bovengenoemde Nederlandse observationele studie is geen significante afname van BMI gevonden. Het percentage mensen met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² was tijdens de voor- en nameting respectievelijk 24 en 22%, respectievelijk 15 en 20% had een BMI tussen 30 en 35 kg/m² en respectievelijk 19 en 15% had een BMI boven de 35 kg/m² (Schmidt et al., 2006). In een meta-analyse van drie RCT's is ook geen effect van BOR op gewicht of BMI gevonden (Williams, 2007). In een RIVM-rapport is wel een positief effect gerapporteerd voor leefstijlinterventies voor mensen met overgewicht met een beweeg- én een dieetelement. Dit kan na één jaar tot 2 à 6,5% gewichtsverlies leiden (Bemelmans, 2008).

‘Goede voeding hoeft niet veel te kosten’ wordt gegeven als onderdeel van een verplichte budgetteringscursus en is bedoeld voor mensen uit een lage sociaaleconomische klasse (met schulden). Een diëtiste geeft gedurende 2,5 uur informatie over gezonde en goedkope voeding. Daarnaast krijgen de cursisten een één uur durende rondleiding in een supermarkt, waarin uitleg wordt gegeven over het lezen van etiketten en het vergelijken van diverse producten qua prijs en kwaliteit. De cursus is onderzocht in een quasi-experiment onder 35 deelnemers in vergelijking met 39 mensen op de wachtlijst. Twee maanden na de cursus werden geen veranderingen in groente- en fruitconsumptie en energie-inname gevonden. Wel was de inname van verzadigde vetzuren in de interventie gedaald (-2,40 gram), terwijl dit in de controlegroep iets gestegen was (+0,95 gram). Het verschil was significant tussen de groepen. De daling in de consumptie van vruchtensappen was in de interventiegroep significant minder groot (-0,14 gram) dan in de controlegroep (-0,30 gram) (Van Assema et al., 2005).

Effectieve interventies op bewegen voor ouderen

Twee beweegprogramma's voor ouderen leiden tot meer bewegen

Onder ouderen zijn er twee beweegprogramma's die leiden tot meer bewegen: 'SMALL' en 'Bewegen op recept' (BOR). Deze laatste interventie is al beschreven bij volwassenen.

'GALM' (Groninger Actief Leven Model) is een beweegprogramma voor inactieve senioren. 'SMALL' (Stimulerings Model voor een Actief Leven door middel van Leefstijlactiviteiten) en 'SCALA' zijn varianten van GALM. Deze zijn respectievelijk gericht op kleine gemeenten en op ouderen met een chronische aandoening of handicap. GALM en SCALA zijn groepsbeweegprogramma's. In SMALL wordt meer bewegen in het dagelijks leven gestimuleerd door middel van groeps- en telefonische counseling en het aanbieden van een stappenteller. SMALL lijkt op de korte termijn bij te dragen aan een toename van het aantal stappen per dag. Na vijf weken is in een observationeel onderzoek onder 132 deelnemers een gemiddelde toename van 6,7 naar 9,0 * 1000 stappen gevonden; dit komt neer op ongeveer 22 extra minuten bewegen per dag (De Greef et al., 2008). In een internationale RCT (Opdenacker et al., 2008) van een vergelijkbare interventie is het aantal stappen na elf maanden significant meer gestegen dan in de controlegroep. Na 23 maanden was dit aantal weer gedaald, maar het verschil met het beginniveau bleef statistisch significant: in de interventiegroep was het gemiddeld aantal stappen per dag respectievelijk 6,8, 8,7 en 7,7 * 1000 op baseline, na 11 en na 23 maanden. In de controlegroep werden 7,7, 7,5 en 7,7 * 1000 stappen per dag gezet.

3.3.3 Kosteneffectiviteit

'Schoolgruiten' is een kosteneffectieve voedingsinterventie

Informatie over kosteneffectiviteit van interventies uit de leeflijn Overgewicht ontbreekt grotendeels. Een uitzondering is 'Schoolgruiten', een interventie die groente- en fruitconsumptie onder kinderen en jongeren stimuleert. Op basis van de resultaten uit bovenbeschreven RCT (Tak et al., 2009) zijn modelberekeningen uitgevoerd om de gezondheidswinst te schatten. Daarbij is een effectbehoud van 30% verondersteld. Vanuit een levenslange tijdshorizon levert Schoolgruiten 196 DALY's per 100.000 kinderen op. In deze KEA zijn interventiekosten en gezondheidszorgkosten meegenomen en is uitgegaan van een discontovoet voor kosten en effecten van 3%. De kosteneffectiviteitsratio is € 14.000 per DALY. Op basis van de resultaten van een sensitiviteitsanalyse is bij een afkappunt van € 20.000 per QALY de kans dat Schoolgruiten kosteneffectief is 60% (Te Velde et al., In press).

3.3.4 Discussie en conclusies

Samenvattend: tien van de zeventig onderzochte interventies hebben een effect op gewicht, bewegen of voeding

Twee interventies gericht op jongeren hebben een positief effect op gewicht. Het lesprogramma 'Lekker fit' leidt (op de korte termijn) tot een minder sterke toename in het percentage basisschoolleerlingen met overgewicht. De cursus 'Real fit' voor jongeren met overgewicht leidt tot gewichtsvermindering. 'Lekker fit' is op de lange termijn niet meer effectief op het percentage basisschoolleerlingen met overgewicht, maar omdat deze interventie wel een langetermijneffect op voedingsgedrag laat zien, hebben we deze toch als effectieve interventie meegenomen in de beoordeling. Vier interventies hebben een positief effect op bewegen. Hiervan zijn twee interventies gericht op volwassenen en drie op ouderen. Vier interventies leiden tot een gezonder voedingspatroon. Drie van deze interventies zijn gericht op jongeren en één op volwassenen. Voor vier interventies is vastgesteld dat deze een positief effect hebben op een determinant van gewicht, bewegen of voeding. Of deze interventies ook daadwerkelijk bijdragen aan het voorkomen van overgewicht of gewichtsverlies is niet bekend. Voor twee interventies is vastgesteld dat zij niet bijdragen aan

gewichtsvermindering. Ten slotte zijn 24 interventies alleen onderzocht met een studiedesign met lage bewijskracht en zijn 28 interventies in het geheel niet geëvalueerd. Slecht van één interventie op de leeflijn Overgewicht is de kosteneffectiviteit vastgesteld. Deze voedingsinterventie voor jongeren (**'Schoolgruiten'**) heeft een gunstige kosteneffectiviteitsratio.

Ruim de helft van de interventies op de leeflijn is gericht op kinderen of jongeren. Vier van de vijf effectieve interventies gericht op jongeren bestaan uit een lesprogramma. Voor volwassenen bestaan vier van de zes effectieve interventies uit een beweegprogramma. Eén van deze interventies wordt zowel bij volwassenen als bij ouderen genoemd (**'Bewegen op Recept' (BOR)**).

Dubbelen, aanpassing fysieke omgeving, beleidsmaatregel en ondersteunend materiaal niet meegenomen in rapport

De interventies die in dit rapport op effectiviteit zijn onderzocht, vormen slechts krap de helft van de ongeveer 150 interventies die op de leeflijn staan. Ruim de helft is in dit rapport buiten beschouwing gelaten, omdat het dubbele interventies, een aanpassing van de fysieke omgeving, een beleidsmaatregel of ondersteunend materiaal betrof. Ook al komt er steeds meer onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat het 'beweegvriendelijker' maken van de omgeving het beweeggedrag kan verhogen (Van den Berg & Schoemaker, 2010), van de afzonderlijke omgevingsveranderingen op de leeflijn Overgewicht bestaat (naar verwachting) geen onderzoek met voldoende wetenschappelijk bewijskracht waaruit het effect vastgesteld kan worden. Dit geldt ook voor beleidsmaatregelen. Van alleen ondersteunend materiaal verwachtten we geen (blijvend) effect op gedrag.

3.4 Leeflijn Depressiepreventie

3.4.1 Beschrijving leeflijn

De leeflijn Depressiepreventie is in 2007 door het Trimbos-instituut opgesteld

De leeflijn Depressiepreventie is in 2007 door het Trimbos-instituut opgesteld. De leeflijn bevat interventies voor mensen zonder klachten en voor mensen met depressieklachten zonder dat sprake is van een depressieve stoornis. Gemeenten kunnen uit het aanbod van beschikbare preventieve interventies op de leeflijn een 'Basispakket depressiepreventie' samenstellen. Zo'n basispakket omvat minimaal vier elementen: voorlichting en bewustwording, signalering en advies, preventieve ondersteuning en maatregelen gericht op de omgeving.

De leeflijn bestaat uit veertig interventies

De leeflijn Depressiepreventie bestaat uit veertig interventies verdeeld over drie leeftijdscategorieën:

- kinderen/jongeren/jongvolwassenen
- volwassenen
- ouderen

In dit rapport zijn alle veertig interventies onderzocht op effectiviteit.

Het merendeel van de interventies op de leeflijn betreft cursussen

In Tabel 7 staan de interventies uitgesplitst naar leeftijdsgroep en methode. Twaalf interventies zijn gericht op kinderen of jongeren, acht zijn gericht op volwassenen en twintig interventies hebben ouderen als doelgroep. Het merendeel van de interventies op de leeflijn betreft cursussen (n=23), maar er staan ook lesprogramma's (n=3), beweegprogramma's (n=2), ontmoetingsbijeenkomsten (n=3) en huisbezoeken (n=2) op de lijst.

Tabel 7: Aantal interventies op de leeflijn Depressiepreventie naar methode

	Lesprogramma	Cursus	Overig	Totaal
Kinderen / jongeren	3	7	2	12
Volwassenen	-	7	1	8
Ouderen	-	9	11	20
Totaal	3	23	14	40

3.4.2 Effectiviteit

Twee interventies leiden tot preventie van depressie, acht tot afname depressieklachten

In Tabel 8 is te zien dat voor twee interventies directe effecten op preventie van depressie (het voorkómen of uitstellen van het ontstaan van nieuwe depressieve stoornissen) zijn gevonden. Voor acht interventies werd wetenschappelijk bewijs gevonden dat de interventie bijdraagt aan een vermindering in depressieklachten. De verwachting is dat een afname van depressieklachten zal leiden tot preventie van depressieve stoornissen. Voor tien interventies werd een effect op een determinant van depressie of depressieklachten aangetoond. In hoeverre deze veranderingen bijdragen aan de preventie van depressie is niet bekend. Van twee interventies is vastgesteld dat ze geen effect hebben op depressie, depressieklachten of determinanten van depressie. Van bijna de helft van de interventies, ten slotte, is niet bekend of ze hieraan bijdragen, omdat ze onderzocht zijn met een studiedesign met lage bewijskracht of in het geheel niet zijn geëvalueerd.

De tien interventies die leiden tot depressiepreventie of een afname van depressieklachten worden hieronder toegelicht. Voor de resultaten van alle geëvalueerde interventies wordt verwezen naar bijlage 1D. De niet-geëvalueerde interventies worden beschreven in bijlage 2D.

Tabel 8: Aantal interventies op de leeflijn Depressiepreventie met een effect op depressie, depressieklachten, of een determinant hiervan, geen effect, of niet bekend¹

	Effect op depressie ²	Effect op depressieklachten ³	Effect op determinant ⁴	Niet effectief ⁵	Alleen onderzocht in onderzoek met lage bewijskracht ⁶	Niet onderzocht ⁷	Totaal
Kinderen / jongeren	1	2	4	-	1	4	12
Volwassenen	1	1	1	-	3	2	8
Ouderen	-	5	7	2	1	5	20
Totaal	2	8	12	2	5	11	40

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

² In onderzoek met voldoende bewijskracht (meta-analyse, review, RCT, of quasi-experimenteel onderzoek) vastgesteld dat er een effect is op incidentie van depressie.

³ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op depressieklachten.

⁴ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er een effect is op determinant(en) van depressie of depressieklachten, zoals een betere moeder-kindhechting.

⁵ In onderzoek met voldoende bewijskracht vastgesteld dat er geen effect is op depressie, depressieklachten of determinanten hiervan.

⁶ Onderzocht in studies met lage bewijskracht, zoals observationeel onderzoek, dwarsdoorsnede-onderzoek, procesevaluatie of quasi-experimenteel onderzoek met tekortkomingen. Of tegenstrijdige resultaten in verschillende studies.

⁷ Niet onderzocht, of niet bekend of de interventie geëvalueerd is (als geen reactie is ontvangen van interventie-eigenaar).

Effectieve interventie op depressiepreventie voor kinderen/jongeren

Eén interventie gericht op jongeren met depressieklachten leidt tot preventie van depressie

Voor de groepscursus ‘Grip op je dip’ is wetenschappelijke bewijs met hoge bewijskracht gevonden dat de interventie de incidentie van depressie vermindert. De cursus is gericht op jongeren met depressieklachten en gebaseerd op de Amerikaanse ‘Coping with depression’ cursus. In twee RCT’s is het effect van de Amerikaanse cursus op de incidentie van depressie onderzocht (Clarke et al., 1995;

Clarke et al., 2001). In de eerste trial volgden 76 jongeren met depressieklachten de cursus. De incidentie van depressie of dysthymie in deze groep werd vergeleken met een groep jongeren die de cursus niet gevolgd had maar gebruikelijke zorg kreeg. Na twaalf maanden was de incidentie van depressie 15% in de interventiegroep ten opzichte van 26% in de controlegroep (Clarke et al., 1995). De tweede RCT laat vergelijkbare resultaten zien bij jongeren met depressieklachten en depressieve ouders. Na twaalf maanden had 8% van de jongeren die de cursus volgden een depressieve stoornis ontwikkeld ten opzichte van 25% in de controlegroep (Clarke et al., 2001). De tweede RCT heeft ook de effecten na 24 maanden gemeten. Daaruit bleek dat na 24 maanden het preventieve effect niet meer statistisch significant was.

Effectieve interventies op depressieklachten voor kinderen/jongeren

Twee interventies voor jongeren leiden tot een vermindering van depressieklachten

Twee interventies op de leeflijn Depressiepreventie gericht op jongeren hebben een positief effect op depressieklachten. Het betreft het lesprogramma ‘**Vriendenprogramma**’ voor jongeren met een verhoogd risico op een angst- of depressiestoornis en de cursus ‘**Stemmingmakerij**’ voor jongeren met depressieklachten.

Het lesprogramma ‘**Vriendenprogramma**’ kan zowel ingezet worden ter behandeling van angst of depressie, als ter preventie hiervan. Het programma richt zich op het versterken van de emotionele veerkracht en het zelfvertrouwen van kinderen en op het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden. Een Amerikaanse RCT met een follow-up van drie jaar laat zien dat in de interventieclassen 12% van de kinderen een verhoogde score op angst of depressie heeft, ten opzichte van 31% in de controlegroep (Barrett et al., 2006).

De cursus ‘**Stemmingmakerij**’ richt zich op jongeren met depressieklachten. Deze interventie is onderzocht door middel van een quasi-experiment (Ruiter, 1997). Er is niet gekeken naar het effect op het voorkomen van depressieve stoornissen, maar wel naar het effect op symptomen, vaardigheden, en zelfwaardering. De 74 scholieren in de experimentele groep hadden na twaalf maanden gemiddeld minder depressieklachten, betere sociale en cognitieve vaardigheden, en meer zelfwaardering dan de tachtig scholieren in de vergelijkingsgroep.

Effectieve interventie op depressiepreventie voor volwassenen

Eén interventie gericht op volwassenen leidt tot preventie van depressie

Eén interventie gericht op volwassenen leidt tot een afname van de kans een depressieve stoornis te ontwikkelen. Het betreft de zelfhulpcursus ‘**In de put, uit de put**’. Deze cursus voor volwassenen is, net als de jongerencursus ‘Grip op je dip’, gebaseerd op de Amerikaanse ‘Coping with depression’ cursus. Een Nederlandse RCT naar het effect van deze zelfhulpcursus laat een lager risico om depressief te worden zien in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Na een jaar is de incidentie bij de cursisten 12% en bij de mensen in de controlegroep 18% (Willemse et al., 2004). Dit effect is statistisch significant, mits éénzijdig getoetst.

Effectieve interventie op depressieklachten voor volwassenen

Voor volwassenen leidt één interventie tot een afname van depressieklachten

Eén interventie op de leeflijn Depressiepreventie heeft een vermindering van depressieklachten tot gevolg. Het gaat om de *groeps*cursus ‘**In de put, uit de put**’. Deze *groeps*cursus is, net als de zelfhulpcursus, gebaseerd op het Amerikaanse ‘Coping with depression’ en is in een Nederlandse RCT geëvalueerd (Allart-van Dam et al., 2007). In deze RCT werd geen preventief effect van de cursus op het ontstaan van nieuwe depressieve episodes gevonden (incidentie: 25% versus 27%). Na één jaar hadden de mensen in de interventiegroep wel significant minder depressieklachten dan de

controlegroep (BDI-scores gingen respectievelijk van 16 naar 11 en van 14 naar 12). Dit geldt echter alleen voor de subgroep die met relatief weinig depressieklachten aan de cursus begint en niet voor de subgroep met veel depressieklachten (in die groep zijn er geen verschillen tussen de interventie- en controlegroep).

Effectieve interventies op depressieklachten voor ouderen

Vijf interventies gericht op ouderen leiden tot een afname van depressieklachten

Vijf interventies voor ouderen leiden tot een afname van depressieklachten. Het gaat om drie interventies die op de ouderen zelf gericht zijn: de cursussen '**Kleur je leven**', '**In de put, uit de put 55+**' en '**De verhalen die we leven**'. Daarnaast betreft het twee interventies die gericht zijn op personeel in verzorgingshuizen: het '**Preventie van depressie in verzorgingstehuizen**' en het '**Preventieproject vroegsignalering in verzorgingshuizen**'.

De online zelfhulp cursus '**Kleur je leven**' voor ouderen met depressieklachten is gericht op het vergroten van het inzicht in depressieklachten en het versterken van sociale en emotionele vaardigheden. Of de cursus effectief is in het voorkomen van depressie is niet bekend. Er is wel Nederlands onderzoek met hoge bewijskracht dat de cursus, ook na een jaar, bijdraagt aan de vermindering van de depressieklachten (Spek et al., 2007; Spek et al., 2008). In deze studie bleek de internetcursus even effectief als de groepscursus. De effectgrootte (Cohens d) was 0,5 in de wachtlijstgroep, 0,7 in de cursusgroep en 1 in de internetgroep.

De groepscursus '**In de put, uit de put 55+**' is ook gericht op ouderen met depressieklachten en heeft tot doel om de bestaande klachten te verminderen en het risico dat een depressieve stoornis ontstaat te verkleinen. Uit een Nederlandse RCT blijkt dat het volgen van de cursus de depressieklachten direct na de cursus doet afnemen ten opzichte van een wachtlijstgroep (Haringsma et al., 2006). Of dit effect na follow-up ook nog aanwezig is en of dit ook leidt tot minder depressieve stoornissen is niet bekend.

De cursus '**De verhalen die we leven**' is gericht op het verminderen van depressieklachten bij ouderen onder andere door het versterken van het gevoel van eigenwaarde, zingeving en competentie. Uit een Nederlands quasi-experiment blijkt dat cursisten na drie maanden gemiddeld iets minder depressieklachten hebben dan mensen in de wachtlijstgroep. De scores op de CES-D waren veertien in de interventiegroep en achttien in de controlegroep; de effectgrootte (Cohens d) is 0,3 (Bohlmeijer et al., 2009).

De interventie '**Preventie van depressie in verzorgingstehuizen**' is gericht op verzorgend personeel en heeft tot doel: vroegherkenning van depressie, verbeterde zorg, en afname van depressieklachten. Een quasi-experimenteel onderzoek laat bij bewoners van verzorgingstehuizen, waarbij het personeel de interventie heeft gehad, een afname van depressieklachten zien (Cuijpers & van Lammeren, 2001). Na een jaar waren de scores voor depressieklachten significant lager in de interventiegroep dan in de controlegroep (geriatric depression scale respectievelijk van 8,1 naar 7,6 en van 9,0 naar 9,3).

Het '**Preventieproject vroegsignalering in verzorgingshuizen**' bestaat uit een training van het verzorgend personeel om de mentale gezondheid van de bewoners te beoordelen. Een Nederlandse RCT liet zien dat een half jaar na de training de bewoners significant meer verbetering in depressieklachten vertoonden dan de controlegroep: 58% versus 16% (Eisses et al., 2005). De prevalentie van depressieklachten nam in de controlegroep niet af en in de interventiegroep wel. Het verschil was echter niet statistisch significant. Hetzelfde geldt voor de incidentie van depressieklachten. Ook worden meer depressies herkend door het personeel. In hoeverre de training leidt tot het daadwerkelijke voorkomen van depressieve stoornissen door de vroegherkenning is niet onderzocht.

3.4.3 Kosteneffectiviteit

Interventies die effect hebben op de preventie van depressie zijn kosteneffectief

De twee interventies met directe effecten op preventie van depressie (de groepscursus ‘**Grip op je dip**’ voor jongeren en de zelfhulp cursus ‘**In de put, uit de put**’ voor volwassenen) zijn onderzocht op kosteneffectiviteit. Voor beide interventies komen de berekeningen tot een gunstige kosteneffectiviteitsratio.

Op basis van één van de twee RCT’s waarin de ‘Coping with depression’ cursus voor depressieve jongeren (de Amerikaanse variant van ‘**Grip op je dip**’) effectief is bevonden in het reduceren van de incidentie van depressie, is ook een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd (Lynch et al., 2005). Van alle studiedeelnemers werden de interventiekosten, medische kosten en kosten in andere sectoren geschat. Het verschil tussen de totale kosten in de interventiegroep en in de controlegroep werd vervolgens gedeeld door het verschil in gezondheidseffecten. QALY’s werden geschat op basis van depressievrije dagen. Dit resulteert voor het basisscenario in een kosteneffectiviteitsratio van \$ 9.275 per QALY, met een betrouwbaarheidsinterval van \$ -12.148 tot \$ 45.641. De ratio was gevoelig voor de effectinput. Als bijvoorbeeld de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval rondom de effectschatting als uitgangspunt genomen werd, steeg de kosteneffectiviteitsratio naar bijna \$ 20.000 per QALY.

Er zijn twee KEA’s van de zelfhulp cursus ‘**In de put, uit de put**’, die in een Nederlandse RCT effectief bleek in de preventie van depressie (Smit et al., 2006; Van Baal et al., 2008). De eerste berekende de kosten per voorkomen geval van depressie vanuit maatschappelijk perspectief. Tijdens de trial zijn naast de effecten ook de kosten die de deelnemers maakten, geregistreerd. Het gaat in deze studie om directe medische en niet-medische en indirecte niet-medische kosten. De tijdshorizon van de KEA was identiek aan de looptijd van de trial: één jaar. De mensen in de interventiegroep maakten gemiddeld bijna € 1.850 minder kosten dan mensen in de controlegroep. Dit verschil was echter niet statistisch significant. Als deze kosten afgezet worden tegen de effecten van de interventie, dan ontstaat een kosteneffectiviteitsratio van € -290 per voorkomen depressie. Met andere woorden, elk voorkomen geval van depressie levert een besparing van € 290 op (Smit et al., 2006). De tweede KEA is een modelstudie waarin met een tijdshorizon van vijf jaar de effecten en kosten doorgerekend zijn met een Markov-model. De kosteneffectiviteitsratio is berekend zowel vanuit gezondheidszorg- als vanuit maatschappelijk perspectief en was respectievelijk € 4.000 per QALY en kostenbesparend (Van Baal et al., 2008).

3.4.4 Discussie en conclusies

Samenvattend: tien van de veertig onderzochte interventies hebben een effect op depressie-incidentie of depressieklachten

Twee interventies op de leeflijn Depressiepreventie zijn effectief in het voorkomen van een depressie. Het gaat om de groepscursus ‘**Grip op je dip**’ voor jongeren en de zelfhulp cursus ‘**In de put, uit de put**’ voor volwassenen. Beide interventies zijn gebaseerd op de Amerikaanse ‘Coping with depression’ cursus. Deze twee cursussen hebben bovendien een gunstige kosteneffectiviteitsratio. Er bestaat meer bewijs voor het verminderen van depressieklachten. Acht van de veertig interventies leiden tot een vermindering van depressieklachten. Twee hiervan zijn gericht op kinderen of jongeren, één op volwassenen en vijf op ouderen. Van deze interventies is in het algemeen niet bekend of ze ook tot depressiepreventie leiden, maar van sommige is vastgesteld dat ze alleen een effect op klachten hebben en *niet* op het voorkomen van een depressie. Twaalf interventies hebben een positief effect op een determinant van depressie. Van twee interventies staat vast dat ze niet bijdragen aan depressiepreventie, een afname van depressieklachten of een verbetering van een determinant van depressie. Van zestien interventies, ten slotte, is niet bekend of ze hieraan bijdragen, omdat ze niet of alleen met een studiedesign met lage bewijskracht zijn onderzocht.

4 Discussie

In dit rapport is een overzicht gegeven van de (kosten)effectiviteit van interventies op de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie. Hierbij was de vraag welke interventies een bijdrage leveren aan het bereiken van de ‘hoofddoelen’ van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid. Deze hoofddoelen waren respectievelijk: stoppen of minderen met roken of niet beginnen met roken, verminderen van het alcoholgebruik, gewichtsvermindering of –behoud (inclusief meer bewegen of een verbeterd voedingspatroon) en depressiepreventie (inclusief verminderen van depressieklachten)). Het overzicht is tot stand gekomen op basis van de beschikbare gegevens uit Nederlands en buitenlands onderzoek, waarbij per uitkomstmaat is bepaald wat de bewijskracht is voor een positief effect. We hebben hierbij een aantal keuzes gemaakt die van belang zijn voor de interpretatie van de resultaten. In dit hoofdstuk zullen de consequenties van de keuzes stuk voor stuk besproken worden. In paragraaf 4.1 komen de methodologische keuzes aan bod. In paragraaf 4.2 wordt ingegaan op mogelijke verschillen tussen interventiedoelen en ‘hoofddoelen’ van de leeflijnen. Paragraaf 4.3, ten slotte, gaat in op factoren die naast effectiviteit een rol spelen in de keuze welke interventies aan te bieden. Het gaat dan om bereik en uitvoerbaarheid van interventies.

4.1 Methodologie

Effectiviteit beoordeeld op langste termijnmeting

We hebben er in dit rapport voor gekozen om effectiviteit te beoordelen op basis van de langste termijnmeting. Als een interventie tijdens een tussenmeting effectief is bevonden, maar tijdens de eindmeting niet meer, dan hebben wij deze als een niet-effectieve interventie gerekend. Interventies die alleen een kortetermijnmeting hebben uitgevoerd en op dat moment effectief waren, hebben we als effectieve interventies meegerekend. Als voor deze interventies ook een langetermijnmeting was uitgevoerd, waren deze mogelijk ook als niet-effectief beoordeeld. Dit illustreert de complexiteit van het begrip ‘effectiviteit’. Het is belangrijk om goed te definiëren wat hieronder verstaan wordt. In dit rapport is dat een positief effect gemeten op de langst mogelijke termijn met een onderzoeksdesign met voldoende bewijskracht. We hebben deze keus gemaakt, omdat alleen effecten die zich op de lange termijn kunnen behouden, uiteindelijk tot gezondheidswinst kunnen leiden.

Effectiviteit losse interventies anders dan effectiviteit pakket aan interventies

We hebben in dit rapport gekeken naar de (kosten)effectiviteit van individuele interventies. Dit zegt vanzelfsprekend niets over de effectiviteit van een breder samenhangend pakket van interventies uit de leeflijnen en andere gezondheidsbevorderende activiteiten daarbuiten, zoals wet- en regelgeving, accijnzen en preventie in de zorg. Hoewel een pakket van verschillende effectieve maatregelen de grootste kans van slagen lijkt te hebben moet eerst bekend zijn welke losse interventies effectief zijn in het behalen van de hoofddoelen. Die effectieve interventies kunnen vervolgens de basis vormen voor een samenhangend interventieprogramma.

Niet bekend of een interventie effectief is, betekent niet dat deze NIET effectief is

Meer dan de helft van de interventies op de leeflijnen is niet geëvalueerd of onderzocht met een studiedesign met lage bewijskracht. Daarmee is niet voldoende betrouwbaar te onderscheiden of een positieve verandering aan de interventie zelf of aan andere factoren kan worden toegeschreven. Van deze interventies is dus niet bekend of ze bijdragen aan het behalen van het hoofddoel. Dit wil echter niet zeggen dat deze interventies *niet* bijdragen aan het behalen van het hoofddoel; het is niet bekend. Slechts voor een handvol interventies is met voldoende wetenschappelijke bewijskracht vastgesteld dat deze *niet* bijdragen aan het behalen van het hoofddoel. Dat wil zeggen dat er geen statistisch significant verschil is aangetoond tussen de interventie- en controlegroep.

In effectiviteitbeoordeling ook buitenlands onderzoek van vergelijkbare interventies meegewogen

In dit rapport hebben we interventies effectief genoemd, wanneer er vanuit buitenlands onderzoek van vergelijkbare interventies voldoende wetenschappelijk bewijskracht is gevonden voor een positief effect op de hoofdoelen. We hebben alleen internationaal gezocht, wanneer het vanuit Nederlands onderzoek niet bekend was of de interventie bijdraagt aan het behalen van het hoofdoel. Daarnaast moest het redelijk zijn om te veronderstellen dat er mogelijk een buitenlandse equivalent van de interventie is. We hebben gezocht naar overeenkomsten in interventie-elementen en doelgroep. Omdat deze internationale effectiviteitbeoordeling alleen gebaseerd is op onderzoek van sterk gelijkende buitenlandse interventies, gaan we ervan uit dat de kans zeer groot is dat deze in Nederland ook effectief zal zijn. Toch is dit niet met zekerheid te stellen, omdat de Nederlandse doelgroep anders kan reageren op de interventie dan de buitenlandse doelgroep. Aanpassing aan de Nederlandse situatie kan invloed hebben op de effectiviteit van de buitenlandse interventie.

4.2 Interventiedoelen en hoofdoelen

Interventiedoel niet altijd gelijk aan hoofdoel Handleiding Lokaal Gezondheidsbeleid

We hebben ons onderzoek gefocust op de hoofdoelen van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid. Daarnaast hebben we ook gezocht naar effecten op subdoelen: determinanten van de hoofdoelen. Voorbeelden van subdoelen zijn ‘meer kennis over een gezond gewicht’, ‘intentie om te stoppen met roken’, ‘een positieve attitude ten aanzien van verminderen alcoholgebruik’ en ‘meer sociale contacten’. Voor een groot deel van de interventies geldt dat het bereiken van het hoofdoel van de leeflijn niet het doel van de interventie was. Het doel van deze interventies was wat wij in dit rapport een subdoel van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid hebben genoemd.

Onderscheid in ‘dichtbij en veraf gelegen’ determinanten

Het is niet bekend in hoeverre een interventie, die een positief effect heeft op een determinant van een risicofactor of ziekte, daadwerkelijk bijdraagt aan het terugdringen van de risicofactor of ziekte. Hierbij is wel onderscheid te maken in de mate van ‘afstand’ van de determinant tot de risicofactor of ziekte. Voor interventies met een effect op een ‘dichtbij gelegen’ determinant is het aannemelijker dat ze ook een bijdrage kunnen leveren aan het hoofdoel, dan voor interventies met een effect op een ‘veraf gelegen’ determinant. Bijvoorbeeld: van een interventie, waarvan met voldoende bewijskracht is vastgesteld dat deze leidt tot meer bewegen, is het aannemelijk dat deze ook tot gewichtsverlies of –behoud zal leiden. Van een interventie waarvoor alleen is vastgesteld dat deze leidt tot meer kennis over voldoende bewegen is het minder aannemelijk dat deze tot gewichtsverlies of –behoud zal leiden. Om recht te doen aan dit onderscheid hebben we voor de leeflijn Overgewicht ook de ‘dichtbij gelegen’ determinanten meer bewegen en een verbeterd voedingspatroon apart meegenomen. Verder hebben we voor de leeflijn Depressiepreventie de effectiviteit ook beoordeeld aan de hand van een afname van depressieklachten.

4.3 Bereik en uitvoerbaarheid

In dit rapport ligt de focus op effectiviteit van interventies, maar naast deze factoren zijn ook factoren als bereik en uitvoerbaarheid van belang in de keuze welke interventies aan te bieden. Een effectieve interventie die zijn doelgroep niet of beperkt bereikt, kan het beoogde effect nooit halen. Een effectieve interventie die praktisch moeilijk uitvoerbaar is, zal nooit een groot bereik krijgen. Ook is voldoende draagvlak nodig onder intermediairen om een interventie succesvol aan te kunnen bieden.

We hebben ons in dit rapport gericht op onderzoeken in een min of meer gecontroleerde setting: ‘efficacy’-onderzoek. Een interventie zal echter ook in de dagelijkse praktijk onderzocht moeten worden om te zien of de juiste doelgroep bereikt kan worden, het bereik voldoende groot is, een

interventie praktisch uitvoerbaar is, et cetera. Dit kan gedaan worden door zogenaamd 'effectiveness'-onderzoek. Maar omgekeerd zal een niet-effectieve interventie met een groot bereik ook nooit tot gezondheidswinst kunnen leiden. Efficacy-onderzoek is daarmee wel de eerste stap die gezet moet worden.

In 2009 is het theoretisch maximaal te verwachten effect berekend, wanneer alle gemeenten alle effectieve interventies uit de leeflijnen zouden uitvoeren. Dat project is uitgevoerd door cVTV in opdracht van IGZ. Er was intensieve afstemming tussen dat project en het huidige project. In het IGZ-project is aangegeven hoe het theoretisch maximale effect zich verhoudt tot de doelen die in de Preventienota (VWS, 2006) zijn gesteld, namelijk: 1) 20% rokers in 2010 (28% in 2006); 2) alcoholgebruik onder jongeren onder de 16 naar het niveau van 1992 en 7,5% volwassen probleemdrinkers (10,3% in 2004); 3) het percentage volwassenen met overgewicht stijgt niet (ten opzichte van 40% in 2005) en het percentage jeugdigen met overgewicht daalt (ten opzichte van 13% in 2005); 4) meer mensen krijgen preventieve hulp ter voorkoming van een depressie (ten opzichte van 4000 in 2006). Het bereik van veel interventies op de leeflijnen blijkt laag te zijn. Er zit een groot gat tussen de huidige effecten en de theoretisch maximaal te behalen effecten. Maar ook bij een theoretisch maximaal bereik van een aantal effectieve interventies, blijkt het effect op het behalen van de beleidsdoelen beperkt te zijn (Van den Berg et al., 2010).

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 (Kosten)effectiviteit leeflijninterventies in samenhang

Een minderheid van de interventies draagt bij aan het bereiken van het hoofddoel

Voor slechts circa 15% van de interventies op de leeflijnen is met voldoende wetenschappelijk bewijskracht een positief effect op het hoofddoel van de Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid vastgesteld (zie tabel 9). Als een positief effect op de ‘dichtbijgelegen determinanten’ voeding, bewegen en depressieklachten hier aan toe worden gevoegd geldt voor een kwart van de interventies die in dit rapport zijn geïnventariseerd dat vanuit wetenschappelijk onderzoek met voldoende bewijskracht bekend is dat deze hier aan bijdragen.

Van de 27 onderzochte interventies op de leeflijn Tabakspreventie hebben dertien een effect op rookgedrag. Van de 34 alcoholinterventies hebben zes een effect op alcoholgebruik. Van de zeventig overgewichtinterventies hebben twee een effect op gewicht en tien een effect op bewegen of voeding. Van de veertig depressie-interventies hebben twee een effect op incidentie en acht interventies dragen bij aan een vermindering van depressieklachten.

Ongeveer tweederde van de interventies is niet geëvalueerd of onderzocht met een studiedesign met een lage bewijskracht. Een ander deel van de interventies is alleen onderzocht op determinanten van de hoofddoelen; van circa 10% van de interventies is met voldoende wetenschappelijk bewijskracht een positief effect op een determinant van de hoofddoelen vastgesteld. Of deze interventies daadwerkelijk bijdragen aan het behalen van het hoofddoel is niet bekend.

Tabel 9: Aantal onderzochte interventies op de leeflijnen waarvoor gezocht is naar effectevaluatie en die een effect laten zien op hoofddoel of subdoel, opgesplitst naar leeftijdsgroep

Leeflijn		Kin- deren	Volwas- senen	Ou- deren	Totaal
Tabakspreventie	Totaal geïnventariseerd	11	16		27
	Effect op rookgedrag	4	9		13 (48%)
	Effect op determinant van roken	-	1		2 (7%)
Integraal alcoholbeleid	Totaal geïnventariseerd	25	9		34
	Effect op alcoholgebruik	3	3		6 (18%)
	Effect op determinant van alcoholgebruik	2	-		2 (6%)
Overgewicht	Totaal geïnventariseerd	47	16	7	70
	Effect op gewicht	2	-	-	2 (3%)
	Effect op bewegen	-	2	3	4 (6%)
	Effect op voeding	3	1	-	4 (6%)
	Effect op determinant van gewicht, bewegen of voeding	4	-	-	4 (6%)
Depressiepreventie	Totaal geïnventariseerd	12	8	20	40
	Effect op incidentie van depressie	1	1	-	2 (5%)
	Effect op depressieklachten	2	3	8	8 (20%)
	Effect op determinant van depressie of -klachten	2	3	5	12 (30%)
Totaal	Totaal geïnventariseerd	45	49	27	171
	Effect op risicofactor of ziekte	10	13	-	23 (13%)
	Effect op ‘dichtbij gelegen determinant’ (bewegen, voeding en depressieklachten)				20 (12%)
	Effect op ‘veraf gelegen determinant’	13	10	16	16 (9%)

Zeer weinig informatie beschikbaar over kosteneffectiviteit

Voor alle leeflijnen geldt dat van slechts één à twee interventies, die effectief zijn in het behalen van het hoofddoel van de leeflijn, informatie beschikbaar is over kosteneffectiviteit. Wat opvalt, is dat deze effectieve interventies ook kosteneffectief zijn. Alle genoemde interventies hebben een gunstige kosteneffectiviteitsratio van minder dan € 20.000 per QALY. Tabel 10 geeft een overzicht van de interventies die een effect op hoofddoelen laten zien en van de kosteneffectieve interventies.

Tabel 10: Overzicht effectieve en kosteneffectieve interventies op hoofddoel

Leeftijd		Kinderen/jongeren	Volwassenen	
Tabakspreventie	Effect op rookgedrag	V-MIS voor zwangeren en hun ongeboren kinderen Lespakket 'Ik (r)ook niet' Lespakket 'Gezonde School en Genot-middelen' Lespakket 'Smoke Alert'	Voorlichting 'Advies op Maat' via e-mail 'Aftercare/Stopmail' via e-mail, 'Telefonische coaching' 'Kortdurend stopadvies' door huisarts 'H-MIS' door huisarts * 'Persoonlijke coaching' via zorgverleners 'Startpakket voor Stoppers', onderdeel van multimediale campagne Groeps cursus 'Pakje Kans' Werkmap 'Rookvrij kan ik de hele wereld aan'	
Integraal alcoholbeleid	Effect op alcoholgebruik	'Minimale interventie-strategie' voor zwangeren en hun ongeboren kinderen Website 'watdrinkjij.nl' Lesprogramma 'Gezonde school en genotmiddelen'	'Kortdurende interventies in de eerstelijnszorg' * Website 'drinktest.nl' * Teleaccursus 'Minder drinken? Doe het zelf!'	
Overgewicht	Effect op gewicht	Lesprogramma 'Lekker fit' Cursus 'Real fit'		Ouderen
	Effect op bewegen		Bewegen op recept Campagne ter stimulering van lunchwandelen	Bewegen op recept SMALL
	Effect op voeding	Lesprogramma Schoolgruiten * Lesprogramma Automaten-project Lesprogramma Krachtvoer	Cursus 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten'	
Depressiepreventie	Effect op incidentie van depressie	Cursus 'Grip op je dip' *	Zelfhulp cursus 'In de put, uit de put' *	
	Effect op depressieklachten	Lesprogramma 'Vrienden-programma' Cursus 'Stemmingmakerij'	Groeps cursus 'In de put, uit de put'	Cursus 'Kleur je leven' Cursus 'In de put, uit de put 55+' Cursus 'De verhalen die we leven' 'Preventie van depressie in verzorgingstehuizen' 'Preventieproject vroegsignalering in verzorgingshuizen'

* Naast effectief ook kosteneffectief

Op de leeftijd Tabakspreventie staan de meeste interventies die bijdragen aan bereiken hoofddoel

Voor de leeftijd Tabakspreventie lijkt het meeste bewijs te bestaan dat de interventies bijdragen aan een positief effect op het hoofddoel (in dit geval: stoppen met (mee)roken of niet beginnen met roken).

Ongeveer de helft van de rookinterventies op de leeftijd draagt hieraan bij.

Voor de leeftijden Overgewicht en Depressiepreventie lijkt het minste bewijs te bestaan dat de interventies die erop staan, bijdragen aan een positief effect op het hoofddoel (respectievelijk gewichtsvermindering of -behoud en preventie van depressie). Als we voor deze leeftijden de subdoelen meer bewegen en/of een gezonder voedingspatroon en vermindering van depressieklachten meerekenen, dan geldt voor respectievelijk ongeveer 10% en 25% van de onderzochte interventies dat ze hieraan bijdragen. Voor de leeftijd Integraal alcoholbeleid geldt dat een kleine 20% bijdraagt aan vermindering van het alcoholgebruik.

Vershil in opzet en analyse maakt leeflijnen moeilijk vergelijkbaar

Het is moeilijk om conclusies te trekken in de zin dat de ene leeflijn het ‘beter zou doen’ dan de andere. Dit komt door verschillen in opzet van de leeflijnen. Zo zijn er verschillen in de context waarbinnen de leeflijnen ontwikkeld zijn, verschillen in ontwikkelingsfase van de leeflijnen en verschil in aantallen en type interventies op de leeflijnen. Ook de gezondheidsproblemen waarop de leeflijnen gericht zijn, verschillen wezenlijk: roken, alcohol en overgewicht zijn verschillende type risicofactoren en depressie is een ziekte. Materiaal, omgevingveranderingen en beleid zijn buiten beschouwing gelaten en dubbel zijn slechts eenmaal meegerekend in de analyse van (kosten)effectiviteit. Het deel van de interventies op de leeflijnen dat is onderzocht verschilt per leeflijn. Zo is voor de leeflijn Overgewicht minder dan de helft van het totaal aantal interventies op de leeflijn beoordeeld en zijn voor de leeflijn Depressiepreventie alle interventies beoordeeld. Als andere keuzes gemaakt waren in opzet of analyse, zouden de aantallen ook anders zijn geweest.

5.2 Aanbevelingen voor beleid

De resultaten uit dit rapport leiden tot de volgende aanbevelingen voor beleid:

- De toekomstige onderzoeksagenda naar de effecten van gezondheidsbevorderende interventies behoeft extra aandacht. Veel interventies die in de praktijk worden uitgevoerd blijken niet geëvalueerd te worden. In de eerste plaats is er meer onderzoek nodig van bestaande interventies om een uitspraak te kunnen doen over de effecten van de verschillende gezondheidsbevorderende interventies op risicofactoren en ziekte. In de tweede plaats blijkt vaak een niet optimaal onderzoeksdesign gekozen te worden, zoals observationeel onderzoek. Met een dergelijk design is niet uit te sluiten dat een gevonden positief effect op toeval berust. Wel kunnen eerste aanwijzingen voor een mogelijk effect vanuit studies met lage bewijskracht aanleiding zijn voor gedegen vervolgonderzoek. Een RCT is voor gezondheidsbevorderend interventies niet altijd mogelijk. Hiermee moet rekening worden gehouden, maar er moet wel zoveel mogelijk worden gezocht naar een optimaal design. In de derde plaats blijkt in evaluatieonderzoek vaak een korte follow-upduur gekozen te worden. Ook worden determinanten van risicofactoren of ziekte als uitkomstmaat gekozen. Met de resultaten hiervan is niet met zekerheid te zeggen of de interventies op de lange termijn bijdragen aan een afname in risicofactoren of ziekte. Meer lange termijnonderzoek naar de effecten van gezondheidsbevorderend interventies op eindmaten is noodzakelijk. In het preventieprogramma van ZonMw (Deelprogramma 1: Gezonde leefstijl en een gezonde omgeving) wordt expliciet aandacht gevraagd voor onderzoek dat leidt tot kennis over (kosten)effectiviteit van reeds breed ingevoerde interventies. In de uitwerking van het onderzoek zouden bovengenoemde aandachtspunten meegewogen moeten worden.
- Er worden voortdurend nieuwe interventies ontwikkeld. Daar gaat veel (gemeenschaps)geld in om. Er worden daarbij slechts weinig eisen gesteld aan monitoring en evaluatie. Geld lijkt vaak een knelpunt voor het opzetten van een goede evaluatie. Geld dat besteed wordt aan de ontwikkeling van nieuwe interventies voor doelgroepen en leefstijlen, zou ingezet kunnen worden aan evaluatie. De (kosten)effectiviteit van preventieve interventies zou veel meer voorop moeten staan bij lokaal beleid en praktijk. In de bijgestelde interventieoverzichten, die de leeflijnen eind 2010 in de Handleiding Gezonde Gemeente gaan vervangen, zal hier meer aandacht voor zijn.
- De Nederlandse evaluatiegegevens over interventies zijn vaak moeilijk te achterhalen. Het heeft ons voor dit rapport veel werk gekost om alle gegevens te verzamelen. Via de Erkenningscommissie interventies en de I-database van RIVM Centrum Gezond Leven zijn er positieve ontwikkelingen op dit gebied, maar dit proces duurt lang. Dit zou geïntensiveerd mogen worden.
- We hebben ons in dit rapport gericht op (theoretisch) effectonderzoek (efficacy), maar om ook in de praktijk effectief te kunnen zijn (effectiveness) is het ook van belang dat interventies voldoen aan een aantal randvoorwaarden zoals voldoende bereik onder de doelgroep. Het is daarom van

- belang dat er (meer) bereikcijfers komen. Hierin is recentelijk een eerste stap gezet met de koppeling van het monitorsysteem voor bereik en implementatie aan de I-database. De IGZ kan hier toezicht op houden. Verder neemt RIVM Centrum Gezond Leven deel als waarnemer aan relevante deelcommissies van het preventieprogramma van ZonMw om praktijkinformatie in te brengen en om kennisontwikkeling te stimuleren die voor de praktijk van belang is. De resultaten van deze ontwikkelingen moeten gevolgd worden en waar mogelijk verder uitgebreid worden.
- Er is behoefte aan een *pakket* van effectieve en praktisch toepasbare interventies. Zoals uit dit rapport blijkt, is over de losse interventies nog heel veel niet bekend. Voordat we een optimaal praktisch goed toepasbaar pakket samenhangende kosteneffectieve preventieve interventies hebben, vanuit integrale benadering, afgestemd op de doelgroep en settings, zijn er nog heel wat stappen te zetten. In onderzoek moet oog zijn voor gecombineerde preventie en een meerwaarde van theoretisch logisch samenhangende en/of elkaar opvolgende interventies.

Dankwoord

Dit rapport had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van velen. We willen een aantal mensen in het bijzonder bedanken voor hun hulp. In de eerste plaats willen we de contactpersonen binnen de GBI's bedanken voor de informatie die zij over verschillende interventies hebben aangedragen. Zij hebben veel tijd en energie gestoken in het achterhalen van de evaluatiegegevens. We willen hierbij in het speciaal noemen Dagmar Feenstra en Regina van der Meer van Stivoro, Heleen Riper, Annemarie Huiberts, Jeannet Kramer, Ingrid Schulten, Brigitte Boon, Rob Bovens en Ineke Voordouw van het Trimbos instituut, Wim van Dalen en Nickie van der Wulp van STAP, Boudewijn Breedveld en Wijnand van der Werf van het Voedingscentrum, Willem van Schelven en Ellen Mulder van NISB en Jan Jansen van NIGZ. Maar ook andere binnen deze instituten hebben bijgedragen. Verder willen we het ministerie van VWS, de instituten STAP, SRE (Samenwerkingsverband Regio Eindhoven), Stichting Voorkom, TNO Kwaliteit van Leven, De Hartstichting, Nivel, Universiteit Maastricht en Radboud Universiteit Nijmegen hartelijk bedanken voor hun bijdragen. Ook verschillende interventie-eigenaren hebben ons informatie aangeleverd. Zonder deze informatie had het rapport niet geschreven kunnen worden. Ten slotte zijn wij een aantal RIVM-collega's dank verschuldigd. Het gaat hierbij om Monique Kuunders, Hanneke van Zoest, Djoeke van Dale, Marian Sturkenboom, Mirjam Busch en Marieke Verschuuren. Hartelijk dank voor jullie bijdrage en advies.

Literatuur

- Allart-van Dam E, Hosman CM, Hoogduin CA, Schaap CP. Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *J Affect Disord*, 2007;97:219-28.
- Anderson P, Baumberg B. Alcohol policy: who should sit at the table? *Addiction*, 2007;102:335-6.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.
- Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, 2004;328:1490.
- Aveyard P, Cheng KK, Almond J, Sherratt E, Lancashire R, Lawrence T, et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ('stages of change') model for smoking prevention and cessation in schools. *BMJ*, 1999;319:948-53.
- Baker MK, Atlantis E, Fiatarone Singh MA. Multi-modal exercise programs for older adults. *Age Ageing*, 2007;36:375-81.
- Barnett PG, Wong W, Hall S. The cost-effectiveness of a smoking cessation program for out-patients in treatment for depression. *Addiction*, 2008;103:834-40.
- Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2006;35:403-11.
- Basemans S. Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het computerprogramma "Weet wat je eet voor Windows". Maastricht: Faculteit der Gezondheidswetenschappen, 2002.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 2003;112:e119-31.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J of Family Psychology*, 2007;21:703-13.
- Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder IEJ, De Hollander EL, Barte JCM, et al. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvies bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweging Bilthoven: RIVM, 2008.
- Bode C, de Ridder DT, Kuijter RG, Bensing JM. Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *Gerontologist*, 2007;47:42-51.
- Bohlmeijer E, Kramer J, Smit F, Onrust S, van Marwijk H. The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Ment Health J*, 2009;45:476-84.
- Bolier L. Pilot Cursus horecapersoneel (interne procesevaluatie). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Bolman C, De Vries H, Van Breukelen G. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Educ Res*, 2002a;17:99-116.
- Bolman C, De Vries H, Van Breukelen G. A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: long-term effects on smoking cessation. *Prev Med*, 2002b;35:181-92.
- Boon B, Risselada A, Huiberts A, Smit F. Reduced alcohol consumption in male adults due to a one time computer tailored advice: a randomized controlled trial. *Addiction*, In press.
- Bot M, Milder IE, Bemelmans WJ. Nationwide implementation of Hello World: a Dutch email-based health promotion program for pregnant women. *J Med Internet Res*, 2009;11:e24.
- Bransen E, Van Mierlo F. Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie. Een onderzoek naar de uitvoering, effectiviteit en implementatie van de psycho-educatieve cursus in de preventieve GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Bruil J, De Vries SI, Van Dommelen P, Chorus A, Van der Baan-Slootweg OH. Evaluatie van Victory Camp en Real Victory 2004/2005. Resultaten van het zomerkamp en de nazorg voor jongeren op overgewicht, gedrag en kwaliteit van leven. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2006.
- Buka SL, Birdthistle IJ. Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *J Stud Alcohol*, 1999;60:27-36.
- Calabro K, Taylor WC, Kapadia A. Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education materials. *Patient Educ Couns*, 1996;29:301-9.

- Can M, Voordouw I. Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- CDC. Enhanced enforcement of laws to prevent alcohol sales to underage persons--New Hampshire, 1999-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2004;53:452-4.
- Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, Van der Palen J. Economic evaluation to assess the cost-effectiveness of an intensive smoking cessation intervention for COPD outpatients. Thesis (thesis): University of Twente, 2006.
- Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, Van der Palen J. Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high density or a brief counseling intervention. *Patient Education and Counseling*, 2007;66:162-6.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34:312-21.
- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seeley J. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 2001;58:1127-34.
- Croezen KJ. Does real fit make real slim? Afstudeerscriptie. Maastricht: Universiteit Maastricht. Faculteit der Gezondheidswetenschappen, 2005.
- Crone MR, Dijkstra NS, Frissen D, Paulussen TGWM. De effecten van Ik (r)ook niet. Een lesprogramma voor groep 7 en 8 van het basisonderwijs. Leiden: TNO, 2005.
- Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Hira Sing RA. Parental education on passive smoking in infancy does work. *European Journal of Public Health*, 2003a;13:269-74.
- Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Van Leerdam FJM, Spruijt RD, Hira Sing RA. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health*, 2003b;57:675-80.
- Cuijpers P, Jonkers R, de Weerd WI, de Jong JA. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction*, 2002;97:67-73.
- Cuijpers P, van Lammeren P. Secondary prevention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001;16:702-8.
- De Greef MHG, Dijkstra Y, De Boer EWJ. De uitvoerbaarheid en effecten van de SMALL methode (versie 1.0). Evaluatie van de eerste 9 SMALL pilot projecten in Nederland. Groningen/Benkekom, 2008.
- De Hollander E, Van Bakel M, Boer J, Hulsbosch S, Bogers R. Leefstijlinterventies in GGD-regio's: inventarisatie via GGD'en. Bilthoven: RIVM Centrum Gezond Leven, 2009.
- De Jong J, Lemmink KAPM, King AC, Huisman M, Stevens M. Twelve-month effects of the Groningen Active Living Model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. *Patient Education and Counseling*, 2007;66:167-76.
- De Jong J, Stevens M, Lemmink KAPM, De Greef MHG, Rispen P, Mulder T. Six-month effects of the Groningen Active Living Model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and under active older adults aged 55-65. *Patient Education and Counseling*, 2006;62:132-41.
- De Kraker H, Hendriksen IJM, Hildebrandt VH, De Korte EM, Van der Maas EEM. Het effect van een lunchwandelingcampagne op het beweeggedrag van werknemers. *Geneeskunde en Sport*, 2005;38:172-8.
- De Vries H, Bakker M, Mullen PD, Breukelen van G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 2006;63:177-87.
- De Vries SI, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M, Hopman-Rock M. ClubExtra. Effectevaluatie van een beweegprogramma voor kinderen met een motorische achterstand. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
- De Vries SI, Van Overbeek K, Jongert MWA, Simons M, Chorus AMJ, Bakker I. Evaluatie Scoren voor Gezondheid. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2007.
- De Weerd I, Kuipers HP, Kok GJ. 'Kijk op diabetes' met perspectief voor de toekomst. Eindverslag van de eerste fase. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
- De Weerd I, Langendonk J, Görts C. Evaluatie van de Junior Hartdag en de Heart Dance Award 2002. Amsterdam: ResCon, 2002.
- Dijk F, de Vries H. Development and evaluation of Smoke Alert; a computer tailored smoking cessation intervention for Dutch adolescents. Maastricht: Cardiovascular Research Institute, Maastricht University, In press.
- Dijkstra A, De Vries H. Is geïndividualiseerde voorlichting bij stoppen met roken effectiever dan gestandaardiseerde voorlichting? *Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 1999;27:277-82.

- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J. Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Education Research*, 1998;13:207-14.
- Dijkstra Y, Popkema D, De Greef M, Bos S, Jansme F, Kroes G. The effects of a health-enhancing physical activity strategy on physical fitness for older adults with a chronic disease: first results of the Scala project. <http://www.galm.nl>.
- Dröes RM, Meiland F, Schmitz M, van Tilburg W. Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behaviour and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004;19:673-84.
- Dröes RM, Meiland FJ, Schmitz MJ, van Tilburg W. Effect of the Meeting Centres Support Program on informal carers of people with dementia: results from a multi-centre study. *Aging Ment Health*, 2006;10:112-24.
- Eisen M, Zellman GL, Murray DM. Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescence" drug education program. Second-year behavior outcomes. *Addict Behav*, 2003;28:883-97.
- Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT, Ormel J. Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly: randomised trial. *Br J Psychiatry*, 2005;186:404-9.
- Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics*, 2001;108:18-24.
- Feenstra TL, Van Baal PHM, Hoogenveen RT, Vijgen SMC, Stolk E, Bemelmans WJE. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. 260601003. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Fokkema T, Van Tilburg T. *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen*. Amsterdam: NIDI; Vrije Universiteit, 2005.
- Frieswijk N, Buunk BP, Steverink N, Slaets JP. The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons. *Psychol Aging*, 2004;19:183-90.
- Fruitdate. *Resultaten Online onderzoek Fruitdate Den Haag*, 2006.
- G6otm. *Groep 6 on the move: preventie van overgewicht bij kinderen van groep 6*, 2007.
- Geelissen R, Jonkers R, Martens M. Effectiviteit van een gedragsgerichte interventie stoppen met roken. Evaluatie van een experimenteel onderzoek. Haarlem: ResCon, research & consultancy, 2006.
- Gerrits RS, Van der Zanden RAP, Visscher RFM, Conijn BP. Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents AeJAMH, 2007;6:1-11.
- Gosselt J, van Hoof J, de Jong M. *Alcohol en jongeren in Zuidoost-Brabant: Effectmeting 2 nalevingsonderzoek*. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, 2009.
- Gravesteyn C, Diekstra RFW, De Wilde EJ, Koren E. Effecten van Levensvaardigheden. Een vaardigheidsprogramma voor adolescenten. *Kind en Adolescent*, 2004;25:277-29.
- Grobbe H. *Als beste getest: de Wateetenbeweegik-bus. Een proces- en effectonderzoek naar het gebruik van tailoring bij het verbeteren van de energiebalans in Nederland*. Enschede/Den Haag: Universiteit Twente/Voedingscentrum, 2008.
- Guikink D, Kokshoorn R. *De Loopbus. Het onderzoeksverslag*. Den Haag: Gemeente Den Haag, Veilig Verkeer Nederland, 2007.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schunemann HJ. Going from evidence to recommendations. *Bmj*, 2008a;336:1049-51.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *Bmj*, 2008b;336:995-8.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, 2008c;336:924-6.
- Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr*, 2006;18:307-25.
- He M, Sutton J. Using routine growth monitoring data in tracking overweight prevalence in young children. *Can J Public Health*, 2004;95:419-23.
- Hiemstra A, Kalkman I, Vlasveld A, Aldenkamp R, Herens M, Van Lindert C. *Doe mee. Beweeg mee. De eindbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2006)*. Bennekom: NISB, 2007.
- Hopman-Rock M, Borghouts JA, Leurs MT. Determinants of participation in a health education and exercise program on television. *Prev Med*, 2005;41:232-9.

- Hopman-Rock M, Westhoff MH. Development and Evaluation of "Ageing Well and Healthily": A Health-Education and Exercise Program for Community-Living Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2002a;10:364-81.
- Hopman-Rock M, Westhoff MH. Gezondheidsvoorlichting en bewegingsstimulering voor ouderen: ontwikkeling en evaluatie van het programma "Gezond & Vitaal". *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 2002b;33:56-63.
- Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases: systematic review. *Can Fam Physician*, 2008;54:1130-7.
- IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
- INTRAVAL. Alcoholkennis overgegeven. Evaluatie alcoholvoorlichting door peers in de Achterhoek en Renesse. Groningen/Rotterdam: INTRAVAL, 2008.
- Jansen W, Borsboom G, Meima A, Joosten-van Zwanenburg E, Mackenbach JP, Raat H, Brug J. Effectiveness of a school-based intervention. In press.
- Jurg ME, De Meij JSB, Van der Wal MF, Kremers SPJ. Evaluatie JUMP-in pilot 2002-2004. Effect- en procesevaluatie van een bewegingsstimulerende interventie voor kinderen van de basisschool. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2006a.
- Jurg ME, Kremers SP, Candel MJ, Van der Wal MF, De Meij JS. A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in Dutch children: JUMP-in, kids in motion. *Health Promot Int*, 2006b;21:320-30.
- Kain J, Uauy R, Albala, Vio F, Cerda R, Leyton B. School-based obesity prevention in Chilean primary school children: methodology and evaluation of a controlled study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004;28:483-93.
- Kies voor Hart en Sport. Kies voor Hart en Sport... Data tien jaar "Kies voor Hart en Sport": Data kies projecten, 2008.
- Kocken PL, Eeuwijk J, Van Kesteren MNC, Dusseldorp E, Buijs G, Dafesh Z, Snel J. Promotion of purchase of low calorie foods from school vending machines; a cluster randomized controlled study. In press.
- Kramer J, Riper H, Lemmers L, Conijn B, van Straten A, Smit F. Television-supported self-help for problem drinkers: a randomized pragmatic trial. *Addict Behav*, 2009;34:451-7.
- Kremers IP, Steverink N, Albersnagel FA, Slaets JP. Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging Ment Health*, 2006;10:476-84.
- Kroeze W, Blokdijk L. Leefstijlinterventies in Nederland. Een verkenning van ervaringen en wensen. Centrum Gezond Leven, RIVM, 2009.
- Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*, 2008;168:530-6.
- Lacasse Y, Lamontagne R, Martin S, Simard S, Arseneault M. Randomized trial of a smoking cessation intervention in hospitalized patients. *Nicotine & Tobacco Research*, 2008;10:1215-21.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2005a. p. Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005b:Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.pub2.
- Lang E, Stockwell T, Rydon P, Beel A. Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug Alcohol Rev*, 1998;17:39-50.
- Lanting CL, Van Wouwe K. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2007: Borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.
- Lemmers L, Riper H. Probleemdrinken aangepakt. Actieplan van het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Baarn: De Drukkerij, 2007.
- Lowry-Webster HM, Barrett PM, Lock S. A universal prevention trial of anxiety symptomology during childhood: results at 1-year follow-up. *Behaviour change*, 2003;20:25-43.
- Lynch FL, Hornbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E, Dickerson J. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Arch Gen Psychiatry*, 2005;62:1241-8.
- Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res*, 2000;24:1517-24.
- Martens M, Janssen E, Jonkers R. Ga voor gezond!: Evaluatie eerste editie onder leerkrachten/directies en leerlingen. Haarlem: ResCon, 2007.

- Martens MK, Van Assema P, Paulussen TG, Van Breukelen G, Brug J. Krachtvoer: effect evaluation of a Dutch healthful diet promotion curriculum for lower vocational schools. *Public Health Nutr*, 2008;11:271-8.
- Martina CM, Stevens NL. Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging Ment Health*, 2006;10:467-75.
- Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009:CD004366.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapport nr. 270672001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
- Meima A, Joosten - van Zwanenburg E, Jansen W. Effectevaluatie van Lekker Fit! in Rotterdam. Een project voor basisscholieren ter bevordering van een gezonde leefstijl. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.
- Mendoza JA, Levinger DD, Johnston BD. Pilot evaluation of a walking school bus program in a low-income, urban community. *BMC Public Health*, 2009;9:122.
- Mérelle S, Beljaars J, Dieleman K. Evaluatie Groep 6 on the move 2007-2008 Haarlemmermeer, Aalsmeer, Uithoorn en Amstelveen. Een interventie om gezonde voeding en bewegen te stimuleren bij basisschoolleerlingen van groep 6. Hoofddorp: GGD Kennemerland, GGD Amsterdam, 2009.
- Morgan O. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health*, 2005;119:361-70.
- Morgenstern M, Wiborg G, Isensee B, Hanewinkel R. School-based alcohol education: results of a cluster-randomized controlled trial. *Addiction*, 2009;104:402-12.
- Mudde AN, De Vries H, Willemsen MC, Van Assema P. Development and utilization of a self-help manual for community smoking cessation interventions. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
- Mulkens S, Fleuren D, Nederkoorn C, Meijers J. RealFit: een succesvolle multidisciplinaire (CBT) groepsbehandeling voor jongeren met overgewicht. In press.
- Muth ND, Chatterjee A, Williams D, Cross A, Flower K. Making an IMPACT: effect of a school-based pilot intervention. *N C Med J*, 2008;69:432-40.
- Nijland N, Verhoeven F. Een vitaliteitscoach voor het Voedingscentrum: Statisch of dynamisch? Een inventariserend onderzoek naar de mogelijkheden en randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een internetinterventie gericht op een gezond leefpatroon. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschap, 2007.
- Nijman J, Van Emst A. Resultaten van de actie 'Rokers verdienen 'n beloning 2006. Den Haag: STIVORO, 2008.
- NISB. Factsheet campagnedoelen en resultaten 30minutenbewegen. Bennekom: NISB, 2008.
- O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health*, 2007;97:252-8.
- Onrust S, Willemse G, Van den Bout J, Cuijpers P. Effects of a visiting service for older widowed individuals: a randomized clinical trial. In press.
- Op de Weegh JMJ, Willemsen MC. Dat kan ik ook! De stoppen met roken milleniumcampagne: STIVORO, 2003.
- Opdenacker J, Boen F, Coorevits N, Delecluse C. Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Prev Med*, 2008;46:518-24.
- Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009:CD001872.
- Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000:CD001443.
- Pieterse ME, Seydel ER, de Vries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 2001;32:182-90.
- Planken MJE, Boer H. The Dutch campsite campaign: using peer education to decrease binge drinking among Dutch adolescents during holidays. Submitted.
- Riper H. Curbing problem drinking in the digital galaxy (thesis). Amsterdam: Vrije Universiteit, 2008.
- Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 2007;103:218-27.
- Robbe RCV. Evaluatie van de gebruikerskwaliteit van 'Weet wat je eet'. Een lesmethode over voeding in het Voortgezet Onderwijs. Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen. Universiteit Utrecht, 2008.
- Roek MAE, Spijkerman R. DRANK maakt meer kapot dan je lief is. Rapportage van het onderzoek naar (onderdelen van) de landelijke leefstijlcampagne 'alcohol' gericht op jongeren. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2009.

- Ruiter M. Preventie van depressie bij jongeren. Probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus "Stemmingmakerij". Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.
- Saperstein SL, Atkinson NL, Gold RS. The impact of Internet use for weight loss. *Obes Rev*, 2007;8:459-65.
- Schermer P, Simons M, De Vries SI, Bakker I, Jongert MWA. Evaluatie Scoren voor Gezondheid. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2008.
- Schmidt M, Absalah S, Stronks K. Wat beweegt de deelnemers? Een evaluatie van het project 'Bewegen op Recept' in Den Haag. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC, 2006.
- Simons M, Hendriksen I, Sauerborn-Ribbens M. Effectiviteit van een lunchwandelingcampagne. In press.
- Slinger J, Van Breda E, Brouns J, Kuipers H. Effects of a 12 week practice based lifestyle program to counteract overweight in adolescents: an intervention study. In press.
- Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *Br J Psychiatry*, 2006;188:330-6.
- Smith PM, Burgess E. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2009;180:1297-303.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*, 2007;37:319-28.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Smits N, Riper H, Keyzer J, Pop V. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychol Med*, 2008;38:635-9.
- Spruijt R. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ik (r)ook niet'. Den Haag: STIVORO - Voor een rookvrije toekomst, 2008.
- Spruijt R, Willemsen MC, Crone MR. De rookvrije school; trends in rookbeleid en voorlichting op scholen tussen 1999 en 2006. *TSG*, 2009;87:69-73.
- Stead LF, Bergson G, T. L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2008. p. Issue 2. Art. No.: CD00165. DOI: 10.1002/14651858.CD00165.pub3.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2005. p. Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2006. p. Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Stivoro. Leeflijn Tabakspreventie. Aanbod interventies van -12 maanden tot 65+. Den Haag: Stivoro, 2007a.
- Stivoro. Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Stivoro, 2007b.
- Tak NI, Te Velde SJ, Brug J. Long-term effects of the Dutch Schoolgruitem Project--promoting fruit and vegetable consumption among primary-school children. *Public Health Nutr*, 2009;12:1213-23.
- Te Poel F, Bolman C, Reubsat A, De Vries H. Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Educ Res*, 2009.
- Te Velde SJ, Veerman L, Tak NI, Bosmans JE, Brug J. Long term health outcomes and cost-effectiveness of two school-based interventions promoting fruit and vegetable intakes among 11-year-old Dutch children. In press.
- The K, Hendriksen I. Handboek lunchwandelen. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2008.
- Trimbos-instituut. De leeflijn. Ingrediënten voor de aanpak van depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007a.
- Trimbos-instituut. Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007b.
- Van Assema P, Steenbakkers M, Rademaker C, Brug J. The impact of a nutrition education intervention on main meal quality and fruit intake in people with financial problems. *J Hum Nutr Diet*, 2005;18:205-12.
- Van Baal PHM, Van den Berg M, Tariq L, Hoogenveen RT, Schoemaker CG, Schuit AJ, De Wit GA. Modelling the costeffectiveness of alcohol taxation and prevention of major depression. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Van den Berg M, Bovendeur I, Meijer SA, Savelkoul M, Hamberg-van Reenen HH, Zwakhals SLN, Kommer GJ. Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid. Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Van den Berg M, Schoemaker (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2010.
- Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P, Schippers GM. Effectiveness of mood management therapy as an adjunct to a telephone counseling smoking cessation intervention for smokers with past major depression: a randomized controlled trial. Submitted.

- Van Dijk S, Van Kesteren D. Evaluatie handleidingen lokaal gezondheidsbeleid. Bijlage bij het rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland'. Centrum Gezond Leven, RIVM, 2009.
- Van Doesum KT, Riksen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev*, 2008;79:547-61.
- Van Ernst AJ, Snel OM, Willemsen MC. Persoonlijke Coaching bij stoppen met roken. Resultaten van een proces- en effectstudie. Den Haag: STIVORO, 2007.
- Van Lammeren P, Geelen K. Verbitteren of verbeteren: evaluatie van een programma ter voorkoming van eenzaamheid en depressie bij oudere weduwen. Utrecht: NcGv, 1995.
- Van Marle AM. Evaluatie 'Halt! U valt' en 'Ik val op veilig': Bereikmeting voor GGD Den Haag in de stadsdelen Segbroek en Haagse Hout. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2006a.
- Van Marle AM. Evaluatie 'Halt! U valt': Bereikmeting voor GGD Fryslân in gemeente Menaldumadeel. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2006b.
- Van Marle AM. Evaluatie 'Vallen? Liever niet!': Bereikmeting 'Halt! U valt' in Arnhem. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2006c.
- Van Zoest H, Sturkenboom M. Plan van aanpak bijstelling Handleidingen 3e ronde lokaal GB – juni 2009. Bilthoven: RIVM Centrum Gezond Leven, 2009.
- Verdurmen J, Smit E, van Dorsselaer SAFM, Monshouwer K, Schulten I. Ouders over alcohol-, roken- en drugspecifieke opvoeding 2007. Kerngegevens uit het peilstationonderzoek Ouders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- Visser FN, Dijkman AJ, Van der Maas EMM. Eindverslag Balansdag in bedrijven: Pilot in vier organisaties. Woerden: NIGZ, 2006.
- Voedingscentrum. Borstvoeding: vanzelfsprekend! Masterplan Borstvoeding 2007-2010. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland, 2007a.
- Voedingscentrum. De leeflijn. Ingrediënten voor de aanpak van overgewicht. Den Haag: Voedingscentrum, 2007b.
- Voedingscentrum. Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum, 2007c.
- Voedsel en Warenautoriteit. De leeflijn. Een overzicht van beschikbare alcoholinterventies. Den Haag: Voedsel en Warenautoriteit, 2007a.
- Voedsel en Warenautoriteit. Handleiding lokaal alcoholbeleid: een integrale benadering. Den Haag: Voedsel en Warenautoriteit, 2007b.
- Voordouw I, Van Osch B, Terweij M. De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- VWS. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction*, 2005;100:335-45.
- Wammes B, Breedveld B, Kremers S, Brug J. The 'balance intervention' for promoting caloric compensatory behaviours in response to overeating: a formative evaluation. *Health Educ Res*, 2006;21:527-37.
- Wammes B, Oenema A, Brug J. The evaluation of a mass media campaign aimed at weight gain prevention among young Dutch adults. *Obesity (Silver Spring)*, 2007;15:2780-9.
- Warren JM, Henry CJ, Lightowler HJ, Bradshaw SM, Perwaiz S. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promot Int*, 2003;18:287-96.
- Wassenberg F, Milder J. Evaluatie van het project Kindlint in Amsterdam. Delft: Onderzoeksinstituut OTB, Technische Universiteit Delft, 2008.
- Weinstein PK. A review of weight loss programs delivered via the Internet. *J Cardiovasc Nurs*, 2006;21:251-8; quiz 9-60.
- Westwood M, Fayter D, Hartley S, Rithalia A, Butler G, Glasziou P, Bland M, Nixon J, Stirk L, Rudolf M. Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. *Arch Dis Child*, 2007;92:416-22.
- Wildenberg J. Kan het iets minder? Onderzoek naar de effecten van de Verkeersslang. Stageverslag. Breda: DTV Consultants, 2009.

- Willemse GR, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. Randomised trial. *Br J Psychiatry*, 2004;185:416-21.
- Willemsen MC. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Actie Tegengif'. Gedownload op 29/07/2009 van <http://www.nji.nl/jeugdinterventies> ed. Utrecht: NJi, 2007.
- Willemsen MC, van Emst AJ, Wiebing MA. StopMail: Effectiveness of an Automated E-mail Relapse Prevention Intervention for Smoking Cessation. 10th International Congress of Behavioral Medicine; 2008 August 27-30, 2008; Tokyo, 2008.
- Willemsen MC, Wiebing M, van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*, 2006;101:441-9.
- Williams NH, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Pract*, 2007;57:979-86.
- ZonMw. Eindverslag; dossiernummer 62200018. Den Haag: ZonMw, 2008.

Bijlage 1: Totaaloverzicht geëvalueerde interventies naar leeftijdsgroep

1A: Leeflijn Tabakspreventie

Interventie	Omschrijving (doelgroep, interventiedoel en interventie-inhoud)	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van hoofddoelen en/of interventiedoelen (anders dan hoofddoelen): +++ (H); ++ (M); + (L); -; ?	Onderzoeksresultaten naar studietype, opgesplitst naar Nederlands en buitenlands onderzoek
-12 maanden tot 0 jaar			
V-MIS (Minimale Interventie-strategie Stoppen met roken voor de Verloskundigen-praktijk)	Doelgroep: (Bijna) zwangere vrouwen. Doel: Advisering en begeleiding bij het stoppen met roken Inhoud: Stappenplan voor verloskundigen om zwangere vrouwen te motiveren en te begeleiden bij het stoppen met roken	Rookgedrag partner: - Stoppoging: +++ Zevendaagse abstinentie: +++ Continue abstinentie: +++	NL RCT (H): 38% uit de interventiegroep (V-MIS, n=141) gaf zes weken na de bevalling aan een stoppoging te hebben gedaan, tegenover 23% uit de controlegroep (standaard folder, n=177). 21% van de zwangeren uit de interventiegroep gaf aan gedurende tenminste zeven achtereenvolgende dagen niet gerookt te hebben; in de controlegroep was dit 12%. Gedurende de gehele onderzoeksperiode van zes weken na de interventie tot zes weken na de bevalling waren deze percentages respectievelijk 12% en 3%. Er is geen effect van de interventie gevonden op het rookgedrag van de partner (De Vries et al., 2006).
0-4 jaar			
Roken? Niet waar de kleine bij is	Doelgroep: Ouders Doel: Het verminderen van het percentage kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar dat thuis wordt blootgesteld aan tabaksrook Inhoud: Individuele voorlichting op maat door getrainde professionals uit de JGZ en kraamzorg aan ouders. Er wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en ondersteunende materialen	Nicotinegehalte per huishouden: +++ Blootstelling kinderen aan rook: + Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: ?	BL RCT (H): Onder lage inkomensgezinnen is bij de interventiegroep (rokers die coaching kregen, n=150) na zes maanden het nicotinegehalte zowel in de keuken (2,6 µg/m ³) als in de tv-ruimte (2,3 µg/m ³) significant lager vergeleken met de controlegroep (rokers die een zelfhulp-gids ontvingen, n=141) (6,9 µg/m ³ en 3,5 µg/m ³) (Emmons et al., 2001). NL observationeel (L): Het percentage moeders dat 'ja' antwoordde op de vraag of er in de afgelopen zeven dagen in de aanwezigheid van het kind in de huiskamer gerookt is, nam significant af van 41% in 1996 naar 18% 1999 (OR=0,32; 95% BI=0,27-0,37) (Crone et al., 2003a).

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
5-12 jaar			
Lespakket: Ik (r)ook niet	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen uit groep 7 en 8</p> <p>Doel: Voorkomen dat jongeren beginnen met roken door hen voor te bereiden op de invloeden op het voortgezet onderwijs</p> <p>Inhoud: Lesprogramma bestaande uit zes lessen waarvan drie voor groep 7 en drie voor groep 8. Het lesprogramma bevat een docentenhandleiding, informatiebladen voor het maken van een werkstuk, spreekbeurt of presentatie, een knipblad en een video</p>	<p>Intentie om niet te roken: +++</p> <p>Aantal rokers: +++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ?</p> <p>Continue abstinentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): De interventiegroep (n=1.817) had een jaar na afloop van het programma (in de brugklas) een significant grotere intentie om niet te roken. Minder leerlingen waren begonnen met roken vergeleken met de controlegroep (n=1.500): OR=0,53; 95% BI=0,32-0,89). In de interventiegroep was het percentage rokers toegenomen van 2,5% naar 3,6% en in de controlegroep van 3,2% naar 6,5% (Crone et al., 2005; Spruijt, 2008).</p>
12-15 jaar			
Actie Tegengif	<p>Doelgroep: Leerlingen uit de eerste twee klassen van het voortgezet onderwijs</p> <p>Doel: Voorkomen dat jongeren beginnen met experimenteren en roken met minimaal een half jaar</p> <p>Inhoud: Klassikale niet-rokenafpraak. De klas gaat gezamenlijk de uitdaging aan om een half jaar niet te roken. De leerlingen uit de klassen die de wedstrijd volhouden, krijgen een kleine prijs</p>	<p>Aantal rokers: +</p> <p>Sociale druk om te gaan roken: +++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ?</p> <p>Continue abstinentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): Leerlingen uit de interventiegroep zijn significant minder vaak begonnen met roken, gemeten direct na afloop van de interventie vergeleken met de controlegroep. Respectievelijk 9,6% en 14,2% (OR 0,61, 95% BI=0,41-0,90). Een jaar na de interventie was het verschil (25% versus 29%) echter niet meer significant. Direct na de interventie is het percentage leerlingen dat tenminste één sigaret per week rookt significant minder toegenomen in de interventiegroep dan in de controlegroep (2,6% en 7,9 % respectievelijk). Na een jaar zijn er geen significante verschillen in het percentage rokers tussen beide groepen. De waargenomen druk om te roken was significant afgenomen in de interventiegroep na afloop van de interventie, terwijl de druk in de controlegroep juist was toegenomen. Leerlingen bij wie de ervaren sociale druk om te roken groter was geworden, zijn vaker begonnen met roken dan leerlingen bij wie de druk niet was toegenomen (Crone et al., 2003b).</p>

<p>Rookvrije School</p>	<p>Doelgroep: Leerlingen BO en VO Doel: Campagne op scholen om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken en creëren van een gezond leer- en werkklimaat voor leerlingen en personeel Inhoud: School ondersteunen bij het instellen, aangeven en handhaven van een rookverbod. Door middel van kennisoverdracht wordt het schoolteam gestimuleerd een algemeen rookbeleid in en om de school te realiseren. Tevens wordt het onderwerp in de lessen onder de aandacht gebracht</p>	<p>Verandering in roken in school: + Verandering in aantal lessen over roken: - Personeel dat op school rookt: + (BO), – (VO) Zevendaagse abstinantie: ? Continue abstinantie: ?</p>	<p>NL observationeel (L): Het percentage scholen met een volledig rookverbod in verschillende binnenruimten is significant gestegen tussen 1999 en 2006. Rookvrije schoolpleinen zijn in het basisonderwijs (BO) tussen 1999 en 2006 significant toegenomen, tot 54%. In het voorgezet onderwijs (VO) slechts met 2%, tot 16%. Het aantal scholen in het BO en VO dat voorlichtingslessen over roken geeft, is tussen 1999 en 2006 nauwelijks veranderd. Ruim driekwart van de scholen in beide sectoren geeft voorlichting. Deze vraag is alleen gesteld in 2003 en 2006. In het BO werd in 2006 significant minder in het zicht van leerlingen gerookt dan in 2003. In het VO is geen significant verschil gevonden (Spruijt et al., 2009).</p>
<p>Lesprogramma: De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG)</p>	<p>Doelgroep: Middelbare scholieren Doel: Informeren en bewust omgaan met genotmiddelen Inhoud: Preventieprogramma over alcohol, roken en drugs. Het bestaat uit vier onderdelen: voorlichtingslessen, het betrekken van ouders, het opstellen van een genotmiddelenreglement en het signaleren en begeleiden van leerlingen die (problematisch) middelen gebruiken. Scholen krijgen bij de uitvoering ondersteuning van een GGD of instelling voor verslavingszorg</p>	<p>Minder roken: + Kennis over tabak: ++ Zevendaagse abstinantie: ? Continue abstinantie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na één jaar rookten er significant minder leerlingen in de leeftijd van 12-18 jaar in de interventiegroep (n=1.156) vergeleken met de controlegroep (n=774) (respectievelijk 5,5% en 1,3%,). Na drie jaar is dit effect niet meer significant (respectievelijk 3,1% en 3,4%). Na drie jaar is het effect van de interventie op de dagelijkse rookfrequentie bij de interventiegroep significant gunstiger vergeleken met de controlegroep, overigens gaat het om een zeer klein verschil (5,06% rookte in de interventiegroep en 5,07% in de controlegroep). Er zijn geen effecten gevonden op het aantal sigaretten dat per week gerookt wordt. Er zijn significante effecten op het gebied van kennis over tabak gevonden na één, twee en drie jaar bij de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (Cuijpers et al., 2002).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
15-19 jaar			
Smoke alert	<p>Doelgroep: Leerlingen uit de eerste twee klassen van het VO</p> <p>Doel: Niet beginnen of stoppen met roken</p> <p>Inhoud: De leerlingen leren een mening over roken te vormen en te uiten en ze leren vaardigheden om sigaretten te weigeren. De deelnemende scholen krijgen een plan van aanpak waarmee structureel aandacht wordt besteed aan rookpreventie</p>	<p>Stoppen met roken: ++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ?</p> <p>Continue abstinentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): Het effect van de interventie is vergeleken tussen leerlingen die de interventie via internet kregen (n=179), via een brief (n=125) en een controlegroep (n=192). Na zes maanden was 17,2% uit de controlegroep gestopt met roken. De stoppercentages in de internet- en briefgroep en waren respectievelijk 26,8% en 19,2%. De resultaten van de internetgroep verschilden significant vergeleken met de controlegroep (OR=1,77; 95% BI=1,07-2,91). Er is geen significant verschil gevonden tussen de briefgroep en de controlegroep of tussen de briefgroep en de internetgroep (Dijk & de Vries, In press).</p> <p>BL RCT (H): In een Engelse studie zijn geen significante verschillen gevonden op rookgedrag na twaalf maanden tussen de interventiegroep (n=4.125) en de controlegroep (n=4.227) (Aveyard et al., 1999).</p>
18-65+ jaar			
24 uur niet roken - Rokers verdienen 'n beloning	<p>Doelgroep: Volwassenen rokers (uit de lagere welstandsgroepen) met stopintentie</p> <p>Doel: Het vergroten van de stopintentie</p> <p>Inhoud: Een stopcampagne met als doel dat meer rokers uit deze groepen gaan behoren tot de doelgroep van de campagne 'Stoppen kun je leren'. Deze campagne is gericht op rokers met een stopintentie (die met name uit de hogere welstandsgroepen komen) en heeft als doel het succes van stoppogingen te verhogen. De actie wordt dan voorafgaand aan de campagne georganiseerd</p>	<p>Stopintentie: +++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ?</p> <p>Continue abstinentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): De stopintentie is in twee interventiegroepen (rokers die meedoen aan campagne en feedback op maat krijgen, n=444) en rokers die een brochure ontvangen, n=443) significant sterker gestegen dan in de controlegroep (n=625). De stijging in de interventiegroepen is groter (F=32,65). Er is geen verschil tussen de interventiegroepen. Na drie weken blijft deze bevinding overeind, alleen zijn de verschillen met de controlegroep wel kleiner geworden (F=14,47) (Gelissen et al., 2006).</p> <p>NL observationeel (M): Van de deelnemers die aan de actiedag hebben deelgenomen (n=12.048) en zeggen gestopt te zijn met roken, is 23% hoogopgeleid en 16% laagopgeleid. Onder de groep die ooit of nooit van plan is te stoppen, is de groep met laagopgeleiden het grootst (23%). Bij bijna 20% (n=1.967) van de deelnemers is een toename in stopintentie geweest na deelname. Onder de laagopgeleiden is de toename met 23% groter dan onder hoogopgeleiden (17%) (Nijman & Van Emst, 2008).</p>

<p>Multimediale campagne</p>	<p>Doelgroep: Volwassen rokers die van plan zijn om binnen zes maanden een stoppoging te ondernemen Doel: Motiveren om een effectieve stopmethode te gebruiken en informeren over de verschillende manieren die er zijn Inhoud: Hier vallen alle massamediale campagnes onder die in de afgelopen jaren gevoerd zijn. Als onderdeel van één van die campagnes is het 'Startpakket voor stoppers' ontwikkeld. Het startpakket bestaat uit een brochure met bestaande behandelingsmethoden, een video waarin bekende en onbekende Nederlanders vertellen over hun stoppoging en een aantal gadgets zoals ansichtkaarten, folders en een vragenformulier</p>	<p>Stoppoging: +++ Zevendaagse abstinentie: +++ Continue abstinentie: -</p>	<p>NL RCT (H): Er is een significant verschil aangetoond in het percentage stoppogingen in de interventiegroep (rokers die een 'Startpakket voor stoppers' ontvangen, n=500) vergeleken met de controlegroep (n=514) (31% versus 22,2%) en zevendaagse abstinentie (20,2% versus 13,6%). Er is geen significant verschil gevonden voor continue abstinentie gemeten na zes maanden (5,0% versus 5,1%) (Willemsen et al., 2006). NL panelonderzoek (L): Voor de landelijke stopcampagne 'Dat kan ik ook!' werden rokers ingelicht over stopmethoden tijdens de actie. Een representatieve steekproef (n=1.200) en meetcontrolegroep (n=400) werd op meerdere tijdstippen ondervraagd. Uitgaande van 4,2 miljoen volwassen rokers in Nederland had ongeveer 1,4 miljoen rokers het voornemen om te stoppen. Ruim een kwart van deze mensen gaf aan dat de campagne hierin een rol speelde. 21,5% heeft een stoppoging gedaan tussen oktober 1999 en februari 2000 en 14,9% op of rond 1 januari. Dit waren naar schatting 627.000 millenniumstoppers. Na een jaar heeft 12% aangegeven van het roken af te zijn: naar schatting ruim 75.000 succesvolle stoppers (Op de Weegh & Willemsen, 2003).</p>
<p>Kortdurend stopadvies</p>	<p>Doelgroep: Volwassen rokers Doel: Stoppen met roken Inhoud: Een eenduidig advies van de huisarts om te stoppen met roken en een verwijzing naar een bijbehorende website. De bijbehorende campagne heet 'Meer huisartsen gaan voor minder rokers'</p>	<p>Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: +++</p>	<p>BL review (H): In een review van RCT's over stopadvies van huisartsen werden rokers die stopadvies ontvingen van hun huisarts vergeleken met rokers die gebruikelijke zorg kregen. Het gezamenlijke effect van zeventien trials resulteert in een significante toename in het stoppercentage na tenminste zes maanden (RR=1,66; 95% BI=1,42-1,94) voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Als de trials een intensiever stopadvies gaven, werd de RR wat hoger, vergeleken met geen advies (elf trials: RR=1,84 95% BI=1,60-2,13) (Stead, 2008).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
18-65+ jaar			
Advies op Maat	<p>Doelgroep: Volwassen rokers</p> <p>Doel: Stoppen met roken</p> <p>Inhoud: Rokers met behoefte aan informatie en advies over hun eigen rookgedrag en/of toekomstig stopgedrag, vullen een vragenlijst in en ontvangen een persoonlijk stop-roken-advies (computergegenereerde voorlichting op maat)</p>	<p>24-uur abstinentie: +++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: -</p> <p>Continue abstinentie:+++</p>	<p>NL RCT (H): De groep 'OC' kreeg positieve informatie over stoppen (n=386), 'SE' kreeg informatie over manieren om met verslavende omstandigheden om te gaan (n=387) en 'BO' kreeg alle informatie (n=387). De controlegroep kreeg geen informatie (n=386). Wat betreft de zevendaagse abstinentie lag het percentage stoppers in SE, BO en de controlegroep op 11%. Wat betreft continue abstinentie was er onder deelnemers uit de BO-groep een significant hoger percentage stoppers (4,8%) vergeleken met de controlegroep (1,6%) (Dijkstra et al., 1998).</p> <p>NL RCT (H): Na 14 maanden hebben vrouwen uit de interventiegroep (n=162) significant vaker een stoppoging gedaan dan vrouwen uit de controlegroep (n=158) (14,1 versus 3,5%,) (OR=7,05; 95% BI=1,54-32,32). Het percentage stoppogingen voor mannen verschilde niet significant tussen beide groepen (10,0 versus 9,6%) (OR=0,67; 95% BI=0,19-2,32). Rokers uit de interventiegroep zijn vaker 24 uur gestopt dan de controlegroep (7,4 versus 2,5 %) (OR=4,33; 95% BI=1,20-15,66) en randsignificant vaker zeven achtereenvolgende dagen gestopt (6,2 versus 2,5%; p<0,10) (OR 3,55; 95% BI=0,96-13,17) (Dijkstra & De Vries, 1999).</p> <p>NL RCT (H): Na zes maanden was zevendaagse abstinentie significant hoger in de interventiegroep (advies op maat via internet met specifieke feedback, n=93) in vergelijking met de controlegroep (een algemeen advies via internet, n=102) (7,8 versus 20,4%) (Te Poel et al., 2009).</p> <p>BL review (H): zeven trials, waarin deelnemers op de persoon aangepast materiaal ontvingen, toonden aan dat interventiegroepen hogere stoppercentages hadden vergeleken met de controlegroepen (n=10.872, RR=1,36; 95%CI=1,19-1,55). De stoppercentages in de controlegroep lagen rond de 4-7%, grotendeels gebaseerd op continue, maar zelfgerapporteerd rookgedrag (Lancaster & Stead, 2005b).</p>

<p>After Care / Stopmail</p>	<p>Doelgroep: Rokers vanaf 18 jaar die van plan zijn om binnen zes maanden te stoppen Doel: Voorkomen dat gestopte rokers weer beginnen met roken (terugvalpreventie) en helpen met stoppen Inhoud: Digitale ondersteuningsmethode bestaande uit een aantal gratis e-mails. Iemand die wil stoppen, geeft zijn of haar stopdatum op. Daarna krijgt deze persoon tien e-mails in drie maanden met informatie en tips over oplossingen voor mogelijke problemen bij het stoppen. Deze e-mails zijn afgestemd op het stopproces</p>	<p>Zevendaagse abstinentie: +++ Continue abstinentie: +</p>	<p>NL RCT (H): 17,7% uit de interventiegroep (n=423) had na zes maanden zeven achtereenvolgende dagen niet gerookt, vergeleken met 12,4% uit de controlegroep (n=508) (OR=1,52; 95% BI=1,09-2,13) (Willemsen et al., 2008).</p>
<p>Telefonische coaching</p>	<p>Doelgroep: Volwassen rokers Doel: Een toegankelijke vorm van ondersteuning aanbieden om stoppogingen effectiever te maken Inhoud: Telefonische begeleiding voor en tijdens een stoppoging. Een adviescentrum traint hiervoor speciale coaches. Deze coaches bieden ondersteuning via een geautomatiseerd protocol, registratiesysteem en planningsysteem. De basis van de coaching is het Advies op Maat</p>	<p>Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: +</p>	<p>BL review (H): De resultaten van twaalf trials zijn samengevoegd. De stoppercentages in de controlegroep (rokers die niet deelnemen aan interventie en geen informatie krijgen toegestuurd) lagen tussen de 1-11%, met een gemiddelde van 5%. De interventiegroep (rokers die standaard zelfhulpmateriaal gebruikten om te stoppen met roken (niet persoonlijk afgestemd) had een stoppercentage tussen de 2-10%. De gezamenlijke RR geeft aan dat er een voordeel te behalen is voor de interventiegroep, met een CI die nog maar net 1,0 uitsluit (n=15.711, RR=1,21 95%CI=1,05-1,39) (Lancaster & Stead, 2005b).</p> <p>BL review (H): Review van RCT's en quasi-experimentele studies. 56 trials zijn geïnccludeerd met een proactieve of telefonische hulp aan rokers of recent gestopte rokers. De controlegroepen bestonden uit rokers die geen interventies kregen aangeboden. Onder rokers die een hulplijn hebben geraadpleegd, waren de stoppercentages na maximaal zes maanden hoger voor groepen die ingedeeld zijn in meerdere sessie met proactieve ondersteuning (9, >24.000 deelnemers, RR voor abstinentie langste follow-up 1,37; 95% BI=1,26-1,5). Telefonische coaching (door zelf bellen naar hulplijnen) stimuleerde het stoppen met roken (44 studies, >24.000 deelnemers, RR 1,29 95% BI=1,20-1,38). In subgroepstudies waarin 1-2 gesprekken werden aangeboden was het effect klein en niet significant (Stead et al., 2006).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
18-65+ jaar			
Groepstraining Pakje Kans - Samen stoppen met roken	Doelgroep: Volwassen rokers Doel: Stoppen met roken en wederzijdse ondersteuning tussen deelnemers Inhoud: Een training waarin een groep in negen bijeenkomsten (van 1,5 uur) binnen twaalf weken stopt met roken. Er wordt stilgestaan bij alle fases van het stopproces: voorbereiding, actie, volhouden en noodplan	Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: ++	BL review (H): 53 gerandomiseerde studies zijn meegenomen in de review. dertien trials (n=4.375) vergeleken een groepsprogramma (minimaal twee bijeenkomsten en follow-up rookgedrag na tenminste zes maanden) met een zelfhulpprogramma of geen interventie: RR voor continue abstinentie na zes maanden is 1,98; 95% BI=1,6-2,46. Er is niet genoeg bewijs gevonden om aan te geven of groepsprogramma's effectiever of kosteneffectiever zijn dan intensieve individuele counseling (Stead & Lancaster, 2005).
H-MIS (Minimale Interventie-strategie Stoppen met roken voor de Huisartspraktijk)	Doelgroep: Volwassen rokers Doel: Stoppen met roken Inhoud: Een korte ondersteunende interventie door huisartsen en praktijkassistenten. De interventie bestaat uit zes stappen en is een vervolg op het kort stopadvies. De nadruk ligt op patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen	Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: +++	NL RCT (H): Na twaalf maanden was het verschil in zelfgerapporteerde onthouding significant in de interventiegroep (n=269) (13,4% puntprevalentie) vergeleken met de controlegroep (gebruikelijke zorg, n=261) (7,3% punt prevalentie, p<0,05). Uit analyse van continue abstinentie (na zes én twaalf maanden follow-up) bleek dat voor 8,2% van de doelgroep vergeleken met 3,1% van de controlegroep onthouding van meer dan zes maanden geldt (p <0,001) (Pieterse et al., 2001).
L-MIS (Minimale Interventie-strategie Stoppen met roken voor Longpatiënten)	Doelgroep: COPD-patiënten die roken Doel: Stoppen met roken Inhoud: Een stappenplan om poliklinisch te motiveren en te begeleiden. Er zijn drie individuele coaching-sessies en drie telefonische contacten. Eventueel worden aanvullend geneesmiddelen voorgeschreven	Zevendaagse abstinentie: ? Continue abstinentie: -	NL RCT (H): Na 12 maanden was het percentage personen dat continu abtinent is geweest (gemeten op basis van cotinine in speeksel) 19% (20/150) bij de interventiegroep met SmokeStopTherapy (n=111) en 9% (9/105) in de L-MIS-groep (n=114) (RR=2,22; 95% BI=1,06-4,65; p<0,03) (Christenhusz et al., 2006; Christenhusz et al., 2007).

<p>Persoonlijke coaching bij stoppen met roken</p>	<p>Doelgroep: Volwassen rokers die willen of moeten stoppen met roken, bijvoorbeeld vanwege een aan roken gerelateerde aandoening (COPD-patiënten of patiënten met hart- en vaatproblemen) Doel: Stoppen met roken Inhoud: Een intensief individueel begeleidingstraject door zorgprofessionals in de eerste- en tweedelijnszorg, zoals praktijkondersteuners en verpleegkundigen</p>	<p>Zevendaagse abstinentie: + Continue abstinentie: +++</p>	<p>BL review (H): In totaal zijn dertig trials geïnccludeerd (n=7.000). 22 trials vergeleken persoonlijke coaching met de MIS. Persoonlijke coaching bleek effectiever te zijn dan de controlegroep: RR voor continue abstinentie na zes maanden 1,39 (95% BI=1,24-1,57). In een subgroep van vier trials waarin alle deelnemers nicotinevervangers kregen, bleek het effect van persoonlijke coaching kleiner te zijn, maar nog net significant (RR=1,27; 95% BI=1,02-1,59). Er is geen effect gevonden tussen intensieve en korte coaching (Lancaster & Stead, 2005a). NL observationeel (L): Van de 39 rokende patiënten van zorgverleners die een training Persoonlijke Coaching hebben gevolgd, geeft 59% na drie maanden aan de laatste week niet te hebben gerookt. Na twaalf maanden is dit 47%. Van de 21 cliënten die na een jaar de vragenlijst hebben ingevuld, zijn er elf (52%) niet gestopt met roken (Van Emst et al., 2007).</p>
<p>C-MIS (Minimale Interventie-strategie Stoppen met roken voor de Cardiologie-afdeling)</p>	<p>Doelgroep: Patiënten op cardiologieafdelingen die roken Doel: Stoppen met roken Inhoud: Een implementatiehandleiding en een vaardighedenhandleiding. De implementatiehandleiding is ontwikkeld voor het invoeren van de C-MIS op de afdeling. De vaardighedenhandleiding geeft stapsgewijs aan hoe patiënten kunnen worden begeleid. Patiënten krijgen een stop-roken-advies van de cardioloog, korte begeleiding van de verpleegkundige en zelfhulpmateriaal en nazorg van de cardioloog</p>	<p>Zevendaagse abstinentie: + Continue abstinentie: +/-</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na drie maanden bleek de interventiegroep (n=388) significant hoger te scoren op zevendaagse abstinentie (puntprevalentie) dan de controlegroep (gebruikelijke zorg, n=401) (OR=2,11; SE=0,21) en continue onthouding na drie maanden (OR=1,41; SE=0,20) (Bolman, 2002a). Na twaalf maanden zijn er geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen (Bolman et al., 2002b). BL RCT (H): Patiënten uit de interventiegroep (n=137) waren vaker zeven dagen abstant dan patiënten uit de controlegroep die een kort advies kregen van de verpleging en schriftelijk materiaal (n=139) (62% versus 46%; OR=2,0; 95% BI=1,2-3,1) (Smith & Burgess, 2009). BL gerandomiseerde trial (M): Na twaalf maanden was 30,3% uit de interventiegroep (n=99) gestopt met roken, inclusief elf van de achttien patiënten die nicotinevervangende therapie kregen. Uit de controlegroep (n=97) was 27,8% gestopt met roken. De interventie resulteerde niet in significant verschillende stoppercentages (Lacasse et al., 2008).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
18-65+ jaar			
<p>Werkmap: Rookvrij kan ik de wereld aan - telefonische coaching (in ontwikkeling)</p> <p>Brochure: Stoppen met roken, willen en kunnen</p>	<p>Doelgroep: Volwassen rokers die een depressie hebben gehad na een eerdere stoppoging. Wanneer zij beter kunnen omgaan met wisselende gevoelens zou het stoppen met roken makkelijker kunnen worden voor hen</p> <p>Doel: Stoppen met roken</p> <p>Inhoud: De interventie bestaat uit proactieve telefonische coaching (tien gesprekken) met zelfhulpmateriaal over mood management</p> <p>Doelgroep: Volwassen rokers die overwegen om te stoppen met roken</p> <p>Doel: Aanzetten tot stoppen met roken</p> <p>Inhoud: Deze brochure behandelt vijf belangrijkste elementen van het stoppen met roken. Rokers krijgen stapsgewijze informatie over stoppen met roken.</p>	<p>Depressieklachten: -</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ++</p> <p>Continue abstinentie: +++</p> <p>Stoppoging: -</p> <p>Tabaksgebruik: ++</p> <p>Zevendaagse abstinentie: ?</p> <p>Continue abstinentie: ++</p>	<p>NL RCT (H): Continue abstinentie na zes en twaalf maanden was respectievelijk 30,5% en 23,9% voor de interventiegroep (n=243). Voor de controlegroep (n=242) was dit 22,3% en 14,0%. In de interventiegroep had na zes en twaalf maanden respectievelijk 49,0% and 43,6% van de deelnemers depressieklachten. In de controlegroep was dit 39,3% en 41,3%. OR (6 maanden)=0,72 (95%CI=0,50-1,03) en OR (12 maanden)=0,97 (95%CI=0,68-1,41) (Van der Meer et al., Submitted).</p> <p>BL gerandomiseerde trial (M): Zevendaagse abstinentie was voor deelnemers uit de interventiegroep, die psychologische en lichamelijke behandeling krijgen (n=163), significant hoger dan de controlegroep, die een korte bijeenkomst krijgen met een zelfhulpgids (n=159): OR=4,55; 95% BI=1,04-19,9. Na achttien maanden was 25% uit de interventiegroep abstinēt versus 19% uit de controlegroep (Barnett et al., 2008).</p> <p>NL quasi-experimenteel (M): Na drie maanden was het percentage continue abstinentie significant hoger in de interventiegroep (zelfhulphandleiding of groepscursus, n=127) vergeleken met de controlegroep (wachtlĳstgroep, n=187); respectievelijk 11% en 2%. Er zijn geen verschillen in stoppogingen (Mudde et al., 1994).</p> <p>BL review (H): In twaalf trials (n=15,711), waarin zelfhulp werd vergeleken met geen interventie, werd een gezamenlijk effect op continue abstinentie gevonden (RR=1,21; 95%CI=1,05-1,39). Vijf andere trials waarin de controlegroep alternatief materiaal ontving, gaf geen bewijs voor een effect van het zelfhulpmateriaal. Ook is er geen bewijs gevonden voor een toegevoegde waarde van zelfhulpmateriaal naast persoonlijk advies of nicotinevervangers. Uit 25 trials (n=28.189) met materiaal dat toegespitst was op het individu bleek een klein gunstig effect: RR=1,31; 95% BI=1,2-1,42 (Lancaster & Stead, 2005b).</p>

1B: Leeflijn Integraal alcoholbeleid

Interventie	Omschrijving (doelgroep, interventiedoel en interventie-inhoud)	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van hoofddoelen en/of interventiedoelen (anders dan hoofddoelen): +++ (H); ++ (M); + (L); -; ?	Onderzoekresultaten naar studietype, opgesplitst naar Nederlands en buitenlands onderzoek
<0 jaar			
Brochure: Zwanger? ...en Alcohol?	<p>Doelgroep: (Partners van) (aanstaande) zwangere en voedende vrouwen</p> <p>Doel: Voorkomen van alcoholgebruik bij kinderwens, zwangerschap en tijdens de lactatieperiode</p> <p>Inhoud: Voorlichting over risico's alcoholgebruik rondom zwangerschap</p>	<p>Kennis: +/-</p> <p>Intentie: -</p> <p>Alcoholgebruik: ?</p>	<p>BL observationeel (L): Er zijn geen verschillen in de intentie alcohol te drinken tijdens de rest van de zwangerschap onder 126 zwangeren. Onder zwangeren met een laag leesniveau is de kennis over alcoholgebruik op vier van zeven items verbeterd. Onder zwangeren met een hoog leesniveau is dit voor drie van zeven items verbeterd (Calabro et al., 1996).</p>
Minimale interventie-strategie	<p>Doelgroep: (Aanstaande) zwangere vrouwen, vrouwen die borstvoeding geven en hun partners</p> <p>Doel: Opsporen van alcoholgebruik bij zwangere vrouwen</p> <p>Inhoud: Screening en advies tijdens de zwangerschap</p>	<p>Alcoholgebruik: +++</p>	<p>BL RCT (H): Onder 255 zwangere vrouwen hadden vrouwen in de interventiegroep vijf keer zoveel kans hadden om in de laatste drie maanden van hun zwangerschap niet te drinken dan de vrouwen uit de controlegroep (OR=5,4; 95% BI=1,6-18,3) (O'Connor & Whaley, 2007).</p> <p>BL RCT (H): In een andere RCT daalde de gemiddelde alcoholconsumptie en het aantal bingedrinkepisodes significant meer in de interventiegroep (n=22) dan in de controlegroep (n=19). Het <i>alcoholgebruik</i> daalde in de interventiegroep van 13,6 naar 3,5 glazen per week; in de controlegroep daalde dit van 13,5 naar 10,1. Het aantal <i>bingedrinkepisodes</i> per maand daalde in de interventiegroep van 5,7 naar 1,5; in de controlegroep was de daling van 5,5 naar 4,2 (Manwell et al., 2000).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
<16 jaar			
<p>Campagne: Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind</p> <p>Lesprogramma: De Gezonde School en Genotmiddelen (DGSG)</p>	<p>Doelgroep: Opvoeders</p> <p>Doel: Adviseren en bewustmaken van hun rol m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind</p> <p>Inhoud: De campagne is gericht op informeren en bestaat uit een tv-spot, een radiospot en internetbanners. De campagne is onderdeel van het project 'Alcohol en Opvoeding'</p> <p>Zie tabel tabakspreventie</p>	<p>Opvatting ouders over alcoholgebruik: +</p> <p>Maatregelen ouders alcoholgebruik kinderen: +</p> <p>Alcoholgebruik: ?</p> <p>Kennis: ++</p> <p>Attitude: -</p> <p>Eigen effectiviteit: -</p> <p>Alcoholgebruik: ++</p>	<p>NL observatieel (L): De resultaten van een internetpanel van ouders (n=1.663) vóór de campagne zijn vergeleken met de resultaten van een schriftelijke vragenlijst onder (andere) ouders via scholen een jaar na de start van de campagne (n=4.119). Vóór de campagne vindt 42% van de ouders het acceptabel dat een kind onder de 16 alcohol drinkt; na de campagne vindt 25% dit. 43% versus 64% vindt dat kinderen helemaal geen alcohol mogen drinken voor hun 16e verjaardag. 35% versus 50% verbiedt dit ook (Verdurmen et al., 2008).</p> <p>NL quasi-experimenteel (M): Het <i>gemiddeld aantal glazen alcohol per gelegenheid</i> is in de interventiegroep (n=783) significant minder toegenomen dan in de controlegroep (n=622): bij de interventiegroep van 1,9 naar 4,8; bij de controlegroep van 1,7 naar 5,8. Het gemiddeld aantal glazen alcohol <i>per week</i> nam in de interventiegroep toe van 0,6 naar 4,1; in de controlegroep van 0,5 naar 5,3. Ook het <i>percentage drinkers</i> was in de interventiegroep significant minder toegenomen: van 27 naar 74% vergeleken met 32 naar 81% voor de controlegroep. De kennis onder interventieerlingen is significant meer gestegen dan onder controleerlingen. Er zijn geen effecten gevonden op attitude en eigen effectiviteit (Cuijpers et al., 2002).</p> <p>BL RCT (H): In een vergelijkbaar programma bestaande uit vier interactieve lessen, aangevuld met schriftelijk materiaal voor de leerlingen en voor ouders is een effect gevonden op bingedrinken, maar niet op alcoholgebruik zonder medeweten van de ouders en dronkenschap en bingedrinken. Zowel bij de nameting als bij de follow-up na een jaar gaven meer leerlingen uit de interventiegroep dan uit de controlegroep aan dat ze nog nooit aan bingedrinken hadden gedaan (OR na een jaar=0,74; 95% BI=0,57-0,97) (Morgenstern, 2009).</p>

<p>Instructie verantwoord alcohol schenken (IVA)</p> <p>Handhavings- actie 'Geflest'</p>	<p>Doelgroep: barvrijwilligers bij paracommerciële verstrekkers</p> <p>Doel: Verhogen van de naleving van de Drank- en Horecawet en het tegengaan van alcoholverstrekking aan jongeren onder de 16 jaar</p> <p>Inhoud: Een programma van twee uur waarin de verschillende aspecten uit de Drank- en Horecawet worden belicht. Ook wordt ingegaan op verantwoord schenken. Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden wordt een discussie op gang gebracht</p> <p>Doelgroep: Jongeren < 16 jaar en personeel van sportkantines, horeca en supermarkten</p> <p>Doel: Naleving leeftijdsgrenzen</p> <p>Inhoud: SIRE-posters in het kader van "Laat je niet flessen" en extra controles door de VWA op de verstrekking van alcohol aan jongeren die te jong zijn</p>	<p>Tegengaan van alcoholverstrekking aan jongeren onder de 16: ?</p> <p>Alcoholgebruik: +</p> <p>Alcoholverkoop onder de leeftijdsgrens: ?</p> <p>Alcoholgebruik: -</p>	<p>BL quasi-experimenteel (L): Na afloop van de interventie is er onder 2146 bezoekers van populaire horecagelegenheden geen verschil gevonden in het aantal klanten met een bloed-alcoholconcentratie > 0,15. Het percentage klanten met een bloed-alcoholconcentratie >0,08 (limiet voor verantwoord autorijden) is na afloop van de interventie sterker afgenomen in de interventiegroep (van 52 naar 37%) dan in de controlegroep (van 35 naar 29%). Bij de nameting drie maanden later bestond dit effect niet meer (Lang et al., 1998).</p> <p>BL observationeel (L): Een vijf uur durende training onder 321 barkeepers leidt na vijftien maanden tot meer 'gewenst schenkgedrag'. Dit was na vier jaar nog steeds significant (Buka & Birdthistle, 1999).</p> <p>NL observationeel (L): 62 sportkantines, 83 cafés/discotheken en 75 supermarkten zijn at random geselecteerd om te bezoeken door 'mysteryshoppers'. Het percentage succesvolle aankoopogingen was in 2008, 2007 en 2006 respectievelijk 87, 95 en 95% (Gosselt et al., 2009).</p> <p>BL quasi-experimenteel (M): Controles, strengere straffen en media-aandacht op een middelbare school in de VS leidde tot een afname in alcoholverkoop van 28 naar 10% (RR=0.4; 95% BI=0.3-0.5). Bij controlescholen nam dit af van 31 naar 27% (RR=0.9; 95% BI=0.8-1.1). Het alcoholgebruik nam op de interventieschool af van 50% in 2001 naar 40% in 2003 (RR=0.8; 95% BI=0.7-0.9) (CDC, 2004).</p> <p>BL observationeel (L): Training van personeel en versterkte controle leidt tot 17% lagere verkoop van alcohol in winkels en benzinestations (n=340) direct na de controle, 11% na twee weken, 3% na twee maanden en 0% na drie maanden. In cafés en restaurants (n=602) is de verkoop direct na de controle met 17% gedaald, 14% na twee weken, 10% na twee maanden en 8% na drie maanden (Wagenaar et al., 2005).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
16-25 jaar			
Methode 'peer education'	<p>Doelgroep: Jongeren</p> <p>Doel: Bewustwording en kennisverhoging</p> <p>Inhoud: Getrainde leeftijdsgenoten (peers) worden ingezet tijdens uitgaansmomenten. Ze nemen een kennistest af bestaande uit vragen over alcoholgebruik, attitude, drinkgedrag en de intentie om minder te gaan drinken. Er wordt gevraagd of de jongeren hebben nagedacht en gepraat over het eigen alcoholgebruik en het alcoholgebruik van jongeren in het algemeen</p>	<p>Kennis: +</p> <p>Attitude: -</p> <p>Intentie: ?</p> <p>Bewustwording: -</p> <p>Alcoholgebruik: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (L): Onder vakantievierders in Renesse en bezoekers van horecagelegenheden in de Achterhoek is voor de interventie ('controlegroep': n=210) en na afloop van de interventie ('interventiegroep': n=121) een telefonische enquête afgenomen. De kennistest fungeerde als voormeting. De kennis over alcoholgebruik is in de interventiegroep significant meer toegenomen dan in de controlegroep: van gemiddeld 6,3 naar 7,5 goedbeantwoorde stellingen (n=10) versus van 5,9 naar 6,5. In de interventiegroep werd minder over eigen alcoholgebruik gesproken dan in de controlegroep; er waren geen verschillen tussen de groepen in nadenken over alcoholgebruik in het algemeen. Er is geen effect op attitude ten aanzien van (eigen) drinkgedrag en intentie om minder te gaan drinken (INTRAVAL, 2008).</p> <p>NL quasi-experimenteel (L): Onder jongeren op dertien campings aan de Nederlandse kust die hebben deelgenomen aan de interventie (n=206) is de kennis over alcohol groter dan onder jongeren uit de controlegroep (n=207): van de jongeren uit de interventiegroep werden tien stellingen elk door 50% tot 75% van de jongeren goed beantwoord; voor de controlegroep was dit 25% tot 51%. De interventiegroep heeft een iets grotere intentie om minder te gaan drinken dan de controlegroep (Planken & Boer, Submitted).</p>
Programma 'Barcode'	<p>Doel: Misbruik herkennen en de regels actief handhaven</p> <p>Doelgroep: Horecapersoneel</p> <p>Inhoud: Een modulaire cursus waarin geleerd wordt hoe een bijdrage aan een gezonde en veilige uitgaansomgeving te leveren</p>	<p>Kennis: +</p> <p>Handhaving: ?</p> <p>Alcoholgebruik: ?</p>	<p>NL procesevaluatie (L): Na afloop van de interventie geeft 98% van veertig horecamedewerkers aan de regels te kennen m.b.t. verantwoord schenken, 84% kent signalen drugsgebruik en/of dealen en 95% weet hoe hij/zij moet handelen wanneer regels overtreden worden, 88% zegt dat te weten bij gezondheidsproblemen en 92% zegt 'nee' tegen een minderjarige of een dronken persoon (Bolier, 2006).</p>

<p>Website: watdrinkjij.nl</p>	<p>Doelgroep: Jongeren Doel: Opsporen van alcoholproblemen en motiveren tot het zoeken van hulp Inhoud: Een online drinktest met een advies-op-maat over het alcoholgebruik. Op basis van de antwoorden die gegeven worden, selecteert de computer de juiste adviesteksten gebaseerd op de huidige wetenschappelijke inzichten</p>	<p>Attitude: +++ Screening: ? Hulp zoeken bij alcoholproblemen: ? Alcoholgebruik: +++</p>	<p>NL RCT (H): Onder hoogopgeleiden werd een maand na de drinktest door de interventiegroep met normatieve feedback (n=100) significant meer verantwoord gedronken dan door de interventiegroep zonder normatieve feedback (n=99) en de controlegroep (n=121) (afgeleide maat voor <i>wekelijks alcoholgebruik</i>: gemiddelde respectievelijk 0,75, 0,64 en 0,49. Na drie maanden bestond ditzelfde verschil alleen bij middenopgeleiden (<i>wekelijks alcoholgebruik en bingedrinken samen</i>: gemiddelde in de interventiegroep was 0,20, ten opzichte van 0,04 in de controlegroep en 0,06 in de groep zonder normatieve feedback). Bij laagopgeleiden werkte de normatieve feedback averechts. De interventiegroepen hadden na drie maanden een negatievere attitude t.a.v. bingedrinken dan de controlegroep (Roek & Spijkerman, 2009). BL RCT (H): De Australische drinktest, waarop watdrinkjij.nl is gebaseerd, leidt na zes maanden tot een lagere <i>drinkfrequentie</i> (RR=0,79; 95% BI=0,63-0,95) en een lager <i>alcoholgebruik</i> (RR=0,77; 95% BI=0,63-0,95) onder 975 studenten. Het effect op de hoeveelheid alcoholgebruik bleef ook na twaalf maanden bestaan (Kypri et al., 2008).</p>
Volwassenen			
<p>Website: drinktest.nl</p>	<p>Doelgroep: Volwassenen die meer drinken dan de richtlijn adviseert en die hun drinkgedrag willen analyseren Doel: Opsporen van alcoholproblemen en motiveren tot het zoeken van hulp Inhoud: De drinktest bestaat uit zes vragen voor iedereen die wel eens drinkt en 33 vragen voor stevige drinkers. Op basis van de antwoorden wordt een computergegenereerd advies gegeven</p>	<p>Alcoholgebruik: +++</p>	<p>NL RCT (H): Onder 450 mannen daalde het percentage overmatig drinkende mannen een maand na de drinktest meer dan in de controlegroep die een voorlichtingsfolder kreeg. In de interventiegroep was de daling 42%, in de controlegroep 31%. Na zes maanden was het verschil tussen de groepen niet meer significant (46% versus 37%) (Boon et al., In press). NL RCT (H): Onder vrouwen was het percentage overmatig drinkende vrouwen in de interventiegroep (n=46) na negen maanden 20% meer afgenomen dan in de controlegroep (n=46): een afname van 40% versus 17%. De NNT is 5,1 (Meijer et al., 2006).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoeksresultaten
Volwassenen			
Kortdurende interventies in de eerstelijns: NHG-Standaard / PHEPA-richtlijn Website: minderdrinken.nl	<p>Doelgroep: Volwassenen met schadelijk alcoholgebruik</p> <p>Doel: Motiveren tot laag-risicogebruik of het zoeken van adequate hulp</p> <p>Inhoud: Eén of enkele interventies van 5-30 minuten. Vanuit een empathische, respectvolle houding wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal gesteld en worden diens mogelijkheden bevestigd (self-efficacy)</p>	Alcoholgebruik: +++	<p>BL meta-analyses (H): Er zijn minstens veertien meta-analyses en/of systematische reviews die tot de conclusie komen dat kortdurende interventies effectief zijn in het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik tot laag-risicoverbruik (Anderson & Baumberg, 2007). Het effect blijft minimaal een jaar bestaan en kan tot vier jaar blijven bestaan. Van de acht personen (zonder alcoholafhankelijkheid) die een kortdurende interventie hebben ontvangen, zal er één minder gaan drinken. Per jaar moeten 282 patiënten geconsulteerd worden om één alcoholgerelateerd sterfgeval te vermijden. De effecten zijn groter bij minder ernstige problemen in drankgebruik.</p> <p>NL RCT (H): Na zes maanden was het alcoholgebruik voor 17% van de interventiegroep (n=70) onder de richtlijn ten opzichte van 5% van de controlegroep (n=81): OR=3,7 (95% BI=1,3-10,8). De NNT is 8,5. Na zes maanden dronk de interventiegroep vijftien glazen per week minder ten opzichte van een daling van drie glazen per week voor de controlegroep (Riper et al., 2007). Na één jaar zijn de verschillen niet meer significant. Van de interventiegroep zat 8% onder de richtlijn, van de controlegroep was dit 5%: OR=1,7 (SD 0,9). De NNT is 32 (Riper, 2008).</p>
	<p>Doelgroep: Personen van 18 t/m 65 jaar die meer drinken dan de richtlijn adviseert</p> <p>Doel: Het zelfstandig terugbrengen van het alcoholgebruik tot onder de richtlijn</p> <p>Inhoud: Een multi-component interactieve zelfhulpinterventie. De interventie is gebaseerd op cognitief-gedragsmatige en self-control principes</p>	Alcoholgebruik: +/-	
Teleaccursus: Minder drinken? Doe het zelf!	<p>Doelgroep: Volwassenen die meer drinken dan de richtlijn adviseert</p> <p>Doel: Het zelfstandig terugbrengen van het alcoholgebruik naar laag-risicogebruik</p> <p>Inhoud: Vijf wekelijkse uitzendingen</p>	Alcoholgebruik: +++	<p>NL RCT (H): Negentig tv-kijkers kregen dvd's van de uitzendingen, voordat deze op tv verschenen. Ze gebruikten ook het Teleaccursusboek en de website 'minderdrinken.nl'. De controlegroep bestond uit 91 mensen die de uitzendingen later op tv bekeken. Vijf weken na de start van de interventie was het aantal deelnemers met drankgebruik onder de richtlijn 40% in de interventiegroep en 2% in de controlegroep. Het wekelijkse alcoholgebruik was met 16,6 glazen meer gedaald in de interventiegroep dan in de controlegroep. De effectgrootte d was 0,90. Dit effect was na drie maanden nog aanwezig (Kramer et al., 2009).</p>

1C: Leeflijn Overgewicht

Interventie	Omschrijving (doelgroep, interventiedoel en interventie-inhoud)	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van hoofddoelen en/of interventiedoelen (anders dan hoofddoelen): +++ (H); ++ (M); + (L); -; ?	Onderzoeksresultaten naar studietype, opgesplitst naar Nederlands en buitenlands onderzoek
<0 jaar			
Campagne: Borstvoeding verdient tijd	<p>Doelgroep: Zwangeren en pas bevallen vrouwen</p> <p>Doel: Stimuleren dat meer vrouwen langer borstvoeding geven</p> <p>Inhoud: Bieden van een platform voor activiteiten van borstvoedingsorganisaties en leveren van voorlichtingsmateriaal (Voedingscentrum, 2007a)</p>	<p>Vaker/langer borstvoeding: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): Het percentage zuigelingen dat op zes maanden nog uitsluitend borstvoeding krijgt, is na een stijging in de afgelopen jaren (6% in 1997, 19% in 1999 en 20% in 2005) in 2007 (n=2881) gedaald naar 13%. Het is niet bekend in hoeverre deze veranderingen aan de campagne toegeschreven kunnen worden (Lanting & Van Wouwe, 2007).</p>
Campagne: Hallo wereld	<p>Doelgroep: Zwangeren en pas bevallen vrouwen</p> <p>Doel: Internetvoorlichting bieden over een gezonde leefstijl</p> <p>Inhoud: Redactie van deskundigen vult een site met antwoorden op vragen, een kennisquiz en een nieuwsbrief</p>	<p>Meer kennis over gezonde leefstijl: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL procesevaluatie (L): Eén jaar na lancering (in 2007) is het gebruik van de site gemeten: er waren in dat jaar 13.946 bezoekers (circa 8% van de zwangeren) (Bot et al., 2009)</p>
0-1 jaar			
Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten JGZ (peiling melkvoeding)	<p>Doelgroep: JGZ en jonge ouders</p> <p>Doel: Monitoren melkvoeding eerste zes maanden</p> <p>Inhoud: Vragenlijst over o.a. melkvoeding via consultatiebureaus. De cijfers worden sinds 1996 bijgehouden door TNO.</p>	<p>Inzicht in prevalentie melkvoeding: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): In 2007 zijn er 2881 vragenlijsten ingevuld (respons 54%). Het percentage zuigelingen dat op zes maanden nog uitsluitend borstvoeding krijgt, is in de afgelopen jaren eerst gestegen en later weer gedaald (6% in 1997, 19% in 1999, 20% in 2005 en 13% in 2007). In 2007 startte 81% met borstvoeding; gemiddeld gaven vrouwen zes weken uitsluitend borstvoeding (Lanting & Van Wouwe, 2007).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
1-4 jaar			
Signaleren en adviseren tijdens contact-momenten JGZ	<p>Doelgroep: JGZ en jonge ouders</p> <p>Doel: Signaleren en benoemen normale en niet-normale ontwikkeling, zodat interventies tijdig kunnen worden ingezet</p> <p>Inhoud: Systematisch bijhouden lengte en gewicht in vergelijking met groeimontors naar leeftijd, geslacht (en etniciteit)</p>	<p>Vaststellen (ab)normale groei: ? (wel zeer aannemelijk)</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>BL review (H): In twee reviews is gezocht naar studies m.b.t. monitoring van kinderen in relatie tot overgewicht: geen studies gevonden (Panpanich & Garner, 2000; Westwood et al., 2007).</p> <p>BL observationeel (L): In Canada zijn 1.370 groeicurven onderzocht van kinderen tussen 2 en 6 jaar. Circa 30% had overgewicht of een hoog risico daarop (He & Sutton, 2004).</p>
4-12 jaar			
Lesprogramma: Jump-IN	<p>Doelgroep: Leerlingen van alle basisschoolgroepen, met name gericht op scholen met veel leerlingen met lage SES</p> <p>Doel: Sporten en bewegen stimuleren</p> <p>Inhoud: De instrumenten richten zich op persoonlijke- en omgevingsfactoren van het beweeggedrag van kinderen: metingen van BMI en motorische ontwikkeling, dagelijkse oefeningen in klas en werkboekjes 'Bewegen doe je zo'</p>	<p>Bewegen: - (op korte termijn voor groep 8: ++)</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel onderzoek (M): Na één jaar daalde het percentage kinderen dat voldeed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) in de controlegroep (n=139) van 63 naar 55%. De interventiegroep liet een stijging zien van 62 naar 64% met het grootste effect in groep 8: OR=4,33 (95% BI: 1,82-10,32). De kinderen in groep 8 van de interventiescholen (n=363) waren na één jaar 3,5 minuut per dag minder gaan bewegen, maar in de controlegroep was de daling met 26,5 minuten per week minder bewegen significant groter. Na twee jaar werden geen significante verschillen meer gevonden in groep 8. Dat gold ook voor groep 6 en 7 na één en twee jaar (Jurg et al., 2006b; Jurg et al., 2006a).</p>
Lesprogramma: Schoolgruiten	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen (en intermediairen: leerkrachten en ouders)</p> <p>Doel: Bevorderen van fruit- en groenteconsumptie en kennisvergroting</p> <p>Inhoud: Een voorlichtings- en stimuleringsprogramma met lesmateriaal, posters en een dvd. Er wordt tenminste twee keer per week fruit of knabbelgroente gegeten in de klas. Ouders worden actief betrokken</p>	<p>Kennis over voeding: ++ (alleen onder jongens)</p> <p>Voeding: ++</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na twee jaar was de fruitconsumptie onder interventieleerlingen (n=346) significant minder gedaald dan onder controleleerlingen (n=287): respectievelijk een daling van gemiddeld 1,74 naar 1,52 stuks per dag en van 1,73 naar 1,34 stuks per dag (een voor confounders gecorrigeerd verschil van 0,145 stuks per dag (95% BI: 0,004-0,286)). Jongens in de interventiegroep kenden de richtlijnen gezonde voeding vaker dan jongens in de controlegroep; dit gold niet voor meisjes.</p>

<p>Lesprogramma: Lekker fit!</p>	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen van groep 3 tot 8</p> <p>Doel: Het bevorderen van gezonde voeding en beweging en het vergroten van de kennis op dit gebied</p> <p>Inhoud: Lekker fit is een beknopte lesmethode over de thema's voeding, beweging en het maken van gezonde keuzes. Per groep bestaat het jaarprogramma uit vijf theorielessen en drie tot vijf praktijkopdrachten die zijn uit te breiden met twee Eurofit-tests. RCT: naast het lespakket drie keer per week gym op school en buitenschoolse beweegactiviteiten.</p>	<p>Uithoudingsvermogen: - <i>(+++ in het eerste jaar in middenbouw)</i></p> <p>Middelomtrek: - <i>(+++ in het eerste jaar in middenbouw: minder sterke stijging)</i></p> <p>Voeding: +++</p> <p>Gewicht: - <i>(+++ in het eerste jaar in middenbouw: minder sterke stijging)</i></p>	<p>NL RCT (H): Er waren metingen in 2006/2007 (Jansen, In press) en 2007/2008 (Meima, 2008). Interventiescholen (n=1149) deden in de schooljaren 2006/2007 en 2007/2008 mee, controlescholen (n=1267) alleen in 2007/2008. Onder interventieerlingen in de middenbouw groeide het percentage kinderen met overgewicht van 24,4% naar 25,7%; onder controleerlingen van 24,4% naar 28,7%; OR=0,53 (95% BI=0,36-0,78). In het eerste jaar is de toename in middelomtrek in de middenbouw onder de interventieerlingen statistisch significant minder groot dan onder de controleerlingen: een verschil van 1,29 cm (95% BI=0,42-2,16). Deze effecten bestonden in het tweede jaar echter niet meer. In de middenbouw zijn de interventieerlingen in het eerste jaar statistisch significant meer vooruitgegaan op de shuttle run test dan controleerlingen, in het tweede jaar zijn de controleerlingen juist meer vooruitgegaan. Onder leerlingen in de bovenbouw werden geen verschillen tussen de interventie- en controlegroep gevonden in gewicht, middelomtrek of uithoudingsvermogen. In het tweede jaar was het percentage kinderen dat minimaal twee stuks fruit per dag eet op de interventiescholen significant gestegen: meisjes van 69 naar 74% en jongens van 67 naar 70%. Op de controlescholen was er geen stijging.</p> <p>BL quasi-experimenteel (M): Van een vergelijkbaar Chileens lesprogramma wordt een toename van BMI onder controleerlingen gevonden (van 18,9 naar 19,2 kg/m²) bij een gelijkblijvende BMI onder interventieerlingen (19,5 kg/m²). In de interventiegroep daalt de middelomtrek van 67,4 naar 66,5 cm; in de controlegroep stijgt deze van 64,6 naar 65,5 cm. De score op de shuttle run test stijgt in de interventiegroep van 3,7 naar 5,0 en blijft in de controlegroep gelijk (4,0) (Kain et al., 2004).</p>
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
4-12 jaar			
Lesprogramma: Kies voor hart en sport	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen van groep 6, 7 en 8</p> <p>Doel: Stimuleren om in de vrije tijd deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten</p> <p>Inhoud: In zes tot zeven theorielessen wordt een relatie gelegd tussen gezondheid en bewegen, zowel op school, als bij sportverenigingen. Kinderen kunnen kiezen voor een intensieve kennismaking met sport in vijf tot zeven praktijklessen buiten school</p>	<p>Bewegen: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL procesevaluatie (L): Gedurende tien jaar is jaarlijks het bereik gemeten en daarnaast het percentage kinderen dat lid wordt van een sportvereniging. Gemiddeld wordt 11% van de deelnemende kinderen lid van een sportvereniging (Kies voor Hart en Sport, 2008).</p>
Lesprogramma: Groep 6 on the Move	<p>Doelgroep: Kinderen uit groep 6 van de basisschool</p> <p>Doel: Bewust maken van het belang van bewegen en gezonde voeding</p> <p>Inhoud: Lesprogramma over voeding en bewegen dat gedurende het gehele schooljaar één keer per twee weken wordt gegeven. Ouders, school en kinderen hebben een grote inbreng in de keuze van de activiteiten</p>	<p>Meer kennis over gezonde voeding: ++</p> <p>Meer kennis over bewegen: -</p> <p>Intentie tot gedragsverandering: -</p> <p>Bewegen: +</p> <p>Voeding: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel onderzoek (L): De resultaten van een vragenlijstonderzoek onder ouders (n onbekend) laten zien dat de groep kinderen die veel computert en tv kijkt, daalt van 26 naar 25% en de groep die dit weinig doet, stijgt van 6 naar 16%. Het percentage kinderen dat meer dan 3 uur per dag buiten speelt, stijgt van 73% naar 91%, in de controlegroep van 59% naar 80% (NB: de eerste meting was in de herfst of winter; de tweede in de zomer). Het percentage kinderen dat vijf tot zeven dagen per week fruit eet is toegenomen van 70% naar 76%. Voor light frisdrank geldt een stijging van 11% naar 17% en voor snoep eten een daling van 54% naar 48%. Er zijn geen resultaten vermeld voor de controlegroep (G6otm, 2007).</p> <p>NL quasi-experimenteel onderzoek (M): Zowel in de interventiegroep (n=674) als in de controlegroep (n=224) is de kennis over gezonde voeding significant verbeterd. De kennis over bewegen is gelijk gebleven. Het percentage kinderen dat van plan is om meer fruit te eten of meer te gaan bewegen is gelijk gebleven in beide groepen (met als voornaamste reden het nu al genoeg te doen) (Mérelle et al., 2009).</p>

<p>Lesprogramma: Junior Hartdag (JHD) / campagne: Heart Dance Award (HDA)</p>	<p>Doelgroep: Kinderen uit groep 7 en 8 van de basisschool Doel: Kennis verhogen en attitude/intentie verbeteren ten aanzien van bewegen, gezondheid Inhoud: JHD is een dag waarop leerlingen van alles te weten komen over de relatie tussen gezondheid en bewegen. JHD kan als introductie of afsluiting van HDA gebruikt worden. Onderdelen zijn een video, een tijdschrift, lesboekjes en een sportieve activiteit. HDA is een landelijke danswedstrijd georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting. Hierin staan de thema's gezonde voeding, bewegen en roken centraal. Er is een tijdschrift, website en tv-uitzendingen</p>	<p>Kennis: ++ Attitude: - Intentie: - Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Leerlingen die deelnamen aan JHD (n=305), HDA (n=315) of aan beide (n=196) scoren op kennis over bewegen en gezond eten bij de nameting significant hoger dan bij de voormeting, terwijl de scores van de leerlingen uit de controlegroep (n=232) gelijk zijn gebleven. Deelname aan JHD en/of HDA is niet van invloed op de attitude t.a.v bewegen en gezond eten noch op de intentie tot verbetering (De Weerd et al., 2002).</p>
<p>Campagne: Ga voor gezond</p>	<p>Doelgroep: Basisschooll leerlingen van groep 3 tot en met 8 Doel: Gezondheid en veiligheid op de basisschool agenderen en kinderen bewust maken van hun gezondheid Inhoud: Nationale scholencompetitie met vijf thema's: voeding, beweging, lichamelijke gezondheid, sociale omgeving en gezond en veilig schoolklimaat. Het start met een korte test voor kinderen, leraren en ouders. Scholen kunnen punten verdienen a.d.h.v. het aantal activiteiten dat ze organiseren</p>	<p>Kennis: + Agendering: + Gewicht: ?</p>	<p>NL procesevaluatie (L): Meer dan de helft van de ondervraagde directies/leerkrachten (n=170) en ook de ondervraagde leerlingen (n=455) vinden dat de interventie een positieve verandering in zowel kennis als gedrag teweeg heeft gebracht bij de leerlingen. Een kwart van de ondervraagde directies/leerkrachten is zeker van plan om gezondheid en welzijn een meer structureel karakter te geven in de lessen en het schoolbeleid (Martens et al., 2007).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
4-12 jaar			
De loopbus	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen</p> <p>Doel: Verbeterde gezondheid door meer bewegen en verbeterde verkeersveiligheid</p> <p>Inhoud: Een groep kinderen die onder begeleiding van ouders naar school loopt. Onderweg zijn er 'bushaltes' waarop andere kinderen aan kunnen haken</p>	<p>Verkeersveiligheid: ?</p> <p>Bewegen: ++</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): Het percentage kinderen dat te voet naar school komt, is onder 280 Haagse leerlingen gestegen: van 46% naar 47% zes weken later tot 49% 35 weken later. Het percentage naar school fietsende kinderen is afgenomen van 29% naar 21% tot 26%. Het percentage kinderen dat met de auto naar school wordt gebracht, verandert van 22% naar 28% tot 21% (Guikink & Kokshoorn, 2007).</p> <p>BL quasi-experimenteel (L): Het percentage kinderen dat te voet naar school gaat, is na de Amerikaanse Walking Bus (n=347) significant toegenomen van 20 naar 25%. In de controlegroep (n=473) is dit significant afgenomen van 15 naar 7%. Het percentage leerlingen dat met de auto of bus naar school gaat, blijft in beide groepen gelijk. Er zijn geen herhaalde metingen bij dezelfde personen (Mendoza et al., 2009).</p>
Kindlint	<p>Doelgroep: Kinderen van 2-12 jaar</p> <p>Doel: Meer beweging in de wijk, meer speelplezier en meer verkeersveiligheid</p> <p>Inhoud: Een verkeersveilige en speelvriendelijke route van gekleurde tegels waarlangs kinderen zelfstandig lopen</p>	<p>Verkeersveiligheid: +</p> <p>Bewegen: -</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): De resultaten van een enquête onder 39 kinderen voor de start van Kindlint in Amsterdam en 40 andere kinderen vier jaar later laten een kleine verschuiving in vervoerswijze zien: 20% versus 15% ging met de auto, 3% versus 0% met OV en 69% versus 65% lopend. Bij de voormeting zei 47% van de kinderen gevaarlijke punten tegen te komen; bij de nameting is dit 32% (Wassenberg & Milder, 2008).</p>
Verkeerssling	<p>Doelgroep: Basisschoolleerlingen, ouders, schoolpersoneel en gemeente</p> <p>Doel: Het terugdringen van het autogebruik in het woon-schoolverkeer</p> <p>Inhoud: Er is een themaweek rond verkeer waarin kinderen zoveel mogelijk fietsend of lopend naar school komen en een sticker krijgen. Deze worden op een spandoek met een verkeerssling geplakt</p>	<p>Verkeersveiligheid: +</p> <p>Bewegen: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): De resultaten van een enquête onder 448 ouders laten zien dat het percentage kinderen dat te voet naar school gaat, licht stijgt van 33% tijdens de voormeting naar 34% na afloop van de interventieweek. Het percentage kinderen dat op de fiets naar school gaat, is toegenomen van 37% naar 42%. Voor de auto is dit percentage afgenomen van 15 naar 9%. Deze effecten bleven behouden tijdens de nameting 4-6 weken later. 43% van de ouders vindt dat de schoolomgeving veiliger is geworden door de Verkeerssling (Wildenberg, 2009).</p>

<p>Scoren voor gezondheid</p>	<p>Doelgroep: Kinderen uit groep 6, 7 en 8 van de basisschool Doel: Kinderen bewust maken van het nut van een gezonde leefstijl. Einddoel: terugdringen overgewicht. Inhoud: Er komen in twintig weken gedurende één uur per keer vijf thema's aan de orde: sporten en bewegen is cool, elke dag ontbijt, gezond en veilig bewegen, gezonde voeding en lidmaatschap sportvereniging. Voetballers uit de eredivisie spelen een belangrijke rol.</p>	<p>Bewegen: ? Voeding: ? Gewicht: -</p>	<p>NL observationeel (L): Onder 680 leerlingen in het schooljaar 2006/2007 (De Vries et al., 2007) en 1058 leerlingen in het schooljaar 2007/2008 (Schermers et al., 2008) hebben geen significante veranderingen plaatsgevonden in het percentage kinderen met overgewicht: in 2006/2007 van 16,8 % naar 17,4% aan het eind; in 2007/2008 van 20,7% naar 19,4%. Het percentage kinderen dat voldoet aan de NNGB is in 2006/2007 significant gestegen van 82% naar 90%; in 2007/2008 is dit gedaald van 72% naar 68%. Het percentage kinderen dat meer dan één uur per week sport is significant toegenomen: in 2006/2007 van 60% naar 65% en in 2007/2008 van 89% naar 92%. Er zijn geen veranderingen in het percentage kinderen dat dagelijks ontbijt en voldoet aan de groente- en fruitnormen. Minder kinderen drinken drie of meer zoete dranken per dag en meer kinderen eten hooguit drie tussendoortjes. BL RCT: Er zijn geen veranderingen opgetreden in beweeggedrag. Groente- en fruitconsumptie is in de interventiegroep significant meer verbeterd dan in de controlegroep (van 2,3 naar 2,7 extra innamen per dag versus van 2,6 naar 2,4 extra innamen per dag) (Muth et al., 2008). BL RCT: Er waren geen veranderingen in het percentage kinderen met overgewicht. In de interventiegroep waren meer kinderen actief tijdens de pauze dan in de controlegroep: van 76% naar 91% versus van 80% naar 90%. Er waren geen effecten op voeding (Warren et al., 2003).</p>
<p>Communities in Beweging (CiB)</p>	<p>Doelgroep: Allochtonen, scholieren, mensen met een beperking of overgewicht Doel: Stimuleren tot een actieve leefstijl Inhoud: Er zijn zeven werkprincipes: sociale netwerken; participatie; plezier in bewegen; groepsproces; omgeving; intersectorale samenwerking en structurele inbedding. Er zijn beweegactiviteiten in groepsverband</p>	<p>Gewicht: ? Bewegen: +</p>	<p>NL cross-sectioneel (L): Onder 53 allochtone meiden, 15 allochtone vrouwen en 17 moeilijk lerende kinderen geeft 68% aan meer te bewegen dan voor de start van het programma. 51% sport langer en 82% heeft de intentie te blijven bewegen. 81% is zich bewust geworden van de voordelen van bewegen op gezondheid; 75% kent de NNGB; 62% weet beter waar ze in hun omgeving kunnen bewegen en 76% weet beter wat ze zelf kunnen doen aan bewegen (Hiemstra et al., 2007).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
4-12 jaar			
Cursus: Club Extra	<p>Doelgroep: Kinderen van 4-12 jaar met een motorische achterstand</p> <p>Doel: Het bevorderen van sportdeelname</p> <p>Inhoud: Een beweegprogramma met veel individuele aandacht. Indien mogelijk wordt doorgestroomd naar een reguliere sport</p>	<p>Lidmaatschap sportvereniging: -</p> <p>Bewegen: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Er is geen effect gevonden op het percentage kinderen dat lid is van een sportvereniging onder 85 deelnemers en 67 controlekinderen met een motorische achterstand (die niet deel wilden nemen aan de cursus): respectievelijk 52% en 59% van de interventiegroep was lid versus 52% en 66% van de controlegroep (De Vries et al., 2005).</p>
12-19 jaar			
Lesprogramma: Weet wat je eet	<p>Doelgroep: Leerlingen uit de onderbouw van het vmbo, havo en vwo</p> <p>Doel: Verbetering van de kennis m.b.t. gezond, veilig en bewust eten. Daarnaast inzicht in eigen voedingsgedrag</p> <p>Inhoud: Een digitaal lespakket bestaande uit zeven lessen over voeding, voedingsgedrag en bewegen en dertien keuzelessen over de betekenis van voeding. Er is een speciale site voor docenten, waarop ze vorderingen van leerlingen kunnen bijhouden</p>	<p>Inzicht in voedingsgedrag: +</p> <p>Kennis: +</p> <p>Voeding: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (L): In een evaluatie van de gebruikerskwaliteit (Robbe, 2008) wordt verwezen naar de resultaten van een quasi-experimentele studie (Basemans, 2002). Er wordt aangegeven dat er positieve significante effecten zijn ten aanzien van het vergroten van de kennis ($\alpha=0,00$), maar geen significante effecten bij aangeleerde vaardigheden ($\alpha=0,069$). Er zijn positieve effecten gerapporteerd met betrekking tot de eigen inschatting van het voedingsgedrag in relatie tot de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden. De positieve invloed is significant voor de productgroepen brood, groente, melk, vlees, vis en vocht en niet-significant voor aardappelen, fruit, kaas en vleeswaren</p>
Lesprogramma: Fruitdate	<p>Doelgroep: Middelbare scholieren</p> <p>Doel: De fruitconsumptie stimuleren</p> <p>Inhoud: Op fruit in de kantine zit een codesticker. Daarmee kan op fruitdate.nl een aantal vragen beantwoord worden. De computer koppelt de deelnemer aan drie scholieren met wie ze kunnen chatten, mailen en daten. Er is keuze uit een sportdate, chatdate of liefdesdate</p>	<p>Gewicht: ?</p> <p>Voeding: ?</p>	<p>NL observationeel (L): De resultaten onder veertig respondenten uit Den Haag laten zien dat het percentage dat 1-2 keer per week fruit koopt op school toeneemt van 40% vóór Fruitdate naar 53% tijdens Fruitdate. Voor 3-4 keer per week is deze stijging van 3% naar 22%. Het aantal gebruikers dat aangeeft nooit fruit te kopen op school daalt van 55% naar 24%. Eén van twee cateraars gaf aan dat er in de eerste week een verdubbeling in de fruitverkoop plaatsvond en dat de verkoop daarna nog steeds hoger bleef dan vóór Fruitdate. De andere cateraar meldde dat er niet meer fruit is verkocht (Fruitdate, 2006).</p>

<p>Lesprogramma: Krachtvoer</p>	<p>Doelgroep: Leerlingen uit de eerste twee groepen van het vmbo Doel: Eetgewoonten verbeteren Inhoud: Een lespakket over ontbijt, fruit en tussendoortjes. Het bestaat uit acht flexibele lessen binnen het vak biologie / verzorging of mens en natuur. Het pakket bevat lesmaterialen, een website, lunchtrommel en informatie voor ouders. Er wordt gewerkt met praktische en actieve werkvormen waarin leerlingen producten proeven en een gezond recept bereiden. Scholen kunnen begeleiding krijgen vanuit de GGD</p>	<p>Voeding: +++ Gewicht: ?</p>	<p>NL RCT (H): Kinderen uit de interventiescholen (n=781) eten drie maanden na de interventie significant vaker fruit dan leerlingen uit de controlescholen (n=469). In de interventiescholen treedt een stijging op van gemiddeld 0,91 keer per dag naar 1,10 keer per dag; in de interventiescholen is dit een stijging van 0,89 keer per dag naar 0,96. Dit betekent een gecorrigeerd verschil in stijging van 0,04 keer per dag. Er zijn geen effecten gevonden op het eten van vette snacks en ontbijten. In subgroep analyses blijken de leerlingen die op baseline het vaakst snacks eten minder te gaan eten door Krachtvoer, maar voor leerlingen die op baseline al weinig snacks eten heeft Krachtvoer juist een omgekeerd effect (Martens et al., 2008).</p>
<p>Campagne: Wateeten beweegik-bus</p>	<p>Doelgroep: Iedereen vanaf 12 jaar en intermediairen, zoals sportservicepunten, gemeenten, bedrijven, GGD'en en welzijnsorganisaties Doel: Bevorderen landelijk-regionale samenwerking op het gebied van overgewicht en bekendheid met landelijke campagnes en hun boodschappen Inhoud: Onderdeel van de campagnes 'Gezond Gewicht' en '30 minuten bewegen' die wordt ingezet bij lokale evenementen, bedrijven of scholen. Bezoekers van de bus krijgen na het maken van een test een persoonlijk advies-op-maat en kunnen daarnaast meer informatie krijgen over gezond eten en bewegen</p>	<p>Kennis over campagneboodschappen: + Voeding: - Bewegen: - Gewicht: ?</p>	<p>NL observationeel (L): Onder deelnemers aan een enquête (n=79) vóór het bezoek aan de bus (T1), direct na afloop (T2) en vier weken daarna (T3) is de kennis over de campagneboodschappen (Schijf van vijf, Bewegnorm en Energiebalans) toegenomen. Meer dan de helft van de respondenten heeft geen verandering in fase van gedragsverandering doorgemaakt. Voor het gedrag 'voldoende bewegen' is er bij 66% geen verandering opgetreden in fase van gedragsverandering; 1% is 'achteruitgegaan' en 13% is 'voortuitgegaan'. Voor gezond eten zijn deze percentages respectievelijk 69%, 15% en 16% (Grobbe, 2008).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
12-19 jaar			
Automaten-project	<p>Doelgroep: Middelbare scholieren</p> <p>Doel: Een afname van calorierijke snacks en frisdrank uit automaten op scholen</p> <p>Inhoud: Voedingslessen en een aanpassing van de automaten: meer laag-caloriehoudende producten (fase 1), labels met productinformatie (fase 2) en verlagen prijs caloriearme producten (fase 3)</p>	<p>Voeding: +++</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL RCT (H): In dertien experimentele middelbare scholen worden meer matig-caloriehoudende snacks verkocht dan in zestien controlescholen. In fase 1, 2 en 3 is respectievelijk 44%, 45% en 47% van de verkochte snacks matig-caloriehoudend; in de controlegroep is dit 20%, 18% en 20%. In de experimentele groep worden meer laag-caloriehoudende frisdranken verkocht dan in de controlegroep: respectievelijk 38%, 37% en 42% versus 22%, 26% en 27%. Het invoeren van labels of prijsreductie levert geen significant extra effect op (Kocken et al., In press).</p>
Cursus: Real fit	<p>Doelgroep: Jongeren 13-18 jaar met overgewicht</p> <p>Doel: Stabilisatie of afname gewicht.</p> <p>Subdoelen: actieve en gezonde levensstijl, verbeterde zelfwaardering en grotere fitheid</p> <p>Inhoud: GGD-cursus met een multidisciplinaire aanpak. De groepscursus duurt twaalf weken en omvat twaalf groepsbewegingslessen in een fitnesscentrum, voedingsadvies in groepsverband en individueel en tien groepsessies gedragstherapie. Daarnaast zijn er twee ouderavonden</p>	<p>Zelfwaardering: ?</p> <p>Fitheid: ?</p> <p>Gewicht: +++</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Onder 32 jongeren was de BMI na de cursus significant gedaald van 29,2 naar 28,3 kg/m²; vijf maanden later was dit 28,9 kg/m². Er zijn geen veranderingen in sport of vetpercentage; het uithoudingsvermogen is verbeterd (Slinger et al., In press).</p> <p>NL observationeel (L): Onder 17 deelnemers is de BMI na de cursus significant afgenomen met gemiddeld 1,39 kg/m². Ook de som van de huidplooiën, vetpercentage en heupomtrek zijn significant afgenomen. Er zijn geen veranderingen in fitheid volgens de steptest (Croezen, 2005).</p> <p>NL observationeel (L): In een onderzoek onder vier groepen (een wachtlijst- (n=12), standaard- (n=11), psychologie- (n=12) en communicatiegroep (n=14)) wordt een significant verschil in BMI gevonden tussen de psychologie- en wachtlijstgroep: gedaald van 28,7 naar 27,3 kg/m² versus gelijk gebleven op 28,6 kg/m². Zelfwaardering steeg significant meer in de standaard- dan in de wachtlijstgroep, maar niet in de psychologie- en communicatiegroep (Mulken et al., In press).</p> <p>BL meta-analyse (H): RCT's van gecombineerde leefstijlinterventies voor jongeren met overgewicht leveren een gepoold significant verschil van respectievelijk -3,04 kg/m² na zes maanden (4 RCT'S) of van -3,27 kg/m² na twaalf maanden (2 RCT's) op (Oude Luttikhuis et al., 2009).</p>

<p>Victory Camp (VC) / Real Victory (RV)</p>	<p>Doelgroep: Jongeren van 11-18 jaar met overgewicht</p> <p>Doel: Het bewerkstelligen van een gezond beweeg- en voedingspatroon, het verhogen van zelfvertrouwen en kwaliteit van leven en uiteindelijk overgewicht verminderen of stabiliseren</p> <p>Inhoud: VC is zomerkamp met sportieve activiteiten, gezond eten en groeps gesprekken. Halverwege draaien ouders een dag mee. Deelnemers krijgen na afloop een map mee, kunnen chatten en ontvangen een maandelijkse nieuwsbrief. RV is een nazorgprogramma gedurende negen maanden. Het bevat sport- en spelactiviteiten en begeleiding door een diëtist en psycholoog</p>	<p>Zelfvertrouwen: +</p> <p>Kwaliteit van leven: +</p> <p>Bewegen: -</p> <p>Voeding: +</p> <p>Gewicht: +</p>	<p>NL observationeel (L): Onder 64 deelnemers is 33% van de deelnemers een jaar na VC in een gunstigere BMI-categorie dan voorafgaand aan VC (van obesitas naar overgewicht of van overgewicht naar normaal gewicht). Het percentage jongeren dat elke dag ontbijt neemt significant toe van 68% naar 75% een jaar later. Het percentage dat elke dag fruit eet, is significant toegenomen van 40% naar 52% een half jaar later naar 48% een jaar later. Het percentage dat light frisdrank drinkt, blijft stabiel; het percentage dat vier of meer dagen per week snackt, neemt af (significantie onbekend). Het percentage dat elke dag minimaal een uur actief is, neemt toe van 31% naar 33% een half jaar later naar 36% een jaar later (significantie onbekend). Er zijn geen veranderingen in activiteitscategorie (inactief, semi-inactief of normactief). Een jaar na VC is er op meerdere 'kwaliteit van levenschalen' een significant hogere score. Het zelfbeeld nam significant toe over alle meetmomenten heen. Aan RV hebben in totaal zestien jongeren meegedaan. Er waren geen verschillen in BMI een half jaar en een jaar na Victory Camp (Bruil et al., 2006).</p>
25-55 jaar			
<p>Campagne: Gezond gewicht</p>	<p>Doelgroep: Volwassenen (20-55 jaar met een BMI $\leq 28\text{kg/m}^2$)</p> <p>Doel: Meer Nederlanders kennen en gebruiken het begrip energiebalans (en Schijf van Vijf, beweegnorm en Balansdag). Ultieme doel: het aantal Nederlanders met een gezond gewicht te stabiliseren</p> <p>Inhoud: De energiebalans staat centraal. Campagneonderdelen zijn: actieplannen, 'Gezond gewicht coach', nieuwsbrieven en tests via internet</p>	<p>Meer Nederlanders kennen energiebalans: +</p> <p>Positieve houding t.a.v. minder eten: +++</p> <p>Intentie tot minder eten: +++</p> <p>Voeding: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observationeel (L): Een voorgaande campagne 'Balansdag' is onderzocht met elf telefonische surveys (n=483-493 voor elke survey). Er was geen significante verandering in zelfgerapporteerde BMI. Bekendheid met de campagne was 61% na de eerste campagneboost en 88% na de elfde boost (Wammes et al., 2007).</p> <p>NL RCT (H): 'Balansdag' is onderzocht in een groep die schriftelijke informatie kreeg (286), een groep die radiospotjes kreeg aangeboden (n=289) en een controlegroep (n=282). De campagne leidde tot gunstiger scores op attitudevragen t.a.v. minder eten (attitude t.a.v. beperken calorieën is 0,31 en 0,32 voor de interventiegroepen en 0,07 voor de controlegroep). De interventiegroepen scoorden tevens hoger op vragen over de intentie minder te gaan eten (Wammes et al., 2006).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
25-55 jaar			
Campagne: 30 minuten bewegen	<p>Doelgroep: Alle Nederlanders (specifieke groepen: kinderen, vmbo, 50+, chronisch zieken en werknemers)</p> <p>Doel: Bewustwording beweegnorm en meer Nederlanders voldoen aan de NNGB</p> <p>Inhoud: Campagne met radio- en tv-spots, posters, folders, kleding en stappentellers. Lunchwandelen, Dubbel30 Energy Tour, Wateetenbeweegikbus, Beweegmaatje.nl en 'Nederland in beweging' horen bij campagne</p>	<p>Meer bekendheid met de beweegnorm: ?</p> <p>Meer Nederlanders voldoen aan de NNGB: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL cross-sectioneel (L): Op basis van een enquête blijkt dat de campagne in 2008 bij 48%-56% bekend is. De bekendheid met de NNGB ligt in 2008 op 32%. Het doel voor 2008 (35%) was dus net niet gehaald (NISB, 2008).</p>
Campagne: Kijk op diabetes	<p>Doelgroep: Volwassenen met risicofactor(en): 45+, overgewicht, lage SES, allochtonen, ook professionals/intermediairen</p> <p>Doel: Vroegtijdig opsporen van risicogroepen en mensen met (pre)diabetes</p> <p>Inhoud: Campagneonderdelen zijn o.a. de Diabetes Risicotest en Leefgezondcoach en lokale activiteiten</p>	<p>Opsporen risicogroepen: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL cross-sectioneel (L): De Diabetes Risicotest is door 200.550 mensen ingevuld, van wie 36% 45+ was en/of overgewicht had. Uit gegevens van 645 autochtonen en 266 allochtonen bleek 2,5% van de autochtonen en 14% van de allochtonen de huisarts te bezoeken voor aanvullende diagnostiek. Van de allochtonen gaf 7% aan dat is ontdekt dat ze diabetes hadden; van de autochtonen is dit niet bekend. Er wordt geschat dat in totaal ongeveer 27.000 mensen met (pre)diabetes zijn opgespoord (13% van 200.550) (De Weerd et al., 2007).</p>
Campagne: Bewegen op recept (BOR)	<p>Doelgroep: Huisartspatiënten (18-65 jaar) met overgewicht, diabetes, bewegingsarmoede, rugklachten of spanningsklachten</p> <p>Doel: Bevorderen van lichamelijke activiteit</p> <p>Inhoud: Huisarts schrijft recept 'meer bewegen' voor</p>	<p>Alleen BOR:</p> <p>Bewegen: ?</p> <p>Gewicht: -</p> <p>BOR in combinatie met een dieetelement:</p> <p>Bewegen:</p> <p>Gewicht: +++</p>	<p>NL observationeel (L): Vragenlijst voor en na tien weken BOR (n=130). 43% van de deelnemers is meer gaan bewegen, 55% minder en 2% is gelijk gebleven. Er was geen significante afname van BMI. Gezondheid wordt positiever beoordeeld (van 5,4 naar 5,8) (Schmidt et al., 2006).</p> <p>BL 3 reviews (H): geen effect van BOR op gewicht of BMI; wisselende resultaten m.b.t. bewegen (Morgan, 2005; Williams et al., 2007; Hudon, 2008)</p> <p>NL review (H): BOR met dieetelement ('Beweegkuur') leidt na één jaar tot 2 - 6,5 kg gewichtsverlies en een toename van 20 - 40 min. per week bewegen (Bemelmans et al., 2008).</p>

<p>Campagne: Lunchwandelen</p>	<p>Doelgroep: Werknemers Doel: Een half uur per dag tijdens de lunchpauze wandelen (voldoen aan de NNGB) Inhoud: Een deelcampagne van '30minutenbewegen' met een website, handboek (The & Hendriksen, 2008) en filmpje. (In een evaluatie door TNO (De Kraker et al., 2005; Simons et al., In press) was er een bedrijfsgerichte campagne met postermateriaal, ludieke acties en een lunchwandelcoördinator).</p>	<p>Voldoen aan NNGB: - Bewegen: ++ Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Voor en na de één jaar durende campagne is een vragenlijst rondgestuurd in twee interventiebedrijven en twee controlebedrijven. In de interventiegroep (n=36) is het percentage werknemers dat duurzaam minimaal 1 keer week wandelt sterker gestegen dan in de controlegroep (n=38): respectievelijk van 52% naar 71% en van 39% naar 47%. Het gemiddeld aantal wandelingen per week nam in de interventiegroep ook meer toe dan in de controlegroep (respectievelijk van 3,9 naar 4,7 en van 2,9 naar 3,9 keer per week), maar dit verschil was niet statistisch significant. Er was geen effect op het aantal werknemers dat de NNGB haalt. Wel neemt het aantal werknemers dat tenminste 1 keer in de week sport in de interventiegroep toe, terwijl dat in de controlegroep niet gebeurt (p verschil 0.04). NL observationeel (L): In een vervolgstudie is het effect van een zeven weken durende herhaalcampagne onderzocht. Dit had geen invloed op het wandelgedrag. Voor de campagne wandelde 32% minimaal één keer per week tijdens de lunch en 8% minimaal vier keer; na de campagne was dit 30% en 10%. De gemiddelde duur van de lunchwandeling is ook niet veranderd (Simons et al., In press).</p>
<p>Campagne: Gezond gewicht assistent</p>	<p>Doelgroep: Volwassenen (20-55 jaar met een BMI $\leq 28 \text{kg/m}^2$) Doel: Inzicht krijgen in voedings- en beweeggedrag en een gezondere levensstijl krijgen Inhoud: Dit is een onderdeel van de campagne 'Gezond gewicht'. De deelcampagne bestaat uit een eet-, beweeg- en emotietest. De antwoorden op vragen zijn zo veel mogelijk op de persoon toegespitst en er worden haalbare doelen gesteld</p>	<p>Inzicht in gedrag: ? Voeding: ? Bewegen: ? Intensief advies-op-maat voor mensen met overgewicht: Gewicht: +++</p>	<p>NL review (H): In een overzichtsrapport van de UT wordt o.b.v. de resultaten van 5 RCT's geconcludeerd dat intensief internetadvies-op-maat tot gewichtsverlies leidt voor mensen met overgewicht (Nijland en Verhoeven, 2007). BL reviews (H): In buitenlandse reviews van gedeeltelijk dezelfde RCT's wordt dezelfde conclusie getrokken (tussen 1 en 9 kg gewichtsvermindering) (Saperstein et al., 2007; Weinstein, 2006).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoeksresultaten
25-55 jaar			
Balansdag op het werk	<p>Doelgroep: Werknemers</p> <p>Doel: Gezonde leefstijl op het werk bevorderen</p> <p>Inhoud: Een doelgroepspecifiek onderdeel van de campagne 'Gezond gewicht' met o.a. een handleiding, folders, BMI-kaarten, taillelinten, posters en een voetstapsticker. In de handleiding staan activiteiten die georganiseerd kunnen worden zoals samen met een werkgroep de gezonde keuze in de kantine gemakkelijker maken</p>	<p>Intentie tot gedragsverandering: -</p> <p>Gezondere leefstijl: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL Procesevaluatie (L): Resultaten uit de nulmeting in vier bedrijven (n=1432) laten zien dat de intentie om te compenseren door minder te eten en/of meer te bewegen onder veel respondenten hoog is (voor twee bedrijven is geëxpliciteerd in 'meer dan de helft' respectievelijk 'meer dan 70% van de respondenten'; voor de andere bedrijven worden geen aantallen genoemd). Resultaten uit de nameting na tien maanden in één bedrijf (n=323) laten zien dat werknemers niet méér of beter zijn gaan compenseren dan voor de campagne (geen cijfers gerapporteerd) (Visser et al., 2006).</p>
Groeps cursus: Goede voeding hoeft niet veel te kosten	<p>Doelgroep: Volwassenen met een lage sociaaleconomische status (en problematische schulden)</p> <p>Doel: Met een beperkt budget gezond eten</p> <p>Inhoud: De groeps cursus (zes tot twaalf deelnemers) wordt gegeven als onderdeel van een verplichte budgetteringscursus "Rondkomen met inkomen". Een diëtiste geeft gedurende 2,5 uur informatie over gezonde voeding in het algemeen en over goedkope en gezonde voeding. Daarnaast krijgen de cursisten een één uur durende rondleiding in een plaatselijke supermarkt, waarin o.a. uitleg gegeven wordt over het lezen van etiketten en het vergelijken van prijs en kwaliteit</p>	<p>Voeding: ++</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Er is een vergelijking gemaakt tussen een interventiegroep (n=35) en een wachtlijstgroep (n=39). In de maand voorafgaand aan de cursus en een maand na de cursus kregen deelnemers drie maal een telefonische enquête over voedingsgedrag. In de interventiegroep was de inname van verzadigde vetzuren gedaald (-2,40 gr), terwijl dit in de controlegroep iets gestegen was (+0,95 gr) (significant verschil tussen groepen). De daling in de consumptie van vruchtensappen was in de interventiegroep significant minder groot (-0,14 gr) dan in de controlegroep (-0,30 gr). Er werden geen veranderingen in groente- en fruitconsumptie en energie-inname gevonden (Van Assema et al., 2005).</p>

55+ jaar			
<p>Campagne: NIB-tv (Nederland in Beweging)</p>	<p>Doelgroep: alle volwassenen, maar met name 55-plussers</p> <p>Doel: Meer mensen in beweging krijgen</p> <p>Inhoud: Dagelijks ochtendprogramma op tv bestaande uit eenvoudige oefeningen, wetenswaardigheden en tips. Een sportfysiotherapeut en een docente lichamelijke opvoeding doen de oefeningen voor. Kijkers kunnen actief mee doen</p>	<p>Bewegen: ?</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel onderzoek (L): In een random steekproef onder 362 mensen werden telefonische interviews gehouden vlak voor de start van het programma en zeven maanden daarna nogmaals. BMI of gewicht zijn niet gemeten. Onderverdeeld naar fase van gedragsverandering werd van de groep die op baseline in de precontemplatiefase zat 13% meer actief. Van de mensen in de contemplatiefase en preparatiefase was dit elk 24%. Van de mensen in de actiefase was dit 26%. Van de mensen in de behoudfase werd 14% een beetje meer actief, maar ook 14% werd minder actief (Hopman-Rock et al., 2005).</p>
<p>Cursus: Gezond en Vitaal</p>	<p>Doelgroep: Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen</p> <p>Doel: Een gezonde leefstijl en langdurige zelfstandigheid stimuleren</p> <p>Inhoud: De cursus bestaat uit gezondheidsvoorlichting en fysieke oefeningen op en bij een stoel. Thema's die aan bod komen, zijn onder andere: ouder worden, samen of alleen, medicijngebruik, vergeetachtigheid, depressie, veiligheid in en om huis, hulpmiddelen, zelfstandig wonen en bewegen</p>	<p>Meer kennis over gezondheid: ++</p> <p>Bewegen: +</p> <p>Gewicht: -</p>	<p>NL RCT (M): Aan het begin en het eind van het programma werden 25 deelnemers en 25 mensen op de wachtlijst geïnterviewd; BMI werd gemeten. Er zijn geen significante verschillen gevonden in BMI (nam in beide groepen af) noch in zelfgerapporteerd bewegen. De kennisscore met betrekking tot gezondheid (0-20) nam in de interventiegroep significant meer toe dan in de controlegroep (van 9,7 naar 11,3 versus van 10,6 naar 10,3) (Hopman-Rock & Westhoff, 2002a).</p> <p>NL quasi-experimenteel (L): Binnen dezelfde studie zijn 193 deelnemers vier tot zes maanden na afloop van het programma vergeleken met een controlegroep die later start met het programma. De sportscore was voor beide groepen significant gestegen van 2,6 naar 4,6 (Hopman-Rock & Westhoff, 2002a).</p>
<p>Campagne: Halt! u Valt</p>	<p>Doelgroep: Ouderen</p> <p>Doel: Valpreventie</p> <p>Inhoud: Een methodiek voor het aanpakken van meerdere risicofactoren voor vallen met handboeken, training, opbouw van een netwerk, digitale ondersteuning, een nieuwsbrief, een telefonische helpdesk en consultancy</p>	<p>Bewustwording met betrekking tot valpreventie: +</p> <p>Gedragsverandering met betrekking tot valpreventie: +</p> <p>Bewegen: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL cross-sectioneel (L): In een bereikmeting onder ouderen in vier gemeenten (Segbroek (n=372), Haagse Hout (n=372), Arnhem: n=157 en Menaldumadeel: n=210) geeft 63 tot 88% aan zich meer bewust te zijn van het feit dat zij zelf aan valpreventie kunnen werken. Gedragsveranderingen om de kans op een val te verkleinen werden gemeld door 53% tot 78%. 10% tot 39% geeft aan in het afgelopen jaar meer te zijn gaan bewegen. Gewicht is niet gemeten (Van Marle, 2006a; Van Marle, 2006b; Van Marle, 2006c).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
55+ jaar			
GALM (Groninger Actief Leven Model)	<p>Doelgroep: Senioren die onvoldoende bewegen</p> <p>Doel: Het stimuleren van lichamelijke activiteit en plezier in bewegen</p> <p>Inhoud: Een bewegingsstimuleringsmethode. Lokale projecten bestaan uit zeven stappen: het benaderen van de doelgroep, een fittest, een introductieprogramma van twaalf weken, evaluatie en advies, een vervolgprogramma van dertig weken, een fittest en bewegingscontinuering</p>	<p>Energiegebruik tijdens bewegen: -</p> <p>Uithoudingsvermogen: ?</p> <p>Vetpercentage: -</p> <p>Gewicht: -</p>	<p>NL RCT (M): De interventiegroep kreeg twee series van vijftien beweeglessen en de controlegroep (n=102) kreeg één serie (na zes maanden op de wachtlijst te hebben gestaan). Er waren follow-up metingen na zes, twaalf en achttien maanden. Na zes en twaalf maanden zijn er geen verschillen in BMI of vetpercentage tussen de groepen. Het energiegebruik tijdens bewegen was in beide groepen toegenomen, niet significant verschillend tussen de groepen. Na achttien maanden is de hartslag onder deelnemers afgenomen, maar niet statistisch significant (De Jong et al., 2007; De Jong et al., 2006).</p> <p>BL review (H): Van vier RCT's vindt één RCT een positief effect op loopafstand (+ 6 minuten) en één vindt een effect op VO2max. De andere twee vinden geen effect in loopafstand (Baker et al., 2007).</p>
SMALL (Stimulerings Model voor een Actief Leven door middel van Leefstijl-activiteiten)	<p>Doelgroep: Senioren uit kleine gemeenten die onvoldoende bewegen</p> <p>Doel: Het stimuleren van lichamelijke activiteit en plezier in bewegen</p> <p>Inhoud: Een variant op GALM voor kleine gemeenten, waarbij de nadruk ligt op lichamelijke activiteiten in het dagelijks leven. De cursus bestaat uit groepsactiviteiten, counseling en een stappenteller. In een vervolgprogramma worden deelnemers gedurende acht maanden verder begeleid bij het uitbreiden en vasthouden van hun actieve leefstijl</p>	<p>Bewegen: +++</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): In een pilotonderzoek onder 132 deelnemers zijn gegevens van stappentellers uitgelezen voor de interventie en vijf weken later. De gemiddelde toename in aantal stappen bij de deelnemers bedraagt 33% (van gem. 6727 naar 8951). Dit komt neer op ongeveer 22 minuten per dag (De Greef et al., 2008).</p> <p>BL RCT (H): In een met SMALL vergelijkbare interventie is het aantal stappen na afloop van de interventie (na elf maanden) en op de lange termijn (na 23 maanden) gemeten. Het aantal stappen is in de interventiegroep statistisch significant meer gestegen dan in de controlegroep, hoewel in de interventiegroep weer een lichte daling na 23 maanden was opgetreden: resp. van 6,8 naar 8,7 naar 7,7 *1000 stappen per dag en van 7,7 naar 7,5 naar 7,7 *1000 stappen per dag (Opdenacker et al., 2008).</p>
SCALA	<p>Doelgroep: Senioren met een chronische aandoening en/of lichamelijke handicap</p> <p>Doel: (Opnieuw) sportief worden en blijven</p> <p>Inhoud: De methode is gelijk aan GALM</p>	<p>Bewegen: +</p> <p>Gewicht: ?</p>	<p>NL observatieel (L): 31 deelnemers hebben voor en na de beweeginterventie een vragenlijst ingevuld. De (zelfgerapporteerde) wandelafstand van de deelnemers is toegenomen van gemiddeld 441 naar 470 meter (effectgrootte 0,38) (Dijkstra et al.).</p>

1D: Leeflijn Depressiepreventie

Interventie	Omschrijving (doelgroep, interventiedoel en interventie-inhoud)	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van hoofddoelen en/of interventiedoelen (anders dan hoofddoelen): +++ (H); ++ (M); + (L); -; ?	Onderzoeksresultaten naar studietype, opgesplitst naar Nederlands en buitenlands onderzoek
Kinderen / jongeren / jongvolwassenen			
Moeder-baby-interventie	<p>Doelgroep: Moeders/ouders met psychische problemen met kinderen tot één jaar oud</p> <p>Doel: Hechting tussen moeder en kind verbeteren, ontwikkelingsproblemen voorkomen</p> <p>Inhoud: Huisbezoeken waarin ondersteuning wordt geboden in de communicatie tussen moeder en kind. Er is aandacht voor versterking van de sensitiviteit en responsiviteit van de moeder</p>	<p>Hechting: +++</p> <p>Moeder-kind interactie: +++</p> <p>Ontwikkelingsproblemen: +/-</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): De interventie leidt tot verbetering van de moeder-kind-interactie. Dit is aangetoond in een Nederlandse RCT waarin 35 depressieve moeders die de interventie ondergingen zes maanden nadien vergeleken werden met een controlegroep. De kinderen uit de interventiegroep waren ook veiliger gehecht. Het sociaalemotioneel functioneren van de kinderen in de interventiegroep ging op het merendeel van de domeinen niet vooruit, maar op het onderdeel sociaalemotionele competentie wel. Deze laatste twee uitkomstmaten zijn echter niet op baseline gemeten (Van Doesum et al., 2008).</p>
Psycho-educatieve gezins-interventie	<p>Doelgroep: Gezinnen waarin een of beide ouders een ernstig psychisch probleem hebben met een kind tussen 8-14 jaar</p> <p>Doel: Voorkomen van psychische problemen bij de kinderen</p> <p>Inhoud: Gezinscursus ter ondersteuning van de communicatie in het gezin en verhoging van de veerkracht van de kinderen. Er wordt gewerkt aan begrip voor de ziekte en informatie verstrekt over depressieve voortekenen bij kinderen</p>	<p>Begrip voor ouders: +++</p> <p>Kindgerelateerd gedrag van ouders: +++</p> <p>Attitude van ouders: +++</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>BL RCT (H): Een Amerikaanse trial waarin de interventie vergeleken wordt met twee informatiebijeenkomsten voor ouders, laat zien dat ouders in de interventiegroep na dertig maanden meer verandering in kindgerelateerd gedrag en attitude rapporteren (ES=1,2). In beide groepen hadden de kinderen meer begrip voor de ziekte van de ouder(s), en minder internaliserende symptomen. De attitudeverandering van de ouders was gecorreleerd aan die van de kinderen (Beardslee et al., 2003). Na 54 maanden rapporteerden de ouders in de interventiegroep nog steeds meer verandering in kindgerelateerd gedrag en attitude dan de ouders in de controlegroep (ES=0,8). De kinderen in de interventiegroep lieten nu ook een grotere verbetering van het begrip voor de ziekte van de ouders zien (ES=0,3) (Beardslee et al., 2007).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
Kinderen / jongeren / jongvolwassenen			
Het Vrienden-programma	<p>Doelgroep: Jongeren (8-16 jaar) al dan niet met angst- of depressieklachten</p> <p>Doel: Het voorkomen en behandelen van angst- en depressiestoornissen</p> <p>Inhoud: Groepsprogramma met aandacht voor het versterken van de emotionele veerkracht en het zelfvertrouwen. Daarnaast worden probleemoplossende vaardigheden opgebouwd. Er is ook een vieraal ouderbijeenkomsten</p>	<p>Verhoogd risico op angst- of depressiestoornis: +++</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>BL RCT (H): Van de kinderen met op baseline een angst- of depressiestoornis of symptomen daarvan, ontwikkelde in de interventiegroep 85% geen stoornis na twaalf maanden, t.o.v. van 31% in de controlegroep (Lowry-Webster et al., 2003). Na 36 maanden heeft 12% van de kinderen een verhoogde score op angst of depressie t.o.v. 31% in de controlegroep (Barrett et al., 2006).</p>
Lesprogramma: Leefstijl	<p>Doelgroep: Leerlingen tussen 12-18 jaar</p> <p>Doel: Ontwikkeling tot sociaal vaardige, betrokken en zelfstandige volwassenen bevorderen en daarmee voorkomen van ongewenst gedrag</p> <p>Inhoud: Het programma besteedt aandacht aan het stimuleren van een gezonde ontwikkeling, het voorkomen van ongewenst gedrag en het versterken van sociale en emotionele vaardigheden</p>	<p>Middelengebruik: +/-</p> <p>Intentie tot middelengebruik: -</p> <p>Gevoel om nee te kunnen zeggen: +/-</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>BL RCT (H): In een RCT werd aangetoond dat één jaar na afloop van het interventiejaar het middelengebruik voor roken, alcohol en overige middelen niet minder was dan in de controlegroep. De kinderen blowden wel iets minder (11% versus 14%, 30-dagen-prevalentie). Ook de intenties voor toekomstig middelengebruik waren niet significant verschillend tussen de beide groepen. Het gevoel om nee te kunnen zeggen was voor alcohol en blowen groter in de interventiegroep, maar voor roken en overige middelen niet (Eisen et al., 2003).</p>
Lesprogramma: Levensvaardigheden	<p>Doelgroep: Middelbare scholieren</p> <p>Doel: Aanleren, ontwikkelen en behouden van sociale en emotionele vaardigheden</p> <p>Inhoud: Lesprogramma gericht op het aanleren van sociale, emotionele en morele vaardigheden. Er is aandacht voor een gezonde psychosociale ontwikkeling en het voorkomen van probleemgedrag, in het bijzonder leren omgaan met conflictsituaties</p>	<p>Sociaalemotionele vaardigheden: +/-</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): 311 kinderen in de experimentele groep scoorden gemiddeld beter op self-efficacy, zelfwaardering, intentie om sociaalemotionele vaardigheden in te zetten, spanning om negatieve emoties te uiten, en relatie met klasgenoten dan de 437 kinderen uit de controleklassen. Er was geen effect op het uiten van negatieve emoties en relatie met leerkrachten (Gravesteyn et al., 2004).</p>

<p>Groeps cursus: Stemming- makerij</p>	<p>Doelgroep: Jongeren tussen 15-19 jaar met lichte depressieklachten Doel: Meer controle over gedachten, gevoelens en gedrag; daarmee de kans op depressieklachten en depressie verminderen Inhoud: Groeps cursus waarin probleemoplossen, positief denken en sociale steun worden aangeleerd. Na acht bijeenkomsten en één ouderbijeenkomst is er een terugkombijeenkomst</p>	<p>Vaardigheden: +/- Depressieklachten: ++ Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): 74 scholieren in de experimentele groep hadden gemiddeld minder depressieklachten, betere sociale en cognitieve vaardigheden en meer zelfwaardering dan de tachtig scholieren in de vergelijkingsgroep. Er was geen effect op probleemoplossende vaardigheden (Ruiter, 1997).</p>
<p>Groeps cursus: Grip op je dip</p>	<p>Doelgroep: Jongeren tussen 16-25 jaar met depressieklachten Doel: Verminderen depressieklachten Inhoud: Cursuselementen zijn het vergroten van het inzicht in depressieklachten, versterken van sociale en emotionele vaardigheden en verhogen van plezierige activiteiten</p>	<p>Depressieklachten: - Depressie-incidentie: +++</p>	<p>BL RCT (H): 76 jongeren met depressieklachten kregen de Amerikaanse variant van de cursus 'Coping with depression', 74 jongeren in de controlegroep kregen usual care. Na twaalf maanden was de incidentie van depressie of dystymie 15% in de interventiegroep t.o.v. 26% in de controlegroep (Clarke et al., 1995). BL RCT (H): In een andere RCT van dezelfde onderzoekgroep had 8% na twaalf maanden een depressieve stoornis ontwikkeld (n=45) t.o.v. 25% in de controlegroep (n=49). Na 24 maanden was dit niet meer statistisch significant (Clarke et al., 2001).</p>
<p>Internet cursus: Grip op je dip online</p>	<p>Doelgroep: Jongeren tussen 16-25 jaar met depressieklachten Doel: Verminderen depressieklachten Inhoud: Online groeps cursus met dezelfde elementen als die van de 'gewone' groeps cursus</p>	<p>Depressieklachten: + Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL observationeel (L): Vijftig van de 140 cursisten volgden alle acht bijeenkomsten. Bij deze vijftig deelnemers namen de depressieklachten significant af (33 naar 19 op de CES-D) (Gerrits et al., 2007).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
Volwassenen			
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie	<p>Doelgroep: Familieleden van mensen met schizofrenie</p> <p>Doel: Voorkomen zelf in psychische problemen te komen</p> <p>Inhoud: In de cursus wordt informatie verstrekt en is er erkenning van last en lijden. Probleemoplossende en stressreducerende vaardigheden worden aangeleerd</p>	<p>Psychisch welbevinden: +</p> <p>Ervaren belasting: +</p> <p>Ervaren steun: -</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL observatieel (L): De groep deelnemers liet een afname zien in ervaren belasting (BES (ES: 1,5), EDIZ (ES: 2.6)) en een toename in subjectief welbevinden (GHQ (ES: 2,4)). Voor ervaren sociale steun was geen significante afname te zien (Bransen & Van Mierlo, 2007).</p>
Groeps-interventie: Liever bewegen dan moe	<p>Doelgroep: Laagopgeleide vrouwen met lichte depressieklachten</p> <p>Doel: Depressieklachten verminderen en voorkomen</p> <p>Inhoud: Acht bijeenkomsten bestaande uit voorlichting over depressieklachten en sportief wandelen</p>	<p>Depressieklachten: +/-</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>BL meta-analyse (H): Bewegingsoefeningen lijken een positief effect te hebben op depressieklachten, maar als alleen kwalitatief goede studies met hoge bewijskracht worden geïnccludeerd, zijn de effecten slechts klein en niet statistisch significant (Mead et al., 2009).</p>
Groepscursus: In de put, uit de put voor volwassenen	<p>Doelgroep: Volwassenen tot 55 jaar met (beginnende) klachten van depressieve aard</p> <p>Doel: Preventie van ontwikkelen van depressieve stoornis en verminderen van depressieklachten.</p> <p>Inhoud: Groepscursus van twaalf bijeenkomsten waarin inzicht in depressieklachten wordt vergroot, sociale en emotionele vaardigheden worden aangeleerd en plezierige activiteiten worden uitgebreid</p>	<p>Depressieklachten: +++</p> <p>Depressie-incidentie: -</p>	<p>NL RCT (H): Een Nederlandse RCT laat op korte (één maand) en lange (twaalf maanden) termijn significante afname van depressieklachten zien. Dit geldt echter alleen voor de subgroep die met relatief weinig depressieklachten aan de cursus begint en niet voor de subgroep met veel depressieklachten (die nemen in de controlegroep evenveel af als in de interventiegroep). De cursus had geen preventief effect op het ontstaan van nieuwe depressieve episodes (incidentie: 25% versus 27%) (Allart-van Dam et al., 2007).</p>

<p>Zelfhulp cursus met minimale begeleiding : In de put, uit de put</p>	<p>Doelgroep: Volwassenen tot 55 jaar met klachten van depressieve aard Doel: Verminderen van risico dat een depressieve stoornis ontstaat en verminderen van aanwezige depressieklachten. Inhoud: Schriftelijke zelfhulp cursus met enige telefonische begeleiding met dezelfde elementen als die van de groepscursus</p>	<p>Depressieklachten: +++ Depressie-incidentie: +++</p>	<p>NL RCT (H): Een Nederlandse RCT laat een lager risico om depressief te worden zien in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (12% versus 18%). Dit effect is statistisch significant, mits éézijdig getoetst (Willemse et al., 2004).</p>
<p>Groepscursus: Lichte dagen, donkere dagen</p>	<p>Doelgroep: Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen met depressieklachten Doel: Verminderen van het risico op een depressieve stoornis en verminderen van aanwezige depressieklachten Inhoud: Groepscursus met aandacht voor inzicht in depressieklachten, versterken van sociale en emotionele vaardigheden en vergroten van plezierige activiteiten</p>	<p>Depressieklachten: + Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL observationeel (L): Deelnemers aan de cursus laten direct na de cursus een significante vermindering van depressieklachten zien (van 39 naar 34 op de CES-D) (Can & Voordouw, 2003).</p>
<p>Groepscursus: Leven met een chronische ziekte</p>	<p>Doelgroep: Mensen met een chronische ziekte die al dan niet last hebben van depressieklachten Doel: Vermindering van depressieklachten Inhoud: Groepscursus van tien bijeenkomsten en enkele terugkombijeenkomsten. De cursus moet leiden tot inzicht relatie lichamelijke beperkingen en psychische klachten, en vaardigheden worden aangeleerd</p>	<p>Depressie-incidentie: ? Depressieklachten: +</p>	<p>NL observationeel (L): Deelnemers aan de cursus laten direct na de cursus een significante vermindering van depressieklachten zien (van 24 naar 21 op de CES-D; ES: 0,3) (Voordouw et al., 2005).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
Ouderen			
Groeps cursus: Op weg naar de gouden jaren	<p>Doelgroep: Ouderen van 50-75 jaar die zich willen voorbereiden op het ouder worden</p> <p>Doel: Het aanleren van proactieve vaardigheden waarmee problemen in een vroeg stadium voorkomen kunnen worden</p> <p>Inhoud: Cursus ter voorbereiding op het ouder worden. Er wordt aangemoedigd tot nadenken over de toekomst en het maken van realistische plannen. Proactieve vaardigheden worden aangeleerd</p> <p>Zie tabel overgewicht</p>	<p>Proactieve vaardigheden: +++</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H) De interventie leidt tot een significante verbetering in de proactieve coping competenties (N=158). Alle gemeten competenties zijn bij de interventiegroep toegenomen na de cursus en zijn na drie maanden niet afgenomen ten opzichte van de controlegroep. Er zijn geen negatieve neveneffecten in de vorm van 'zorgen maken', 'negatieve gemoedstoestand' of 'self-efficacy' (Bode et al., 2007).</p>
Bewegings- interventie: GALM / SCALA		<p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	Zie tabel overgewicht
Groeps cursus: Geef uw leven een beetje meer glans	<p>Doelgroep: Vrouwen vanaf 55 jaar die mensen en gezelligheid missen</p> <p>Doel: Ondersteuning geven in het verbeteren van zelfmanagement-vaardigheden die belangrijk zijn om goed voor het eigen (sociaal) welbevinden te zorgen</p> <p>Inhoud: Een cursus die ondersteuning geeft in het zoeken naar nieuwe mogelijkheden om de tijd prettiger in te vullen. Er worden vaardigheden geleerd om hier zelf actief aan bij te dragen</p>	<p>Zelfmanagement-vaardigheden: +/-</p> <p>Welbevinden: +/-</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): Er is een significante toename van zelfmanagementvaardigheden bij de interventiegroep (M=21,73) t.o.v. de controlegroep (M=20,96), waar de zelfmanagementvaardigheden afnamen. Dit effect was na zes maanden nog zichtbaar. Er waren geen significante effecten voor welbevinden (Frieswijk et al., 2004).</p> <p>NL RCT (H): Op de korte termijn verbeteren de zelfmanagement-vaardigheden significant bij de interventiegroep (F=5,61). Na 6 maanden is er echter geen significant verschil meer aanwezig tussen beide groepen. Na de cursus was er bij de interventiegroep een significant hoger niveau van welbevinden vergeleken met de controlegroep; dit effect was na zes maanden verdwenen (Kremers et al., 2006).</p>

<p>Bezoekdiensten van weduwen voor weduwen</p>	<p>Doelgroep: Weduwen en weduwnaars (55+) die ongeveer zes maanden geleden hun partner hebben verloren</p> <p>Doel: Bieden van sociale steun en lotgenotencontact, verhogen van het vermogen om met de pijn om te gaan en effectief de veranderingen aanpakken</p> <p>Inhoud: Tien huisbezoeken in een jaar door getrainde vrijwilligers die zelf ook een partner hebben verloren</p>	<p>Kwaliteit van leven: -</p> <p>Complex leed: -</p> <p>Psychische angst/onrust: -</p> <p>Somatische klachten: -</p> <p>Depressieklachten: -</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): Ruim honderd weduwen en weduwnaars kregen ofwel de interventie ofwel een brochure. Er zijn geen significante verschillen tussen beide groepen na zes en twaalf maanden; in beide groepen zijn de verschillende uitkomstmaten verbeterd (Onrust et al., In press).</p>
<p>Activerend huisbezoek</p>	<p>Doelgroep: Ouderen die het door opstapelende problemen niet goed meer redden</p> <p>Doel: Sociale participatie van ouderen bevorderen en eenzaamheidsgevoelens voorkomen of verminderen</p> <p>Inhoud: Door middel van een huisbezoek wordt praktische hulp en sociaal-emotionele steun geboden. Er wordt aangezet tot sociale of maatschappelijke participatie</p>	<p>Eenzaamheid: -</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Tijdens de eerste nameting is de gemiddelde zelfgeïndiceerde eenzaamheid gedaald binnen de interventiegroep (n=21) met 14% en gestegen binnen de controlegroep (n=29) met 21%. Het verschil in verandering is marginaal significant ($p < 0,10$). Tussen de beginmeting en de tweede nameting is de daling in de interventiegroep kleiner dan in de controlegroep en daarmee is het verschil niet meer significant (Fokkema & Van Tilburg, 2005).</p>
<p>Internetcursus: Kleur je leven</p>	<p>Doelgroep: Ouderen vanaf 55 jaar met depressieklachten</p> <p>Doel: Het verminderen van depressieklachten en voorkomen van depressie</p> <p>Inhoud: Een zelfhulp cursus gebaseerd op cognitief-gedragsmatige principes. Deelnemers gaan zelfstandig aan de slag met het vergroten van het inzicht in de klachten en het versterken van sociale en emotionele vaardigheden</p>	<p>Depressieklachten: +++</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): Twee interventiegroepen (een internetgroep en een groepscursus-groep) zijn vergeleken met een wachtlijstgroep. Alle drie de groepen resulteerden in een vermindering van depressieklachten. Er is een significant verschil tussen de wachtlijstgroep ($d=0,45$) en de beide interventiegroepen (internet: $d=1,00$ en groepscursus: $d=0,65$), maar er is geen significant verschil tussen beide interventiegroepen. De internetinterventie is tenminste net zo effectief bevonden als de groepscursus (Spek et al., 2007). Dezelfde conclusie wordt getrokken in een follow-up studie van de hier beschreven RCT één jaar na afloop van de interventie (Spek et al., 2008).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
Ouderen			
Groeps cursus: In de put, uit de put 55+	<p>Doelgroep: Ouderen vanaf 55 jaar met depressieklachten</p> <p>Doel: Het verminderen van het risico op een depressie en het verminderen van aanwezige depressieklachten</p> <p>Inhoud: Een groeps cursus waarin op gestructureerde wijze thema's aan bod komen zoals het voorkomen van sombere gedachten, ontspannen, het doorbreken van negatieve denkpatronen en het verhogen van plezierige activiteiten</p>	<p>Depressieklachten: +++</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): De cursus is significant effectief in het reduceren van de risicostatus voor depressie bij de interventiegroep (die de cursus hebben afgerond) vergeleken met de controlegroep, ongeacht hun diagnose voorafgaand aan de cursus. Binnen de interventiegroep is bij de personen met een hoog risico op depressie de grootste verbetering van risicostatus waargenomen (Haringsma et al., 2006).</p>
Groeps cursus: De verhalen die we leven	<p>Doelgroep: Ouderen met depressieklachten</p> <p>Doel: Het verminderen van depressieklachten</p> <p>Inhoud: Vragen over het eigen leven staan centraal staan. Kern van de methode is dat het 'probleem' dat de deelnemers op dit moment in hun leven ervaren, wordt geplaatst in het perspectief van hun levensloop</p>	<p>Beheersing ++</p> <p>Depressieklachten: ++</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na drie maanden scoort de interventiegroep met 4,2 punten significant hoger op de CES-D schaal (t=2,40); de effectgrootte is gemiddeld 0,37 en 0,39. Het effect verandert niet na drie maanden. Na drie maanden scoort de interventiegroep met 1,34 punten significant hoger op de 'Mastery' schaal (t=1,74); de effectgrootte is klein (0,25 en 0,19). Dit effect verandert niet na drie maanden (Bohlmeijer et al., 2009).</p>
Groeps cursus: Op zoek naar zin	<p>Doelgroep: Ouderen met depressieklachten die bezig zijn met vragen over zingeving</p> <p>Doel: Het verminderen van depressieklachten</p> <p>Inhoud: Aan de hand van verschillende thema's halen cursisten herinneringen op en bewerken die tot autobiografische teksten. Ook andere creatieve werkvormen als schilderen en tekenen worden gebruikt</p>	<p>Beheersing -</p> <p>Angstklachten-</p> <p>Levenstevredenheid -</p> <p>Depressieklachten: +++</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H) Deelnemers werden aan de interventie toegewezen (n=83) of aan een alternatieve, minimale interventie: de film 'De kunst van het ouder worden' (n=88). Er is een significant verschil in afname van depressieklachten zichtbaar bij de interventiegroep (van 21,3 naar 15,1) vergeleken met de controlegroep (van 20,1 naar 17,1), ongeacht hun geslacht, leeftijd, opleidingsniveau of mate van depressieklachten, beheersing en reminiscentiestijl bij aanvang van de cursus. De effectgrootte is 0,58 en is daarmee groot te noemen (ZonMw, 2008).</p>

<p>Vriendschaps-cursussen</p>	<p>Doelgroep: Vrouwen 55+ jaar Doel: Het voorkomen of verminderen van eenzaamheid Inhoud: Een groepscursus van twaalf bijeenkomsten en een follow-up na zes maanden. Elke keer wordt een ander thema behandeld, zoals beeldvorming, vriendschap in het verleden, zelfwaardering, nieuwe contacten maken, grenzen en conflicten en verdieping van contacten</p>	<p>Vriendschappen: ++ Eenzaamheid: - Welzijn: ++ Eigenwaarde: - Depressieklachten: ? Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Zes maanden na het afronden van de cursus geeft 63% van de interventiegroep aan dat ze nieuwe vrienden hebben gemaakt. In de controlegroep was dit percentage 33%. Het verschil tussen beide groepen is significant. In beide groepen zijn bestaande vriendschappen verbeterd; het onderlinge verschil is niet significant gebleken. Er is een lichte toename in eigenwaarde geconstateerd bij de interventiegroep, terwijl de eigenwaarde van de controlegroep redelijk stabiel is gebleven (niet significant verschillend tussen de groepen). Er is geen significant verschil gevonden in de gemiddelde afname van eenzaamheid (Martina en Stevens, 2006).</p>
<p>Groepscursus: Verlies en dan verder</p>	<p>Doelgroep: Vrouwen (60+) die tenminste één jaar weduwe zijn Doel: Voorkomen van eenzaamheid en stimuleren van persoonlijke groei en zelfstandigheid Inhoud: Een groepscursus van elf bijeenkomsten en een follow-up na twee maanden. Er komen thema's aan de orde, gerelateerd aan verliesverwerking en voortzetten van het eigen leven</p>	<p>Eenzaamheid: ? Sociale vaardigheid: ++ Cognitief welbevinden: - Affectief welbevinden: - Depressieklachten: ? Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na een jaar bleek dat weduwen uit de interventiegroep sociaal vaardiger geworden zijn, terwijl de vrouwen uit de controlegroep niet veranderden. Het verschil tussen beide groepen is significant ($p=0,03$) en te beschouwen als 'middelgroot' ($d=0,37$). Bij beide groepen is een verbetering in cognitief welbevinden waar te nemen ($d=0,30$ en $d=0,24$), maar dit verschil is niet significant. Bij beide groepen is het affectief welbevinden toegenomen; ook hier is geen verschil tussen de groepen. De controlegroep scoort hoger qua verbeteringen bij depressieklachten, maar ook dit verschil is niet significant (Van Lammeren & Geelen, 1995).</p>
<p>Groepscursus: Gezond en Vitaal</p>	<p>Zie tabel overgewicht</p>	<p>Eenzaamheid: + Depressieklachten: ? Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (L): Bij navraag naar de eenzaamheid onder de deelnemers bleek een trend tot verbetering zichtbaar bij de nameting en een significante verbetering bij follow-up (Hopman-Rock & Westhoff, 2002b).</p>

Interventie	Omschrijving	Draagt wel/niet/onbekend bij aan behalen van doelen	Onderzoekresultaten
Ouderen			
Preventie van depressie in verzorgingshuizen	<p>Doelgroep: Personeel en bewoners van verzorgingshuizen</p> <p>Doel: Vermindering depressieklachten</p> <p>Inhoud: Deskundigheidsbevordering door vroegherkenning en verbeterde zorg</p>	<p>Depressieklachten: ++</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Na een jaar zijn depressieklachten in de interventiegroep (n=213) significant afgenomen (van 8,08 naar 7,60), terwijl deze in de controlegroep (n=211) zijn toegenomen (van 8,99 naar 9,30); het verschil tussen de groepen is statistisch significant (Cuijpers & van Lammeren, 2001)</p>
Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers	<p>Doelgroep: Mensen met een lichte tot matige vorm van dementie die thuiswonen en hun mantelzorgers</p> <p>Doel: Het bieden van praktische, emotionele en sociale ondersteuning om de gevolgen van dementie het hoofd te bieden</p> <p>Inhoud: Een cyclus van acht tot tien informatiebijeenkomsten met als thema's: de diagnose dementie, onderscheid met normale vergeetachtigheid en medicijnen. Deelname aan (re)creatieve activiteiten behoort tot de mogelijkheden</p>	<p>Gedragsproblemen: ++</p> <p>Gemoedstoestand: ++</p> <p>Symptomen mantelzorgers: ++</p> <p>Last mantelzorgers: ++</p> <p>Depressieklachten: ?</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL quasi-experimenteel (M): Gedragsproblemen zijn in beide groepen tijdens de duur van de interventie afgenomen. Er zijn significante verschillen gevonden tussen beide groepen voor inactiviteit, niet-sociaal gedrag en het totaal aantal gedragsproblemen, in het voordeel van de interventiegroep (n=73). De effectgrootte is middelgroot (Dröes et al., 2004). Voor depressief gedrag is een significant verschil gevonden in het voordeel van de interventiegroep (van 3,0 naar 4,1 versus van 5,1 naar 9,6 voor de controlegroep (n=13)). De effectgrootte is groot. Binnen een subgroep van de mantelzorgers (die zich eenzamer voelden) waren psychologische en psychosomatische symptomen significant meer afgenomen dan in de controlegroep; de effectgrootte is klein. 82% van de interventiegroep gaf aan zich minder belast te voelen met de zorg die hij geeft en voelt zich beter professioneel ondersteund (Dröes et al., 2006).</p>
Preventie-project: Vroeg-signalering in verzorgingshuizen	<p>Doelgroep: Personeel en bewoners van verzorgingshuizen</p> <p>Doel: Vroeg herkennen van psychische problemen en daarmee tijdige zorg</p> <p>Inhoud: Training van het verzorgend personeel om bewoners te observeren en de 'vroegsignaleringslijst' in te vullen. In nauw overleg met de bewoner en/of familie wordt bekeken welke actie nodig is</p>	<p>Vroegherkenning: +++</p> <p>Depressieklachten: +/-</p> <p>Depressie-incidentie: ?</p>	<p>NL RCT (H): In de interventiegroep verbeterde het verloop van depressieklachten ten opzichte van de controlegroep. In de interventiegroep nam de score af met een gemiddelde van -4,5 punten, bij de controlegroep is een stijging zichtbaar van 0,684 punten. Dit is een randsignificant effect (p=0,08). Er is geen significant verschil gevonden in de prevalentie van depressieklachten tussen beide groepen. Er is een significante verbetering zichtbaar in de herkenning van een depressie bij personeel in de interventiegroep, vergeleken met de controlegroep waar de herkenning daalde (Eisses et al., 2005).</p>

Bijlage 2: Totaaloverzicht niet-geëvalueerde interventies

2A: Leeflijn Tabakspreventie

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
12-15 jaar		
Niet-rokenafpraak / Antipeukenpas	Doelgroep: Ouders en hun kinderen Doel: Niet beginnen met roken	Kinderen maken met hun ouders (of iemand anders) de afspraak om niet te gaan roken. Als het kind niet gaat roken, krijgt hij/zij een beloning. De afspraak wordt vastgelegd in een 'Antipeukenpas'. Hierop zetten het kind en een getuige een handtekening.
ELO-Roken (Elektronische Leer Omgeving voor roken)	Doelgroep: Leerlingen Doel: Niet beginnen of stoppen met roken, weerstand bieden aan groepsdruk, voorkomen van meeroken, creëren van een rookvrije omgeving, voorlichten over de gevolgen van roken	Elektronisch lespakket dat bestaat uit drie lessen die kunnen worden gegeven in de eerste twee klassen van het voorgezet onderwijs.
15-19 jaar		
Stop-roken-ondersteuning	Doelgroep: Leerlingen Doel: Niet beginnen met roken en stoppen met roken	Hier is Smoke-alert uit voortgekomen. Zie Smoke-alert.
Actie FF niet	Doelgroep: Leerlingen uit de bovenbouw van het vmbo Doel: Niet beginnen met roken, uitstellen van het moment waarop voor het eerst gerookt wordt	Een groepsafpraak om niet te roken. De groep die drie maanden niet rookt en drie opdrachten op originele wijze uitvoert, maakt kans op een hoofdprijs.
18-65+ jaar		
Zelfhulp-site / Stop-site (in ontwikkeling)	Doelgroep: Volwassen rokers Doel: Zelfstandig stoppen met roken	Een interactieve website met een zelfcontroleprogramma gebaseerd op gedragstherapeutische principes. Het bevat drie onderdelen: voorbereiden, stoppen en volhouden. Er worden diverse opdrachten aangeboden, gevolgd door feedback op maat en tips. Er is ook een forum, een dagboek met blogfunctie en een chat. Op dit moment wordt een RCT uitgevoerd; de verwachting is dat 5,5% uit de controlegroep en 11% uit de interventiegroep niet gerookt hebben na zes maanden (bij tenminste 353 deelnemers) (Kramer et al., 2009).

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
18-65+ jaar		
Groeps cursus 'Zorg voor jezelf, rook niet'	<p>Doelgroep: Verstandelijk gehandicapten die roken</p> <p>Doel: Een vorm van ondersteuning aanbieden om stoppogingen effectiever te maken</p>	De cursus wordt door een instelling voor verstandelijk gehandicapten opgezet. Binnen de instelling wordt een cursusleider gezocht. Er is een handleiding over het opzetten en het geven van de cursus en over het wekken van belangstelling voor stoppen met roken bij de doelgroep. De cursus is bedoeld voor groepen van vier deelnemers.
Groepsondersteuning en lesmateriaal 'Word wijzer over roken'	<p>Doelgroep: Allochtone rokers</p> <p>Doel: Het toegankelijk maken van voorlichting over roken voor mensen uit de allochtone groepen die door analfabetisme en/of taalbarrière geen toegang hebben tot de voorlichting voor de autochtone bevolking</p>	In vijf bijeenkomsten wordt informatie gegeven over (mee)roken aan groepen migranten: 1) de lichamelijke gevolgen van roken; 2) de stoffen in tabaksrook; 3) het gezin en roken; 4) beginnend rookgedrag en 5) stoppen met roken.

2B: Leeflijn Integraal alcoholbeleid

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
<0 jaar		
Website alcoholenzwangerschap.nl	Doelgroep: (partners van) zwangere vrouwen en hun ongeboren baby's Doel: Voorkomen van alcoholgebruik rondom de zwangerschap	Internetsite met informatie over risico's van alcoholgebruik rondom de zwangerschapsperiode (vóór en tijdens zwangerschap en tijdens borstvoeding).
Website alcoholinfo.nl	Doelgroep: (partners van) zwangere vrouwen en hun ongeboren baby's Doel: Voorkomen van alcoholgebruik rondom de zwangerschap	Internetsite met informatie over alcoholgebruik. Het is onderdeel van de landelijke alcoholmatigingscampagne 'Voorkom alcoholschade bij uw opgroeiende kind'.
<16 jaar		
Lesprogramma's 'Stichting Voorkom'	Doelgroep: Leerlingen van basis- en voortgezet onderwijs Doel: Informeren over risico's van alcoholgebruik en omgaan met groepsdruk om alcohol te gebruiken	De site voorkom.nl biedt voorlichtingsmateriaal voor docenten, leerlingen en ouders. Het programma bestaat uit drie lessen van vijftig minuten gebaseerd op drie fasen: kennisoverdracht, herkenning en 'Ken je grenzen'. Er is ook een ouderavond.
Website uwkindenalcohol.nl	Doelgroep: Ouders en opvoeders van jongeren <16 jaar Doel: Adviseren en bewustmaken van hun rol m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind	Onderdeel van een grootschalig project "Alcohol en Opvoeding". De site biedt informatie over alcoholgebruik en de risico's daarvan, en informatie en tips over opvoeden en alcohol.
Boekje voor ouders "Mag ik ook een glaasje?"	Doelgroep: Ouders en opvoeders van jongeren <16 jaar Doel: Adviseren en bewustmaken van hun rol m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind	Informatie over de risico's van alcoholgebruik, mixdranken, invloed van vrienden, uitgaan, regels geven en regels handhaven. Het boekje bevat een test, feitelijke informatie, adviezen en ervaringen van ouders en kinderen.
Website: drankjewel.nl	Doelgroep: Jongeren 12-18 jaar van verslaafde ouders Doel: Informeren, wijzen op hulp en voorkomen van schadelijk alcoholgebruik	Site met informatie, advies en ondersteuning bij het omgaan met problemen als gevolg van probleemdrinken van één of beide ouders. De site biedt feiten, ervaringen en tips en adviezen.
Pilotplan keetbeleid VWA	Doelgroep: Jongeren 12-16 jaar en hun ouders Doel: Tegengaan van alcoholgebruik in hokken en keten	Onderdeel van het projectplan 'Laat je niet flessen!'. Samenwerking tussen lokale partijen bestaande uit een combinatie van voorlichting, normstelling, afspraken en handhaving.
Al-ateen / Al-anon	Doelgroep: Kinderen en andere verwanten van alcoholisten Doel: Leren omgaan met alcoholisme van verwante	Groepsbijeenkomsten voor familie en vrienden van alcoholisten. Ervaringen worden uitgewisseld, en deelnemers geven elkaar kracht en hoop bij het oplossen van problemen.

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
<16 jaar		
<p>Project alcoholvrije omgeving</p> <p>Visienota STAP</p>	<p>Doelgroep: Scholen voor voortgezet onderwijs, jongerenwerk, sportverenigingen en horecaondernemers</p> <p>Doel: De leefomgeving van kinderen <16 jaar zoveel mogelijk alcoholvrij maken</p> <p>Doelgroep: Jongeren 12-16 jaar en hun ouders</p> <p>Doel: Tegengaan van alcoholgebruik in hokken en keten</p>	<p>Een databank voor 'good practices' van alcoholvrije initiatieven per setting. Er is een forum om ervaringen uit te wisselen en een overzicht van wetenschappelijke gegevens per setting. Tenslotte is er advies op maat per e-mail.</p> <p>Stappenplan voor een integrale aanpak van de keetproblematiek op gemeentelijk niveau, bestaande uit inventarisatie, toetsing en strategie bepalen.</p>
16-25 jaar		
<p>Project 'Way Out'</p> <p>Handleiding alcohol deel 2: hoofdstuk E: regelgeving</p> <p>Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan</p> <p>Project Veilige Gemeenten</p> <p>Handhavingsactie 'Boete of kanskaart'</p>	<p>Doelgroep: Uitgaande jongeren</p> <p>Doel: Bewustwording van de risico's bij het uitgaan en deze leren vermijden</p> <p>Doelgroep: Verstrekkers van alcohol</p> <p>Doel: Voorkomen van schade aan individu en omgeving</p> <p>Doelgroep: Verstrekkers van alcohol</p> <p>Doel: Voorkomen van schade aan individu en omgeving</p> <p>Doelgroep: Verstrekkers van alcohol</p> <p>Doel: Voorkomen van schade aan individu en omgeving</p> <p>Doelgroep: Jongeren 12-18 jaar en hun ouders</p> <p>Doel: Bewustwording van de risico's van (overmatig) alcoholgebruik op jonge leeftijd</p>	<p>Gemeente, politie, horeca, scholen en GGD'en werken samen om jongeren te leren om te gaan met het afbakenen van hun grenzen. Vooral de scholen zijn daarbij belangrijk. Uitgangspunt is dat jongeren leren hoe ze hun grenzen aan kunnen geven en weerstand bieden tegen groepsdruk om te gaan drinken, drugs te gebruiken en mee te doen aan gewelddadige incidenten.</p> <p>Informatie over landelijke overheidsregels: leeftijds grenzen, vergunningen, doortappen, dronkenschap en alcohol en verkeer.</p> <p>Hulpmiddel voor lokale initiatieven op het gebied van veilig uitgaan.</p> <p>Ondersteuning bij het opstellen van een voorbeeldconvenant en het uitvoeren van een nulmeting.</p> <p>De website projectveiligegemeenten.nl ondersteunt veiligheidscoördinatoren van gemeenten en andere veiligheidspartners bij het ontwikkelen van een integraal veiligheidsbeleid. De site gaat vooral in op de proceskant van het integraal veiligheidsbeleid.</p> <p>De interventie wordt uitgevoerd door het openbaar ministerie, de politie, bureau HALT, IrisZorg, het NIGZ en de GGD. Jongeren die een HALT-waardig alcoholgerelateerd delict begaan, worden door de politie doorverwezen naar bureau HALT. Bureau HALT legt deze jongeren een leerstraf op.</p>

<p>Handhavingsactie 'Meer dan een biertje'</p>	<p>Doelgroep: Jongeren <16 jaar en hun ouders Doel: Optreden tegen openbare dronkenschap en/of alcoholgerelateerde overtredingen</p>	<p>Werk-leerstraf in de vorm van een gedragsinterventie voor jongeren en hun ouders. De jongeren hebben onder invloed van alcohol een 'HALT-waardig' delict gepleegd. Er is een ouderbijeenkomst van drie uur, twee bijeenkomsten van drie uur voor de individuele jongeren en drie groepsbijeenkomsten van 2,5 uur.</p>
<p>Volwassenen</p>		
<p>Alcohol Infolijn</p> <p>Preventieprogramma Vroegsignalering Alcohol / PHEPA-richtlijn</p> <p>Handleiding Alcoholconsultatie</p> <p>Zelfhulpboek 'Minder drinken'</p>	<p>Doelgroep: Mensen met schadelijk alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid Doel: Motiveren tot laag-risicogebruik en het zoeken van adequate hulp</p> <p>Doelgroep: Mensen met schadelijk alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid Doel: Motiveren tot laag-risicogebruik, het zoeken van adequate hulp en behandelen van personen met schadelijk alcoholgebruik</p> <p>Doelgroep: Mensen met schadelijk alcoholgebruik, maar geen alcoholafhankelijkheid Doel: Behandeling. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van vroegsignalering en begeleiding in huisartspraktijken.</p> <p>Doelgroep: Mensen met schadelijk alcoholgebruik, maar geen alcoholafhankelijkheid Doel: Zelfstandig terugbrengen van alcoholgebruik naar laag-risicogebruik</p>	<p>Telefonische hulpdienst: (1) beluisteren van ingesproken informatie over alcohol, alcoholgebruik en alcoholverslaving, (2) bestellen van brochures, (3) beluisteren van adressen van hulpinstellingen en (4) voeren van een persoonlijk (anoniem) gesprek. Combinatie van motiverende gesprekstechnieken, advies, en overige beknopte procedures, zoals feedback over de fysieke conditie van de patiënt. Vanuit een empathische, respectvolle houding wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal gesteld en worden diens mogelijkheden bevestigd (self-efficacy). De handleiding is gericht op implementatie van consultatie door de verslavingszorg. Stappen voor het implementeren van een succesvol alcoholconsultatie-aanbod (van verslavingszorg aan huisartsen) in huisartsenpraktijken.</p> <p>Het boek biedt tips om minder te drinken, suggesties voor het hanteren van moeilijke momenten en voor nieuwe activiteiten.</p>

2C: Leeflijn Overgewicht

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
<0 jaar		
Signaleren en adviseren tijdens verloskundig onderzoek	Doelgroep: Zwangeren en verloskundigen Doel: Signaleren en benoemen normale ontwikkeling en tijdig signaleren niet-normale ontwikkeling, zodat interventies bijtijds kunnen worden ingezet	Het monitoren van de groei van de foetus.
Signaleren en adviseren tijdens zwangerschapscursus / -gym	Doelgroep: Zwangeren	
1-4 jaar		
Campagne: Gezond eten en bewegen met kinderen	Doelgroep: Volwassenen die kinderen opvoeden, verzorgen en begeleiden Doel: Bevorderen van bewustwording en kennis over het belang van een gezond eet- en beweegpatroon van kinderen	Voorlichtingsmaterialen, onderwijsmateriaal voor groep 7 en 8 (TV-programma 'Vetlekker') en een ouderavond over gezond eten en bewegen.
Lesprogramma: Beweegkriebels	Doelgroep: Ouders en professionals Doel: Jonge kinderen (0 tot 3 jaar) gaan meer bewegen, overgewicht en bewegingsachterstanden worden voorkomen	Gedurende zeven bijeenkomsten worden ideeën, tips en informatie gegeven over bewegen met jonge kinderen. Er zijn praktijklessen en een ouderavond. Thema's zijn o.a. spel, spelbeleving, belang van bewegen voor jonge kinderen en bewegen op muziek.
4-12 jaar		
Lesprogramma: Smaaklessen	Doelgroep: Basisschoolleerlingen van groep 1 tot en met 8 Doel: kinderen al op jonge leeftijd interesseren voor voedsel en de kennis hierover vergroten	In praktische lessen komen de thema's 'smaak', 'eten en gezondheid' en 'voedselkwaliteit' aan bod. Het lesmateriaal bestaat uit handleidingen voor leerkrachten, kopieerbladen, een werkboek en materialen voor proefjes.
Lesprogramma: Vetlekker	Doelgroep: Basisschoolleerlingen van groep 7 en 8 Doel: Bewust maken van eigen mogelijkheid tot verandering naar een gezonder eetpatroon en meer bewegen	Onderdeel van Teleac SchoolTV. Kinderen spelen zelf een centrale rol. Er wordt in vier afleveringen informatie gegeven, ondersteund met animaties: 'patatje oorlog', 'fit, fitter, fitst', 'strak in je vel' en 'gezonde gewoontes'.
Lesprogramma: Kids in Balance	Doelgroep: Kinderen van 10 tot 12 jaar Doel: Kiezen voor gezonde en zelfbewuste leefgewoonten	Het programma kent vier pijlers: voeding, beweging, een gezond lijf en zelfvertrouwen. In vier (inter-)actieve workshops komen energie, calorieën, lichaam, gezonde voeding en beweging aan bod. Er is materiaal voor leraren en een ouderavond over voeding.

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
4-12 jaar		
Lesprogramma: De school / klas beweegt	Doelgroep: Basisschoolleerlingen Doel: Meer bewegen en meer bewustwording en plezier op het gebied van bewegen	Een speelse methode waardoor kinderen houding, beweging en ontspanning leren integreren in hun dagelijkse werksituatie. De leerkracht laat de klas ontladen op momenten dat maximale inspanning is bereikt. De bewegingstussendoortjes doorbreken de spanningsboog, waarna de kinderen zich weer goed kunnen concentreren.
Signaleringsprotocol overgewicht in de JGZ / Advisering via PROMIS	Doelgroep: Professionals in de JGZ Doel: Uniforme signalering en registratie van overgewicht en obesitas bij alle kinderen in Nederland	Onderdeel van het 'Masterplan overgewicht' voor de JGZ. Dit masterplan is ontwikkeld door het Kenniscentrum Overgewicht i.s.m. VWS. Er wordt gebruikgemaakt van internationale geslachts- en leeftijdsgebonden BMI-waarden
Gewichtige vakleerkracht	Doelgroep: Basisschoolleerlingen Doel: Vroegtijdig signaleren van overgewicht	Onderdeel van het actieprogramma 'Gezond Gewicht' van de gemeente Den Haag. De vakleerkracht Lichamelijke Opvoeding meet jaarlijks lengte en gewicht van alle kinderen uit groep 1 tot en met 8. Vervolgens is verwijzing naar de JGZ mogelijk.
Campagne: Het nationaal schoolontbijt	Doelgroep: Basisschoolleerlingen en hun ouders Doel: Het plezier en belang van een goed ontbijt onder de aandacht brengen. Bijdragen aan meer kennis over goede, gezonde voeding en het eten van brood bevorderen	Een feestelijk ontbijt voor de hele school. Er is een 'spoorboekje' waarin staat hoe het ontbijt georganiseerd kan worden en er zijn projectmaterialen (zoals posters, smikkelpaspoorten, stickers, dvd's).
Schoolroute opwegnaarschool.nl	Doelgroep: Leerlingen van groep 6-8 van het basisonderwijs en groep 1-2 van het voortgezet onderwijs; ook docenten, schoolbesturen, ouders, gemeenten en politie Doel: Bewustwording van de schoolthuis route en de gevaarlijke locaties. Vaker lopend of per fiets naar school gaan	Via opwegnaarschool.nl kunnen leerlingen hun route én hun veiligheidsbeleving doorgeven. Daarmee gaan docenten aan de slag leerlingen te leren omgaan met verkeersonveiligheid op hun route. De school werkt samen met ouders om maatregelen te nemen binnen het bereik van de school. Gemeenten en politie maken vervolgens beleid.
Cursus: FITKIDS,	Doelgroep: Kinderen 6-18 jaar met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening Doel: Meer bewegen en de conditie verbeteren. Vergroten weerbaarheid en zelfredzaamheid	Een geprotocolleerd en op het kind afgestemd fitness- en oefenproject waarbij er naar gestreefd wordt de overstap te maken naar een reguliere sportclub of vereniging. Verwijzing vindt plaats door huisarts, kinderarts of kindertfysiotherapeut.

<p>Cursus: Counseling via overbruggingsplan JGZ</p> <p>Cursus: Kinderkookcafé</p>	<p>Doelgroep: Kinderen van 2-18 jaar met overgewicht, hun ouders en JGZ professionals Doel: Voorkomen van obesitas</p> <p>Doelgroep: Kinderen van 10-12 jaar Doel: De dagelijkse eetgewoonte gezonder maken en stimuleren vaker na te denken over wat je eet</p>	<p>Onderdeel van het 'Masterplan overgewicht voor de JGZ' en een vervolg op het 'Signaleringsprotocol Overgewicht'. Het bestaat uit maximaal vier consulten gericht op: bevorderen borstvoeding, stimuleren van buiten spelen en bewegen, stimuleren van regelmatig en goed ontbijten, reduceren van gezoete dranken en reduceren van tv kijken en achter de computer zitten.</p> <p>Acht lessen waarin kinderen lekkere en gezonde recepten uit verschillende culturen maken en proeven Het programma bevat ook een werkboek, hun persoonlijke kookboek. Het vindt plaats in buurthuizen of op scholen.</p>
12-19 jaar		
<p>Lesprogramma: Over Gewicht</p> <p>Lesprogramma: WhoZnext</p> <p>Lesprogramma: CITO-lespakket actieve leefstijl</p> <p>Campagne: Dubbel 30 Energy tour</p>	<p>Doelgroep: Leerlingen uit klas 1-3 van het vmbo Doel: Bewustwording m.b.t. gezonde voeding en bewegen</p> <p>Doelgroep: Jongeren 14-18 jaar Doel: Actieve betrokkenheid bij de opzet en uitvoering van sportactiviteiten</p> <p>Doelgroep: Vmbo-leerlingen Doel: Het terugdringen van inactiviteit en kennis over NNGB overdragen</p> <p>Doelgroep: Vmbo-leerlingen Doel: Vaker de beweegnorm en vaker sporten en bewegen</p>	<p>Een project van Teleac SchoolTV. Het bestaat uit een dvd en een handleiding. De dvd bevat vier afleveringen van elk 15 minuten met de volgende thema's: eetgewoonten, snacks, fit en slank. Per aflevering zijn er opdrachten. Jongeren krijgen de uitdaging om hun sportideeën om te zetten in daden en actief te worden in een whoZnext-team (8-10 personen). De interventie bestaat uit een voorlichtingsbijeenkomst en een training voor jongeren en coach; daarna moeten ze "het zelf doen".</p> <p>Een vakoverstijgend lesprogramma rondom sport, bewegen en gezondheid. Het is onderdeel van de landelijke beweegcampagne FLASH!. Het is naar eigen inzicht aan te passen, met de bijgeleverde cd-rom. GGD'en, provinciale sportraden, sportservicepunten en gemeenten kunnen ondersteuning geven.</p> <p>Onderdeel van de landelijke campagne '30minutenbewegen'. Er is een 'Energy Tour' die langs scholen gaat. Elke school die een bezoek krijgt van de tour roept een 'dubbel30 team' in het leven dat beweevenementen organiseert, onderzoek doet naar het sportaanbod binnen school en aanspreekpunt is voor leerlingen.</p>

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
12-19 jaar		
Campagne: Vmbo on the move	Doelgroep: Inactieve vmbo-leerlingen Doel: Meer bewegen	Een combinatie van sport en dans. De activiteiten zijn gericht op structureel meer sport-, dans en beweegaanbod op vmbo-scholen, in samenwerking met buurt, sportvereniging en dansscholen.
Campagne: Get up	Doelgroep: Jongeren Doel: Bewustwording van het feit dat bewegen écht heel leuk kan zijn	Een initiatief van een zoetwarenfabrikant. Het bevat een drietal initiatieven: restyling automaat, vernieuwd productaanbod en een bewegingsprogramma.
Campagne: Lekker belangrijk	Doelgroep: Kinderen 8-14 jaar Doel: Vergroten van bewustwording en kennis over het belang van een gezond eet- en beweegpatroon	Lekkerbelangrijk.nl is een site waarvan de meeste onderdelen zijn bedacht door kinderen. Het sluit aan bij de thema's die het Voedingscentrum belangrijk vindt. De site is bedoeld voor vrije tijd, maar kan ook gebruikt worden bij lessen over voeding en gezondheid. Onderdelen op de site zijn o.a. games, een eetest, quotes van beroemdheden, weetjes, uitjes en vragen aan diëtisten.
19-25 jaar		
Campagne: De studentenkeuken	Doelgroep: Studenten Doel: Informatie verstrekken over gezond, veilig en lekker eten	Website met recepten, tips voor de bereiding van voedsel en feiten en wetenswaardigheden rondom voedselveiligheid en gezonde voeding.
25-55 jaar		
Campagne: Netwerk sportief wandelen	Doelgroep: Volwassenen Doel: Meer mensen in beweging krijgen	Site van KNAU (Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie) waarop plekken staan aangegeven waar gewandeld kan worden. Verder zijn er dvd's en worden mensen gestimuleerd de cursussen Trainer Sportief Wandelen, Trainer Nordic Walking en UKK-Wandeltestleider te volgen.
55+ jaar		
Cursusreeks: Bewegen en gezondheid	Doelgroep: Niet actieve ouderen met gezondheidsklachten Doel: Preventie van ouderdomsklachten, het aanleren van een actievere leefstijl, het vergroten van de zelfredzaamheid en gezondheidswinst	Inhoud: Er zijn 5 thema's geselecteerd om gezond ouder te worden; deze zijn uitgewerkt in korte cursussen: 1) Als botten en spieren protesteren; 2) In Balans (valpreventie); 3) Fit door het leven; 4) Bewegen zonder moeite; en 5) Op verhaal komen. Iedere cursus bevat informatie en bewegingsoefeningen.
Cursus: Voorlichting gezonde leefstijl	Doelgroep: Volwassenen (niet specifiek ouderen) Doel: Verstrekken van informatie over een gezonde leefstijl	Twee voorlichtingsbijeenkomsten vanuit de Hartstichting van 1,5 uur over een gezonde leefstijl, bewegen en voeding.

2D: Leeflijn Depressiepreventie

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
Kinderen		
Doe-praatgroep KOPP	Doelgroep: Kinderen 8-12 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben Doel: Voorkomen van psychische problemen	Groeps cursus van acht bijeenkomsten voor de kinderen en twee bijeenkomsten met de ouders. Cursuselementen zijn uitleg en begrip over de thuissituatie, bieden van steun, lotgenotencontact en versterken sociale en emotionele vaardigheden.
Groeps cursus 'KOPP-groep	Doelgroep: Jongeren 12-15 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben Doel: Voorkomen van psychische problemen	Cursuselementen zijn gelijk aan de doe-praatgroep.
Internet cursus 'Kopstoring'	Doelgroep: Jongeren 12-25 jaar van wie één of beide ouders psychische problemen hebben Doel: voorkomen van psychische problemen	Online groeps cursus. Cursuselementen zijn gelijk aan de doe-praatgroep.
Groeps cursus 'KOPP 16+'	Doelgroep: Jongeren 16-25 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben Doel: voorkomen van psychische problemen	Cursuselementen zijn gelijk aan de doe-praatgroep.
Volwassenen		
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met depressie	Doelgroep: Directbetrokkenen van mensen met een depressie Doel: Voorkomen dat familieleden zelf in psychische problemen komen, afnemen van ervaren belasting, beter omgaan met de situatie	Interactieve kennisuitwisseling, lotgenotencontact en sociale steun. De educatie is gericht op het versterken van sociale en emotionele vaardigheden.
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek	Doelgroep: Naastbetrokkenen van mensen met de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis' Doel: Voorkomen dat familieleden zelf in psychische problemen komen, afnemen van ervaren belasting, beter omgaan met de situatie	Informatieverstrekking over stemmingsstoornissen en de mogelijkheden van de hulpverlening. De educatie is gericht op het versterken van copingvaardigheden en vaardigheden om steun te zoeken.
Ouderen		
Internetcommunity '50plusnet'	Doelgroep: Ouderen 50+ jaar Doel: Sociale netwerk op peil houden of aanvullen, voorkomen of doorbreken van sociaal isolement, stimuleren tot (fysieke) activiteiten en bevorderen van participatie, zelfredzaamheid en welbevinden	Een virtuele plek op het internet waar ouderen elkaar ontmoeten. Deelnemers worden gematcht op activiteit. De site biedt de mogelijkheid te mailen, te chatten en clubs op te richten.

Interventie	Doelgroep en doel	Interventie-inhoud
Ouderen		
Huiskamerbijeenkomsten 'Geestelijke gezondheid en ouder worden'	Doelgroep: Turkse en Marokkaanse vrouwen 50+ jaar Doel: Bevorderen geestelijk gezond leven	Bijeenkomsten waarbij een Turkse of Marokkaanse deelnemer optreedt als gastvrouw. Zij nodigt uit haar persoonlijke netwerk zes tot acht andere vrouwen uit. Een preventiemedewerker introduceert de onderwerpen en begeleidt de gesprekken volgens een handleiding en draaiboek.
Voorlichtingsfilm 'De kunst van het ouder worden'	Doelgroep: Personen 55+ jaar die voorlichtingsavonden bezoeken van GGZ-preventieafdelingen Doel: Bewust maken van de stappen die mensen kunnen nemen om beter om te gaan met moeilijke gebeurtenissen en om zichzelf te beschermen tegen somberheid	Een film met fragmenten uit het leven van enkele ouderen toont hoe zij omgaan met moeilijkheden. De film vormt het uitgangspunt voor een gesprek over eigen ervaringen en mogelijkheden.
Modulenboek 'Mantelzorgondersteuning GGZ'	Doelgroep: Preventiewerkers en hulpverleners werkzaam in de GGZ die voorlichtingsbijeenkomsten voor mantelzorgers van ouderen met psychische problemen organiseren Doel: Ondersteuning bij voorbereiding voorlichtingsbijeenkomsten voor mantelzorgers van ouderen met psychische problemen	Het modulenboek is zo samengesteld dat de voorlichter zelf zijn eigen voorlichtingspakket kan samenstellen.
Preventieve ondersteuning mantelzorgers (POM)	Doelgroep: Mantelzorgers van ouderen die zijn ingeschreven of op een wachtlijst staan bij een instelling in de sectoren Verpleging en Verzorging, Thuiszorg en GGZ Doel: Voorkomen of verminderen van overbelasting; verbeteren kennis, attitude en vaardigheden; ondersteuning en verbeteren samenwerking en communicatie	De POM-methodiek bestaat uit drie elementen: de actieve opsporing vanuit de professionele hulpverlening, het POM-gesprek en het aanreiken van ondersteuningsmogelijkheden.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl